

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Методические разработки для студентов
для подготовки к практическому занятию по теме
«Лицевые боли. Невралгия тройничного и языкоглоточного нервов. Невралгия крылонебного, ресничного, ушного, подчелюстного и подъязычного ганглиев. Стоматалгия, глоссалгия. Невропатия лицевого нерва. Миофасциальный болевой синдром лица. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава»
студентов 3 курса стоматологического факультета

«Утверждаю»
Заведующий кафедрой неврологии
и нейрохирургии, д.м.н., профессор

В.В. Линьков

1. Тема занятия - Лицевые боли. Невралгия тройничного и языкоглоточного нервов. Невралгия крылонебного, ресничного, ушного, подчелюстного и подъязычного ганглиев. Стоматалгия, глоссалгия. Невропатия лицевого нерва. Миофасциальный болевой синдром лица. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

2. Мотивация изучения темы: Несмотря на существующие алгоритмы лечения лицевой боли (прозопалгий), терапия пациентов с указанной патологией недостаточно эффективна у 15-20% больных. Прозопалгия — это особо интенсивная, жесточайшая боль, приносящая значительные страдания больным и становится частой причиной временной или стойкой потери трудоспособности, а в отдельных случаях и суицидальных поступков. Значительная распространенность прозопалгий, стойкость их проявлений, сложности в купировании болевого синдрома, ставят эту проблему в ранг важнейших медико-социальных проблем.

3. Цель занятия – на основании знаний анатомии и физиологии краниофациальной иннервации изучить этиологию, патогенез, классификацию, клинические проявления различных форм вегетативных прозопалгий, невралгии тройничного и языкоглоточного нервов, стоматалгии, глоссалгии, невропатии лицевого нерва, миофасциального болевого синдрома лица, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, освоить алгоритмы их диагностики и лечения (консервативного и нейрохирургического), в том числе при оказании неотложной помощи данной категории пациентов, овладеть системой практических навыков первичной диагностики прозопалгий и врачебно-трудовой экспертизы, основой реабилитации и диспансеризации больных, принципами постановки и формулирования топического и клинического неврологического диагнозов.

4. Практические умения и навыки, приобретаемые на конкретном занятии в результате изучения темы:

Студент должен знать:

- этиологию, патогенез, классификацию, клинические проявления различных форм вегетативных прозопалгий, невралгии тройничного и языкоглоточного нервов, стоматалгии, глоссалгии, невропатии лицевого нерва, миофасциального болевого синдрома лица, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ПК 6),
- алгоритмы их диагностики и лечения (консервативного и нейрохирургического) (ПК 6),
- оказание неотложной помощи данной категории пациентов (ПК 6),
- диагностику прозопалгий и врачебно-трудовую экспертизу (ПК 5, ПК 6),
- принципы постановки и формулирования топического и клинического неврологического диагнозов (ПК 6).

Студент должен уметь:

- интерпретировать жалобы и анамнестические данные (ПК 6),
- давать оценку выявленных неврологических нарушений (ПК 5, ПК 6),
- диагностировать указанные неврологические патологии (ПК 5, ПК 6),
- интерпретировать результаты дополнительных методов обследования (ПК 5, ПК 6),
- формулировать топический и клинический неврологический диагноз (ПК 6),
- определять тактику ведения больных (ПК 6),
- назначать лечение данной категории больных (ПК 6),
- оказывать неотложную помощь пациентам (ПК 6)

Студент должен владеть:

- Исследованием неврологического статуса (ПК 5).

5. Исходные знания по теме

- анатомия вегетативных структур, обеспечивающих иннервацию лица (в т.ч. крылонебного, коленчатого, ресничного узла, носоресничного нерва)
- особенности их расположения в полости черепа относительно сосудов головы

- симптомы поражения симпатической и парасимпатической части вегетативной нервной системы на разных уровнях.
- анатомия лицевого нерва на уровне больших полушарий, ствола головного мозга и периферической нервной системы; о ходе лицевого нерва в Фаллопиевом канале. двигательные и сенсорно-секреторные функции, обеспечиваемые лицевым нервом; характер центрального, периферического пареза и симптомов раздражения мимической мускулатуры.

