

Невралгия тройничного нерва

Невралгия тройничного нерва - симптомокомплекс, проявляющийся приступами мучительной боли, локализуемой в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Это наиболее частая из всех видов невралгий.

Нейростоматологи различают невралгию с преимущественно центральным или периферическим компонентом патогенеза (центрального или периферического генеза). То есть различают формы заболеваний, основу развития которых составляет центральный компонент, например невралгия при нарушениях кровообращения в ядре тройничного нерва, или периферический компонент как следствие воздействия патологического процесса на различные участки периферического отдела тройничного нерва (опухоли, локализующиеся рядом с тройничным нервом в задней или средней черепной ямке, базальный менингит, заболевания придаточных пазух носа, зубочелюстной системы, нарушения прикуса, травмы лица и др.). Несомненно значение в происхождении невралгии тройничного нерва периферического генеза компрессионного (туннельного) фактора - сдавления корешка нерва патологическими образованиями, чаще вследствие расширения или дислокации петлеобразно извитых сосудов (обычно верхней или передней нижней мозжечковых артерий) с развитием, как правило, очаговой демиелинизации, а также врожденного или приобретенного сужения подглазничного канала из-за утолщения его стенок (избыточный остеогенез, ведущий к гиперостозу) в результате местных хронических воспалительных процессов, чаще всего одонтогенных и риногенных. Хроническая ирритация ветвей тройничного нерва возможна при аневризме сосудов основания мозга, опухолях и кистах верхнечелюстной пазухи, остеоме лобной кости, заболеваниях зубов, гнойном гайморите, опухоли узла тройничного нерва. Наибольшая ранимость первой и второй ветвей тройничного нерва (глазного и верхнечелюстного нервов) обусловлена, по-видимому, прохождением их через узкие и длинные костные каналы. Провоцирующим моментом может служить инфекция (грипп, малярия, сифилис и др.), переохлаждение, интоксикация (свинец, алкоголь, никотин) и др.

Первичным звеном патогенеза является, как правило, поражение периферического отрезка нерва. Под влиянием компрессионного фактора и длительного подкоркового раздражения с периферии в мозге формируется аллогенная система, обладающая стабильностью, высокой возбудимостью и отвечающая на любые афферентные импульсы возбуждением пароксизмального типа. Создано единое представление о механизмах, лежащих в основе заболевания, - это мультинейрональный рефлекс с вовлечением в результате долгой патологической импульсации с периферии как специфических, так и неспецифических структур мозгового ствола, подкорковых образований и коры больших полушарий.

При **невралгии тройничного нерва** происходит сложное взаимодействие органических и функциональных, периферических и центральных изменений.

Роль компрессии периферических ветвей тройничного нерва стала более понятна в свете «воротной» теории боли. Установлено, что болевой синдром при этой патологии связан с избирательной гибелью толстых миелиновых волокон, ответственных за быстрое проведение четко локализованной боли и включение «триггера» центрального контроля - антиноцицептивных систем мозгового ствола, и пролиферацией тонких немиелиновых волокон, отличающихся медленным проведением нечетко локализованной (протопатической) боли. Свидетельством формирования очага патологической активности в центральной нервной системе является усиление боли при раздражении слухового и

зрительного нервов, отрицательных эмоциях. Клинические проявления заболевания возникают при нарушении соотношения между болевым очагом и антиноцицептивными структурами на Уровне среднего и промежуточного мозга, что объясняет высокую частоту заболевания у лиц с сосудистой патологией головного мозга, при которой относительно часто и рано поражаются оральные отделы ствола мозга.

Дискуссия о том, является ли тригеминальная **невралгия** функциональным или структурным заболеванием, уже закончена. Экспериментальными и клиническими исследованиями доказано, что через 3 - 6 мес от начала заболевания в осевых цилиндрах пораженной ветви тройничного нерва обнаруживают структурные изменения в виде набухания, фрагментации и вакуолизации которые в ходе заболевания прогрессируют и в более поздних его стадиях переходят в зернистый распад. Центральные механизмы реализации болевого пароксизма включаются вторично под влиянием патологической афферентации с периферии.

