

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «12» декабря 2014 года
протокол № 9

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. Название протокола: Невралгия тройничного нерва

2. Код протокола:

3. Код МКБ:

G50.0 Невралгия тройничного нерва

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АД артериальное давление
АлТ аланинаминотрансфераза
АсТ аспаратаминотрансфераза
ВИЧ вирус иммунодефицита человека
КТ компьютерная томография
МРТ магнитно-резонансная томография
НТН невралгия тройничного нерва
СОЭ скорость оседания эритроцитов
ЭКГ электрокардиография

5. Дата разработки протокола: 2014 год.

6. Категория пациентов: взрослые.

7. Пользователи протокола: Нейрохирурги

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

8. Определение: Невралгия тройничного нерва (тригеминальная невралгия) – пароксизмальная колющая боль продолжительностью несколько секунд, часто вызывается вторичными чувствительными стимулами, соответствует зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва на одной стороне лица, без неврологического дефицита [2,4]. Основной причиной заболевания является конфликт

между сосудом и корешком тройничного нерва (нейроваскулярный конфликт). В редких случаях лицевая боль вызвана другими патологическими состояниями (опухоль, сосудистые мальформации, герпетическое поражение нерва) [4].

9. Клиническая классификация:

Различают тригеминальную невралгию 1 типа (острая, стреляющая, как удар электрического тока, пароксизмальная боль) и тригеминальную невралгию 2 типа (ноющая, пульсирующая, обжигающая, постоянная боль >50%) [2,4].

10. Показания для госпитализации:

Показания для плановой госпитализации:

- Пароксизмальная или постоянная боль в области иннервации тройничного нерва, соответствующая критериям невралгии тройничного нерва.

Показания для экстренной госпитализации: нет.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- МРТ головного мозга;

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- КТ головного мозга;

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:

- Общий анализ крови;
- Микрорекция;
- Биохимический анализ крови;
- Коагулограмма
- ИФА на маркеры гепатитов В и С;
- ИФА на ВИЧ
- Общий анализ мочи;
- Определение группы крови;
- Определение резус фактора;
- ЭКГ;
- Флюорография органов грудной клетки;

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне):

- МРТ головного мозга;

- КТ головного мозга (в послеоперационном периоде);
- Определение группы крови;
- Определение резус фактора;

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):

- Ангиография.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: нет.

12. Диагностические критерии [5]:

Магнитно-резонансная томография головного мозга выполняется для определения этиологии тригеминальной невралгии.

12.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы:

Пароксизмальные приступы боли в области иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва.

Анамнез:

- Ранее перенесенная черепно-мозговая травма;
- Кариозные зубы;
- Ранее перенесенная герпетическая инфекция (нейротропная инфекция).

12.2 Физикальное обследование:

- Пароксизмальные приступы боли в области лица или лба, продолжающиеся от нескольких секунд до 2 минут.
- Боль имеет следующие характеристики (по крайней мере 4):
 - Локализуется в области одной или нескольких ветвей тройничного нерва;
 - Возникает внезапно, остро, ощущается в виде жжения или прохождения электрического тока;
 - Выраженная интенсивность;
 - Может вызываться с триггерных зон, а также при еде, разговоре, умывании лица, чистке зубов и т.п.;
 - Отсутствует в межприступный период;
- Отсутствие неврологического дефицита;
- Стереотипный характер приступов боли у каждого пациента;
- Исключение других причин болей при обследовании;

12.3 Лабораторные исследования:

Нет специфических изменений лабораторных показателей при невралгии тройничного нерва.

12.4 Инструментальные исследования:

МРТ является стандартным методом для выявления нейроваскулярного конфликта в зоне тройничного нерва, и исключения другой причины (например, опухоль, сосудистая мальформация и др.) заболевания.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта – при наличии соматической патологии;
- консультация кардиолога – при наличии изменений на ЭКГ;
- консультация стоматолога – с целью санации полости рта.

12.6 Дифференциальный диагноз [13]:

Дифференциальный диагноз проводится с патологическими состояниями, характеризующимися лицевой и/или краниальной болью. К таким заболеваниям (Таблица 1) относятся пульпит, темпоромандибулярная боль, нейропатическая тригеминальная боль, пароксизмальная гемикрания.