6. Методические указания по самоподготовке

- синдром Мелькерссона-Розенталя,
- синдром Шегрена,
- стоматалгии (глоссалгии, глоссодинии),
- синдромы Сладера, Чарлина,
- синдром Оппенгейма,
- поражения крылонебного, ресничного, ушного, поднижнечелюстного, подъязычного узлов,
- поражения шейного отдела симпатического ствола,
- миофасциальный болевой синдром лица (синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава),
- лицевые боли,
- судороги и гиперкинезы лица,
- лицевой гемиспазм,
- лицевой параспазм,
- блефароспазм.

7. Основные положения темы

- Этиология и патогенез вегетативных прозопагий, миофасциального болевого синдрома лица, судорог и гиперкинезов лица;
- Классификация, клинические проявления, критерии диагностики вегетативных прозопагий (Синдром Мелькерссона-Розенталя. Синдром Шегрена. Стоматалгия (глоссалгия, глоссодиния). Синдромы Сладера, Чарлина. Синдром Оппенгейма. Поражение ушного, поднижнечелюстного, подъязычного узлов. Поражение шейного отдела симпатического ствола),
- Классификация, клинические проявления, критерии диагностики невропатий судорог и гиперкинезов лица,
- Изменения в дополнительных методах обследования, трактовка их клинической значимости;
- Консервативное и нейрохирургическое лечение заболеваний языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов;
- Экспертиза нетрудоспособности, диспансеризация пациентов.

8. Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов учреждений высшего профессионального образования : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1 : Неврология. - 2015.
2. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов учреждений высшего профессионального образования : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2 : Нейрохирургия. - 2015.
3. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов медицинских вузов : с компакт-диском : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1 : Неврология. - 2013. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

4. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов медицинских вузов : с компакт-диском : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 2 : Нейрохирургия / под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. - 2013.

5. Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : приложение на компакт-диске к учебнику : для студентов медицинских вузов : в 2 т. / Н. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - Электрон. дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM)

6. Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия : учебник с приложением на компакт-диске : для студентов медицинских вузов : в 2 т. Т. 1/ Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

7. Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : приложение на компакт-диске к учебнику : для студентов медицинских вузов : в 2 т. / Н. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - Электрон. дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

ЭБС:

1 Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : в 2 т. / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Т. 1. Неврология. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

<http://www.studmedlib.ru>

2. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : в 2 т. / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Т. 2. Нейрохирургия / под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература:

1. Линьков В.В., Гаранина Е.С. Болезнь Паркинсона и паркинсонизм: электронное обучающе-контролирующее учеб. пособие. - Иваново, 2010.

2. Линьков В.В., Гаранина Е.С. Рассеянный склероз (клиника, диагностика, лечение): электронное обучающе-контролирующее учеб. пособие - Иваново, 2010.

3. Ястребцева И. П. Оценка ограничений жизнедеятельности при нарушениях двигательных функций по этапам восстановительного лечения : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / И. П. Ястребцева. - Иваново, 2008.

ЭБС:

Можаев С.В. Нейрохирургия: учебник/ С.В. Можаев, А.А. Скоромец; Т.А. Скоромец. . - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. <http://www.studmedlib.ru/book>

9. Организационная основа действий при работе с тематическими больными ООД при работе с тематическими больными.

1. Выяснить фамилию, имя, отчество пациента, его возраст;
2. Выяснить жалобы, провести их детализацию.
3. Собрать анамнез болезни.
 - Необходимо уточнить время появления первых признаков заболевания (возраст больного),
 - Важно отметить, как началось заболевание (остро, подостро, постепенно),
 - Выяснить, какие возможные факторы предрасполагали к заболеванию.
 - Если имеются указания на простудный фактор, то выяснить в каких пределах и сколько дней была повышенная температура, какое было самочувствие, чем все закончилось (выздоровление полное, с остаточными явлениями и т.д.).
 - При наличии в анамнезе черепно-мозговой травмы уточнить степень её тяжести, какое получал лечение и какой исход травмы (выздоровление и т.д.).
 - Подобная конкретизация нужна в отношении других обстоятельств, с которыми больной связывает развитие заболевания.
 - После описания первых проявлений заболевания необходимо изложить в хронологической последовательности развитие новых симптомов, дать им клиническую характеристику, динамику степени выраженности, проводимое лечение и его эффективность.