Таким образом, представление о формировании очагов пароксизмальной активности нейронов мозга вследствие ирритации мозговых структур при понижении порога возбуждения корково-подкорковых структур под влиянием эндокринно-обменных факторов, нарушения кровообращения и иммунологических изменений при невралгии тройничного нерва является обоснованным.

Невралгия тройничного нерва преимущественно центрального генеза. Этиология и патогенез невралгии тройничного нерва преимущественно центрального генеза окончательно не выяснены. Тем не менее, по-видимому, под влиянием эндокринных, сосудистых, обменных и иммунологических изменений нарушается реактивность корково-подкорковых структур (вероятно, ядерных образований мозга), порог возбуждения которых значительно снижается. Поэтому любое раздражение с периферии, особенно раздражение курковых зон движением челюсти (глотание, жевание, разговор, умывание, чистка зубов, прикосновение, смех, дуновение ветра и др.), может вызвать реакцию со стороны гипоталамо-стволовых образований. Это и ведет к развитию болевых пароксизмов.

Особенности симптомов. При невралгии тройничного нерва преимущественно центрального генеза основным в клинической картине является кратковременный приступ (от нескольких секунд до нескольких минут) мучительной боли самого различного характера (по типу «прохождения тока», жжения, а также стреляющей, рвущей, режущей, колющей) в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Прекращается приступ внезапно, резко обрываясь, в межприступный период боли не бывает. Область распространения боли совпадает с зоной иннервации нерва лишь условно. Обычно она выходит за границы иннервации участка той или иной ветви нерва. Часто распространяется вертикально, на обе щеки, нижнюю челюсть. Приступ боли может сопровождаться рефлекторными сокращениями мимических и жевательных мышц в виде тонической судороги соответствующей половины лица. Во время приступа больные застывают в страдальческой позе, боятся шелохнуться. Иногда принимают своеобразные позы, опасаясь нечаянным движением усилить или удлинить пароксизм, задерживают дыхание или, наоборот, усиленно дышат. Некоторые больные сдавливают болезненную область или растирают ее пальцами, пытаются делать движения (причмокивание), способствующие быстрому прекращению боли. Нередко во время болевого приступа возникают гиперкинезы лица в виде клонических подергиваний его мелких мышц, иногда всех мимических мышц (болевого тик). Провоцируют приступы невралгии обычно раздражения триггерных (курковых) или аллогенных зон, являющихся своеобразным признаком измененного функционального состояния чувствительных ядер тройничного

нерва. Курковые зоны, встречающиеся примерно в половине случаев и определяемые в зоне иннервации соответствующей ветви тройничного нерва, иногда носят мигрирующий характер. Чаще всего они расположены вокруг рта и в области десен, но могут быть на коже лица и в полости рта: на слизистой оболочке щеки, альвеолярном отростке, зубах, механическое или температурное раздражение которых провоцирует приступ. Имеет значение вертикальная нагрузка на зубы, которая возникает при резком сжатии челюстей, ходьбе по неровной поверхности, резком опускании с носков на пятки. Чем больше аллогенных зон, тем тяжелее протекает заболевание. Появление их свидетельствует об обострении заболевания и, наоборот, их исчезновение - показатель наступления ремиссии. Резкое давление на курковую зону может прервать приступ невралгии.

Болевые пароксизмы развиваются преимущественно утром или Днем, редко - ночью. Как правило, боль возникает в зоне второй или третьей ветви, иногда в области обеих ветвей. Невралгия первой ветви встречается крайне редко и при установлении диагноза следует быть очень осторожным. Аналогичные симптомы возникают при фронтите, местных воспалительных процессах, тромбозе синусов и т.д. Но чаще это иррадиация боли из второй ветви тройничного нерва в первую.

