**Невралгия тройничного нерва.**

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 100 000 населения.

Чаще НТН встречается у женщин 50 - 69 лет и имеет правостороннюю латерализацию. Развитию заболевания способствуют различные сосудистые, эндокринно-обменные, аллергические расстройства, а также психогенные факторы.

Считается, что НТН идиопатическое заболевание (неизвестна причина, которая его вызывает). Однако существует и другие мнения. Наиболее вероятная причина НТН заключается в компрессии тройничного нерва как внутри черепа, так и снаружи.. Это может быть объемный процесс (невринома слухового нерва, менингиома), изменение расположения и расширение извитых артерий, аневризма (расширенная артерия) , (сдавление 2 и 3 веточек тройничного нерва в специальных костных каналах при врожденной их узости и присоединении сосудистых заболеваний в пожилом возрасте), в результате местного воспалительного процесса (зубы, ухо).

Заболевание может развиться после удаления зуба, в результате нарушения кровообращения в стволе мозга, в результате герпетической инфекции.

Боль при НТН имеет следующие характеристики:

1. Приступообразный характер, длительность атаки не более 2 минут. Между двумя приступами всегда имеется "светлый" промежуток.

2. Значительная интенсивность, внезапность, напоминающие удар электрическим током.

3. Локализация строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва, чаще 2 (от брови до верхней губы) или 3 ветви (нижняя челюсть) и в 5% случаев 1-я ветвь (выше брови).

4. Наличие триггерных (пусковых) точек (зон), слабое раздражение которых вызывает типичный приступ (могут находиться в болевой или безболевой зоне). Наиболее часто пусковые зоны располагаются в области лица, при поражении первой ветви у внутреннего угла глаза.

5. Наличие пусковых факторов, чаще всего это умывание, разговор, еда, чистка зубов, движение воздуха, простое прикосновение.

6. Типичное болевое поведение. Больные, стараясь переждать приступ, замирают в той позе, в которой застал их болевой приступ. 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.

Обычно, невропатолог в таких случаях не находит выпадение тех или иных функций.

Заболевание течет с обострениями и улучшениями. В период приступов боли могут группироваться залпами. Залпы могут длиться часами, а периоды приступов продолжаются дни и недели. В тяжелых случаях значительно нарушается повседневная активность больных. В некоторых случаях промежутки между отдельными залпами отсутствуют. Возможны спонтанные ремиссии, на фоне которых заболевание обычно прогрессирует. Улучшения состояния длятся месяцы и годы, но по мере возникновения рецидивов, больные начинают чувствовать боль, сохраняющуюся и между приступов.

Необходимо проводить дифдиагностику с другими заболеваниями:

- мигрень;

- кластерные головные боли;

- синдром крылонебного узла;

- невралгия языкоглоточного нерва;

- невропатия тройничного нерва;

- миофасциальный лицевой синдром.

Скорее всего, все перечисленные термины будут вам непонятны, но я и не ставил себе такую задачу. Суть в том, что под названием "Невралгия" может скрываться масса различных заболеваний, дифференцировать, которые должен специалист.

Мало того, сегодня в большинстве случаев не известна причина невралгии тройничного нерва. Только тогда, когда однозначно на основании исследований (МРТ, МРА) установлено, что причина в соседствующей с нервом артерией, только тогда предлагается оперативное лечение. Выполняется оно в условиях нейрохирургической клиники. Вообще, МРТ часто позволяет исключить и другие причины (опухоль, аневризма и т.д.).

В основном сейчас применяется медикаментозное лечение: карбамазепин, финлепсин, тегретол, дифенин, баклофен, фенибут, транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты. Я специально не останавливаюсь на отдельных препаратах, так как это уже задача лечащего врача. Это делается с учетом показаний и противопоказаний.

Некоторый эффект в лечении НТН имеет применение иглорефлексотерапии, лазеропунктуры, импульсных токов низкого напряжения и низкой частоты, магнитных и электромагнитных полей, инфракрасного и ультрафиолетового излучения, ультразвука, электрофореза лекарственных веществ.