

**Нисходовская М.С., Шевченко П.П.**

Ставропольский государственный медицинский университет

**Прозопалгия. Современный подход к диагностике и методам терапии при поражении V и VII пары черепно-мозговых нервов.**

**Актуальность:**

Прозопалгия – это довольно-таки сложный феномен, который значительно снижает качество и жизни и трудоспособность пациентов.

Идентифицировать нозологию лицевых болей весьма затруднительно. Это связано со сложностью многоуровневой рецепторной системой лица, многочисленными иннервационными взаимосвязями, а также с разнообразием симптоматики. Все это значительно усложняло постановку окончательного диагноза. Но в настоящее время раннее мало изученные прозопалгии подверглись четкой систематизации, ученые выделили критерии, механизмы развития данной патологии. Далеко продвинулись в области диагностики и лечения лицевых болей. Тем ни менее данная проблема остается актуальной в широкой практике неврологов и имеют место случаи, когда боли в области лица не укладываются в типичную клиническую картину известных форм прозопалгий.

**Цель:**

Проанализировать по литературным данным проблемы современных методов диагностики и лечения при поражении V и VII пар черепно-мозговых нервов.

**Результаты исследования:**

Согласно классификации прозопалгий, при поражении V и VII пары черепно-мозговых нервов диагностируется пароксизмальная форма. Лицевой нерв в возникновении в их возникновении играет косвенную роль. Он не дает патологию в чистом виде, а вызывает ее за счет присоединения чувствительной ветви тройничного нерва по выходу из шилососцевидного отверстия. При невралгии же тройничного нерва клиническим проявлением выступают нестерпимые боли в области ветвей тройничного нерва длительностью от нескольких секунд «мгновенная боль», до нескольких

минут. Чаще всего поражение возникает в проекции II или III ветви, реже I. Во время приступа пациента беспокоят сильные боли, при этом на лице можно заметить «болевого тик», также характерно принятие неподвижной позы. Иногда больные стараются сжать пораженный болью участок, так называемый «жест-антагонист», что провоцирует еще больший болевой пароксизм. На вопросы пациенты отвечают односложно, едва открывая рот. Пароксизмальные прозопалгии сопровождаются дополнительными симптомами в виде: сильной головной боли, нарушениями сна, увеличением лимфатических узлов, повышением температуры. Возникает асимметрия лица. Вся пораженная половина лица неподвижна, маскообразна, сглаживаются складки лба и носогубная складка, глазная щель расширяется, глаз не закрывается (лагофтальм — заячий глаз), опускается угол рта. При наморщивании лба складки не образуются. При попытке закрыть глаз глазное яблоко поворачивается кверху (феномен Белла). Наблюдается усиленное слезотечение.

Следующим этапом диагностики после врачебного опроса, является пальпаторное исследование для выявления локальных зон болезненности. При проведении исследования перед врачом стоит задача отличить нейрогенную прозопалгию от соматогенной.

Исследование на выявления пораженной ветви тройничного нерва производится с помощью иглы или пальпаторно. Методика проводится при закрытых глазах у пациента. Производятся отрывистые уколы или прикосновения в области зон выхода ветвей тройничного нерва, а именно в области надглазничного, подглазничного и подбородочного отверстия. Данный метод позволяет выявить сторонность поражения.

Для диагностики чувствительной порции тройничного нерва, которая присоединяется к VII паре чмн по выходу из шилососцевидного отростка, производят пальпаторное исследование в проекции данного отростка. В это случае боль имеет отраженный характер с иррадиацией в нижнюю часть лица.

В лечение прозопалгий традиционные анальгетические средства оказываются не эффективны, в связи с этим показано применение препаратов других групп, в частности антиконвульсантов. Наиболее известным является Карбомазепин, который способствует ГАМК-ергическому торможению в нейронных популяциях, склонных к пароксизмальным формам активности. Но для данного препарата, как и для всех антиэпилептических средств первого поколения характерно

множество побочных свойств со стороны ЦНС (сонливость, головокружение, атаксия, диплопия, дизартрия, когнитивные расстройства, ухудшение памяти и настроения), гематологические нарушения (агранулоцитоз, тромбоцитопения, лейкопения), гепатотоксичность, снижение минеральной плотности кости, кожные высыпания, гиперплазия десен).