- Следует обращать внимание на выявление побочных реакций при лечении, непереносимость определенных лекарственных препаратов.
 - В анамнезе болезни должны быть отражены данные о длительности пребывания больного по тем или иным заболеваниям на больничном листке, о прохождении ВТЭК с указанием группы инвалидности и сроках её продолжительности.
4. Собрать анамнез жизни
- В анамнезе жизни отражают характеристики возрастных этапов развития с учётом динамики семейных, социальных и психологических факторов.
 - Начинать следует о месте рождения, особенностях протекания беременности и родов у матери.
 - При расспросе больного особое внимание уделяют описанию тех сторон жизни, которые могут иметь значение для данного заболевания. Для оценки роли социально-психологических факторов (конфликтные семейные и служебные ситуации, болезни близких и др.), определяющее значение имеют отношение больного к этим событиям, способы его психологической адаптации.
 - При описании возрастных этапов жизни следует отразить половой анамнез, (менструации, семейно-брачный анамнез), трудовой маршрут с указанием профессиональных вредностей (шум, химические вредности и т.д.), жилищно-бытовые условия, наличие хронических интоксикаций, перенесенные травмы, инфекции, операции.
 - Анамнестические данные по наследственности включают в себя указания на наличие семейных заболеваний (мигрень, эпилепсия, алкоголизм, психические заболевания, туберкулёз, сифилис, болезни обмена веществ и внутренней секреции); возраст и состояние здоровья родителей при рождении больного и на момент курации; количество выкидышей и мертворожденных у матери; наличие родства между родителями; количество братьев и сестер, состояние их здоровья с указанием на возраст и причины смерти при возможности таковой; а так же данные о наличии аналогичного заболевания (по отношению к курируемому больному) у отдаленных родственников. При получении данных, свидетельствующих о возможном наследственном характере заболевания у больного, следует составить генеалогическую таблицу с применением общепринятых условных обозначений.
 - При невозможности собрать анамнез вследствие тяжелого состояния больного, нарушения речи, сознания, пользуются данными, полученными при опросе родственников, сослуживцев и др., а также заключениями медицинских документов.
 - Анамнестические сведения помогают врачу составить представление о возможных этиологических факторах и патогенетических механизмах развития заболевания, об особенностях формирования и характере личности больного, имеющих важное значение для эффективного лечения.
5. Провести общесоматическое обследование пациента в соответствии с предъявляемыми дополнительными жалобами: проводится осмотр только тех систем органов, на которые пациент предъявляет жалобы.
- Оцениваются общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое), сознание (ясное, оглушенное, сумеречное, сопор, кома, психомоторное возбуждение), положение (активное, пассивное, вынужденное).
 - Проводится осмотр дыхательной (частота дыхания, аускультация) и сердечно-сосудистой систем (пульс, его частота и характеристика, артериальное давление (на правой и левой плечевых артериях).
6. Провести исследование неврологического статуса
- Выявить симптомы и синдромы, свидетельствующие о сосудистом заболевании головного или спинного мозга, объединить их в синдромы и установить топический и клинический неврологический диагнозы.