Примерно в 30 - 35 % случаев развитию приступообразной боли предшествуют парестезии в виде покалывания, «ползания мурашек», а также постоянная тупая, ноющая боль в зубах (одном или нескольких), реже в челюстях. Примерно 1/3 больных в связи с этими жалобами проводят различные стоматологические манипуляции, в том числе удаление интактных зубов. Один из признаков рецидива болезненного процесса - появление предвестников в виде ощущения «выросших зубов», жара, зуда, гипергидроза, красных пятен на коже лица.

Невралгия тройничного нерва преимущественно центрального генеза чаще встречается у женщин, чем у мужчин (соотношение 3:2). Начинается болезнь обычно в возрасте от 40 до 60 лет, что позволяет предполагать влияние сосудистого и эндокринно-обменных факторов на механизмы ее развития. Течение заболевания хроническое, с ремиссиями.

При пальпации обнаруживают болезненность точек выхода тройничного нерва: foramen supraorbitale, foramen infraorbitale, foramen mentale. В некоторых случаях имеются и отдаленные болевые точки, например, болезненность в области средних шейных позвонков. Нередко выявляют курковые зоны и гипералгезию в зоне соответствующей ветви тройничного нерва. В клинической структуре болевого пароксизма значительное место занимают вегетативные нарушения: гиперемия, отечность лица, слезотечение, ринорея, гиперсаливация, инъекция сосудов склеры и др. В редких случаях могут быть и обратные явления: сухость слизистой оболочки полости рта, учащение сердцебиений. Во время приступа температура тела может повышаться на несколько десятых градуса на стороне болевого пароксизма. Выражены невротические расстройства: депрессивный синдром, тревожно-фобический, ипохондрический.

При поражении гассерова узла и развитии ганглионеврита отмечаются высыпания, чаще в зоне иннервации первой ветви. Неврит тройничного нерва характеризуется расстройством чувствительности в виде гипестезии, трофическими нарушениями со стороны глаза (кератит), снижением или выпадением корнеального (при поражении первой ветви), нижнечелюстного рефлексов (при поражении третьей ветви), слабостью и атрофией жевательных мышц.

Двусторонняя невралгия тройничного нерва преимущественно центрального генеза. Встречается у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин. Возникает в основном в возрасте от 40 до 50 лет, причем у мужчин - в более молодом возрасте.

Это хроническое заболевание, длящееся десятки лет. Как правило, боль появляется на одной стороне, а спустя какое-то время (значительный временной интервал - от нескольких месяцев до нескольких лет) - и на другой. Наиболее часто поражается вторая и третья ветвь тройничного нерва как на одной, так и на обеих сторонах. Сочетанное поражение этих ветвей, как правило, наблюдается на одной из пораженных сторон.

В патогенезе имеют значение возрастной, аллергический и сосудистый факторы. Провоцирующими факторами являются инфекции, переохлаждение, некачественное протезирование зубов, психическая травма и т.д. Пароксизмы боли обычно появляются попеременно на разных сторонах лица. Лишь у отдельных больных отмечается одновременное развитие пароксизма с обеих сторон, но все же чаще с преобладанием на какой-либо одной из них. В 50 % случаев в острый период заболевания определяются триггерные зоны чаще в носогубной области, реже - в латеральных отделах кожных покровов лица и в полости рта. Нередко они располагаются симметрично с обеих сторон, иногда носят мигрирующий характер. У большинства больных отмечаются болезненность в точках выхода на лице пораженных ветвей тройничного нерва, гипестезия с участками анестезии, гиперестезия с участками гиперпатии (обычно у больных, при лечении которых ранее использовали деструктивные методы), выраженные вегетативные нарушения и астеноневротические реакции.

Неотложная помощь в период обострения невралгии тройничного нерва преимущественно центрального генеза. При значительно выраженном болевом синдроме в качестве неотложной помощи показано введение таких анальгетиков, как трамадол (по 1-2 мл внутривенно медленно или внутримышечно), трабар, традол, трамагит, трамал, баралгин - по 5 мл внутривенно медленно, максиган - по 2 и 5 мл внутримышечно. При некупирующемся болевом синдроме вводят диклофенак (син. диклоран, дикломакс, диклоберл, биоран, дик, диклобрю, диклонак, наклофен, реводина, олфен, эпифенак, фелоран) - по 75 мг (3 мл) внутримышечно.

