

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

# **НЕВРОЛОГІЯ, В ТОМУ ЧИСЛІ НЕЙРОСТОМАТОЛОГІЯ**

## **МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ  
ЗІ СТУДЕНТАМИ ІV КУРСУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ  
ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ДРУГОГО (МАГІСТЕРСЬКОГО) РІВНЯ  
ВИЩОЇ ОСВІТИ, ГАЛУЗІ ЗНАНЬ 22 «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я»,  
СПЕЦІАЛЬНОСТІ 221 «СТОМАТОЛОГІЯ»

Львів – 2021

Методичні рекомендації для викладачів до проведення практичних занять з дисципліни "Неврологія, в тому числі нейростоматологія" підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти для студентів IV курсу стоматологічного факультету, галузі знань 22 «Охорона здоров'я»; спеціальності 221 «Стоматологія» складені д.м.н. професором Негрич Т.І., к.м.н. асистентом Кирилюк С.Я., к.м.н. доцентом Король Г.М.,

**Відповідальний редактор:** завідувач кафедри неврології ЛНМУ імені Данила Галицького д.м.н., професор Негрич Т.І.

**Рецензент:**

завідувач кафедри внутрішньої медицини №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.м.н., професор Абрагамович О.О.

*Методичні рекомендації розглянуті та затверджені  
профільною методичною комісією Львівського національного  
медичного університету імені Данила Галицького  
(протокол № 5 від 28.04. 2020 р.)*

## ПЕРЕДМОВА

Стрімкий розвиток високих технологій став характерною рисою медицини та біологічних наук у XXI столітті, а вивчення структурно – функціональної організації нервової системи визнано одним із найбільш значущих пріоритетів і має глобальне значення для вивчення студентами неврології, в тому числі *нейростоматології*.

Дисципліна «Неврологія в т.ч. нейростоматологія» призначена для магістрів галузі знань - 22 Охорона здоров'я, спеціальності 221 «Стоматологія». Нейростоматологія - розділ медицини, який вивчає нейрогенні захворювання обличчя та порожнини рота. Дисципліна належить до нормативних дисциплін і передбачає надання учасникам необхідної компетентності з питань неврології та нейростоматології.

Дисципліна «Неврологія в т.ч. нейростоматологія» є нормативною дисципліною обсягом 1,5 кредитів (за Європейською Кредитно-Трансферною Системою ECTS). Навчальним планом передбачено 30 годин аудиторних занять (6 год. лекцій та 24 год. практичних) і 15 годин самостійної роботи.

Метою викладання навчальної дисципліни «Неврологія , в т.ч. нейростоматологія» є вдосконалення знань про особливості будови та функціонування різних відділів нервової системи, оволодіння методикою дослідження неврологічного статусу, вивчення етіопатогенетичних особливостей, клінічних проявів, диференціально - діагностичних ознак та сучасних напрямків і алгоритмів лікування різних нейростоматологічних захворювань.

У рекомендаціях розглядаються основні анатомічно-фізіологічні особливості нервової системи та основні симптоми і синдроми ураження рухової, сенсорної систем, черепно-мозкових нервів, вегетативної нервової системи. У зв'язку з тим, що у іннервації ділянок голови, щелепно-лицевої системи, органів порожнини рота беруть участь трійчастий, лицевий, проміжний, язиковотковий, блукаючий, під'язиковий черепні нерви, вегетативні ганглії - носовійко-

вий, крилопіднебінний, вушний, піднижньощелепний, під'язиковий та вегетативні периваскулярні сплетення, патологія цих утворень і складає структуру нейростоматологічних захворювань.

Основну увагу у методичних рекомендаціях зосереджено на патології трійчастого, лицевого, язикоглоткового, блукаючого, під'язикового нервів; методології дослідження цих нервів. Трактуються патологічні синдроми - бульбарний, псевдобульбарний; основні види цефалгій, невралгії та невропатії трійчастого нерва і його окремих гілок, вегетативні прозопалгії, міофасціальний больовий синдром та інші нейрогенні захворювання обличчя. Також розглядається методика обстеження хворих з нейростоматологічною патологією; нейровізуалізаційні, ультразвукові, електрофізіологічні методи дослідження та сучасні напрямки і алгоритми лікування різних нейростоматологічних захворювань.

Мета викладача не лише навчити студентів теоретичним основам неврології та нейростоматології, але і вмінно практично виконувати діагностичні та мануальні дії, застосовувати нові лікувальні та реабілітаційні технології щодо обстеження і надання допомоги хворим. При тому, стан здоров'я пацієнтів з нейростоматологічними захворюваннями органів ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки прийнято оцінювати, згідно рекомендації ВООЗ, не тільки з позиції вираженості патологічного процесу, але із точки зору впливу захворювань на самообслуговування, побутову і соціальну активність пацієнта. Це дуже важливо для здобуття та поглиблення комплексу знань, вмінь, навичок та інших компетентностей магістрами, достатніх для продукування нових ідей, розв'язання комплексних завдань з цієї дисципліни.

Згідно з вимогами освітньо-наукової програми дисципліна забезпечує набуття здобувачами вищої освіти ступеня магістра **наступних компетентностей:**

**Інтегральних компетентностей (ІК)** – Здатність розв'язувати складні задачі і проблеми у галузі охорони здоров'я за спеціальністю «Стоматологія» у професійній діяльності або у процесі навчання, що передбачає проведення досліджень та/або здійснення інновацій та характеризується невизначеністю умов і вимог.

**Загальних компетентностей (ЗК)** - Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності; здатність застосовувати знання

у практичній діяльності; здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватися англійською мовою; навички використання інформаційних і комунікаційних технологій; здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел; здатність до адаптації та дії в новій ситуації; вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми; здатність бути критичним і самокритичним; здатність працювати в команді; здатність діяти соціально відповідально та свідомо; здатність реалізувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини; здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство.

#### **Фахових компетентностей спеціальності (ФК) –**

- ФК1.Спроможність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.
- ФК2.Спроможність інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних досліджень за норми та нейростоматологічної патології.
- ФК3.Спроможність діагностувати: визначати топічний, клінічний, супутній діагноз та невідкладні стани.
- ФК4.Спроможність планувати та проводити заходи із профілактики нейростоматологічних захворювань органів і тканин ротової порожнини та щелепно-лицевої системи.
- ФК5.Спроможність до проектування процесу надання медичної допомоги: визначати підходи, план, види та принципи лікування нейростоматологічних захворювань.
- ФК6. Спроможність визначати раціональний режим праці, відпочинку, дієти у хворих при лікуванні нейростоматологічних захворюваннях.
- ФК7.Спроможність визначати тактику ведення пацієнтів із неврологічними і нейростоматологічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки і з супутніми соматичними захворюваннями.
- ФК8.Спроможність виконувати медичні маніпуляції.
- ФК9.Спроможність проводити лікування основних нейростоматологічних захворювань.

- ФК10.Спроможність до визначення тактики, методів та надання екстреної медичної допомоги у нейростоматології.
- ФК11.Спроможність ведення нормативної медичної документації.
- ФК12.Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.
- ФК13.Спроможність до організації і проведення реабілітаційних заходів та догляду у пацієнтів із нейростоматологічними захворюваннями.
- ФК14.Спроможність до правового забезпечення власної професійної діяльності.
- ФК15.Спроможність надавати домедичну допомогу за протоколами тактичної медицини.

## **I. Актуальність**

Нейростоматологічні захворювання – велика група патологічних станів, що часто зустрічаються і уражають людей різного віку. До невропатологів і стоматологів звертається чимало хворих з приводу чутливих, секреторних, рухових і трофічних розладів в ділянці обличчя і шиї. Пацієнти скаржаться на гострий біль або парестезії в порожнині рота, ділянці верхньої і нижньої щелеп, на обличчі. Такі відчуття порушують працездатність, сон, емоційний і психічний стан людини. Різноманітність патологічних синдромів в ділянці обличчя і шиї, часті стоматологічні втручання зумовлюють необхідність знань щодо особливостей їх патогенезу, клінічних проявів, діагностичних підходів та принципів лікування у лікарів будь-якого профілю. Це сприятиме вчасному розпізнаванню та правильному лікуванню нейростоматологічних захворювань та визначає актуальність даної теми.

## **II. Навчальні цілі**

Вдосконалення знань про етіологію, патогенез, клінічні прояви, діагностичні та терапевтичні підходи нейростоматологічних захворювань. Засвоїти сучасні алгоритми діагностики та надання кваліфікованої допомоги таким пацієнтам.

## **Основні завдання**

Вдосконалення знань про патогенетичні, клінічні особливості та основні діагностичні та терапевтичні підходи при нейростоматологічних захворюваннях. Порушення функції нервової системи в ділянці обличчя може бути зумовлене багатьма причинами, і студент повинен розрізнити розлади різних рівнів нервової системи та стоматологічні патологічні процеси, вміти поставити клінічний діагноз, застосовувати з урахуванням показів і протипоказань додаткові методи дослідження в неврології та стоматології, проводити диференційний діагноз. Для практичного лікаря дуже важливо вміти правильно трактувати параклінічні дані, які застосовують для діагностики нейростоматологічних захворювань, а також вміти призначати відповідну терапію.

## **Спеціальні компетентності та результати навчання**

1	Компетентність	Здатність правильно обстежувати хворих з нейростоматологічними захворюваннями та призначати відповідне лікування.
---	----------------	---

	Знання	<p><b>Знати:</b> 1) класифікацію прозопалгій;</p> <p>2) етіологію, патогенез, клінічні прояви, методи діагностики, основні принципи лікування уражень системи трійчастого нерва;</p> <p>3) етіологію, патогенез, клінічні прояви, методи діагностики, основні принципи лікування уражень системи лицевого нерва;</p> <p>4) етіологію, патогенез, клінічні прояви, методи діагностики, основні принципи лікування уражень системи язикоглоткового та блукаючого нервів;</p> <p>5) неврологічні прояви патологічних синдромів порожнини рота – стоматиту, глоситу, хейліту, гальванізму, дерматозів;</p> <p>6) неврологічні прояви патологічних синдромів верхньо- і нижньощелепних ділянок – хвороб зубів некаріозного походження, карієсу зубів, пульпіту, періодонтиту;</p> <p>7) неврологічні прояви хвороб скронево-нижньощелепного суглобу;</p> <p>8) неврологічні прояви стомалгії, глосалгії, психалгії;</p> <p>9) етіологію, патогенез, клінічні прояви, методи діагностики та основні принципи лікування вегетативних синдромів обличчя.</p>
	Уміння	<p><b>Вміти:</b></p> <p>1) діагностувати нейростоматологічні захворювання;</p> <p>2) проводити диференційну діагностику нейростоматологічних захворювань з патологічними станами, що мають подібну симптоматику;</p> <p>3) проводити обстеження та вибрати тактику лікування хворих з нейростоматологічними захворюваннями.</p>
	Комунікація	Використовувати стандартні підходи до комунікації в ході обстеження, діагностики та лікування пацієнтів з нейростоматологічними захворюваннями.
	Автономія та відповідальність	Розуміння важливості ретельного і правильного вивчення етіопатогенезу, клінічних проявів, методів діагностики та лікування нейростоматологічних захворювань у майбутній професійній діяльності.
2	Компетентність	Збирання скарг, анамнезу, медичної інформації про стан пацієнта з виявленням і врахуванням показань та протипоказань до проведення додаткових методів обстеження.
	Знання	<p>Знати – основні скарги та перебіг патологічного процесу у пацієнтів з нейростоматологічними захворюваннями.</p> <p>В ході обстеження виявити: основні прояви нейростоматологічних захворювань.</p> <p>основні скарги у пацієнта з нейростоматологічними захворюваннями.</p> <p>В ході опитування виявити: прояви ураження нервової системи в ділянці обличчя.</p> <p>прояви стоматологічних захворювань.</p>



	Уміння	Вміти провести розпитування та виділити основні скарги, оцінити загальний стан пацієнта з різними нейростоматологічними захворюваннями. Вміти заповнити протокол обстеження пацієнта в паперовому та електронному варіантах.
	Комунікація	Дотримуватися вимог етики, біоетики та деонтології у своїй фаховій діяльності.
	Автономія та відповідальність	Відповідати за якісне виконання поставлених завдань.
3	Компетентність	За стандартними методиками виділити провідні синдроми ураження нервової системи при нейростоматологічних захворюваннях за даними неврологічного огляду.
	Знання	Знати основні симптоми та синдроми ураження чутливої, пірамідної, вегетативної систем та черепно-мозкових нервів при нейростоматологічних захворюваннях.
	Уміння	Навички обстеження хворих з патологією нервової системи.
	Комунікація	Дотримуватись методики проведення неврологічного обстеження, відповідних етичних та юридичних норм.
	Автономія та відповідальність	Відчуття відповідальності за правильність, чіткість та своєчасність діагностики.
4	Компетентність	Шляхом логічного аналізу та обґрунтування даних анамнезу, методів неврологічного огляду та додаткових досліджень встановити клінічний діагноз та призначити відповідну терапію.
	Знання	Знати провідні синдроми ураження за даними неврологічного огляду та додаткових методів дослідження у залежності від місця локалізації патологічного процесу.
	Уміння	Вміти аналізувати та інтерпретувати дані виявлені при обстеженні пацієнта з нейростоматологічними захворюваннями, проводити диференційну діагностику різних патологічних станів.
	Комунікація	Дотримуватися правил медичної деонтології, гуманного ставлення до хворого.
	Автономія та відповідальність	Відповідальність за проведення складних діагностичних досліджень та правильність встановлення клінічного діагнозу.
5	Компетентність	Ведення медичної документації.
	Знання	Знати правила та стандарти ведення медичної документації, зокрема, заповнення медичної карти амбулаторного та стаціонарного хворого.
	Уміння	Вміти заповнювати і вести медичну документацію згідно стандарту на підставі нормативних документів.
	Комунікація	Використовувати стандартні підходи до ведення медичної документації. Встановлювати міжособистісні зв'язки для ефективного ведення медичної документації.
	Автономія та відповідальність	Нести відповідальність за правильність ведення медичної документації. Відповідати за якісне виконання заповнення і ведення медичної документації.

### **III. Структурно-логічна схема теми. Діагностика та лікування нейростоматологічних захворювань.**

1. Класифікація прозопалгій.
2. Ураження системи трійчастого нерва.
3. Ураження системи лицевого нерва.
4. Ураження системи язикоглоткового нерва.
5. Ураження системи блукаючого нерва.
6. Синдроми порожнини рота.
7. Синдроми верхньо- і нижньощелепних ділянок.
8. Хвороби скронево-нижньощелепного суглобу.
9. Міофасціальний больовий синдром.
10. Судинний біль в ділянці обличчя.
11. Стомалгія. Глосалгія.
12. Психалгія.
13. Вегетативні синдроми обличчя.

#### **Зміст теми**

**Нейростоматологія** вивчає специфічні неврологічні синдроми і захворювання, які проявляються в ділянці обличчя і порожнини рота.

**Прозопалгія** – біль в обличчі.

Для розвитку прозопалгій важливими є анатомо-фізіологічні передумови, що характеризуються наступними факторами:

- 1) представництво в ділянці обличчя різноманітної дистантної рецепції (нюховий, зоровий, слуховий нерви);
- 2) наявність в ділянці обличчя початкових відділів дихальної та травної систем, представлених складними структурно-функціональними апаратами;
- 3) тісний зв'язок обличчя з лімбіко-ретикулярним комплексом;
- 4) взаємозв'язок черепних нервів один з одним і з іншими утвореннями лицьової і мозкової ділянок черепа, включаючи соматичну і вегетативну іннервацію.

Сукупність перерахованих факторів зумовлює виникнення болю в обличчі при різноманітних патологічних процесах.

Прозопалгії класифікують на прозопалгії, пов'язані з ураженням соматичних органів і нейрогенні (Карлов В.Л., Савицька О.Н., 1990). Нейрогенні у свою чергу діляться на:

- типові прозопалгії - це пароксизмальні невралгії черепних нервів: трійчастого, язикоглоткового, верхньо-гортанного. Вони характеризуються унікальністю етіології (компресійний характер), патогенезу (формування алгогенної системи пароксизмального типу), клініки і відповіді на терапію (ефект не анальгетиків, а певних протиепілептичних препаратів);
- атипові прозопалгії - різні за походженням і патогенетичним механізмом болю, в більшості випадків вегетативно-судинні. Етіологічний фактор встановити не вдається. При пароксизмальному характері болю в порівнянні з типовими прозопалгіями напади характеризуються іншим больовим відтінком більшої тривалості з періодами наростання, апогею та спаду. Куркових зон немає. В тій чи іншій мірі ефективні анальгетики.