Таблица 1. Сравнение признаков тригеминальной невралгии с симптомами других заболеваний

Симптом	Тригеминальная невралгия	Пульпит	Темпоромандибулярная боль	Нейропатическая тригеминальная боль	Пароксизмальная гемикрания
Характер	Стреляющая, колющая, острая, как удар электрического тока	Острая, ноющая, пульсирующая	Тупая, ноющая, порой резкая	Ноющая, пульсирующая	Пульсирующая, сверлящая, колющая
Область/распространение	Зона иннервации тройничного нерва	Вокруг зубов, внутриротовая	Преаурикулярная, иррадирует вниз к нижней челюсти, височную область, постаурикулярно или шею	Вокруг зубов или в зоне травмы/хирургии зубов или в области травмы лица	Орбита височная область
Интенсивность	От умеренного до сильного	От слабого до умеренного	От слабого до сильного	Умеренная	Сильная
Продолжительность	Рефракторный период 1-60 с	Короткая, но нет рефракторного периода	Не рефракторный, длится в течение нескольких часов, в	Непрерывная, вскоре после травмы	Эпизодическая 2-30 мин

			основном непрерывная, может быть эпизодической		
Периодичность	Быстрое начало и прекращение, периоды полной ремиссии от недель до нескольких месяцев	Более 6 месяцев маловероятно	Имеет тенденцию медленно расти и постепенно уменьшаться, длится в течение многих лет	Непрерывная	1-40 дней, могут быть периоды полной ремиссии
Провоцирующие факторы	Легкое прикосновение, неноцицептивный	Соприкосновение горячего/холодного к зубам	Стиснение зубов, длительное жевание, зевание	Легкое прикосновение	Ничего
Факторы, уменьшающие боль	Сохранение покоя, препараты	Не есть на больной стороне	Покой, ограничение открывания рта	Не прикасаться	Индометацин
Факторы, связанные с заболеванием	Местный анестетик уменьшает боль, тяжелая депрессия и потеря веса	Гнилые зубы, обнаженный дентин	Мышечная боль на другой стороне, ограничение открывания, щелкание при широком открывании рта	В анамнезе лечение или травма зубов, может быть потеря чувствительности, аллодиния рядом с болью, местный анестетик снимает боль	Может иметь мигренозный характер

13. Цели лечения:

Устранение или уменьшение боли путем микроваскулярной декомпрессии (код операции 04.41) или чрескожной радиочастотной термокоагуляции тройничного нерва (код операции 04.20). Выбор хирургического метода лечения зависит от возраста и сопутствующей патологии пациента, причины тригеминальной невралгии, характера болей, а также желания пациента [1, 7-10].

14. Тактика лечения:

14.1 Немедикаментозное лечение:

Диета при отсутствии сопутствующей патологии – соответственно возрасту и потребностям организма.

14.2 Медикаментозное лечение [3,6,11,14]:

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Карбамазепин 200 мг, доза и кратность зависят от частоты и интенсивности лицевой боли, перорально.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

Прегабалин 50-300 мг, доза и кратность зависят от частоты и интенсивности лицевой боли, перорально.

14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

С целью уменьшения лицевой боли до операции пациенты обычно принимают энтерально препарат Карбамазепин [12], доза и кратность приема которого зависят от интенсивности и частоты приступов лицевой боли.

Антибиотикопрофилактика: Цефазолин 2 г, внутривенно, за 1 час до разреза.

Послеоперационная анальгетическая терапия: НПВС или опиоидные средства.

Послеоперационная противорвотная терапия (метоклопрамид, ондансетрон), внутривенно или внутримышечно, по показаниям в возрастной дозировке.

Гастропротекторы в послеоперационном периоде в терапевтических дозировках по показаниям (омепразол, фамотидин).

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

- Кетопрофен 50 мг/мл - 2 мл, амп
- Диклофенак 25 мг/мл – 3 мл, амп
- Лорноксикам 8 мг, флак порошок лиофилизированный для в/в, в/м введения
- Карбамазепин 200 мг, таб
- Диазепам 5 мг/мл – 2 мл, амп
- Цефазолин 1 г, флак

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- Фентанил 0,05мг/мл (0,005 % - 2 мл), амп
- Повидон-йод 1 л, флак
- Хлоргексидин 0,05% - 100 мл, флак
- Трамадол 100 мг (5% - 2мл) амп
- Морфин 10 мг/мл (1%-1 мл), амп

- Ванкомицин 1 г, флак
- Алюминия оксид, магния оксид - 170 мл, суспензия для приема внутрь, флак
- Ондансетрон, 2мг/мл – 4 мл, амп
- Метоклопрамид 5мг/мл – 2 мл, амп
- Омепразол 20 мг, таб
- Фамотидин 20 мг, флак порошок лиофилизированный для инъекций
- Эналаприл 1,25 мг/мл - 1 мл, амп
- Клопидогрель 75 мг, таб
- Ацетилсалициловая кислота 100 мг, таб
- Валсартан 160 мг, таб
- Амлодипин 10 мг, таб
- Кеторолак 10 мг/мл, амп

14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: нет.

14.3. Другие виды лечения:

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне: Блокады точек выхода нерва.

14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне: радиохирurgia (Гамма нож).

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи: Не проводится.

14.4 Хирургическое вмешательство:

14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях: Не проводится.

14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

Методы хирургического лечения невралгии тройничного нерва:

- Микроваскулярная декомпрессия;
- Чрескожная селективная радиочастотная термокоагуляция;

Целью микроваскулярной декомпрессии является устранение конфликта между сосудом и тройничным нервом. При радиочастотной термокоагуляции выполняется селективное термическое поражение нерва, тем самым достигается прерывание проводимости болевых импульсов.