Действие анальгетиков усиливают антигистаминные средства и транквилизаторы (димедрол, седуксен, пипольфен), а также нейролептики (плегوماзин, аминазин), левомепромазин (тизерцин). При упорной невралгии внутримышечно или внутривенно медленно вводят 2 мл 0,25 % раствора дроперидола в сочетании с синтетическим анальгетиком фентанилом (2 мл 0,005 % раствора) или смесь следующего состава: 2 мл 50 % раствора анальгина, 2 мл 0,5 % раствора новокаина и 1 мл 2 % раствора промедола (готовят ex tempore).

Одновременно назначают противосудорожный препарат карбамазепин (финлепсин, стазеин, тегретол, амизепин, мазетол) в индивидуально подобранных дозах. Если больной ранее не получал этот препарат, его назначают внутрь, начиная с 1 таблетки (0,2 г) 1-2 раза в день ежедневно, постепенно увеличивая дозу на 1-2 - 1 таблетку и доводят ее до 2 таблеток (0,4 г) 3-4 раза в день. В 70 - 80 % случаев клинический эффект достигается на 2-3-й день заболевания. Больным, ранее получавшим препарат можно сразу назначать карбамазепин по 2-3 таблетки (0,4-0,6 г) 2 - 3 раза в день. Лечение лучше назначать с дозы, которая дала терапевтический эффект. После исчезновения боли дозу постепенно снижают до поддерживающей (до 0,2 - 0,1 г в день).

Многим больным помогает противосудорожный препарат широкого спектра действия морсуксимид (морфолеп). Увеличивая первоначальную дозу с 0,25 г в сутки на 0,125 г ежедневно до терапевтической (0,75 г), отмечают эффект лечения в виде уменьшения частоты и интенсивности болевых пароксизмов на 3-5-й день лечения. Этосуксимид (суксилеп) - противосудорожный препарат, используемый для купирования малых эпилептических приступов, обладает также выраженным болеутоляющим действием. Начальная доза - 0,25 г в сутки (ежедневно ее увеличивают на 0,1 г до 0,5-1 г в сутки) купирует болевые пароксизмы.

Показаны и другие препараты противоэпилептического действия (натрия вальпроат, клоназепам, триметин). Одним из условий успешного медикаментозного лечения больных с невралгией тройничного нерва является смена противоэпилептических препаратов 1 раз в 5 - 6 мес с постепенным переходом от одного к другому, так как их недостатком является постепенное снижение эффективности.

Для усиления действия антиконвульсанта с 1-го дня назначают антигистаминные препараты - внутримышечно 2 мл 2,5 % раствора дипразина (пипольфена) или 1 мл 1 % раствора димедрола на ночь.

Лицам пожилого возраста с явлениями хронической недостаточности мозгового кровообращения (даже в стадии компенсации) необходимо назначить спазмолитические средства: эуфиллин (синтофиллин) - 10 мл 2,4% раствора в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида, никотиновую кислоту - 1 мл 1 % раствора, но-шпу - 2 мл. Внутривенное введение эуфиллина противопоказано при резко пониженном артериальном давлении, пароксизмальной тахикардии, экстрасистолии, острой сердечной недостаточности.

Одновременно назначают витамины группы В (цианокобаламин - по 500-1000 мкг внутримышечно, витамин В₁ - по 2 мл 5% раствора внутримышечно через день), кислоту никотиновую - по 1-2 мл 0,1% раствора внутримышечно.

В качестве неотложного средства в период обострения заболевания из физических методов лечения применяют ежедневно диадинамические и синусоидально-модулированные токи (5 - 6 процедур), диадинамо-электрофорез новокаина, а также ультразвук (мощность 0,05 - 0,1 Вт/см²). При острой боли показана иглорефлексотерапия (1-й вариант тормозного метода).