7. Интерпретация данных дополнительных методов исследования (ликворологических, рентгенологических, нейрофизиологических, нейровизуальных и ультразвуковых методов исследования, консультации других специалистов).
8. Общее клиническое заключение с обоснованием неврологического синдрома и топического диагноза. Жалобы, данные анамнеза и выявленные симптомы объединяются в неврологические синдромы (например - левосторонний центральный гемипарез, мозжечковая атаксия и т.д.).
9. Топический диагноз. Определяют локализацию патологического очага при каждом неврологическом синдроме.
10. Предварительный клинический диагноз и его обоснование.
11. Обоснование диагноза проводится на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, данных лабораторно-инструментальных методов исследования. Необходимо избегать полного перечисления жалоб и данных анамнеза, следует выбирать наиболее характерные проявления изучаемой патологии.
12. Дифференциальный диагноз.
Проводится сопоставление клинических проявлений заболевания у курируемого больного с другими болезнями, имеющими сходство по структуре неврологических синдромов, их тяжести, течению процесса и по другим признакам. В истории болезни необходимо отразить клинические синдромы разбираемой патологии в сравнении с клиникой заболеваний с которыми проводится дифференциальный диагноз (по литературным данным) с указанием принципиальных различий.
13. Окончательный клинический диагноз.
В развернутом клиническом диагнозе должна указываться этиология, морфология, топика, течение болезни, неврологические синдромы, степень нарушенных функций, стадия и фаза развития процесса (ремиссия, обострение), наличие осложнений основного заболевания и сопутствующих болезней.
Пример. Идиопатическая невралгия второй и третьей ветвей правого тройничного нерва, ремитирующее течение, фаза неполной ремиссии с умеренно выраженным болевым синдромом (частота приступов до 10 раз в сутки).
14. Лечение.
Составляется (по литературным данным) план лечения с учётом режима, диеты, фармакологических препаратов, физиотерапии и других методов. Приводится механизм действия, рецепты лекарственных средств. Указывается лечение курируемого больного в стационаре.
15. Профилактика.
Дается комплекс мероприятий по первичной и вторичной профилактике разбираемой патологии.
16. Прогноз.
Указываются прогноз для возможной продолжительности жизни и для восстановления нарушенных функций (реабилитационный), трудовой, социальный у курируемого больного и при разбираемой форме заболевания.
17. Трудоспособность.
Оценивается трудоспособность больного с учётом нарушения функций нервной системы, течения заболевания, профессии больного и условий работы.

10. Блок информации по теме

Невралгия языкоглоточного нерва

Синдром Сикара

Заболевание описано Сикаром в 1920 г. Встречается примерно в 100 раз реже, чем невралгия тройничного нерва.

Этиология и патогенез.

Причиной невралгии языкоглоточного нерва являются инфекции, интоксикации. Большинство исследователей считают причиной невралгии языкоглоточного нерва ком-

прессию его корешка увеличенным шиловидным отростком височной кости, оссифицированной шило-подъязычной связкой (Janetta P.J., 1985) или петлей нижней мозжечковой артерии. Имеются сведения о том, что онкологические заболевания глотки или гортани могут дебютировать невралгическим болевым синдромом в этой области.

Клиническая картина.

Заболевание встречается, в отличие от невралгии тройничного нерва, в более молодом возрасте (3-4-ое десятилетие жизни). Болеют чаще (в 2 раза) женщины.

Больные предъявляют жалобы на приступообразные боли в области корня языка или миндалины, иррадиирующие в небо, горло, ухо, угол нижней челюсти, боковую поверхность шеи. Приступ может сопровождаться гиперсаливацией, гиперемией лица, кашлем, синкопальными состояниями.

Длительность болевых пароксизмов, как и при невралгии тройничного нерва, не превышает 2-х минут. Интенсивность приступов различна: от единичных незначительных прострелов до невралгического статуса.

Больные отмечают наличие триггерных зон, которые локализуются в области корня языка, миндалины, иногда за пределами иннервации языкоглоточного нерва (на подбородке, мочке уха и т.д.).

Заболевание протекает с периодами обострения, которые чаще возникают в осенне-зимний период, и периодами ремиссии, при которых боли в большинстве случаев полностью отсутствуют.

Диагноз и дифференциальный диагноз.

Ключевыми моментами в диагностике невралгии языкоглоточного нерва являются:

1. Локализация боли (зона иннервации языкоглоточного нерва);
2. Пароксизмальный характер;
3. Зоны иррадиации;
4. Сопутствующие симптомы (кашель, слюнотечение, синкопальные состояния), обусловленные падением АД за счет ирритации блуждающего нерва;
5. Наличие болевой точки за углом нижней челюсти;
6. Горькая пища является триггерным фактором.

Дифференциальный диагноз нужно проводить с невралгией тройничного нерва. Основным критерием является локализация боли и триггерных точек, возраст больных.

Необходимо провести обследование для установления причины невралгии языкоглоточного нерва. Комплекс необходимого обследования должен включать:

1. Ортопантограмму, позволяющую установить наличие или отсутствие увеличения шиловидного отростка или оссификацию шило-подъязычной связки.
2. Консультацию оториноларинголога, исключающую онкологические заболевания.
3. КТ головного мозга или МРТ (сосудистую программу), позволяющие установить наличие компрессии корешка сосудом или другими структурами.