З урахуванням частоти поширеності лицевого болю в клінічній практиці прозопалгії можна класифікувати наступним чином (Трошин В.Д., Жулев Е.Н. 2002):

***I. Ураження системи трійчастого нерва:***

- 1) одонтогенні невралгії;
- 2) постгерпетична невропатія;
- 3) невралгії основних гілок трійчастого нерва:
  - а) невралгія носовійкового нерва (синдром Чарлін);
  - б) невралгія вухо-скроневого нерва (синдром Фрей);
  - в) невралгія язикового нерва;
  - г) синдром ураження півмісяцевого вузла;
- 4) невропатія трійчастого нерва:
  - а) невропатія нижнього альвеолярного нерва;
  - б) невропатія язикового нерва;
  - в) невропатія щічного нерва;
  - г) невропатія верхніх альвеолярних нервів;
  - д) невропатія переднього піднебінного нерва.

***II. Ураження системи лицевого нерва:***

- 1) лицева невропатія;
- 2) гангліопатія колінчастого вузла (синдром Ханта).

***III. Ураження системи язикоглоткового нерва:***

- 1) невралгія язикоглоткового нерва;
- 2) невралгія барабанного нерва.

***IV. Ураження системи блукаючого нерва.***

***V. Синдроми порожнини рота:***

- 1) неврологічні симптоми при стоматитах;
- 2) неврологічні симптоми при глоситах;
- 3) неврологічні симптоми при хейліті;
- 4) неврологічні симптоми при гальванізмі;
- 5) неврологічні симптоми при дерматозах:
  - а) багатоформна еритема;
  - б) червоний плоский лишай;
  - б) неврологічні симптоми при грибкових ураженнях порожнини рота.

***VI. Синдроми верхньо – і нижньощелепних ділянок:***

- 1) неврологічні симптоми при хворобах зубів некаріозного походження;
- 2) неврологічні симптоми при карієсі зубів;
- 3) неврологічні синдроми при пульпіті;
- 4) неврологічні синдроми при періодонтиті;
- 5) відображені болі.

***VII. Хвороби скронево-нижньощелепного суглобу.***

***VIII. Міофасціальний больовий синдром.***

***IX. Судинний біль:***

- 1) скроневий артеріїт;
- 2) периартеріїт каротидного сифона (синдром Толоси-Ханта).

***X. Стомалгія. Глосалгія.***

***XI. Психалгія.***

***XII. Вегетативні синдроми:***

- 1) ураження крилопіднебінного вузла (синдром Сладера);
- 2) ураження циліарного вузла (синдром Оппенгейма);
- 3) ураження підщелепного і під'язикового вузлів;
- 4) ураження вушного вузла;
- 5) ураження шийного симпатичного стовбура;
- 6) вісцеральні болі:
  - а) симпаталгічний синдром;
  - б) трофічний синдром;
  - в) судинний синдром:
    - ангіоневротичний набряк Квінке;
    - хвороба Мейжа;
    - синдром Россолімо-Мелькерсона-Розенталя;
    - синдром Шегрена;
    - синдроми надсегментарного рівня.

## I. УРАЖЕННЯ СИСТЕМИ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА

Невралгія трійчастого нерва - це симптомокомплекс, що проявляється нападами сильного болю, який локалізуються в зоні іннервації однієї або декількох гілок трійчастого нерва.

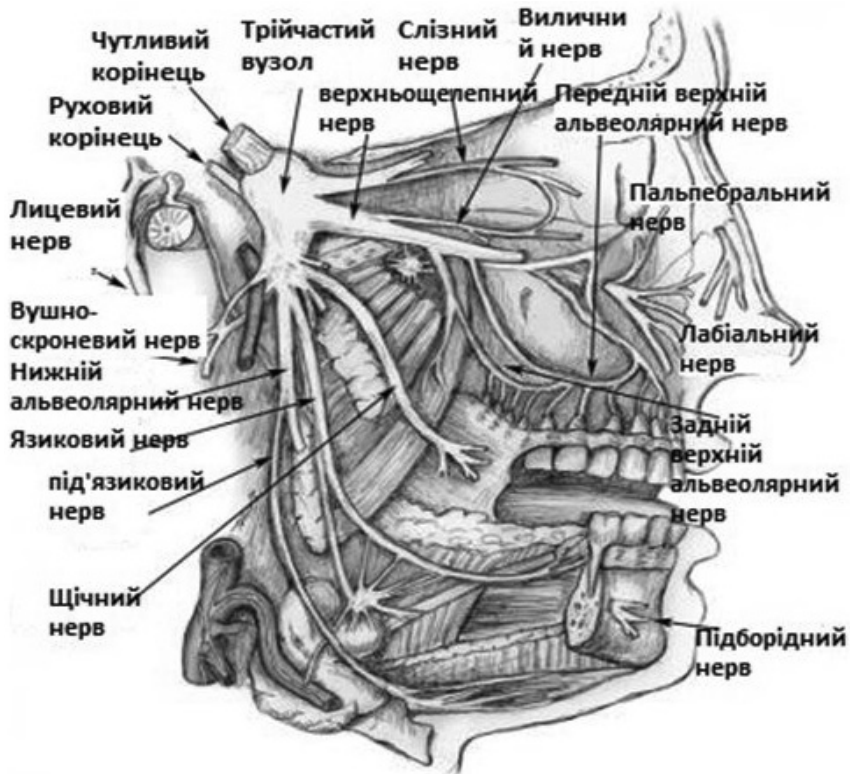


Рис.1. Анатомічне зображення трійчастого нерва

Форми невралгії трійчастого нерву:

- а) ідіопатична (первинна, есенціальна, типова), яка розвивається незалежно від будь-якого, раніше виниклого хворобливого процесу;
- б) симптоматична (вторинна), виникає як ускладнення первинного захворювання. Спричинити невралгію трійчастого нерву можуть пухлини (невринома слухового нерва, хордома, гліома мосту, гліобластома, епідермоїд, метастази в головному мозку, лімфома),

судинні захворювання (інфаркт мосту, артеріовенозна мальформація, аневризма), розсіяний склероз, саркоїдоз, хвороба Лайма, розміщені поруч зубні пломби з різних металів.

Етіологія тригемінальної невралгії частіше пов'язана з явищами компресії трійчастого нерва (74-90%). Основними причинами стиснення корінця нерва є: 1) розширення і дислокація петлеподібно звивистих судин, зазвичай верхньої або передньої нижньої мозочкової артерій з розвитком демієлінізації у місці компресії.

2) вроджене або набуте звуження інфраорбітального каналу (невралгія другої гілки). При вродженій вузькості інфраорбітального каналу (вузькість каналу без потовщення його стінок) тригемінальна невралгія розвивається в літньому віці, коли приєднуються судинні захворювання, що призводять також до порушення кровообігу в трійчастому нерві. Це спричинює посилення невідповідності між діаметром каналу інфраорбітального нерва і нервово-судинного пучка та є безпосередньою причиною виникнення хвороби за типом тунельного синдрому. Набуте звуження інфраорбітального каналу викликано потовщенням його стінок в результаті місцевих хронічних запальних процесів, найчастіше одонтогенних і риногенних.

Виникнення алгогенної системи пароксизмального типу пов'язано з інактивацією гальмівних механізмів в спинномозковому ядрі трійчастого нерва.

### **Особливості клінічних проявів.**

При загостренні невралгії трійчастого нерва спостерігаються короткочасні пароксизми болю по типу ударів електричним струмом та тригерні зони. У період ремісії у міру стихання болю тригерні зони зникають. Хвороба починається зазвичай з ураження однієї гілки трійчастого нерва (2-а, рідше 3-я і лише у виняткових випадках 1-а). Як правило, у міру прогресування патологічного процесу біль поширюється і на сусідні гілки трійчастого нерва.

### **Особливості локалізації болю:**

- Пацієнти можуть точно вказати локалізацію болю.
- Біль зазвичай проходить по лінії поділу трійчастого нерва, що розділяє його на нижньо- та верхньощелепну гілки або верхньощелепну та очну.
- У 60% випадків напрямок болю від кута рота до кута нижньої щелепи.

- У 30% - від верхньої губи до ока та брови, без залучення орбіти.
- Менше ніж у 5% випадків біль виникає по ходу очної гілки лицевого нерва.

### ***Характеристика больового синдрому:***

- Інтенсивний, нападаподібний, колючий.
- Починається з відчуття електричного струму у певній ділянці.
- Наростання інтенсивності болю менше ніж за 20 с, що часто призводить до спотворення виразу обличчя пацієнта.
- Інтенсивність зменшується протягом декількох секунд, потім з'являється пекучий біль тривалістю декілька секунд-хвилин.
- Біль повністю стихає між нападами, навіть коли вони інтенсивні й часті.
- Під час нападів болю пацієнти можуть виконувати різні рухи головою або робити «гримаси» для зменшення вираженості болю, таким чином виникає стан схожий на больовий тик (*tic douloureux*).

В період загострення хвороби пацієнт зазвичай має своєрідний вигляд. На обличчі виражена маска страждання, страху і навіть жаху перед поновленням нападів болю. Як правило, такі особи на запитання відповідають односкладово, ледь відкриваючи рот, оскільки найменший рух лицьової мускулатури може спровокувати больовий пароксизм. Іноді хворі не розмовляють і спілкуються з оточуючими тільки письмово. Під час нападу не метушаться, не стогнуть, а завмирають, приголомшені жакливим болем. Нерідко обличчя пацієнта спотворюється в зв'язку з виникненням посмикування лицьової мускулатури (больовий тик). При цьому вони стараються сильно стиснути рукою ділянку болю або розтирають її (жест-антагоніст), в той час як легкий, незначний дотик до тригерної ділянки зазвичай викликає больовий пароксизм. У період загострення тригемінальної невралгії хворі не вмиваються, майже не їдять, не чистять зуби, чоловіки не голяться.

Точки виходу трійчастого нерва при об'єктивному дослідженні болючі не завжди. Тригерні зони локалізуються переважно в медіальних відділах обличчя: при невралгії 1-ї гілки - біля внутрішнього кута ока, кореня носа, в області брови, 2-ї гілки – біля крила носа, носо-губної складки, над верхньою губою, на слизовій оболонці верхньої щелепи. Виявляється гіперестезія переважно больової чут-

ливості в ділянці ураженої гілки, а у хворих, які лікувалися алкоголізацією - гіпестезія і навіть анестезія в центральних відділах ураженої ділянки. Гіпестезія також може спостерігатися при тривалому перебігу невралгії. При невралгії 1-ї і 2-ї гілок може випадати корнеальний або кон'юнктивальний рефлекс, при невралгії 3-ї гілки в гострому періоді іноді спостерігається тризм.

При значній тривалості захворювання (зазвичай більше 2 років) відзначаються трофічні розлади (особливо в осіб, що багаторазово піддавалися лікуванню деструктивними методами) в зонах уражених гілок, які проявляються сухістю, лущенням шкіри обличчя, раннім посивінням і випадінням волосся на передній волосистій частині голови, атрофією лицьової мускулатури.

Більшість хворих з невралгією трійчастого нерва страждають різними невротичними розладами – астеноневротичним, депресивним, рідше тривожно-фобічним і іпохондричним синдромами.

Важкий прояв тригемінальної невралгії є у вигляді невралгічного статусу (*status neuralgicus*), при якому має місце затяжний приступ пароксизмального болю. Спостерігаються послідовні майже безперервні больові пароксизми, що ідуть один за одним за типом ударів електричним струмом, обов'язково виявляються тригерні зони.

Діагностичні критерії невралгії трійчастого нерва Міжнародної асоціації головного болю (*International Headache Society — IHS, 2019*):

1. Пароксизмальні напади болю, що тривають від мілісекунди до 2 хв по ходу однієї/декількох гілок трійчастого нерва.
2. Біль має щонайменше одну з таких характеристик: (1) інтенсивний, різкий, поверхневий або колючий; (2) раптовий початок внаслідок подразнення тригерів або дії тригерних факторів.
3. Напади стереотипні у конкретного пацієнта.
4. Клінічно відсутній неврологічний дефіцит.
5. Характеристики болю не відповідають іншому розладу.

Критерії IHS для симптоматичної невралгії трійчастого нерва незначно відрізняються і включають:

1. Пароксизмальні напади болю, що тривають від мілісекунди до 2 хв, з/без постійним болем між нападами по ходу однієї/декількох гілок трійчастого нерва.
2. Біль має щонайменше одну з таких характеристик: (1) інтенсивний, різкий, поверхневий або колючий; (2) раптовий початок внаслідок подразнення тригерів або дії тригерних факторів.



3. Напади стереотипні у конкретного пацієнта.
4. За допомогою додаткових досліджень виявлено етіологічний фактор, що може спричинити появу больового синдрому.

**Диференційну діагностику** проводять з невралгіями язиковоточкового і верхнього гортанного нервів, невралгією крилопіденбінного вузла, мігренозною невралгією. Атиповий біль у ділянці обличчя зазвичай поширюється за межі іннервації трійчастого нерва, рідко викликається тригерами і спричиняє постійний дискомфорт тривалістю від декількох годин до днів.

*Таблиця 1.*

### **Диференційна діагностика невралгії трійчастого нерва та атипового больового синдрому**

Особливість	Невралгія трійчастого нерва	Атиповий біль у ділянці обличчя
Поширеність у популяції	Рідко	Поширений
Локалізація	Ділянка іннервації трійчастого нерва	Обличчя, шия, вуха
Тривалість нападу	Декілька секунд до 2 хв	Від декількох годин до декількох днів
Характер болю	«Удар електричним струмом»	Пульсуючий, тупий
Інтенсивність	Значна	Легка/помірна
Тригерні фактори	Дотик, гоління, жування, розмова	Стрес, холод
Симптоми, що супроводжують больовий напад	–	Порушення чутливості

**Діагностика:** МРТ головного мозку (рекомендовано усім хворим), магнітно-резонансна ангіографія, перевіряють рогівковий рефлекс. За допомогою гістологічного дослідження можна виявити вогнищеву демієлінізацію.

**Лікування** - фармакологічна терапія, хірургічні втручання (чрезшкірна ризотомія, мікросудинна декомпресія), променева терапія (стереотаксична радіохірургія з використанням гамма-ножа).

Особливості терапії згідно **рекомендацій Європейської академії неврології 2019 р.**

- рекомендовано призначати на початку лікування фармакологічну терапію, перед призначенням інвазивних методів лікування, оскільки вона є ефективною у 75% випадків.

- при загостренні в умовах стаціонару використовують проти-епілептичні засоби, регідратація і внутрішньовенне введення фосфенітоїну чи лідокаїну.
- препаратами першої лінії є карбамазепін (200-1200 мг/добу) та окскарбазепін (300-1800 мг/день). Карбамазепін призначається починаючи з 0,2 г 1-2 рази на день щодня, доза поступово збільшується на 1/2 таблетки або 1 таблетку, але не більше 2 таблеток (0,4 г) 3-4 рази на день. При появі побічних явищ (втрата апетиту, нудота, блювота, головний біль, сонливість, атаксія, порушення акомодатції) доза зменшується. Хворим, які раніше отримували препарат, можна відразу призначати карбамазепін по 2-3 таблетки (0,4-0,6 г) 2-3 рази на день.
- препаратами другої лінії є ламотриджин, габапентин, прегабалін, ботулотоксин типу А, баклофен і фенітоїн, які можуть призначатися окремо або як додаткова терапія.
- докази для комбінованої терапії є лише для ламотриджину та карбамазепіну, в разі неефективності останнього рекомендовано призначати габапентин.
- хірургічне лікування рекомендовано у разі, коли больовий синдром неконтрольований або у пацієнта наявна непереносимість препаратів.
- пацієнтам із класичною невралгією трійчастого нерву рекомендовано проводити мікросудинну декомпресію як першочерговий хірургічний метод лікування.