Антиконвульсанты второго поколения (прегабалин, габапентин, ламотриджин) имеют более благоприятные фармакокинетические характеристики и профили безопасности по сравнению с антиконвульсантами первого поколения. Согласно рекомендациям Европейской федерации неврологических обществ (2009) фармакотерапия тригеминальной невралгии, Карбомазепин остается препаратом первого выбора (уровень доказательности А). Лечение начинают с дозы 100-200 мг 2 раза в сутки. Затем суточная доза постепенно увеличивается до минимально эффективной. Не рекомендуется превышать дозу более 1200 мг/сут. По истечению 6-7 недель лечения, при достижении эффекта, дозировку препарата корректируют (снижают до минимальной) или же отменяют данное лекарственное средство. [1]

Габапентин (Нейронтин) — еще один противосудорожный препарат который зарегистрирован для лечения всех видов нейропатической боли. Суточная доза Габагаммы у больных с тригеминальными прозопалгиями может составлять от 300 до 1500 мг, при условии применения препарата не менее 3 раз в день. [2]

Во время кризов наиболее выраженного эффекта достигает при приеме Оксидобутирата натрия. 5 мл 20 % раствора на 5 % растворе глюкозы вводится медленно внутривенно. [3] Однако действие препарата кратковременно, всего несколько часов. Также следует учесть, что прием данного препарата противопоказан при миастении. Необходим параллельный контроль калия в сыворотке крови, так как препарат способен вызвать гипокалиемию.

Немаловажное значение в терапии НТН имеют антидепрессанты, которые справляются с устранением депрессивных состояний, уменьшают чувствительность к восприятию боли, меняют функциональное состояние мозга. Наиболее эффективным, на сегодняшний день, считается амитриптилин в дозе 50 – 150 мг в сутки. [4]

Пациентам с пароксизмальной прозопалгией показано применение витаминов группы В. Они подлежат назначению в форме поликомпонентных препаратов «Мильгамма», «Мильгамма композитум», «Нейромультивит».

[5]Эффективность применения Мильгаммы при лечении больных с невропатической болью связывают с торможением ноцицептивной импульсации (предположительно серотинергическими), а также ускорением регенеративных процессов миелиновой оболочки периферических нервов. Мильгамму вводят по 2 мл ежедневно, в течение 10 или 15 дней в форме раствора или Мильгаммы композитум — внутрь по 1 драже 3 раза в день, в течение 6 недель. [6]

В лечение прозопалгий зачастую используются ноотропные препараты, средства седативного действия, анксиолитики.

При аутоиммунных процессах, например, при рассеянном склерозе, целесообразно применять глюкокортикоиды. [7]

Некоторый эффект в лечении НТН дает применение инструментальных методов, таких как: лазеропунктуры, иглорефлексотерапии, импульсных токов низкого напряжения, магнитных и электромагнитных полей, инфракрасного, ультрафиолетового излучения, электрофореза лекарственных веществ (например, 2 % раствора ксидифона). Некоторые авторы рекомендуют проведение таких методов, как плазмаферез и гемосорбцию. [8]

### **Вывод:**

Несмотря на значительные успехи в решении концептуальных данных в изучении этиологии и патогенеза патологии лицевого и тройничного нерва требуется более инновационный подход к диагностике и лечению этого сложного заболевания, способных улучшить качество жизни больных.

### **Список используемой литературы:**

1. Шевченко П.П. НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ. Международный студенческий научный вестник.- 2015.-2-1.
2. Карпов С.М., Ревегук Е.А. Актуальность проблемы невралгии тройничного нерва в неврологии - Ставрополь, 2013.
3. Гандылян К.С., Карпов С.М., Караков К.Г. ХРОНИЧЕСКИЕ НЕПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ ПРОЗОПАЛГИИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 10-1. – С. 94-95;

4. Вегетативные лицевые боли и тригеминальные вегетативные цефалгии : учеб.-метод. пособие / А. С. Артюшкевич [и др.]. Минск : БелМАПО, 2013. 20 с. 2. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. А. М. Вейна. М. : МЕДпресс-информ, 2001. 368 с. 3

5. Грицай, Н. Н. Классическая невралгия тройничного нерва и одонтогенный болевой синдром / Н. Н. Грицай, Н. А. Кобзистая // Новости медицины и фармации. 2009. № 299. С. 23–25. 4. Клинические рекомендации по неврологии Европейской федерации неврологических сообществ. 2-е издание. М. : АБВ-пресс, 2012. Т. 1. С. 223–237.