Лечение невралгии языкоглоточного нерва такое же, как и при невралгии тройничного. Однако ввиду того, что у этих больных чаще выявляются причины компрессии, особенно костными и связочными структурами, такие больные чаще лечатся с применением хирургических методов. В данном случае эти методы более эффективны и оправданы, чем при невралгии тройничного нерва.

Синдром Чарлина.

(С. Charilin чилийский офтальмолог, родился в 1886 г.; синонимы: невралгия носоресничного нерва, синдром цилиарного узла, синдром переднего этмоидального нерва, назо-этмоидально-глазной синдром, синдром назального нерва, синдром Чарлина) — неврологический синдром сочетанного поражения носоресничного нерва и симпатического ресничного узла. Описан Чарлином в 1931 г.

Развивается при поражении одной из ветвей глазного нерва — носоресничного нерва (n. nasociliaris) и симпатического ресничного узла (gangl. ciliare), расположенного к вершине глазницы и связанного с периваскулярным симпатическим сплетением внутрен-

ней сонной артерии, глазодвигательным и тройничным нервами. Ч. с. возникает при воспалительных процессах в околоносовых пазухах, гипертрофии носовых раковин, искривлении носовой перегородки, заболеваниях зубочелюстной системы, атеросклерозе внутренней сонной артерии, васкулитах и других патологических процессах, вовлекающих носоресничный нерв и ресничный узел.

Проявляется приступами мучительной боли в области внутреннего угла глаза, надбровье и спинке носа; боли часто возникают ночью и сопровождаются светобоязнью, гиперемией конъюнктивы, обильным слезоотделением, набуханием и гиперсекрецией слизистой оболочки полости носа; нередко отмечаются герпетический кератит, иридоциклит, высыпания на коже спинки носа, лба, конъюнктиве (см. Герпес). Приступы боли продолжаются от нескольких часов до суток, и более. Чаще синдром бывает односторонним. Течение хроническое с длительными (до 2—3 лет) ремиссиями.

Развернутая клиническая картина отмечается редко. Обычно наблюдается редуцированная форма с преобладанием симптомов поражения отдельных ветвей носоресничного нерва — длинных ресничных или подблокового нервов. При поражении длинных ресничных нервов возникают приступообразные боли стягивающего характера в глазном яблоке или в глубине глазницы. Возникает боль утром или вечером, продолжается часами или сутками, сопровождается гиперемией конъюнктивы, отеком вокруг глаз, светобоязнью, слезотечением, частым миганием. Глазная щель суживается, снижаются или исчезают корнеальные и конъюнктивальные рефлексы, замедляется или утрачивается реакция зрачков на свет, болезненна пальпация глазного яблока. При преобладании поражения подблокового нерва отмечается в основном выраженная гиперемия конъюнктивы и редкая болезненность при пальпации в области внутреннего угла глаза.

Дифференциальный диагноз следует проводить с невралгией тройничного нерва (см. Невралгия), синдромом Сладера, острой глаукомой, синуситом лобной или верхнечелюстной пазухи, поражением зубов, синдромом Градениго (см. Петрозит), синдромом внутренней сонной артерии и др. Дифференциально-диагностическое значение при Ч. с. имеет быстрый регресс симптомов при смазывании слизистой оболочки носа на стороне поражения 5% раствором кокаина гидрохлорида.

Лечение направлено на основное заболевание. При синуситах проводят противовоспалительную терапию, при сосудистой патологии назначают вазоактивные, гипотензивные, ноотропные препараты. При гипертрофии носовых раковин и искривлении носовой перегородки показано оперативное вмешательство.

Для снятия приступа боли применяют местноанестезирующие средства, ненаркотические анальгетики, сосудорасширяющие препараты. В конъюнктивальный мешок закапывают 1—2 капли 0,25% раствора дикаина с адреналином (3—5 капель 0,1% раствора адреналина гидрохлорида на 10 мл раствора дикаина), слизистую оболочку носа над верхней носовой раковиной (место выхода подблокового нерва) смазывают 2% раствором кокаина гидрохлорида с адреналином (3—5 капель 0,1% раствора адреналина гидрохлорида на 5 мл раствора кокаина). Продолжительность курса лечения 5—7 дней. Показаны динамические токи на область надбровья. Прогноз благоприятный, определяется характером основного патологического процесса.