### **1. Одонтогенні невралгії.**

Етіологія і патогенез. Факторами, що викликають захворювання є травматичне ушкодження альвеолярних нервів при екстракції зубів і коренів, голкою при проведенні провідникової анестезії, іноді при переломах нижньої щелепи. Спостерігаються також випадки пошкодження нижнього альвеолярного нерва пломбувальними матеріалами, які пройшли через кореневий канал за межі кореня зуба в канал нижньої щелепи. Нерідко причиною служать місцеві одонтогенні (пульпіт, остеомієліт нижньої щелепи і ін.) запальні процеси та пошкодження трійчастого нерва під час операцій на верхньощелепній пазусі. Описано невропатії трійчастого нерва в зв'язку з зубними протезами.

*Особливості клінічних проявів.* Можуть виникати ураження як основних (рідко), так і більш дрібних гілок трійчастого нерва, з яких

найбільш часто страждають альвеолярні нерви. Хворі скаржаться на постійний біль, який періодично посилюється. Часто є скарги на відчуття оніміння в зубах, яснах, шкірі обличчя. При залученні в процес язикової гілки трійчастого нерва зазначені відчуття виникають в передніх 2/3 відповідної половини язика, нерідко пацієнти прикушують язик. Одночасно з язиковою гілкою може уражатися щічна. Рідко страждає передній піднебінний нерв (болі, відчуття печіння в половині піднебіння). Виражені порушення чутливості в зоні ураженого нерва (зниження всіх її видів або випадання) можуть виявлятися лише в певній стадії захворювання. У хворих з тривалою невропатією виникають трофічні розлади у відповідній зоні іннервації: десквамація епітелію слизової оболонки, рихлість і кровоточивість ясен і ін. При залученні 3-ї гілки трійчастого нерва, якщо процес уражає нерв до відходження м'язових гілок, виникає парез жувальної мускулатури, нижня щелепа при відкриванні рота відхиляється в сторону ураження. Можлива поява атрофії жувальних м'язів (особливо скроневого і жувального). Часто зустрічається феномен подразнення - спазм жувальної мускулатури (тризм).

*Діагностика і диференційна діагностика.* Важливим для розпізнавання захворювання є клінічна картина, виявлення причини патологічного процесу з використанням прицільних знімків зубів, ортопантомографії лицьового скелета. Патологічний процес слід диференціювати насамперед від міофасціального болю, для якого характерні провокація при жуванні, ковтанні, локальний м'язовий спазм, м'язові тригерні точки, відбитий біль в певні ділянки. При тривалій невралгії трійчастого нерва можуть виникати постійні болі і незначні порушення чутливості. Однак при цьому зберігаються властиві невралгії больові атаки і тригерні зони. Невропатію 3-ї гілки трійчастого нерва іноді потрібно диференціювати від больової дисфункції нижньощелепово-скроневого суглобу. В останньому випадку мають місце широка іррадіація болю, відчуття закладеності вуха, нерідко хрускіт і клацання в суглобі. Біль виникає або посилюється при русі нижньої щелепи. Перебіг одонтогенних уражень лицьового нерва характеризується значною вираженістю як больового, так і вегетативного компонента.

*Лікування.* Усунення етіологічного фактора є дуже важливим для лікування. Призначають також анальгезуючі засоби, в першу чергу ненаркотичні анальгетики: анальгін (по 0,5 г 2-3 рази на день, при

дуже сильних болях анальгін вводять внутрішньом'язово або внутрішньовенно по 1-2 мл 50 % розчину 2-3 рази на день), бутадіон (по 0,1-0,15 г 4-6 разів під час або після їди), індометацин (25 мг 2-3 рази на день, доводячи добову дозу до 100-150 мг), ібупрофен (по 0,2 г 3 рази в день). Анальгетики застосовуються в поєднанні з антигістамінними препаратами (фенкарол по 0,025-0,05 г 3-4 рази на день після їди, димедрол по 0,03-0,05 г 2-3 рази на день і ін.).

Призначаються також транквілізатори, нейролептики, антидепресанти, протиепілептичні препарати (прегабалін, габапентин).

Іноді ефективною є фізіотерапія: діадинамічні і синусоїдальні модульовані струми, ультразвук, УВЧ-терапія, помірне тепло. Після стихання болю на больові зони призначається електрофорез з новокаїном або хлоридом кальцію. У відновний період місцево показані грязелікування, парафін, озокерит. Певний ефект виявлений після рефлексотерапії.

## **2. Постгерпетична невропатія.**

Постгерпетична невропатія трійчастого нерва – наслідок ураження трійчастого нерва вірусом оперізуючого, інколи, простого герпесу.

Захворювання характеризується пекучим болем, іноді в поєднанні з свербіжем в ділянці тієї гілки трійчастого нерва, зона якої була уражена герпесом (зазвичай 1-а гілка). Больовий синдром гострого періоду безпосередньо переходить в постгерпетичну стадію. Біль постійний, виснажливий. Характерна особливість клінічної картини - випадіння всіх видів чутливості в зоні ураження, тотальна анестезія. Як правило, виникають вторинні невротичні розлади - порушення сну, депресія, тривога. На шкірі - дрібноплямиста депігментація у відповідній зоні як наслідок герпетичного ураження.

*Лікування.* У гострій стадії хворим призначають противірусні препарати (ацикловір, валацикловір в перші 72 години від висипань), глюкокортикостероїди (преднізолон 30-60 мг/добу 5 днів). Для лікування больового синдрому використовують антиконвульсанти (габапентин (до 1800-3600 мг на добу), прегабалін), трициклічні антидепресанти (амітриптилін, нортриптилін), пластир з лідокаїном, опіоїдні анальгетики. Можливе використання фізіотерапії (діадинамічний струм).

### 3. Невралгії основних гілок трійчастого нерва.

#### а) Невралгія носовійкового (назоціліарного) нерва (синдром Чарліна).

Клінічна картина: напади сильного болю в ділянці очного яблука, надбрів'я і відповідної половини носа. Біль виникає вночі і супроводжуються сльозотечею, набуханням слизової оболонки порожнини носа на ураженій стороні, виділенням рідкого секрету з носа. Можуть бути зміни в передньому відділі ока у вигляді кератокон'юнктивіту і болочості при пальпації внутрішнього кута ока. Найчастіше спостерігається двобічне ураження.



Рис. 2. Локалізація патологічних проявів при синдромі Чарліна

Особливостями перебігу цієї невралгії є відносно ранній початок захворювання (середній вік 38 років), своєрідна локалізація і значна тривалість (до доби і більше) больового синдрому, стійкість клінічних проявів захворювання, залежність інтенсивності болю від характеру етіологічного фактора, нейротонічна реакція зіниць під час нападу, відсутність тригерних зон. Хвороба часто перебігає на тлі запальних змін в придаткових пазухах носа. Характерні тривалі (2-3 роки) ремісії.

Лікування. Закачують в очі 1-2 краплі 0,25% розчину дикаїну, при цьому больовий синдром зникає через 2-3 хв. Для посилення анестезуючого ефекту додається 0,1% розчин адреналіну (3-5 крапель на 10 мл розчину дикаїну). Більш ефективним є застосування

аерозолію 10% лідокаїну. Для зняття вираженого больового синдрому застосовується також суміш лікарських речовин, що складається з 0,15 г димедролу, 0,1 г спазмолітину, 0,025 г аміназину, 0,25 г глютамінової кислоти, 0,015 г кофеїну, 0,02 г папаверину гідрохлориду, 0,3 г глюкози, яка призначається по одному порошку 2 рази в день. Використовують антиконвульсанти, трициклічні антидепресанти, опіоїди, нестероїдні протизапальні препарати. Терапевтичний ефект відзначають вітаміну В<sub>12</sub>.

Використовують фізіотерапевтичні засоби: діадинамоелектрофорез з наркотичною сумішшю на ділянку надбрів'я (кодеїн, дикаїн, розчин адреналіну), фонофорез гідрокортизону з анальгіном.

*б) Невралгія вушно-скроневого нерва (синдром Фрей).*

Турбує біль зазвичай пекучого, ниючого, іноді пульсуючого характеру в ділянці скроні, всередині вуха, передньої стінки зовнішнього слухового проходу та в області скронево-нижньощелепного суглоба. Нерідко біль іррадіює в нижню щелепу. Приступ супроводжується або проявляється ізольовано гіперемією шкіри в привушно-скроневої ділянці і гіпергідрозом у вигляді великих крапель поту в ділянці іннервації вушно-скроневого нерва. Відзначається також посилення слиновиділення.



Рис. 3. Симптоми невралгії вушно-скроневого нерва

Хворобливі явища виникають в основному при прийомі їжі, з підвищеним слиновиділенням. Крім їжі, синдром може викликатися курінням, загальною напругою. У деяких випадках розвитку гіперемії і підвищеної пітливості передують парестезії у вигляді відчуття жару, поколювання.

*Лікування.* Під час нападу: седалгін або анальгін в поєднанні з діазепамом або хлордіазепоксидом, новокаїнова блокада ділянки проекції вушно-скроневого нерва (2-3 мл 0,25% розчину новокаїну вводиться під шкіру). Надалі рекомендуються седативні, нейролептичні препарати, транквілізатори, холінолітики, вітаміни групи В і С, фізіолікування (електрофорез йодиду калію, парафіно- і грязелікування). Підшкірне ведення в точку проекції стовбура вушно-скроневого нерва 2 мл 80% спирту з новокаїном призводить до припинення больових пароксизмів або гіпергідрозу. При відсутності ефекту від консервативної терапії здійснюється перетин вушно-скроневого і великого вушного нервів.

*в) Невралгія язикового нерва.*

На тлі інфекції (ангіна, тонзиліт, грип тощо) або інтоксикації, тривалого подразнення язика протезом, гострим краєм зуба, частіше в осіб похилого віку з явищами хронічної недостатності мозкового кровообігу виникають напади пекучого болю в ділянці передніх 2/3 половини язика. Біль може з'являтися спонтанно або провокуватися прийомом їжі, розмовою, сміхом, тобто діями, пов'язаними з рухами язика. Часто біль супроводжується розладами чутливості на відповідній половині язика (зазвичай за типом гіперестезії). При значній тривалості захворювання можливий розвиток симптомів випадання у відповідній половині язика, що призводить до втрати не тільки больової, а й смакової чутливості. Тривалість і частота больових пароксизмів різні.

*Лікування.* Під час нападу призначають анальгін, по 0,5 г 3-4 рази на день, або внутрішньом'язево 2 мл 50% розчину; баралгін (по 1 таблетці 2-4 рази на день); змазування язика 2% розчином новокаїну. У подальшому проводиться лікування основного захворювання (тонзиліт, ангіна тощо), санація порожнини рота, використання антиконвульсантів, антидепресантів, протизапальних препаратів, фізіотерапевтичні процедури - електрофорез новокаїну, вітамінотерапія (В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>).

*г) Синдром ураження півмісяцевого вузла.*

Причини захворювання різні (інфекція, інтоксикація, травма, пухлина, судинні ураження). Інфекційні ураження зазвичай проявляються симптомокомплексом herpes zoster, з висипаннями переважно в ділянці 1 гілки трійчастого нерва. При пошкодженні півмісяцевого

вузла іншої етіології розвиваються тупий біль в зоні іннервації всіх трьох гілок трійчастого нерва з іррадіацією в половину голови. Відзначаються розлади всіх видів чутливості на відповідній половині обличчя. Як правило, для ураження будь-якої етіології характерний тривалий ниючий біль з періодичними різкими больовими розрядами на тлі розладів чутливості в зоні іннервації гілок трійчастого нерва (частіше 2 і 1 гілок). Ускладнення: кератит та кон'юнктивіт.

*Лікування* етіологічне, анальгетики при больовому синдромі. Фізіотерапевтичні методи лікування: діадинамічні або синусоїдальні модульовані струми, ультразвук, фонофорез анальгіну.

#### **4. Невропатія трійчастого нерва.**

В даний час розрізняють невропатії та невралгії чутливих нервів. При цьому під невралгією розуміють появу болю в зоні іннервації того чи іншого чутливого нерва при відсутності об'єктивних ознак ураження нерва, тобто явищ випадіння або подразнення. При невропатіях є об'єктивні клінічні симптоми, характерні для порушень функції відповідних нервів.

Етіологічними факторами невропатії трійчастого нерва і його гілок є інфекції, інтоксикації, різні місцеві запальні процеси, травматичні ураження нерва і ін.

Невропатія трійчастого нерва проявляється болем, парестезіями і порушеннями чутливості в зонах іннервації уражених гілок трійчастого нерва, а у разі невриту нижньощелепного нерва також і руховими порушеннями. Крім невропатії основних трьох гілок трійчастого нерва, зустрічаються неврити дрібніших гілок, з яких найбільше практичне значення мають неврити альвеолярних нервів.

##### *а) Невропатія нижнього альвеолярного нерва.*

Патологічний процес виникає при інфекційних захворюваннях, при дифузному остеомієліті і травмах нижньої щелепи, після деяких стоматологічних втручань (при введенні великої кількості пломбувального матеріалу за верхівку зуба при лікуванні премолярів і молярів нижньої щелепи, при видаленні нижніх зубів мудрості, рідше при проведенні провідникової анестезії). Захворювання характеризується тривалим перебігом.

Основними симптомами є біль і оніміння в зубах нижньої щелепи, в ділянці підборіддя і нижньої губи. Виявляються випадіння або зниження усіх видів чутливості в яснах нижньої щелепи, ділянці



нижньої губи і підборіддя ураженого боку, незначна болючість при перкусії деяких зубів. У гострій стадії може відзначатися різний ступінь тризму в поєднанні з парезом жувальних м'язів.

В окремих випадках спостерігається невропатія кінцевої гілки нижнього альвеолярного нерва - підборідного нерву. У цьому випадку захворювання проявляється парестезією, болем, а також порушенням чутливості в ділянці підборіддя і нижньої губи.

б) Невропатія язикового нерва.

Причиною захворювання може бути ураження нерва при маніпуляціях в порожнині рота (видалення молярів нижньої щелепи). Проявляється болем і парестезіями в ділянці передніх двох третин відповідної половини язика. Відзначається також зниження тактильної і відсутність больової чутливості в цій зоні. Невропатія язикового нерва часто поєднується з невропатією нижнього альвеолярного нерва.

в) Невропатія щічного нерва.

Зазвичай спостерігається в поєднанні з невропатією нижнього альвеолярного нерва. У рідкісних випадках можливо ізольоване ураження щічного нерва, яке проявляється лише розладом чутливості в ділянці щоки, а також шкіри кута рота.

г) Невропатія верхнього альвеолярного нерва.

Причинами невропатії верхніх альвеолярних нервів можуть бути хронічні пульпіти і періодонтити, ураження нервів при складному видаленні зубів, а також запальні процеси в гайморовій порожнині і оперативні втручання при гаймориті, спирто-новокаїнові блокади та ін.

Відзначаються біль і відчуття оніміння в зубах верхньої щелепи. При обстеженні хворих виявляється анестезія або гіперстезія ясен верхньої щелепи, а також прилеглої ділянки слизової оболонки щоки. Електрозбудливість пульпи у відповідних зубах знижена або відсутня. При оперативних втручаннях частіше страждають альвеолярні гілки, що іннервують ікла, другі премоляри і рідше перші премоляри. Для невропатії верхніх альвеолярних нервів характерно тривале лікування. Порушення чутливості можуть утримуватися місяцями, а в деяких випадках не відновлюються зовсім.

д) Невропатія переднього піднебінного нерва.

Причинами невропатії є травматичне ураження нерва при складному видаленні зуба або при інфільтраційній анестезії в ділянці великого піднебінного отвору, а також спирто-новокаїнові блокади при невралгічних симптомах.

Для невротатії переднього піднебінного нерва характерний біль з відчуттям печії і сухості в ділянці однієї половини піднебіння. Відзначається зниження або відсутність чутливості.

Лікування. При невротатії трійчастого нерва призначаються анальгетики, нестероїдні протизапальні засоби (ібупрофен, індометацин), нейролептики (аміназин, тизерцин), седативні і десенсибілізуючі засоби (броміди, снодійні, хлорид кальцію, димедрол), суберитемні дози ультрафіолетового опромінення. Важливим є лікування причини, яка викликала ураження нерва. Для лікування чутливих розладів призначаються інгібітори холінестерази (прозерин), вітаміни групи В, нікотинова кислота. Застосовується фонофорез анальгіну, гідрокортизону, йодиду калію, парафінотерапія. При невротатіях, що не піддаються медикаментозному лікуванню, застосовуються хірургічні методи (нейроекзerez - висічення шматочка нерва і прокладання між відрізками нерва сторонніх тканин (м'яз, фасція), скронева нейроектомія, перетин чутливого корінця, а також бульбарна трактомія).