При частых приступах и значительной длительности заболевания для профилактики состояний, требующих неотложных мер, показаны повторные курсы лечения в условиях стационара с подбором адекватных доз противоэпилептических средств. Назначают пентоксифиллин (агапурин, трентал) - по 5 мл внутривенно капельно в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида, кавинтон - 2-4 мл внутривенно капельно в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида, ксантинола никотинат - 2 мл 1 % раствора внутримышечно или никотиновую кислоту, эуфиллин, а также витамины группы В, биостимуляторы (алоэ, ФиБС, стекловидное тело, биосед, пелоидин, торфот, гумизоль). Наряду с этим применяют транквилизаторы (нозепам, сибазон, феназепам, хлосепид, тазепам, элениум, седуксен, мебикар, напотон и др.), антигистаминные средства (тавегил, диазолин, фенкарол, димедрол, супрастин и др.), усиливающие действие анальгетиков и противоэпилептических препаратов. При тяжелых формах невралгии тройничного нерва рекомендуется назначение нейролептиков: тизерцина от 1/2 до 2 таблеток (но 0,025 г в таблетке) в день, дроперидола - по 1-2 мл 0,25% раствора, антидепрессантов (амитриптилин - по 12,5-25 мг 2 - 3 раза в сутки с постепенным снижением дозы после

достижения терапевтического эффекта) в сочетании с курсом лечения баклофеном, натрия оксibuтиратом. Кроме того, применяют диадинамические токи, электрофорез новокаина или фонофорез гидрокортизона и анальгина.

Лечение больных двусторонней невралгией тройничного нерва следует проводить в условиях стационара. Профилактическое лечение при легкой и среднетяжелой формах заболевания необходимо проводить 1 раз в год, при тяжелой 2 раза в год.

Невралгия тройничного нерва преимущественно периферического генеза.

Основными формами невралгий тройничного нерва преобладанием периферического компонента патогенеза являются одонтогенные невралгии тройничного нерва, дентальная плексалгия, постгерпетическая невралгия, невралгия при поражении полулунного узла, невралгия отдельных нервов основных ветвей тройничного нерва и др.

Особенности клинических проявлений:

1. Первоначально боль возникает в месте локализации первичного патологического процесса (очага воспаления травмы, опухоли и т.п.).
2. Приступам невралгии часто предшествуют тягостные и длительные болевые ощущения в зоне иннервации соответствующей ветви тройничного нерва.
3. Тяжелый болевой синдром, который усиливается приступообразно, длится долго (часы, сутки), ослабевая постепенно;
4. Болевые проявления могут быть ограничены зоной разветвления в пределах основных ветвей тройничного нерва, зубных сплетений и их ветвей и т.п.
5. Новокаиновые и спиртоновокаиновые блокады приводят к очень кратковременному улучшению. Терапевтический эффект наблюдается лишь в период действия новокаина, однако в дальнейшем, как правило, болевой синдром усиливается.
6. Препараты группы карбамазепина вызывают очень незначительное уменьшение боли либо оказываются совершенно неэффективными.
7. Заметный терапевтический эффект дает прием анальгетиков.
8. Клиническая картина данной невралгии может меняться в зависимости от течения основного патологического процесса.
9. Устранение причины тригеминального синдрома (удаление больного зуба) часто не приводит к ликвидации болевых пароксизмов, так как на поздних стадиях развития невралгия все равно имеет центральный компонент.

Неотложная помощь. Показаны ненаркотические анальгетики (анальгин, эффералгаи, баралгин, трамадол) внутримышечно, внутривенно.