Гемифациальный спазм (ГС, болезнь или судорога Бриссо) — это нервно-мышечное заболевание из группы кранио-цевикальных дискинезий, проявляющееся безболезненными периодическими насильственными сокращениями мускулатуры половины лица и развивающееся вследствие компрессии корешка лицевого нерва в зоне его выхода из ствола головного мозга на стороне поражения. Заболевание впервые описали параллельно британский невролог William Richard Gowers и французский невролог E. Brissand в 1884 году. Средняя распространенность ГС у женщин составляет 14,5:100 000 и у мужчин - 7,4:100 000. Клиника и диагностика Типичный гемифациальный спазм развивается первоначально в периорбитальных мышцах и распространяется по ходу ветвей лицевого нерва, включая платизму. Заболевание встречается преимущественно у взрослых на 5—6 де-

сятке лет жизни, хотя описаны случаи ГС у детей и подростков. В классической монографии R. Wartenberg описал 13 клинических характеристик ГС, включая начало в пожилом возрасте и частое начало заболевания с круговой мышцей глаза. "Нерегулярность в месте, ритме и степени спазмов – это главные отличительные признаки. Мышечные сокращения случаются в виде перемежающихся, нерегулярных атак, демонстрирующих значительную вариабельность, от легких "потрясываний", еле заметных движений, похожих на миокимию, фибрилляций части мышцы или всей мышцы, до резких клонических спазмов, вовлекающих всю лицевую мускулатуру на одной стороне".

Другие характеристики клиники ГС, приведенные Wartenberg, которые не теряют своей диагностической ценности и по сей день, включают в себя наличие сокращений во сне и невозможность волевого контроля судорог. Каждая серия судорожных движений лица начинается с отдельных мелких подергиваний, а на высоте приступа отдельные частые подергивания сливаются в длительное тоническое сокращение. Наиболее часто встречается клонико-тоническая форма гемифациального спазма, хотя описаны наблюдения со значительным преобладанием клонического или тонического компонента судорожных сокращений. Постепенное распространение судорожных сокращений на круговую мышцу рта (*m. orbicularis oris*) и все остальные мышцы, иннервируемые лицевым нервом, включая и подкожную мышцу шеи (*m. platysma*), характеризуют развернутую картину лицевого гемиспазма. Заболевания проявляется произвольным зажмуриванием глаза, резким оттягиванием угла рта, приподниманием брови вследствие сокращения лобной мышцы и подтягиванием ушной раковины вверх. Приступы лицевого гемиспазма обычно усиливаются или возникают во время еды, разговора и при эмоциональном возбуждении. Весьма характерным признаком заболевания служат синкинетические движения, заключающиеся в произвольной судороге мышц, иннервируемых лицевым нервом при попытке произвольного сокращения какой-либо другой группы мышц. Так, попытка плотно сжать веки приводит к оттягиванию угла рта и, наоборот, произвольное растягивание губ сопровождается зажмуриванием глаза. Иногда, произвольное сокращение мышц лица отмечается при громком звуке, причем этот феномен может быть вызван во время электрофизиологического исследования путем звуковой стимуляции.

Причиной заболевания является **компрессия выходной зоны корешка лицевого нерва** в месте его выхода из ствола головного мозга, что подтверждается данными анатомических исследований и нейровизуализацией с помощью МРТ головного мозга. В настоящее время существует несколько опций для нехирургического лечения ГС, включая различные лекарственные препараты, психотерапию, электростимуляцию, массаж и радиотерапию на линейном ускорителе, которые, как правило, не устраняют симптомов заболевания или приводят к временному облегчению симптомов ГС.