У всіх випадках невротатій системи трійчастого нерва перед початком лікування необхідно провести санацію порожнини рота.

## **II. УРАЖЕННЯ СИСТЕМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА**

### **1. Невротатія лицевого нерва.**

*Етіологія.* У стоматологічній практиці ураження лицевого нерва може виникнути гостро при знеболюванні нижнього альвеолярного нерва, при введенні анестезуючих речовин у ділянку нижньощелепного отвору, при видаленні нижніх молярів. При цьому парез мимічної мускулатури виникає не від травми лицевого нерва, а внаслідок реактивних змін в тканинах за типом нейроалергії.

*Особливості клінічних проявів.* Іноді виникає біль у відповідній половині обличчя. Це пояснюється тим, що в ряді випадків лицевий нерв містить деяку кількість чутливих волокон V пари, а також з'єднується анастомозами з системою трійчастого нерва. Біль і неприємне відчуття стягування є також при вторинній контрактурі мимічних м'язів, що є резидуальним синдромом важкої невротатії лицевого нерва. Ці неприємні відчуття посилюються в осінньо-зимовий період, коли несприятливі фактори середовища призводять до посилення симптомів вторинної контрактури.

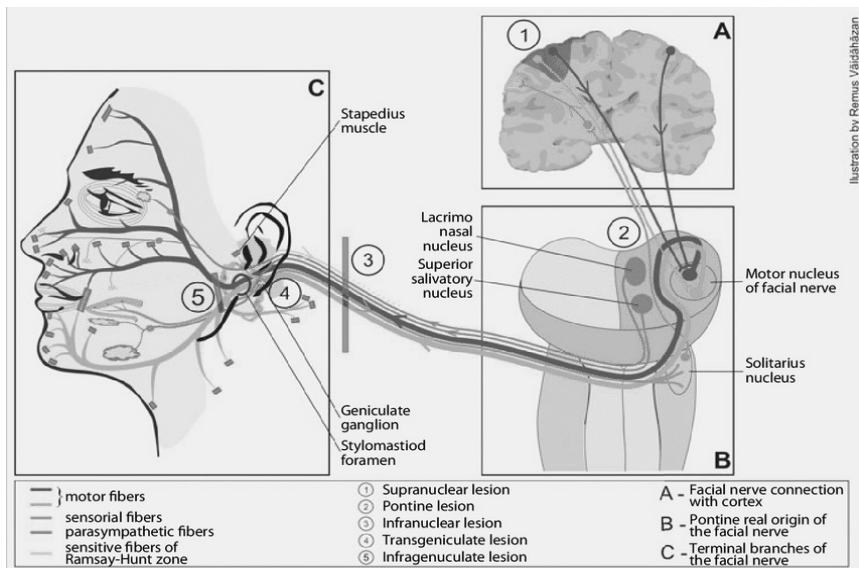


Рис. 4. Анатомія лицевого нерва

При ураженні ядра або корінця нерва виникає симптоматика периферійного парезу м'язів обличчя на стороні ураження: відсутність горизонтальних складок на чолі, вертикальної складки, лагофталм, феномен Белла, відсутність надбрівного рефлексу, сльозотеча з зовнішнього кутика ока, згладженість носогубної складки, опущений кутик рота, неможливість здійснити оскал зубів та скласти губи в трубочку.

Пошкодження у мосто-мозочковому куті (пухлини, абсцеси, арахноїди) проявляється периферичним паралічем м'язів (прозоплегія), в поєднанні з сухістю ока (ксерофтальмія), порушенням смаку на передніх 2/3 язика з цієї сторони (агевзія) та глухотою (анакузіс, сурдітас) на однойменне вухо, за рахунок ураження одночасно VIII нерву. При об'ємних процесах цієї ділянки можлива поява ще й мозочкових симптомів з цієї ж сторони.

Ураження вже на початку каналу лицевого нерва, в ділянці колінчастого ганглію (I нейрон для смакової чутливості, в складі барабанної струни) дасть прозоплегію з порушенням смаку на язиці, сльозотечу замість сухості ока (зберігаються цілими сльозовидільні волокна, а за рахунок відсутності моргання та механічного дренажу

сльози, відвороту паралізованої нижньої повіки, сльоза скопичується на повіці та механічно скочується на щоку). Виникає феномен так званої «гіперакузії» - підвищеної чутливості до звуків з низькими тонами (параліч стрім'яного м'язу призводить до провисання кісточок та зміни власної резонансної частоти слухової системи: низькі звуки створюють явище резонансу і тиск коливань на ендолімфу вуха різко збільшується). Ураження цієї ділянки, ганглію часто дає висипку на шкірі коло вуха – герпетичне ураження, синдром Рамсея Ханта.

Пошкодження нижче відходження стрім'яного нерва охоплює тільки рухові волокна та барабанну струну, тому клінічно проявиться прозопплегією з порушенням смаку.

Ураження нерва в ділянці його виходу з шило-сосцевидного отвору дасть лише рухові порушення, без супутніх чутливих та вегетативних розладів.

Симптоми центрального і периферичного парезу лицевого нерву наведені на рис. 5.

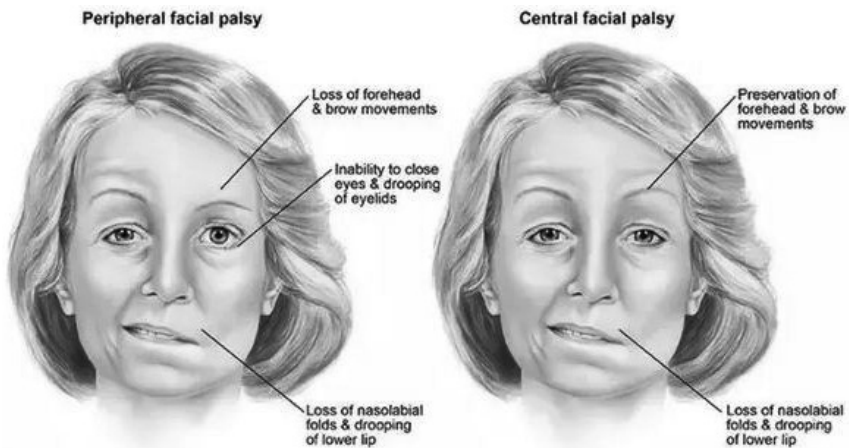


Рис. 5. Симптоми центрального і периферичного парезу лицевого нерву

*Діагностика і диференційна діагностика.* Диференціювати вторинну контрактуру слід з лицевим геміспазмом, блефароспазмом, параспазмом обличчя, лицеву міоклонією. Необхідно проводити аналізи крові, МРТ головного мозку.

*Лікування.* У гострій стадії призначають глюкокортикостероїди (рівень доказовості А (преднізолон по 50 мг/добу протягом 10 днів).

Застосування протівірусних препаратів дискутується – рівень доказовості С (валацикловір 1 г 3 рази/день протягом 7 днів / ацикловір 400 мг 5 разів/день протягом 7 днів). Використовують нестероїдні протизапальні засоби (ібупрофен, диклофенак), засоби, що покращують кровообіг (препарати нікотинової кислоти, трентал, кавінтон, курантил), сечогінні. В стадії відновлення: вітаміни групи В, піримідинові нуклеотиди (нуклео ЦМФ), антихолінестеразні препарати з 7-10 дня (прозерин 0,05% р-н — 0,5-1 мл в/м), альфа-ліпоєва кислота 600 мг в/в краплинно. Фізіотерапевтичні процедури (УВЧ, парафін, озокерит, ультразвук), голкорексфлексотерапія, ЛФК, масаж. Догляд за очима та ротовою порожниною.

Зменшення спазму і суб'єктивних неприємних відчуттів при контрактурі можна досягти призначенням фінлепсину, повторними курсами місцевих ін'єкцій лідази, фонофорезом лідази, введенням ботулотоксину.

При важких ураженнях лицевого нерва відновлення затягується до 6-12 місяців, в ряді випадків досягти повного відновлення не вдається, залишається парез мимічної мускулатури, іноді ускладнений її контрактурою.

## **2) Гангліопатія колінчастого вузла (синдром Ханта).**

Колінчастий вузол розташований в каналі лицевого нерва, його дендрити проводять загальну чутливість від барабанної порожнини, барабанної перетинки, зовнішнього слухового проходу, а також смакову чутливість від передніх 2/3 мови (через систему III гілки трійчастого нерва - язиковий нерв).

Захворювання вузла викликається вірусами герпесу і характеризується герпетичними висипаннями в ділянці слухового проходу, барабанної перетинки, в ділянці мигдалини і язичка, порушенням смаку на передніх 2/3 язика, можуть бути болі в вусі, порушення чутливості в області слухового проходу і барабанної перетинки. Якщо в патологічний процес втягується лицевий нерв, то до зазначених симптомів приєднується парез (параліч) мимічних м'язів.

*Лікування:* протівірусна, протизапальна, дегідратаційна, десенсibiliзуюча терапія.

### III. УРАЖЕННЯ СИСТЕМИ ЯЗИКОГЛОТКОВОГО НЕРВА

#### 1) Невралгія язикоглоткового нерва

Етіологія і патогенез. Захворювання зустрічається досить рідко. Компресія нерва може відбуватися гіпертрофованим шилоподібним відростком скроневої кістки, закостенілою шилопід'язиковою зв'язкою, новоутвореннями (рак кореня язика, пухлини гортані), розширеними судинами, зазвичай задньою нижньою мозочковою і хребтовими артеріями.

Особливості клінічних проявів. Біль локалізується в ділянці іннервації язикоглоткового нерва. Лівобічна невралгія язикоглоткового нерва зустрічається частіше. У 77% хворих невралгія дебютує у віці від 20 до 59 років і тільки у 23% у більш пізньому віці. Частіше страждають жінки. Тривалість захворювання складає від 1 року до 20 років. Провідним клінічним проявом є короткочасні пароксизмальні болі з тривалістю не більше 1-2 хв, але частіше близько 20 с. Біль пекучий, стріляючий, що нагадує удар струмом, від помірної до вираженої інтенсивності. Напади виникають раптово серед повного здоров'я. Значно рідше з'являються провісники хвороби у вигляді різних локальних парестезій, зазвичай за кілька тижнів і навіть місяців до розвитку захворювання. Найчастіше напади провокуються розмовою, прийомом їжі, сміхом, позіханням, рухом голови, зміною положення тулуба, виникають у ранкові години, після нічного сну. Кількість нападів за добу - від декількох до численних (невралгічний статус). В цьому періоді пацієнти не можуть не тільки розмовляти і приймати їжу, але навіть проковтнути слину. Вимушені сидіти або стояти, нахиливши голову в уражену сторону, при виникненні нападу притискають або сильно розтирають рукою вухо-щелепну або позаду щелепи ділянку на стороні больового синдрому. Часто особи виснажені від голоду, зі страхом очікують чергового больового нападу.

Первинна локалізація болю найчастіше відповідає кореню язика, глотці, піднебінним мигдалинам, рідше знаходиться на бічній поверхні шиї, за кутом нижньої щелепи. Нерідко є два вогнища болю. Найчастіше біль поширюються в глибину вуха, глотку інколи на корінь язика, наперед козелка і в бічні відділи шиї. Куркові зони розташовуються в ділянці мигдалин, кореня язика, на козелку вуха. Поява куркової зони на шкірі підборіддя, слизовій оболонці нижньої губи, передніх 2/3 язика, тобто за межами іннервації 9-ї пари, відзначається

у хворих з поєднаною формою невралгії язикоглоткового і трійчастого нервів. Спостерігається також зміна місця первісної локалізації болю і куркової зони в різні періоди захворювання і при його загостреннях.

У період між больовими пароксизмами з'являються несильні ниючі болі, а також відчуття печії, поколювання, пощипування, наявності стороннього тіла в області глотки, кореня язика або піднебінної дужки. Больові відчуття і парестезії, зберігаючись досить довго після закінчення гострого періоду, посилюються при фізичних і емоційних навантаженнях, змінах метеорологічних умов, переохолодженні.

Вегетативно-судинні порушення при невралгії язикоглоткового нерва неяскаві і представлені у вигляді набрякості, гіперемії, рідше - нальоту на корені язика. Слиновиділення при больових приступах підвищене, а між нападами зазвичай знаходиться в нормі. На розлад смаку пацієнти істотних скарг не висловлюють, але більшість відчувають посилення болю при прийомі кислої і солоної їжі; часто виникає гіпергевзія до гіркого. У деяких хворих в момент больового нападу і після нього відзначається сильний ларингеальний кашель.

*Діагностика і диференційна діагностика.* Невралгію язикоглоткового нерва слід диференціювати від невралгії язикового, верхнього гортанного, вушно-скроневого, потиличного нервів, гангліопатії колінчастого, верхнього шийного симпатичного вузлів, больової дисфункції нижньощелепного суглобу, синдрому яремного отвору.

Характерним для невралгії язикоглоткового нерва є болючість при пальпації точки за кутом нижньої щелепи. Значно рідше визначається болючість при пальпації точок виходу трійчастого і великого потиличного нервів на ураженій стороні. Характерна «анталгічна» поза хворих з нахилом голови в бік болю. Відсутні симптоми випадіння (бульбарні порушення, розлади смаку і загальних видів чутливості на задній третині язика).

Важливим діагностичним тестом, який підтверджує синдром шилоподібного відростка у осіб з невралгією язикоглоткового нерва, є введення розчинів анестетиків в ділянку проєкції шилоподібного відростка в порожнині рота. При цьому вдається повністю ліквідувати біль на кілька годин, а іноді на 1-2 доби. Проводяться лабораторні дослідження, нейровізуалізація голови і шиї (МРТ), ортопантомограма.

*Лікування.* Необхідне етіологічне лікування основного захворювання. Виконують ін'єкції новокаїну, блокади трихлоретиленом

або новокаїном. Призначаються ненаркотичні анальгетики, протиепілептичні препарати (карбамазепін, габапентин, прегабалін), опіоїди, антидепресанти, вітаміни групи В. Ефективні діадинамічні синусоїдальні модульовані струми на задню щелепну ділянку, мигдалини, гортань (на курс 10-15 процедур), курси гальванізації. При збільшеному шилоподібному відростку проводиться відповідна операція. При відсутності ефекту використовують хірургічне лікування: мікроваскулярна декомпресія, радікотомія, нейротомія, трактотомія, а також мезенцефальнохордотомія, радіохірургія (гамма-ніж).

## **2) Невралгія барабанного нерва.**

Невралгія барабанного нерва - це захворювання, основною ознакою якого є напади болю у вусі. Барабанний нерв бере участь в утворенні барабанного сплетіння, тому нерідко використовується термін «невралгія барабанного сплетіння». Оскільки барабанний нерв - гілка язикоглоткового нерва, невралгію барабанного нерва можна розглядати як парціальну невралгію язикоглоткового нерва.

Захворювання характеризується нападами болю тривалістю від декількох секунд до 10 хв і більше. Біль локалізуються в зовнішньому слуховому проході і прилеглий до нього ділянці, інколи в глибині вуха. На відміну від невралгії язикоглоткового нерва при ураженні барабанного напади не будуть провокуватися будь-якими подразниками, а виникають спонтанно. Приступ іноді супроводжується ринореєю. Після нападу може зберігатися свербіж і тупий біль в зовнішньому слуховому проході, відчуття печіння. Відзначаються болючість при пальпації зовнішнього слухового проходу, набряклість і гіперемія його задньої стінки. Як і при невралгії трійчастого нерва, при тривалому перебігу захворювання може спостерігатися постійний інтенсивний біль симпаталгічного типу, що поширюється на більш-менш широкую зону.

*Лікування.* Призначаються ненаркотичні анальгетики, при дуже сильних болях застосовуються анальгетики в поєднанні з антигістамінними препаратами, протиепілептичні препарати. Ефективні електрофорез новокаїну на ділянку слухового проходу, курс терапії вітамінами групи В. При відсутності ефекту - перерізання язикоглоткового нерва.