Заболевание	МКБ-10	Наименование медицинской услуги	Код операции по МКБ-9
-------------	--------	---------------------------------	-----------------------

Невралгия тройничного нерва	G50.0	Радиочастотная термодеструкция тройничного нерва (чрескожная)	04.20 Деструкция черепно-мозговых и периферических нервов
		Микрохирургическая микроваскулярная декомпрессия тройничного нерва	04.41 Декомпрессия корешка тройничного нерва

14.5 Профилактические мероприятия:

- Ограничение психофизической активности;
- полноценное питание и нормализация ритма сна и бодрствования;
- избегать переохлаждения и перегревания (посещение бани, сауны противопоказано);
- избегать провоцирующих факторов развития пароксизмов боли (холодная, горячая пища и т.д.)

14.6 Дальнейшее ведение:

Первый этап (ранний) медицинской реабилитации – оказание МР в остром и подостром периоде травмы или заболевания в стационарных условиях (отделение реанимации и интенсивной терапии или специализированное профильное отделение) с первых 12-48 часов при отсутствии противопоказаний. МР проводится специалистами МДК непосредственно у постели больного с использованием мобильного оборудования или в отделениях (кабинетах) МР стационара. Пребывание пациента на первом этапе завершается проведением оценки степени тяжести состояния пациента и нарушений БСФ МДК в соответствии с международными критериями и назначением врачом-координатором следующего этапа, объема и медицинской организации для проведения МР [15].

Последующие этапы медицинской реабилитации – темы отдельного клинического протокола.

Наблюдение невропатолога в поликлинике по месту жительства.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

Отсутствие или уменьшение интенсивности и частоты приступов лицевой боли в области иннервации тройничного нерва.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Махамбетов Ербол Таргенович – к.м.н., АО «Национальный центр нейрохирургии», заведующий отделением сосудистой и функциональной нейрохирургии.
- 2) Шпеков Азат Салимович – АО «Национальный центр нейрохирургии», нейрохирург отделения сосудистой и функциональной нейрохирургии.
- 3) Бакыбаев Дидар Ержомартович – клинический фармаколог АО «Национальный центр нейрохирургии».

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

18. Рецензент: Садыков Аскар Мырзаханович – к.м.н., заведующий отделением нейрохирургии ФАО ЖГМК «Центральная дорожная больница», г. Астана.

19. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики и/или лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Barker FG II, Jannetta PJ, Bissonette DJ, Larkins MV, Jho HD: The long-term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia//N Engl J Med. – 1996. – Vol. 334. – P. 1077–1083.

2. Burchiel KJ: A new classification for facial pain//Neurosurgery. – 2003. – Vol. 53. – P. 1164–1167.

3. DynaMed <https://dynamed.ebscohost.com/>.

4. Eller JL, Raslan AM, Burchiel KJ: Trigeminal neuralgia: Definition and classification//Neurosurg Focus 18 (5):E3, 2005: 1-3.

5. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. Cephalalgia 1988;8 Suppl 7:1-96.

6. Joint Formulary Committee. British National Formulary. [<http://www.bnf.org>] ed. London: BMJ Group and Pharmaceutical Press.

7. Kanpolat Y, SavasA, BekarA, Berk C. Percutaneous controlled radiofrequency trigeminal rhizotomy for the treatment of idiopathic trigeminal neuralgia; 25-years experience with 1600 patients. Neurosurgery 2001; 48: 524-534.

8. McLaughlin MR, Jannetta PJ, Clyde BL, Subach BR, Comey CH, Resnick DK Microvascular decompression of cranial nerves: lessons learned after 4400 operations//J Neurosurg. – 1999. – Vol. 90. – P. 1–8.

9. Miller JP, Magill ST, Acar F, Burchiel KJ: Predictors of long-term success after microvascular decompression for trigeminal neuralgia//J Neurosurg. – 2009. – Vol 110. – P. 620–626.

10. Yoon KB, Wiles JR, Miles JB, Nurmikko TJ. Long-term outcome of percutaneous thermocoagulation for trigeminal neuralgia. Anaesthesia 1999; 54: 798-808.

11. WHO Model List of Essential Medicines
<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>.

12. Wiffen P. J., McQuay H. J., Moore R. A. Carbamazepine for acute and chronic pain. CochraneDatabaseSyst. Rev. 2005. Vol. 3: CD005451.

13. Zakrzewska JM, McMillan R: Trigeminal neuralgia: the diagnosis and management of this excruciating and poorly understood facial pain//Postgrad Med J 2011; 87:410-416.

14. UpToDate clinical evidence review sources <https://uptodate.com/>.

15. «Стандарт организации оказания медицинской реабилитации населению РК» от 27 декабря 2013г., № 759.