Единственным функциональным методом лечения ГС является операция васкулярной декомпрессии корешка лицевого нерва, приводящая к полному и постоянному устранению симптомов заболевания. Целью оперативного вмешательства является устранение сдавления корешка нерва сосудом путем перемещения сосуда в сторону от нервного корешка и фиксации нового положения корешка установкой кусочков собственной мышечной ткани между стволом мозга, нервным корешком и сосудами

В результате хирургического лечения более чем у 90% пациентов достигается полное устранение симптомов ГС сразу же после проведенного вмешательства. Процент различных осложнений при выполнении данных операций в нашей клинике не высок и составляет менее 1%. Наш центр является ведущим учреждением, выполняющим операции микроваскулярной декомпрессии при ГС с многолетним опытом работы в этой области. Хирургическая операция обычно проводится в положении пациента лежа на боку или сидя. После обычной предоперационной подготовки выполняется ретромастоидальная краниотомия или краниэктомия (разрез кожи головы позади уха и небольшого размера трепанация черепа). Дальнейшие этапы операции выполняются при помощи операционного микроскопа.

11. Ситуационные задачи по теме, тестовый контроль.

1. Для синдрома Чарлина (невралгии носоресничного нерва) характерны:
а) интенсивные односторонние орбитальные боли продолжительностью 15-180 мин, б) инъецирование конъюнктивы, в) ринорея, г) миоз, д) отек века, е) императивные позывы к дефекации, ж) гемипарезы.
2. Для синдрома Сладера (ганглионита крылонебного ганглия) характерны:
а) пароксизмальная боль в области корня носа и в глазничной области, б) распространение боли в зубы верхней челюсти, в) распространение боли в зубы нижней челюсти, г) ломящий, жгучий характер боли, д) длительность пароксизма от нескольких десятков минут до нескольких часов, в) ринорея, г) миоз, д) отек века, е) гемипарезы.
3. Для периваскулярных симпаталгий характерны:
а) интенсивная лицевая боль, б) тупая постоянная лицевая боль, в) ломящий, жгучий характер боли, г) потоотделение в области лица, д) гемипарезы, е) недержание мочи, ж) гемианопсия.
4. Для лечения синдрома Чарлина (невралгии носоресничного нерва) используют:
а) блокады с лидокаином, б) аппликации с местными анестетиками, в) пересечение соответствующего нерва, г) карбамазепин, д) антидепрессанты, е) антибактериальные препараты, ж) противовирусные препараты, з) противодиарейные препараты.
5. Для лечения синдрома Сладера (ганглионита крылонебного ганглия) используют:
а) блокады с лидокаином, б) аппликации с местными анестетиками, в) пересечение соответствующего нерва, г) карбамазепин, д) антидепрессанты, е) антибактериальные препараты, ж) противовирусные препараты, з) противодиарейные препараты.
6. Для лечения периваскулярных симпаталгий используют:
а) блокады с лидокаином, б) аппликации с местными анестетиками, в) пересечение соответствующего нерва, г) карбамазепин, д) антидепрессанты, е) антибактериальные препараты, ж) противовирусные препараты, з) противодиарейные препараты.
7. Сколько нейронов имеет кортиконуклеарный путь?
а) один, б) два, в) три, г) четыре.
8. Где «зарождаются» импульсы произвольных движений мимической мускулатуры?
а) кора передней центральной извилины, б) кора задней центральной извилины, в) экстрапиримидная система, г) затылочная доля мозга.
9. Какие мышцы иннервирует лицевой нерв?
а) жевательные, б) мимические, в) мышцы области шеи.
10. Какова функция лицевого нерва?
а) чувствительная, б) двигательная, в) вегетативная, г) смешанная.
11. Какие виды чувствительности несут волокна промежуточного нерва?
а) глубокую, б) поверхностную, в) вкусовую (кислое и сладкое), г) вкусовую (горькое, соленое).
12. Какие слюнные железы иннервирует лицевой нерв?
а) подчелюстную, б) подъязычную, в) околоушную.
13. Какие проявления возникают при поражении nervus stapedius?
а) гипоакузия, б) гиперакузия, в) анакузия.
14. Каковы проявления симптомов раздражения мимической мускулатуры?
а) гиперкинезы, б) паралич, в) тики, г) контрактуры.
15. Возникающие при невропатии лицевого нерва боли в лице и области уха обусловлены вовлечением в патологический процесс волокон каких нервов?
а) языкоглоточного, б) подъязычного, в) тройничного.