#### IV. УРАЖЕННЯ СИСТЕМИ БЛУКАЮЧОГО НЕРВА

Ураження блукаючого нерва виникає при його стисканні судинами, новоутвореннями в яремному отворі, на шиї і в середостінні, рідше – інтракраніальними пухлинами. Можливі запальні (при енцефалітах) і токсичні (зокрема, при дифтерії глотки) ураження.

Захворювання характеризується явищами подразнення (кашель, сповільнення пульсу) і випадіння (осиплість голосу, порушення ковтання і ін.). Своєрідною формою патології блукаючого нерва є невралгія його гілок - верхнього гортанного нерва.

Невралгія верхнього гортанного нерва розвивається, ймовірно, внаслідок компресії нерва при проходженні його внутрішніх гілок через щитопід'язикову мембрану.

Характерний односторонній приступоподібний біль, що триває декілька секунд і локалізований в ділянці гортані. Біль може віддавати в вухо, підщелепу ділянку, нижню щелепу. Провокуючими факторами є ковтання, прийом їжі. Куркові зони не виявляються. Больові пароксизми найчастіше супроводжуються сильним кашлем, загальною слабкістю, інколи втратою свідомості. На боковій поверхні шиї вище щитовидного хряща визначається болюча точка.

Невралгію верхнього гортанного нерва слід диференціювати від язикоглоткової невралгії. Про невралгію верхнього гортанного нерва свідчить те, що біль локалізується не в глотці, а в ділянці гортані, супроводжується кашлем, при пальпації виявляється болюча точка на бічній поверхні шиї на рівні верхніх відділів щитовидного хряща.

*Лікування.* Застосовуються анальгетики, протиепілептичні препарати, антидепресанти, кортикостероїди, вітамінотерапія, фізіолікування (діадинамічні струми на ділянку іррадіації болю). Слід враховувати функції вісцеральних гілок блукаючого нерва (порушення з боку серця, шлунково-кишкового тракту, діафрагми).

## V. СИНДРОМИ ПОРОЖНИНИ РОТА

### 1) Неврологічні симптоми при стоматитах.

У початковій стадії ураження, викликаного вірусом простого герпесу, зазвичай через 5-7 днів інкубаційного періоду з'являються неприємні відчуття в порожнині рота і парестезії. Біль різко посилюється при їжі і розмові, супроводжується підвищенням температури тіла і загальною слабкістю. Потім в роті з'являються дрібні везикули, які швидко тріскають, утворюючи ерозії, покриті нальотом. При оперізуючому герпесі на слизовій оболонці з'являються везикули, які швидко тріскають, утворюючи ерозії з фестончатими краями. Для ураження слизової оболонки оперізуючим герпесом характерно те, що елементи знаходяться в різних фазах розвитку - одночасно спостерігаються везикули, ерозії, епітелізовані ділянки. Розташовані вони, як правило, по ходу 2-3 гілок трійчастого нерва на певній стороні. Іноді виникають ізольовані ураження слизової оболонки порожнини рота.

*Лікування.* Для боротьби з больовими явищами в порожнині рота призначаються анальгетики. Місцево застосовуються аплікації або ротові ванночки (1-5% розчин новокаїну або тримекаїну). У перші ж дні захворювання проводять аплікації інтерферону на слизову оболонку, УФО слизової оболонки порожнини рота. Важливе значення мають антисептичні полоскання для запобігання вторинної інфекції. Для ліквідації невралгічного болю застосовують анальгетики, антигістамінні препарати, протиепілептичні препарати, нейролептики (аміназин, левомепромазин). Необхідна протівірусна терапія (герпевір).

### 2) Неврологічні симптоми при глоситах.

Запальні захворювання язика частіше є одним із проявів стоматиту з переважним ураженням слизової оболонки язика (десквамативний, грибоквий, виразковий глосит і ін.). У фазі виражених запальних явищ діагностика нескладна, однак на початку захворювання скарги хворих дуже різноманітні і можуть бути подібні на прояви стоматалгії (глосалгії) або неврити язикового нерву.

Пацієнти відзначають біль у язиці, відчуття печії, гіперсаливацію. При десквамативному глоситі на язиці виявляють червоні смуги і плями на дорсальній і бічній поверхнях, потовщення нит-

коподібних сосочків, які покриті темним нальотом, ділянки десквамації ниткоподібних сосочків зі збільшеними грибоподібними сосочками.

Диференційну діагностику проводять з невритом язикового нерва при якому враховуються однобічність болю, зниження больової чутливості слизової оболонки язика, відсутність зв'язку больового синдрому з прийомом їжі. На відміну від глосалгії, при якій всі неприємні відчуття на язичку проходять під час їжі, при глоситах біль посилюється при їжі під впливом механічних, хімічних і температурних факторів. Глосалгії, як правило, супроводжуються сухістю в роті.

*Лікування.* Невідкладна допомога при глоситах зводиться до призначення анестезуючих засобів (10% суспензія анестезину в гліцерині, 0,5% розчин дикаїну для змазування язика, 1-5% розчини тримекаїну або новокаїну для ротових ванночок), антигістамінні засоби. Лікування соматичного захворювання.

### **3) Неврологічні симптоми при хейліті**

Запалення червоної облямівки, слизової оболонки і шкіри губ називається хейлітом.

При актинічному хейліті труднощі в діагностиці може викликати суха форма, що характеризується різко вираженими ділянками застійної гіперемії, покритими тонкими прозорими лусочками. Початок захворювання при сухій формі супроводжується відчуттям печії, свербіння, болю. Подібна клінічна картина розвивається і при інших формах хейлітів. При ангулярному інфекційному хейліті виникає біль при відкриванні рота, печії і парестезії в області губ і слизової оболонки порожнини рота.

Необхідно диференціювати ці форми хейлітів від стомалгії, при якій також спостерігаються відчуття печії і болю в ділянці слизової оболонки і червоної облямівки губ, поширення відчуття печії на інші ділянки слизової оболонки порожнини рота.

*Лікування.* Показані кортикостероїдні мазі, масляний розчин вітаміну А, змазування уражених ділянок водними і спиртовими розчинами анілінових барвників, 5% розчином кальцію пантотенату, антигістамінні препарати. Надалі - лікування у стоматолога відповідно до форми захворювання (санація порожнини рота, вітамінотерапія, десенсибілізуюча терапія, фізіотерапія).

#### **4) Неврологічні симптоми при гальванізмі.**

Основними етіологічними факторами захворювання є електрохімічні процеси, що виникають при наявності в роті протезів і пломб з різноманітних металів або великої кількості коронок з нержавіючої сталі. В результаті електрохімічних процесів в порожнині рота в слину потрапляє зі сплавів металів велика кількість мікроелементів. Їх токсична дія на рецепторний апарат слизової оболонки порожнини рота сприяє розвитку місцевих процесів, а при попаданні слини в шлунково-кишковий тракт і дії мікроелементів на слизову оболонку шлунку і кишківника – загострення хронічних шлунково-кишкових захворювань.

*Клініка.* У хворих виникають неприємні відчуття в порожнині рота і на язиці (печія, металевий присмак, смак солі, гіркоти, кислоти), що особливо посилюються при вживанні гострої і кислої їжі, а нерідко при доторканні металевою ложкою до протезів. Печія і біль можуть появлятися також і на слизовій оболонці губ, щік, твердого піднебіння, іноді в глотці і в ділянці стравоходу. Парестезії можуть супроводжуватися головним болем, дратівливістю, поганим сном, алергічними реакціями. У порожнині рота виявляють гіперемію, гіперкератоз, потемніння металевих коронок. При огляді язик може бути набряклим з відбитками зубів на його бічних поверхнях, виявляються зміни ниткоподібних сосочків у вигляді гіпо- або гіпертрофії, часткова десквамація епітелію слизової оболонки язика, хронічні гінгівіти. Сухість порожнини рота (ксеростомія) - одне з найважливіших проявів гальванізму. Вона може пояснюватися зменшенням виділення слини або ж зміною її складу: слина стає густою, тягучою, пінистою. Часто у хворого відзначається зміна смакової чутливості на солодке, солоне, кисле.

Необхідно проводити диференційну діагностику гальванізму та стомалгії. Основною ознакою можна вважати повне зникнення парестезії і болю або різке їх зменшення під час їжі, характерне для стомалгії. При гальванізмі неприємні відчуття під час їжі не проходять і, крім цього, визначаються виражені зміни слизової оболонки порожнини рота і зовнішнього вигляду протезів. При обстеженні виявляється збільшення кількості мікроелементів в слині і сили мікрострумів.

*Лікування.* Призначаються місцеві знеболюючі заходи: аплікації на болючі ділянки 10% суспензії анестезину в гліцерині, ротові ванночки з 25% розчином новокаїну або тримекаїну, седативні препа-

рати, транквілізатори. Для ліквідації справжньої причини захворювання необхідна термінова заміна металевих протезів. Патологічна симптоматика, як правило, зникає після зняття протезів не відразу, а через деякий час.

### **5) Неврологічні симптоми при дерматозах.**

Прояви дерматозів порожнини рота (багатоформна еритема, червоний плоский лишай) супроводжуються неврологічними синдромами, перш за все больовими, парестетичними і вегетативними, які необхідно диференціювати від больових синдромів неврологічних захворювань та інших форм ураження порожнини рота.

#### *а) Багатоформна ексудативна еритема.*

Захворювання частіше зустрічається у хворих молодого і середнього віку. Початок гострий: частим є загальна слабкість, підвищення температури тіла, біль в м'язах і суглобах, головний біль. Хворі скаржаться на сильні болі в порожнині рота, особливо в дистальному відділі, і слинотечу. На слизовій оболонці з'являються поліморфні висипання, пухирі на тлі яскравої еритеми, ділянки різко болючих ерозій, кров'яністі кірки на червоній облямівці губ. Як правило, при цьому захворюванні уражається шкіра, в місцях ураження визначаються плями з бульбашкою в центрі і концентричними інфільтрованими кільцями яскраво-червоного або синюшного кольору (так звана «кокарда») по периферії. При важких формах захворювання (синдром Стівенса-Джонсона) уражається слизова оболонка статевих органів і очей.

*Діагностика.* Характерна локалізація шкірних проявів (тильна поверхня кистей, передпліччя і гомілок), клінічні ознаки ураження слизової оболонки, відсутність клітин Цанка дозволяють диференціювати дане захворювання від пухирчатки, кандидозу і від ерозивної форми червоного плоского лишая.

*Лікування.* Десенсибілізуюча і дезінтоксикаційна терапія включає ізотонічний розчин хлориду натрію, 5% розчин глюкози з аскорбіновою кислотою, антигістамінні засоби, місцево - ванночки з 5-10% розчином анестезину, полоскання 15% розчином новокаїну (тримекаїну), зрошення аерозольними анестетиками. У разі медикаментозного походження захворювання терміново відміняються медикаменти, які можуть бути причиною патологічного стану. У важких випадках застосовуються антибіотики і кортикостероїди.

*б) Червоний плоский лишай.*

Основний елемент захворювання - дрібні ороговілі папули, які можуть зустрічатися на слизовій оболонці порожнини рота і на шкірі. Локалізація ураження - на щоках, губах і яснах, де папули, зливаючись, утворюють сітчастий малюнок. При ерозивно-виразковій формі відзначаються гіперемічні і ексудативні явища з утворенням рецидивуючих ерозій. Основні скарги хворих: сильний свербіж при шкірних ураженнях і тривалі інтенсивні болі в порожнині рота, що мають пекучий характер, подібний зі стоматологічними болями.

Проводиться диференційний діагноз з медикаментозним стоматитом і кандидозом. Головною відмінністю від синдрому стоматалгії є наявність змін на слизовій оболонці порожнини рота і посилення больового синдрому під час їжі.

*Лікування.* Зрошення уражених ділянок анестезійними аерозольними засобами, серед яких найбільш ефективними є лідокаїн, ксилестезин. Необхідно виключити наявність різномірних металів в порожнині рота, замінити металеві пломби і провести ретельну санацію. Використовують седативні препарати, антидепресанти та специфічну терапію.

*в) Неврологічні симптоми при грибкових ураженнях порожнини рота.*

Грибкові захворювання порожнини рота викликаються найчастіше дріжджоподібними грибами.

Найбільш характерними ознаками кандидозу слизової оболонки порожнини рота є гіперемія, особливо спинки і кінчика язика, десквамація епітелію, набряк, наліт у вигляді крупинок або бляшок білого кольору, який при зішкрібанні знімається не повністю. Хворі скаржаться на відчуття збільшення язика, що з'являється в продромальному періоді, яке потім переходить в постійний біль або відчуття печіння.

*Діагностика і диференційна діагностика.* Основною діагностичною ознакою кандидозу є мікроскопічна картина - наявність спор і міцелію грибів роду *Candida* в зішкрібі зі слизової оболонки порожнини рота. Необхідно відрізнити кандидоз від червоного плоского лишая і лейкоплакії. Для них характерна чітка, незмінна локалізація елементів ураження з характерними морфологічними ознаками. Ускладнює діагностику те, що грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота часто приєднуються до інших захворювань, що ви-

магає для уточнення характеру ураження аналізу зішкрібу з глибоких шарів. Надалі послідовно проводиться спочатку протигрибкове лікування, а лише потім - терапія основного захворювання. На відміну від глосалгії, коли печія в язиці проходить під час їжі, при кандидозі неприємні відчуття на слизовій оболонці порожнини рота з процесом їжі не співвідносяться.

*Лікування.* Для усунення больових відчуттів в порожнині рота використовуються місцевоанестезуючі засоби з подальшим лікуванням протигрибковими препаратами (ністатин, полоскання розчином ністатин-натрієвої солі, змазування 20% розчином бури в гліцерині, розчином Люголя на гліцерині, ефективне використання карамелі з дикаїном протягом 2-3 тижнів), трихополом. Спеціалізоване лікування, проведене лікарем-стоматологом, полягає в санації порожнини рота, усунення місцевих травматичних чинників, раціональному протезуванні.

## VI. СИНДРОМИ ВЕРХНЬО – І НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ ДІЛЯНОК

### 1) Неврологічні симптоми при хворобах зубів некаріозного походження.

До групи некаріозних уражень зубів відносяться механічні і хімічні пошкодження, клиновидні дефекти, ерозії твердих тканин, патологічна стертість зубів, хвороби зубів при нейроендокринних розладах та ін.

*Клінічна картина.* При всіх цих захворюваннях може виникнути підвищена чутливість (гіперестезія) зубів до впливу різних чинників - механічних, хімічних і температурних. Сприйняття і передача больових імпульсів до пульпи зуба і далі в систему трійчастого нерва здійснюються через відростки одонтобластів - периферичних клітин пульпи зуба, що знаходяться в дентині. Хворих турбує гострий короткочасний біль, що виникає тільки при дії хімічних, температурних, іноді механічних агентів.

При огляді пацієнта визначається зміна зовнішнього вигляду окремих груп зубів за рахунок дефекту їх твердих тканин (в першу чергу емалі). При клиновидному дефекті визначається наявність під кутом гладких поверхонь, що утворюють поглиблення в твердих тканинах зуба. Зондування цієї ділянки може бути болючим, але іноді через тривалий час з поточною діяльністю пульпа зуба атрофується і больові відчуття відсутні. При некрозі емалі, що виникає як на тлі загальних патологічних станів (ендокринні розлади, інтоксикація), так і під впливом місцевих факторів (дії різних речовин, частіше - кислот), відзначаються крейдовидні плями і втрата блиску емалі. Надалі зуби набувають сірий або бурий колір. Таким чином, основними проявами неврологічної симптоматики при некаріозних ураженнях зубів є розлади чутливого і больового симптомокомплексів.

Диференційну діагностику проводять з стомалгією, при якій теж виникають парестезії і біль в порожнині рота. Перш за все для стомалгії характерно зменшення або повне зникнення неприємних відчуттів під час їжі, тоді як при гіперестезії біль виникає найчастіше під дією в роті їжі. Крім того, при стомалгії хворобливі відчуття, як правило, поширюються на слизову оболонку порожнини рота і піднебіння, на язик, чого не буває при гіперестезії зубів.



*Лікування.* Призначаються місцевоанальгезуючі засоби (втирання знеболюючих паст: содової, 75% фтористої, 75% стронцієвої) і седативні препарати. Показані гліцерофосфат або глюконат кальцію, вітаміни. Рекомендується електрофорез вітаміну В<sub>1</sub>, 10% розчину хлориду кальцію, 1% розчину фториду натрію і подальше лікування у стоматолога.