Одновременно назначают нестероидные противовоспалительные препараты:

- салицилаты (ацетилсалициловую кислоту - по 0,25-0,5 г 3 - 4 раза в день после еды, кверсалин - по 1-3 таблетки 3 - 4 раза в день, который можно принимать и до еды и др.);
- производные пиразолона (бутадион по 0,2 г 3 раза в день, реопирин, пирабутол, трибузон - по 0,25 г 3 - 4 раза в день после еды);
- производные индолуксусной, фенилуксусной, фенилпропионовой и антрапиловой кислот (индометацин - по 25 мг 2 - 3 раза в день, доводя суточную дозу до 100-150 мг, можно одновременно с салицилатами; ибупрофен - по 0,2 г утром до еды, запивая чаем, и 3 раза в день после еды; диклофенак-натрий, напроксен, мефенамовую кислоту, хлотазол);

- производные парааминофенола (эффералган - по 0,5 г 2 - 3 раза в день, седальгин - по 1 таблетке 3 раза в день).

Применяют нестероидный противовоспалительный препарат кетанов (по 1 мл внутримышечно или по 10 мг перорально 3 раза в день). Он оказывает выраженное обезболивающее действие. Эффективен продеин.

Анальгетики применяют в сочетании с антигистаминными препаратами (фенкарол, димедрол, дипразин, супрастин, диазолин, тавегил), а также с транквилизаторами и нейролептиками (аминазин, тиоридазин, галоперидол).

Целесообразно назначать в комплексе с перечисленными средствами препараты с антидепрессивным эффектом (амитриптилин - по 0,025 г 2 - 3 раза в день).

При значительно выраженном болевом синдроме в качестве разовой неотложной меры показана нейролептаналгезия - внутримышечное введение 2 - 3мл 0,25% раствора дроперидола в сочетании с синтетическим анальгетиком фентанилом (2 мл 0,005 % раствора).

При упорной боли, плохо поддающейся лечению, применяют смесь следующего состава: 2 мл 50 % раствора анальгина, 1 мл 2 % раствора промедола, 2 мл 0,5 % раствора новокаина.

Показаны витамины группы В (В₁, В₁₂ и их аналоги), а также физиотерапия: динамические или синусоидальные токи, ультразвук, умеренное тепло, электрофорез новокаина или кальция хлорида, фонофорез гидрокортизона с анальгином. В дальнейшем рекомендуются грязелечение, парафин, озокерит, биостимуляторы, алоэ, иглорефлексотерапия. Обязательно санируют полость рта.

При невралгии тройничного нерва, обусловленной грубыми механическими факторами (сужение подглазничного канала, киста, опухоль околоносовой пазухи и др.) показано оперативное лечение.

Дентальная плексалгия. Верхнее зубное сплетение поражается чаще, нижнее - реже (соотношение 2:1), что, по-видимому, обусловлено отсутствием у 50 % людей последнего. Возможны и сочетанные поражения. Наиболее часто к развитию плексалгий приводят одонтогенные факторы с преимущественным поражением терминальных ветвей сплетения. Это возможно при затрудненном удалении премоляров, моляров и зубов мудрости, проведении проводниковой анестезии, оперативных вмешательствах на челюстях, выведении пломбирочного материала за верхушки корневых каналов, удалении большого числа зубов в течение короткого периода времени при подготовке к протезированию полости рта, а также при инфекционных поражениях вследствие остеомиелита лунок и т.д. Травмы, переохлаждение, интоксикации могут быть провоцирующими факторами.

Особенности клинических проявлений: характерно наличие болевого синдрома, как правило, постоянного характера. Боль локализуется в зубах, деснах (иногда она иррадирует на друп'ю сторону лица) Даже удаление пораженных зубов не снимает боль, а у части пациентов она возникает в соседних зубах. У некоторых больных боль уменьшается во время приема пищи, а под влиянием неблагоприятных метеорологических факторов или эмоций усиливается. При поражении верхнего зубного сплетения боль

может иррадиировать по ходу второй ветви тройничного нерва и сопровождаться выраженными вегетативными расстройствами.

Неотложная помощь: назначают ненаркотические анальгетики в сочетании с транквилизаторами и нейролептическими средствами, анестезиновую или лидокаиновую мазь на десна, витамины группы В, алкалоиды группы атропина.