Задача №1

Больной М., 25 лет, обратился на прием к неврологу с жалобами на боль и онемение в зубах нижней челюсти, в области подбородка и нижней губы справа.

Анамнез заболевания: 2 дня назад лечился у стоматолога (лечил зуб с правой стороны под местной анестезией), вечером этого же дня заметил, что правая половина подбородка

и нижней губы не чувствует прикосновений, но значения этому не придал, ссылаясь на проведенную анестезию. На следующий день, помимо онемения в зубах подбородке и нижней губе, появилась боль в указанных областях. По этому поводу обратился к стоматологу, который посоветовал обратиться к неврологу.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Пульс 74 в минуту, АД 120/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, частота дыхания 18 в минуту. Живот мягкий безболезненный.

В неврологическом статусе: Запахи различает. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Зрачки D=S. Фотореакции живые. Движения глаз в полном объеме. Корнеальные рефлексы живые. Гипестезия в области десны нижней челюсти, нижней губы и подбородка справа. Незначительная болезненность при перкуссии моляров нижней челюсти справа. Мимическая мускулатура симметрична. Слух AD, AS – ШР 6 м. Нистагма нет. Головокружения нет. Мягкое небо подвижно, глоточный рефлекс живой. Функция грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц не нарушена. Язык по средней линии. Сила мышц в руках и ногах 5 баллов D=S. Глубокие рефлексы живые D=S. Пальце- носовую и пяточно- коленную пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчив. Чувствительность на теле, в руках и ногах не изменена. Гиперкинезов нет. Эпилептические припадки отрицает. Менингеальных знаков нет. Функция тазовых органов не нарушена.

Вопросы:

1. Какие симптомы можно выделить у данного пациента? (ПК 6)
2. Какой синдром/синдромы вы установили у пациента? (ПК 6)
3. Поставьте топический диагноз (ПК 6).
4. Каковы основные причины данного состояния? (ПК 6)
5. Какие вспомогательные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза (ПК 5, ПК 6)
6. Поставьте окончательный диагноз (ПК 6).
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? (ПК 6)
8. Основные направления в лечении болезни? (ПК 6)

Задача №2

На приём к неврологу обратился больной Р. 37 лет с жалобами на боли в горле и правом ухе, затруднение и резкую боль при глотании, особенно твёрдой пищи.

Из анамнеза: Около месяца назад перенёс операцию тонзилэктомии, после чего стали беспокоить боли в горле и правом ухе. Прошёл курс противовоспалительной и антибактериальной терапии по назначению терапевта из поликлиники по месту жительства – безуспешно, был направлен к оториноларингологу, который проведя необходимые исследования дал заключение: «данных за воспалительный или опухолевый процесс нет» и направил на консультацию к неврологу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. ЧД 18 в минуту, ритмичное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Рс 68 в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный. Отёков нет.

В неврологическом статусе: Запахи различает. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Зрачки D=S. Фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объёме. Корнеальные рефлексы живые. Чувствительность на лице не изменена. Мимическая мускулатура D=S. Слух: AD, AS – ШР 6 м. Касания шпателем области внутреннего отверстия слухового прохода из полости рта резко болезненны. Нистагма нет. Головокружения нет. Небная занавеска асимметрична, глоточный рефлекс проверить сложно. Лёгкое касание до корня языка, области миндалина справа, нёбной занавески вызывает резкую боль. Вкус горького не чувствует, попадание горького раствора на корень языка вызывает боль. Функция грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц не нарушена. Язык по средней линии. Сила мышц в руках и ногах 5 баллов D=S. Глубокие рефлексы живые

D=S. Пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно, D=S. В позе Ромберга устойчив. Чувствительность на теле, в руках и ногах не изменена. Гиперкинезов нет. Эпилептические припадки отрицает. Менингеальных знаков нет. Функция тазовых органов не нарушена. Очаговых корковых расстройств нет.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК 6).
2. Определите уровень поражения? (ПК 6)
3. Какие методы исследования можно провести данной больной для уточнения диагноза? (ПК 5, ПК 6)
4. Какова этиология данного процесса? (ПК 6)
5. Какие методы лечения используются при данном поражении? (ПК 6)
6. Какой прогноз заболевания у данного больного? (ПК 6)