## **2) Неврологічні симптоми при карієсі зубів.**

Каріозні ураження зубів поділяються на чотири стадії: 1) каріозна пляма, 2) поверхневий карієс, 3) середній карієс, 4) глибокий карієс. Дві з них, перша і третя, протікають, як правило, без больових симптомів, при другій і четвертій стадіях виникають больові відчуття.

При поверхневому карієсі турбує біль, який виникає під дією хімічних подразників, і лише зрідка при температурних подразниках. Біль гострий, короткочасний. Для глибокого карієсу характерно виникнення болю під впливом механічних (попадання їжі в каріозну порожнину), хімічних і температурних подразників. Біль середньої інтенсивності, короткочасний, швидко проходять при ліквідації подразнюючого агента.

Необхідно проводити диференційну діагностику між глибоким карієсом і пульпітом. Для пульпиту характерне виникнення мимовільного нападоподібного болю, тривалих багатогодинних больових реакцій на різні подразники, типового нічного болю.

Лікування карієсу проводиться стоматологом.

## **3) Неврологічні синдроми при пульпіті.**

Запальні захворювання пульпи зуба - пульпіт, як правило, є ускладненням карієсу. Больовий синдром є провідним в клініці цього захворювання і часто досягає великої інтенсивності і тривалості та в міру розвитку патологічного процесу стає майже безперервним. Під дією зовнішніх факторів виникають болі, які не зникають при усуненні подразнюючого агента. При дифузному пульпіті біль іррадіює по ходу 2 і 3 гілок трійчастого нерва і в зони Захар'їна-Геда. При хронічному пульпіті, який, як правило, є результатом гострого, больовий синдром може бути менш різким, аж до повного зникнення болю при значному руйнуванні пульпи.

*Діагностика і диференційна діагностика.* При пульпіті визначається зниження електробудливості пульпи. Біль при пульпіті за

характером схожий з алгічним синдромом при невралгії трійчастого нерва через його пароксизмальність і іррадіацію по ходу гілок нерва. Часто на початковій стадії невралгії трійчастого нерва біль локалізується в одному або декількох зубах і хворий звертається в першу чергу до стоматолога, який може видалити зуб. Зазвичай больовий синдром при цьому не зменшується, а іноді посилюється, що тягне за собою видалення одного, а іноді і декількох зубів. Інколи після видалення зуба біль зникає на короткий термін (від 2-3 днів до 1-2 міс), а потім знову виникає вже в сусідньому зубі. Деяким пацієнтам через незникаючий біль без необхідності видаляють від 3-4 до 7-8 зубів. Видалення зубів призводить до порушення функціонального стану зубощелепної системи, що, в свою чергу, погіршує перебіг тригемінальної невралгії.

При помилковій діагностиці тригемінальної невралгії у хворих з пульпітом особливо небезпечно необгрунтовані хірургічні маніпуляції, в першу чергу, алкоголізація гілок трійчастого нерва. Вторинні невротичні зміни в нерві викликають постійні болі, відчуття оніміння, парестезії і тим же ж різко погіршують загальний стан пацієнта з пульпітом. Деструктивні зміни в нерві, що відбуваються після алкоголізації, сприяють ятрогенному захворюванню, що погано піддається лікуванню. Тому при алгічних зубних синдромах необхідна точна диференціальна діагностика. При обстеженні особи, що скаржиться на гострий біль в зубі, важливо визначити наявність каріозної порожнини, перелому зуба або іншої зубної патології. У сумнівних випадках проводиться рентгенологічне дослідження і електроодонтодіагностика.

Невралгія трійчастого нерва відрізняється від пульпіту наявністю тригерних зон, відсутністю болю при дії температурних подразників, які при пульпіті завжди виражені, відсутністю нічних болів, нормальною або підвищеною електрозбудливістю зубів в зоні іррадіації болів, тоді як при пульпіті електрозбудливість знижена. Для невриту альвеолярного нерва характерні гіперестезія поверхневої больової чутливості і системне зниження електрозбудливості всієї групи зубів, що інervуються ураженою гілкою. Від больового синдрому при невритах альвеолярних нервів пульпіт відрізняється пароксизмальністю болю, реакцією на температурні і хімічні подразники, відсутністю виражених розладів чутливості.

При пульпітах верхніх зубів проводиться диференційна діагностика з гайморитом. При цьому необхідно звернути увагу на

загальний стан хворого, нездужання, головний біль, підвищення температури тіла, швидкості осідання еритроцитів, лейкоцитоз, наявність ринореї або закладеності носа, типове відчуття розпирання в підорбітальній ділянці при нахилах голови, відсутність зв'язку алгічного синдрому з прийомом їжі. Діагноз підтверджується даними рентгенологічного та отоларингологічного дослідження додаткових пазух носа.

Біль у зубах верхньої щелепи, подібний з пульпітом, виникає при гангліоніті крилопіднебінного вузла. Для уточнення діагнозу треба враховувати дуже широку іррадіацію болю при гангліоніті (лоб, скроню, потилицю, шию, руку, лопатку), виражені вегетативні розлади (набряк верхньої повіки, почервоніння обличчя, ринорея, слезотеча), відсутність впливу температурних, механічних і хімічних чинників в процесі їжі на виникнення і розвиток больового пароксизму, відсутність зубної патології.

*Лікування.* Призначають анальгетики ненаркотичного ряду. Показані легкі седативні засоби. Необхідно термінове лікування у стоматолога.

### **б) Неврологічні синдроми при періодонтиті.**

Захворювання, що характеризується змінами запального характеру в періодонті зуба, називається періодонтитом. При діагностиці неврологічних розладів великий інтерес представляють гострі періодонтити, так як хронічні, як правило, перебігають з менш вираженими болями, а іноді і безсимптомно. Періодонтити можуть виникати в результаті травми зуба (травматичні), при проникненні інфекції через верхівковий отвір зуба (інфекційні верхівкові) або патологічну зубоясенну кишеню (інфекційні маргінальні), при медикаментозному впливі (медикаментозні).

Для гострого періодонтиту характерно виникнення інтенсивного болю в ділянці одного зуба, який в подальшому може віддавати в сусідні зуби і приймати більш виражений пульсуючий характер. Різка посилення болю відбувається при кусанні на зуб або при його перкусії. Іноді хворий може сам вказувати на причину виникнення болю (травма, стоматологічні маніпуляції і т.п.). Аналогічну больову симптоматику може давати періодонтальна реакція при пульпіті внаслідок залучення до процесу періодонта.

*Лікування.* Анальгетики та спеціалізоване лікування у стоматолога.

## **7) Відображений біль**

Певні ділянки шкіри і слизових оболонок, які відповідають тому чи іншому органу, відомі як зони Захар'їна-Геда. Реалізацію больових синдромів і розвиток зон гіперестезії зазвичай розцінюють як іррадіацію імпульсів вегетативних рецепторів на соматичні відділи нервової системи. Болі в зонах Захар'їна-Геда, розташованих на обличчі, можуть виникати при захворюваннях зубів (пульпіту, періодонтиту) і при патології внутрішніх органів за рахунок іррадіації імпульсів, що йдуть від ураженого органу по волокнах блукаючого і діафрагмального нервів на клітини ядра трійчастого нерва.

Особливий інтерес представляють відображені одонтогенні болі. Виникнення больового синдрому нерідко йде паралельно в ділянці ураженого зуба і в зоні Захар'їна-Геда, а іноді біль в ділянці зубів може повністю бути відсутнім. Гіперестезія або гіперпатія в відповідній ділянці зазвичай з'являється через кілька годин від початку захворювання, а зникає не завжди відразу після усунення причини. Біль повністю зникає після лікування ураженого зуба.

## **VII. ХВОРОБИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ**

Клінічна картина хвороб скронево-нижньощелепного суглобу складається з суглобових і позасуглобових симптомів. До суглобових симптомів відносяться: біль в передвухній ділянці, тугорухливість нижньої щелепи, суглобовий шум, біль при рухах, розмові, початкових рухах нижньої щелепи після спокою («стартові» болю). До позасуглобових симптомів належать біль у вусі на стороні ураження, жувальних м'язях, зубах, щелепах, скроні, виличній дузі, підщелепній, тім'яній ділянці, потилиці. При артритях переважає біль, при артрозі - суглобовий шум, при фіброзному анкілозі - тугорухомість суглоба, при м'язово-суглобовій дисфункції - біль в щелепах і жувальних м'язях, при цьому зміни кісткових структур суглоба на рентгенограмах відсутні.

Якщо під час змикання зубних рядів в одній або декількох оклюзіях окремі зуби або ділянки їх оклюзійної поверхні вступають в контакт швидше, ніж інші (передчасні або блокуючі контакти, суперконтакти), то це створює перешкоду для змикання інших зубів, веде до зміни функції жувальних м'язів. Перебудова функції жувальних м'язів обумовлює зсув нижньої щелепи у вторинну вимушену оклюзію і порушення топографії елементів суглобу, що є причиною мікротравми суглобових тканин.

Рентгенологічною ознакою мікротравми суглоба є звуження суглобової щілини при змиканні щелепи в центральній оклюзії і надмірна екскурсія суглобових головок при відкриванні рота. Асиметрія розмірів суглобової щілини справа і зліва при змиканні щелеп в центральній оклюзії і асиметрія амплітуд зміщення суглобових головок при відкриванні рота визначаються при односторонніх порушеннях функціональної оклюзії.

При хворобах скронево-нижньощелепного суглобу біль односторонній, пов'язаний з рухами нижньої щелепи, посилюється при пальпації суглобу, супроводжується різними шумовими явищами при русі нижньої щелепи (кляцання, хрускіт, крепітація). Рухи в суглобі обмежені або надмірні (менше 20 або більше 50 мм), є зигзагоподібне зміщення нижньої щелепи при відкриванні рота. Відзначається болісна пальпація жувальних м'язів і вушно-скроневої артерії.

Гострий артрит скронево-нижньощелепного суглобу характеризується сильним одностороннім болем в суглобі, великою зоною ір-

радіації. Відкривання рота обмежене (до 15-10 мм між центральними різцями), а нижня щелепа зміщується в бік хворого суглоба. Можуть виникати припухлість попереду від козелка вуха, набряклість, різка болючість при пальпації, гіперемія шкіри привушної області. При натисканні рукою на підборіддя і кут нижньої щелепи біль посилюється. Нерідко гострий артрит розвивається при ударах суглоба, надмірному відкриванні рота (через видалення зуба, мигдалин і т.п.).

Для хронічного артриту скронево-нижньощелепного суглобу типові помірні болі, тугорухомість суглоба, особливо вранці, хрускіт в ньому при рухах нижньої щелепи. При відкриванні рота остання зміщується в бік хворого суглоба. Його пальпація болюча. У привушній ділянці виникають відчуття «повзання мурашок», підвищується болюва чутливість шкіри.

При артрозі скронево-нижньощелепного суглобу суглобовий шум і його тугорухомість передують болю. Біль виникає після охолодження, тривалої розмови, жування твердої їжі. Може виявлятися односторонній тип жування, при відкриванні рота відбувається бічний зсув нижньої щелепи в ту ж сторону. Температура шкіри обличчя і поріг больової чутливості знижені. Нерідко спостерігаються біль в оці на стороні хворого суглоба, шум у вусі, зниження слуху, глосалгія. Біль в суглобі при фіброзному анкілозі виникає на тлі стійкого часткового або повного обмеження відкривання рота (до 5-7 мм) і бічних рухів нижньої щелепи. Найбільш частою причиною розвитку артрозу скронево-нижньощелепного суглобу і м'язово-суглобного больового синдрому є мікротравми суглобових тканин внаслідок порушень в зубо-щелепній системі.

#### *Діагностика:*

1) вивчення скарг пацієнта, анамнезу, рухів нижньої щелепи, пальпація суглоба, жувальних м'язів, аускультация суглоба, вимір оклюзійної висоти нижнього відділу обличчя, застосування функціонально-діагностичних проб;

2) аналіз оклюзійних контактів зубних рядів в центральній, передніх і бічних оклюзіях;

3) аналіз топографії елементів суглоба справа і зліва в центральній оклюзії і при відкритому роті, морфології кісткових суглобових поверхонь за даними сагітальних томограм суглоба;

4) визначення співвідношення середніх амплітуд електроміографічної активності жувального та під'язикового м'язів однойменного боку (в нормі 4:1, при артрозах - 2:1);

5) візуалізація правого і лівого суглобів.

Лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглобу комплексне і включає в себе санацію порожнини рота, корекцію наявних протезів, вибіркоче зішліфовування зубів, ортопедичне і ортодонтичне лікування, фізіотерапію і міогімнастику. Терапія починається з обмеження фізичного навантаження на уражений суглоб. Використовують нестероїдні протизапальні засоби, введення кортикостероїдів у суглоб, засоби з седативним ефектом, які покращують якість сну і зменшують дратівливість, масаж, фізіотерапію (лазеротерапію, індуктотерапію, електрофорез з лікарськими засобами). **До стоматологічних методів лікування відносять:** шліфування зубів, а також пломбувального матеріалу, що порушує змикання щелеп, процедури протезування або перепротезування, відновлення прикусу. Оперативні методи включають міотомію м'язових волокон, а також конділотомію головки нижньої щелепи, артропластику.

## VIII. МІОФАСЦІАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ

Міофасціальний больовий синдром - порушення функції м'яза, що виникає, як правило, у зв'язку з його перевантаженням. У практиці лікаря-стоматолога зустрічається порушення функції жувальних і мімічних м'язів. Найчастіші симптоми — біль у нижній щелепі, скроневої ділянці, лицевий біль, біль у вусі, зубний біль. До чинників, які спричиняють міофасціальні розлади на обличчі, належать порушення прикусу (синдром Костена), іррадіація болю від м'язів шиї і верхнього плечового поясу, психофізіологічні феномени — напруження м'язів, стискування зубів, скреготіння зубами вночі (бруксизм), тривожність. Усунення провокуючих чинників (емоційне напруження, перевантаження жувальних м'язів, бруксизм, шкідливі звички, переохолодження м'язів і ін.) і створення спокою ураженому м'язі зазвичай переводить активну форму в латентний стан. Повторна дія провокуючих чинників може знову викликати м'язовий біль. Слід зазначити, що інтенсивність болю не залежить від кількості уражених м'язів, а його тривалість свідчить, як правило, про розвиток в м'язах дистрофічного процесу.

Окрім болю у пацієнтів відзначається тимчасова (5-8 днів) різка гіперестезія шкіри над жувальним і скронеvim м'язом. Навіть легкий дотик до цих ділянок шкіри викликає приступоподібний біль в м'язах. У багатьох осіб зменшується рухливість нижньої щелепи: рот відкривається на 5-25 мм (відстань між різцями) при нормі 46-56 мм. Настає обмеження руху нижньої щелепи вперед і в сторони. Характерними об'єктивними ознаками міофасціального больового синдрому є відхилення нижньої щелепи в сторону, зигзагоподібні рухи або надмірне зміщення її вперед при відкриванні рота. Іноді патологічний процес змінюється симптомами дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу. Міофасціальний больовий синдром може супроводжуватися різними вегетативними реакціями: пітливістю, спазмом судин, нежиттю, слъозо- і слинотечею, шумом у вухах, запамороченням.

Скарги, анамнез захворювання та огляд — важливі методи діагностики міофасціального синдрому. Особливе місце у діагностиці відведено пальпації м'язів, яка дає змогу виявити зміни в жувальних м'язах у вигляді болючих ущільнень, у товщі яких визначаються ділянки гіперчутливості. При тисненні на ці ущільнення виникає біль,



що поширюється на вушну раковину, скроневу ділянку, зуби верхньої і нижньої щелепи.

*Диференційну діагностику* міофасціального больового синдрому слід проводити із захворюваннями скронево-нижньощелепного суглобу, м'язів (інфекційними міальгіями), з лицевими болями (невралгією різних гілок трійчастого, язиковоткового, барабанного нервів і крилопіднебіного вузла), шийним остеохондрозом, мігренню. Подібну клінічну картину має синдром шилоподібного відростка, що розвивається при його надмірному подовженні.