Специализированная помощь. Стоматологическое обследование пациента желательно проводить в многопрофильной стоматологической поликлинике с использованием рентгенографии, электро-одонтодиагностики и др.

При выявлении патологии пульпы, краевого или апикального пародонта, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, неправильно изготовленных протезов, а также новообразований проводят соответствующее лечение.

Причины возникновения невралгий и радикулитов многообразны, так же как и их формы. Этиологическими факторами могут быть травма, острая и хроническая инфекции (корь, тиф, грипп и др.), интоксикации, как экзогенные (алкоголь, отравление свинцом, медью, ртутью и др.), так и эндогенные (диабет, беременность), сдавление нервных стволов (остеохондроз, остеофиты, опухоли, дополнительные ребра, инородные тела и т.д.), пороки развития (например, несращения дужки позвонков). К особому роду невралгий следует отнести каузалгии, ампутационные и фантомные боли — все они обусловлены травматическим повреждением нервных стволов или всей конечности.

Клиническая картина. Каузалгия отличается тяжелым болевым синдромом, возникающим после ранений нервов или их сдавления. Боли носят жгучий характер. Локализуются в месте повреждения нерва, затем распространяются на всю конечность, особенно на ее периферическую часть; могут принимать генерализованный характер, когда прикосновение к любому участку кожи вызывает жгучую боль, как от ожога пламенем или кипятком.

—

Ампутационные боли возникают в области культи ампутированной конечности. Часто причина их — неправильная обработка нерва во время ампутации или сдавление нерва рубцом. В ряде случаев на конце перерезанного нерва развивается утолщение, состоящее из нервной ткани и нейроглии. Особым видом ампутационных болей являются фантомные боли, локализуемые больным в отсутствующей конечности (например, в пальцах ноги после ампутации на уровне верхней трети голени). Эти боли носят нестерпимый жгучий, сверлящий, ноющий характер. Они могут быть настолько сильными, что не уменьшаются даже после введения наркотических средств (морфин). Иногда они являются причиной попыток самоубийства.

Наиболее часто из двух невралгий встречаются невралгии тройничного нерва, межреберных нервов, пояснично-крестцовый радикулит и др. Обычно эти невралгии инфекционного характера или связаны со сдавлением нервов или их корешков у места выхода остеофитов межпозвоночным выпавшим диском; наблюдаются при остеохондрозе и сколиозе. Клиническая картина специфична для каждого нерва в зависимости от его функции (двигательная, чувствительная, смешанная) и зоны иннервации. Общим для всех видов невралгий являются боли.

Неотложная помощь. Больные с резко выраженным болевым синдромом подлежат госпитализации. Догоспитальная помощь и первая госпитальная (приемный покой) заключается в облегчении или снятии болей. Следует иметь в виду, что среди хронически больных вследствие частых приемов сильнодействующих обезболивающих средств довольно много наркоманов. Поэтому при борьбе с болью надо избегать наркотиков, вызывающих привыкание (морфин и подобные препараты). Кроме того, необходимо также помнить, что у морфинистов обезболивающий эффект наступает только при приеме больших доз морфиноподобных препаратов.

Назначают обезболивающие: анальгин — 0,5—1,0 г на прием, внутримышечно — 50% раствор анальгина, новокаиновые блокады, внутривенно — 2 мл 0,5% раствора седуксена в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида или 40% раствора глюкозы (вводить медленно, в течение 2—4 мин), галоперидол в таблетках по 0,0015 г (суточная доза 0,015—0,02 г) или в инъекциях (1 мл 0,5% раствора), левомепромазин (тизерцин) в драже по 0,025 г (суточная доза от 0,05 до 0,25 г) или в инъекциях (1 мл 2,5% раствора) и др.

**ЗАДАНИЕ –СОСТАВИТЬ ПРЕЗЕНТАЦИЮ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ
С УВАЖЕНИЕМ, ЕГ АРХАРОВА**