*Лікування* міофасціальної больової дисфункції розпочинають з аналізу причин захворювання. Комплексна терапія передбачає корекцію прикусу, обмеження навантаження на жувальні м'язи, блокада з новокаїном, суха пункція тригерних точок. Показані постізометрична релаксація уражених м'язів, масаж обличчя, фізіотерапія, голкорексотерапія. Для фармакологічної терапії використовують міорелаксанти (тизанідин, баклофен), психотропні засоби (транквілізатори та антидепресанти), нестероїдні протизапальні препарати, вітаміни групи В.

## ІХ. СУДИННИЙ БІЛЬ

Біль в ділянці обличчя може бути зумовлений ураженням артерій. Часто до виникнення лицевого болю призводить скроневи́й артері́т і периа́ртері́т каротидного сифона.

**1) Скроневи́й артері́т** - це первинний системний васкуліт, яким переважно страждають жінки у віці 50-70 років.

Хвороба починається з загальних симптомів (пітливість, слабкість, поліартралгії, міалгії, субфебрилітет), на тлі яких виникає головний біль, що локалізується в скроневи́й, лобни́й або тім'яни́й ділянках. При огляді видно набряклі, щільні артерії, шкіра над ними гіперемована. Біль може бути пульсуючим, ниючим, періодично посилюється до стріляючого і пекучого. Залучення артерій обличчя проявляється синдромом «переміжної кульгавості» жувальних м'язів і язика при їжі і розмові. Це патогномонічна ознака для скроневого артерііту. У 30-50% пацієнтів через 1-1,5 місяці після появи головного болю настають порушення зору, викликані ішемією зорового нерва за рахунок ураження артерій сітківки.

Для діагностики і лікування скеровують на консультацію до ревматолога.

**2) Периартері́т каротидного сифона (синдром Толоси-Ханта)** - це своєрідний симптомокомплекс больової офтальмоплегії, який характеризується болем в очноямково-лобово-скроневи́й ділянці з вираженою симпаталгією. Синдром Толоси-Ханта може бути викликаний різними патологічними процесами в області каротидного сифона, зовнішньої стінки кавернозного синуса, верхньої очної щілини і очниці. Причиною істинного синдрому є каротидний інтракавернозний периа́ртері́т, обмежений пахіменінгіт в ділянці синуса. В останні роки встановлено також, що цей синдром виникає при частковій облітерації кавернозного синуса, орбітальному періоститі, параселярному об'ємному процесі.

Біль з'являється без провісників і неухильно посилюється, може стати пекучим чи ріжучим. Протягом двох тижнів від початку появи головного болю виникає повна або часткова офтальмоплегія на стороні болю. Часом виникає помірно виражений екзофтальм. Синдром має рецидивуючий характер.

Для об'єктивізації діагнозу використовують каротидну ангіографію, прицільну рентгенографію верхньої очної щілини, дослідження очного дна, МРТ головного мозку з ангіографією.

Лікувальний ефект досягається призначенням стероїдних гормонів (преднізолон в дозі 40-60 мг).

## Х. СТОМАЛГІЯ. ГЛОСАЛГІЯ

Стомалгія і глосалгія - захворювання, які проявляються майже постійними болями і парестезіями в ділянці язика і слизової оболонки порожнини рота.

*Етіологія і патогенез.* У виникненні і розвитку стомалгії і глосалгії розрізняють місцеві та загальні причинні фактори. До місцевих чинників відносять: подразнення слизової оболонки порожнини рота гострими краями дефектних зубів, неякісно виготовленими протезами, відкладення зубного каменю, гальваноз при різнойменних металевих включеннях, алергічні реакції на протези з акрилової пластмаси, зниження оклюзійної висоти при патологічному стиранні зубів, повній або частковій втраті зубів, травматичне видалення зубів, ортопедичні маніпуляції, постін'єкційні ускладнення, захворювання щелепно-лицевої ділянки запального і травматичного походження, захворювання слизової оболонки порожнини рота.

До загальних причинних факторів належать захворювання травної системи (гепатохолецистит, гастрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічний коліт), ендокринні порушення, дистрофічні зміни шийного відділу хребта, атеросклероз судин, гіпертонічна хвороба, захворювання нервової системи інфекційного, травматичного і судинного характеру, алергія.

У всіх пацієнтів відзначаються виражені астенічні порушення, підвищена дратівливість, схильність до розладів тривожного спектру, легкість виникнення субдепресивних і депресивних станів, іпохондричні прояви, фобії, часто канцерофобії, розлади сну. Вплив стресових чинників є «пусковим», що провокує алгопарестетичне відчуття. Будь-які загострення захворювання, як правило, і в подальшому провокуються психогенними факторами. Переважно перед симптомами, які розвиваються після стоматологічних маніпуляцій відзначаються попередні психоемоційні розлади. Психоемоційні фактори можуть бути єдиною причиною патології.

У початковій стадії захворювання часті фобічні реакції. На зміну їм приходять зниження настрою, постійна фіксація на больових або парестетичних відчуттях, патологічна інтерпретація захворювання. При вивченні мотиваційної сфери хворих також виявляються звуження інтересів, відхід у хворобу, зміна життєвих установок і угруповання їх навколо патологічного процесу, соціальна відгородженість.

*Клінічна картина:* пацієнти скаржаться на різної інтенсивності неприємні відчуття, біль і парестезії (печія, розпирання, поколювання) в різних ділянках порожнини рота – кінчик язика, бокова поверхня, ясна, іноді тверде піднебіння і глотка. У міру прогресування хвороби зона парестетичних і больових відчуттів розширюється аж до того, що захоплює всю слизову оболонку порожнини рота, іноді глотку і стравохід, шкіру обличчя. У жінок зустрічається частіше.

Протягом доби вираженість парестезії і больових відчуттів змінюється. Як правило, вони спричиняють максимальне занепокоєння у другій половині дня, змушуючи особу різко обмежити мовне навантаження. Патогномонічним симптомом для стомалгії і глосалгії є зниження або повне зникнення всіх неприємних відчуттів під час їжі.

У більшості хворих виникають скарги на розлад слиновиділення. Також розвиваються трофічні порушення, які частіше локалізуються на язичку, рідше захоплюють слизову оболонку ясен і щік. У деяких пацієнтів виявляються розлади чутливості, у вигляді гіпо- або гіперестезії, а також їх поєднання. Нерідко порушується смакова чутливість.

При капіляроскопії виявлено набряклість капілярного фону, уповільнення кровотоку, тобто спастичний і рідше спастико-атонічний синдром.

*Диференційну діагностику* проводять з невралгією трійчастого і язикоглоткового нервів, травматичним ураженням язикового нерва і зубних гілочок, глоситом, ураженнями слизової оболонки рота, гальванозом. Загальною ознакою всіх цих захворювань є больовий синдром, однак тільки при глосалгії і стомалгії болючі відчуття зменшуються або зникають під час їжі. При невралгіях характер болю гострий, пароксизмальний. При одонтогенних невропатіях можна виявити етіологію захворювання. При патології слизової оболонки порожнини рота завжди виявляються елементи ураження (виразки, афти, ерозії), відповідні зміни скрібка з язика. У хворих з глосалгією і стомалгією зміни слизової оболонки відзначаються не завжди і носять характер трофічної дисфункції.

*Лікування.* Санация порожнини рота, зішліфовування гострих країв зубів, протезування однорідними металами і безбарвною пластмасою, відновлення оклюзійної висоти. Важлива роль відводиться лікуванню захворювань органів системи травлення, ендокринної, нервової та серцево-судинної систем під наглядом відповідних фахівців.

Особлива увага приділяється психофармакологічним і психотерапевтичним методам лікування. У комплексному лікуванні стомалгії, глосалгії використовуються транквілізатори, антидепресанти, протитривожні засоби. З метою гальмуючого впливу на периферичні механізми стомалгії, глосалгії хворим рекомендуються місцевоанестезуючі засоби (суспензія анестезину на гліцерині, розчини новокаїну, тримекаїну і лідокаїну) у вигляді аплікацій, ротових ванночок, аерозольного зрошення слизової оболонки порожнини рота і язика.

З урахуванням дисфункції вегетативної нервової системи можуть бути рекомендовані холінолітичні (платифілін, спазмолітин), антихолінергічні (розчин галантаміну гідрохлориду), гангліоблокатори (бензогексоній) і антигістамінні (піпольфен, димедрол) препарати.

Фізіотерапевтичні заходи: електролікування, масаж, світлолікування, електрофорез лікарських речовин, гальванічний комір по Щербаку на рефлекторні зони комірцевої ділянки і шийних симпатичних вузлів. В якості основних лікарських препаратів для введення за допомогою електрофорезу є вітаміни групи В і аскорбінова кислота, новокаїн, тримекаїн, лідокаїн, сполуки кальцію, йоду, брому, магнію.

При різкій болючості в язичку проводяться блокади по типу Нунекетест в місце найбільшого дискомфорту. Призначаються також ротові ванночки з 2% розчином будь-якого анестетика і аплікації на язик з кератопластиками.

## ХІ. ПСИХАЛГІЯ

Психалгія - різновид психогенного болю, при якому відсутні периферичні механізми його реалізації і основне значення має психогенне порушення функції центральних механізмів ноцицепції. Найчастіше психалгії зустрічаються при неврозах, а також при психічних захворюваннях, таких як шизофренія, маніакально-депресивний психоз.

*Клінічна картина.* Локалізація психалгії дуже різноманітна - від болю у всьому тілі, хребті, м'язах і внутрішніх органах, до стійких больових синдромів в конкретно локалізованих анатомічних ділянках. На відміну від соматично обумовлених больових синдромів при психалгії характер скарг поліморфний: хворий одночасно відзначає різноманітні больові відчуття - ниючі, що стріляють, пульсуючі, що розпирають в одній і тій ж ділянці. Часто у одного і того ж пацієнта зона больового відчуття змінюється протягом короткого періоду. Локалізація болю, як правило, не збігається із зонами периферичної та центральної іннервації і не відповідає клінічним типам порушення чутливості, а відображає уявлення особи про анатомічну будову організму і є нечіткою. Біль постійний, періодично посилюються. У більшості випадків починаються зранку, іноді інтенсивність спадає до середини дня і знову підвищується до вечора. У деяких випадках відзначається запаморочення, нудота, іноді блювота.

При психогенному болю в рамках неврозу легко простежується зв'язок динаміки болю і психотравмуючих обставин. Як правило, різке посилення болю збігається з загостренням конфліктної ситуації.

Особливе місце серед психалгій займає біль в зубах - так звана «одонталгія», не пов'язаний з їх патологією. Характер її гострий, летючий. Вона виникає періодично у всіх зубах, рідше в окремих групах. З механічними діями і прийомом їжі біль не пов'язаний. Як правило, одонталгія виникає відразу після гострої психічної травми. Рецидиви протікають по типу реактивних станів на тлі психотравмуючих обставин.

*Диференційна діагностика.* На психалгію вказує ряд ознак:

1) відсутність клінічних проявів, характерних для органічних або реалізованих периферійними механізмами психогенних прозопалгій (куркові зони, розлади чутливості, м'язовий гіпертонус);

2) розбіжність ділянок локалізації болю з анатомічними зонами іннервації;

- 3) незвичайність скарг, химерність «малюнка болю»;
- 4) неадекватність скарг і поведінки пацієнта (наприклад, скарги на неможливість говорити і тривала розповідь про хворобу);
- 5) фіксація на неприємних і больових відчуттях;
- 6) виражені емоційні розлади, порушення адаптації (плаксивість, зниження настрою, порушення пам'яті).

*Лікування.* У випадках підозри на психалгію хворого необхідно направити на консультацію до психіатра і медичного психолога для вибору адекватного лікування.



## XII. ВЕГЕТАТИВНІ СИНДРОМИ

Вегетативна іннервація обличчя здійснюється переважно з п'яти вегетативних гангліїв: крилопіднебінного, війкового, вушного, підщелепного і під'язикового. Найбільш часто зустрічається ураження крилопіднебінного вузла.

Причини ураження вегетативних гангліїв: гострі і хронічні інфекції (гайморит, отит, тонзиліт, пародонтит, остеомієліт), екзогенні інтоксикації (хімікатами, солями металів, алкоголем, медикаментами), розлади обміну (цукровий діабет, тиреотоксикоз, цироз печінки, ниркова недостатність, гіповітамінози), злоякісні пухлини, травми і оперативні втручання, дія вібрації і холоду, алергічні реакції.

### *1) Ураження крилопіднебінного вузла (синдром Сладера).*

Крилопіднебінний вузол має три основних корінця: чутливий - від другої гілки трійчастого нерва, парасимпатичний - від лицевого нерва і симпатичний - зі сплетення внутрішньої сонної артерії (аксони клітин верхнього шийного симпатичного вузла). Він має також зв'язок з війковим і вушним вузлами. Синдром вперше описаний Сладером в 1908 році.

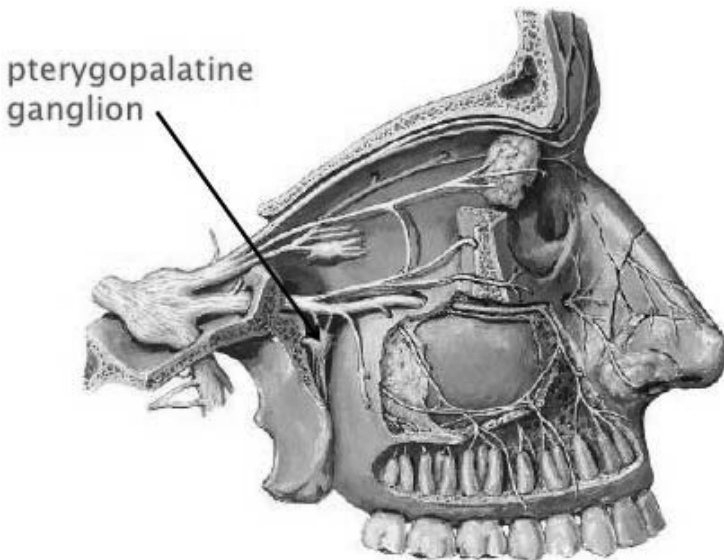


Рис. 6. Схематичне зображення крилопіднебінного вузла

Крилопіднебінний вузол найчастіше уражається при запальних процесах в основній і верхньощелепній пазухах, решітчастому лабіринті, при одонтогенних запальних процесах, тонзилітах, локальних травмах.

*Клінічна картина.* Синдром характеризується спонтанними різкими болями в очі, навколо орбіти, в ділянці кореня носа, верхньої щелепи, а іноді в зубах і яснах нижньої щелепи. Біль може поширюватися на ділянку скроні, вуха, потилиці, шиї, лопатки, плеча, передпліччя і навіть кисті. Описані випадки, коли біль поширювався на відповідну половину тіла. Больові пароксизми супроводжуються вираженими вегетативними симптомами - почервонінням половини обличчя, набряклістю, гіпергідрозом, гіперемією кон'юнктиви, світлобоязню, рясною сльозотечею і виділенням прозорого секрету з однієї половини носа, гіперсаливацією, частим чханням. Може виникати запаморочення, нудота. Сукупність перерахованих симптомів позначається терміном «вегетативна буря». Тривалість нападів - від декількох хвилин до декількох годин, іноді до 1-2 діб. Часто напади болю розвиваються вночі. Ряд вегетативних порушень зберігається і після нападів.

*Діагностика.* Однією з важливих діагностичних ознак ураження крилопіднебінного вузла є припинення нападу після змазування задніх відділів носової порожнини анестетиком. Складність клінічного симптомокомплексу при синдромі Сладера пояснюється тим, що крилопіднебінний вузол має численні зв'язки з різними структурними утвореннями нервової системи. Провокуючими факторами можуть бути перевтома, хвилювання, стрес, різкий шум, вживання алкоголю та ін.

*Лікування.* У гострому періоді носова порожнина позаду від середньої носової раковини змащується анестетиками, застосовуються гангліоблокатори (0,5-1 мл 2,5% розчину бензогексонію в/м, 5% розчин пентаміну), нестероїдні протизапальні препарати. При виражених і стійких болях застосовується блокада вузла за допомогою анестезуючих засобів. При наявності в клінічній картині симптомів подразнення парасимпатичного відділу застосовуються антихолінергічні засоби: платифілін, спазмолітин, метацин. Використовуються нейролептики, антидепресанти, холінолітики, антигістамінні засоби, протиепілептичні препарати, вітаміни групи В, хірургічне лікування. Призначаються фізіотерапевтичні методи: електрофорез 2% розчином новокаїну ендоназально, УВЧ-терапія, діадинамічні струми, рентгенотерапія. Всім хворим показані седативні засоби.

## 2) Ураження циліарного вузла (синдром Оппенгейма).

Захворювання проявляється частими нападами різкого болю в ділянці очного яблука або позаду нього. У хворих з'являється слезотеча, почервоніння кон'юнктиви ока, світлобоязнь, нерідко розвиваються кон'юнктивіти і кератити. При пальпації визначається болючість очного яблука.

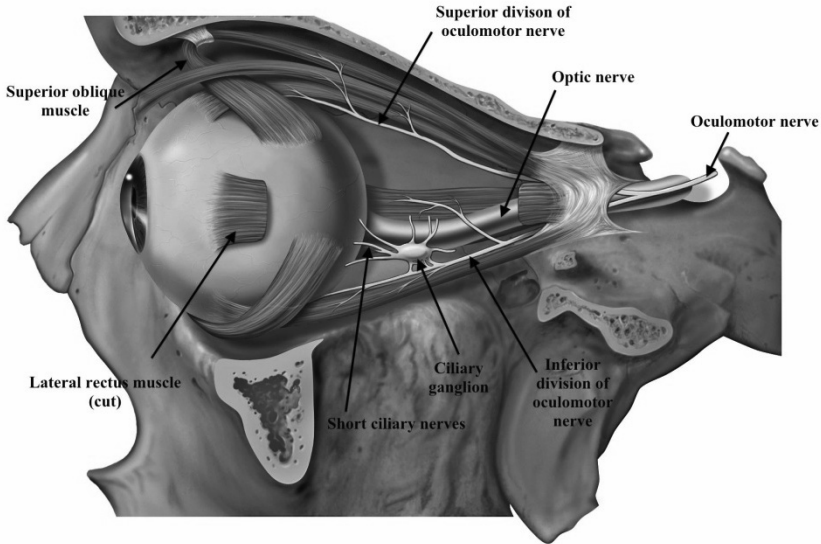


Рис. 7. Схематичне зображення війкового вузла

Для лікування під час болювого нападу рекомендується закапування в око 0,25% розчину дикаїну по 2 краплі 1 раз на день протягом 5-7 днів, нестероїдні протизапальні препарати, протиепілептичні засоби (карбамазепін, габапентин), вітаміни групи В. При інфекційній природі захворювання призначаються антибіотики, сульфаніламіді. Хворим старшої вікової категорії рекомендуються статини, гіпотензивні засоби.

## 3) Ураження підщелепного і під'язикового вузлів.

Підщелепний вузол переднім і заднім корінцями пов'язаний з язиковим нервом. Задній корінець в основному складається з парасимпатичних секреторних волокон, що йдуть з верхнього слиновидільного ядра, нижній симпатичний корінець утворений волокнами

зі сплетення зовнішньої щелепної артерії. У складі переднього кінця підщелепного вузла розташовані аферентні вегетативні волокна. Симпатичні шляхи верхнього шийного вузла, проходять через підщелепний вузол і не перериваючись в ньому, приєднуються до язикового нерва.

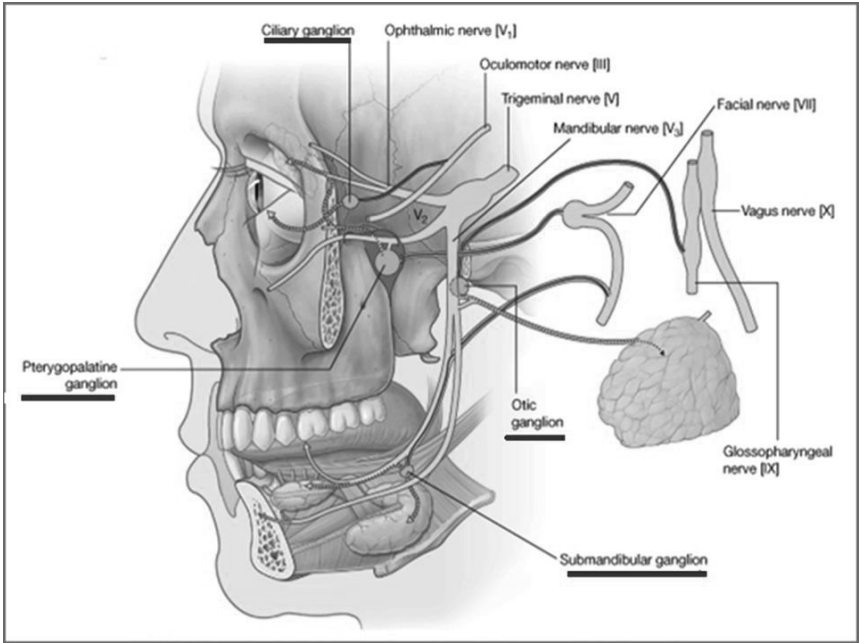


Рис. 8. Схематичне зображення парасимпатичних вузлів голови

Клінічна картина. Ураження підщелепного вузла характеризується постійними болями в підщелепній ділянці та в язиці. Періодично виникають інтенсивні больові пароксизми з частотою від 1 разу в день до 1 разу в тиждень, що тривають 10-50 хвилин. Біль може іррадіювати в нижню щелепу, скроню, потилицю, ший, верхню губу. У підщелепному трикутнику можна визначити больочу точку. Під час нападу болю може посилитися слиновиділення, іноді визначається ксеростомія.

Ураження під'язикового вузла, пов'язаного з язиковим нервом і сплетінням під'язикової артерії, проявляється тупими болями в під'язиковій ділянці, язиці і в меншій мірі в підщелепній ділянці.

Біль може іррадіювати в різні ділянки обличчя. При нападах болю може виникати як посилення слиновиділення, так і сухість у роті. Больова точка також розташована в підщелепному трикутнику.

Характерною ознакою ураження обох вузлів є поява больових нападів після прийому їжі. Болі при цьому локалізуються в ділянці кінчика язика і в сусідніх з ним ділянках.

*Лікування спрямоване на усунення болю. У гострому періоді призначаються анальгетики, транквілізатори, гангліоблокатори, гангліонарні блокади 0,5-1% розчином новокаїну, антигістамінні засоби. При стиханні загострення необхідні курси транквілізаторів, антидепресантів, вітамінів групи В, фізіотерапевтичні процедури: індуктотермія, гальванізація.*

#### **4) Ураження вушного вузла (рис. 8).**

Найчастіше ураження вушного вузла викликають інфекційні фактори, переохолодження обличчя, прийом гарячої їжі. Хворі вказують на односторонні ниючі і пекучі болі приступоподібного характеру, що виникають в задньоскроневої ділянці та біля козелка вуха. Болі іррадіюють в нижню щелепу до підборіддя та в шию. Іноді відзначається «ляскання» в вусі і відчуття закладеності в ньому. Провідним в симптоматиці ураження вушного вузла є локальний гіпергідроз, гіперемія вушно-вилочно-скроневої ділянці, гіперсаливація.

Лікування у період нападу болю включає анальгетики, внутрішньошкірні новокаїнові блокади, гангліоблокатори (2,5% розчин бензогексонію 0,5 1 мл в/м). Показані антихолінергічні засоби (1-2 мл 0,2% розчину платифіліну п/ш; по 0,1 г спазмолітину всередину після їжі 3-4 рази на день), протиепілептичні препарати, антидепресанти, транквілізатори, антигістамінні засоби, вітаміни групи В. Необхідно санувати хронічні вогнища інфекції.

#### **5) Ураження шийного симпатичного стовбура.**

Ураження вузлів симпатичного стовбура зумовлюється переважно інфекційними факторами, травмами, інтоксикаціями, патологією хребта.

Клінічна картина. Хворі скаржаться на відчуття печії, електричного струму. Пекучий характер болю зі схильністю до широкої іррадіації в ділянку обличчя, половину тулуба, приступоподібне виникнення болю є основною особливістю ураження верхнього симпатичного вузла нерідко із залученням всього симпатичного ланцюжка.

Приступ триває від 20 хв до 5 годин. У пацієнтів можуть виявлятися порушення чутливості у вигляді гіперестезії або гіперпатії, підвищення м'язового тону, сухожильних рефлексів, трофічні розлади на стороні болю, нерідко зустрічається синдром Клода Бернара-Горнера (птоз, міоз, енофтальм).

Лікування. В період загострення призначають анальгетики, транквілізатори, протиепілептичні препарати (карбамазепін, габапентин), проводять прегангліонарні новокаїнові блокади 0,5% розчином новокаїну 50-60 мл на рівні II-III грудних хребців (8-12 блокад). Використовуються антидепресанти, антигістамінні засоби, вітамінні групи В. При розвитку симпаталгії на тлі бактеріальної інфекції (ревматизм, ангіна, синусит) показано лікування антибіотиками. У випадку подразнення симпатичного відділу нервової системи показані холінолітики, гангліоблокатори, нейроплегічні і спазмолітичні засоби. При пригніченні симпатичних структур рекомендуються холіноміметики: карбахолін по 1 мг 2-3 рази на день, ефедрину гідрохлорид по 0,025-0,05 г 2-3 рази на день протягом 2 тижнів. Рекомендуються фізіопроцедури: УФО, діадинамічні струми, електрофорез новокаїну, йодиду калію, родонові ванни. При болях, що не піддаються консервативній терапії, вдаються до симпатектомії.

## **б) Вісцеральний біль.**

Вісцero-рефлекторні лицьові болі можуть спостерігатися в клініці захворювань внутрішніх органів (ішемічна хвороба серця, холецистит). Найбільш яскраво виражені коронарнoлицеві болі. Під час ангінозного нападу відзначаються біль в обличчі (скроні, підборідді, зубах, твердому піднебінні, корені язика, глотці, гортані), в зоні іннервації трийчастого і язикоглоткового нервів. До основних синдромів ураження сегментарного рівня вегетативної нервової системи відносяться трофічний, симпатoалгічний та судинний (набряк Квінке, хвороба Мейжа, синдроми Россолімо-Мелькерсона-Розенталя та ін.) синдроми.

*а) Трофічний синдром* характеризується різноманітними місцевими розладами трофіки тканин (шкіри, слизової, м'язів, кістково-суглобового і зв'язкового апаратів) в залежності від сегментарної вегетативної іннервації. Ступінь вираженості порушень може бути різною: від легких змін у вигляді сухості шкіри до важких (виразок, спонтанних переломів кісток і артропатій).

**б) Симпатоалгічний синдром** проявляється в тій чи іншій ділянці тіла болем пекучого, тиснучого, розпираючого характеру. Цей біль пов'язаний з ураженням симпатичних структур: симпатичних вузлів, з'єднувальних гілок, нервів, симпатичних волокон в змішаних нервах (сідничний, серединний, трійчастий та ін.). Найчастіше симпаталгії локалізуються на кінцівках і в ділянці обличчя. Зокрема, до лицевих симпатоалгій відносяться невралгія трійчастого нерва, невралгія крилопіднебінного вузла (синдром Сладера), лицьові форми мігрені.

**в) Судинний синдром** проявляється місцевим порушенням забарвлення шкіри і слизових - набряк Квінке, хвороба Мейжа та ін.

Ангіоневротичний набряк Квінке описаний в 1882 році. У розвитку захворювання має значення недостатність гіпоталамічного відділу. В цьому випадку є схильність до алергічних реакцій. Провокуючими чинниками є інфекція, деякі харчові речовини, лікарські засоби, протези.

У пацієнтів гостро розвивається обмежений набряк шкіри і підшкірної клітковини. Локалізується набряк найчастіше на обличчі (повіки, щоки, губи), нерідко на слизовій оболонці порожнини рота, гортані, стравоходу, шлунка, кишківника. Розміри набряку різні: від декількох сантиметрів аж до набряку цілого обличчя. Набряк щільний, при натисканні поглиблень не залишається. Шкіра на місці набряку бліда або злегка гіперемована з синюшним відтінком. Гострий набряк викликає відчуття свербіння. Особливо небезпечний набряк на слизовій оболонці гортані, що може привести до асфіксії. Набряк розвивається швидко, досягнувши протягом декількох годин максимуму, тримається на одному рівні і потім, через кілька годин або днів, зникає безслідно.

Лікування. У гострому періоді призначаються антигістамінні препарати (димедрол, піпольфен, супрастин (2-5 мл)), 10% розчин хлориду кальцію (5-10-15 мл в/в), 0,1% розчин атропіну (п/ш, в/м, в/в 0,25-0,5-1 мл). У разі наростання явища асфіксії показані ін'єкції глюкокортикоїдів (преднізолон, гідрокортизон, дексаметазон) та адреноміметиків (ефедрин, адреналін), при відсутності ефекту показана термінова трахеостомія. У період згасаючого загострення рекомендується курс десенсибілізуючої терапії.

Хвороба Мейжа – синдром обмеженого хронічного набряку, який характеризується тенденцією до стабільності.

Хвороба Мейжа, як і набряк Квінке, розвивається в осіб з конституційною неповноцінністю гіпоталамічної ділянки. Має значення дія екзогенних або ендогенних факторів. Провокуючими факторами можуть стати інфекційні захворювання, психотравмуючі фактори, переохолодження.

Набряк Мейжа найчастіше локалізується на обличчі, слизових оболонках. Страждають особи у віці 20-40 років. Будучи іноді симетричним, набряк буває щільним і не залишає ямки після натискання на нього пальцем. Тривалість і частота подібних кризів різноманітна. Іноді вони виникають один раз на тиждень або на місяць, або ще рідше. Набряки тримаються від 2-5 годин до 10 діб і довше. Однак повністю набряк не зникає, залишається дещо ущільнена ділянка шкіри і підшкірної клітковини. В одних випадках ущільнення тканини наростає дуже повільно, процес тягнеться роками; в інших випадках процес розвивається дуже швидко, уражена частина тіла втрачає свої звичайні форми.

Поява набряку супроводжується нездужанням, підвищенням температури, ознобом, в ряді випадків головним болем, сплутаністю свідомості, диспепсичними розладами.

*Лікування* включає антигістамінні засоби (димедрол, супрастин), ефедрину гідрохлорид по 0,05 г 3 рази на день 2 тижні, атропіноподібні засоби (сульфат атропіну по 0,25-0,5 два рази в день), глюкокортикоїди, при потребі антибіотики, гамма-глобулін.

#### *Синдром Россолімо-Мелькерсона-Розенталя.*

У механізмі розвитку цього синдрому має значення недостатність гіпоталамічної ділянки, конституційно обумовлена. Ураження гіпоталамічної ділянки може бути результатом впливу різних екзогенних і ендогенних факторів (загострення хронічної інфекції (запальні захворювання порожнини рота і щелеп, тонзиліт), харчова алергія, сильні запахи, черепно-мозкова травма).

Синдром Россолімо-Мелькерсона-Розенталя - це рецидивуючі припухлості губ та інших ділянок обличчя або частин тіла в поєднанні з рецидивуючим паралічем лицевого нерва і явищами грануломатозного глоситу.

Першим по частоті симптомом є макрохейлія – незапальний набряк червоної облямівки, слизової оболонки і шкіри губ. Верхня губа іноді збільшується в об'ємі в 2-3 рази. Набряки можуть локалізуватися також в ділянці щік, повік, на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі тулуба і кінцівок.



Іншим основним симптомом є ураження лицевого нерва в формі периферичного паралічу або парезу, що відзначається у половини хворих. Рецидивуюча невропатія лицевого нерва може пояснюватися періодичним локальним набряком тканин обличчя, який, стискаючи цей нерв, викликає спочатку його функціональне порушення, а потім органічний дефект. Ураження лицевого нерва виникає після його виходу з шилососкоподібного отвору. У рідкісних випадках у процес можуть залучатися трійчастий, окооруховий, язикоглотковий нерви.

Третя ознака синдрому - складчастий язик, розцінюється як аномалія розвитку у цієї групи хворих. Значно частіше у пацієнтів з синдромом Россолімо-Мелькерсона-Розенталя розвивається гранулематозний глосит. На тлі складчастості язика розвивається набряклість, що призводить до утруднення мови, прийому їжі. У більшості хворих набряки стійкі і тримаються від декількох місяців до декількох років. Нерідко виявляється депресія.

*Лікування.* У гострому періоді необхідні спокій, молочно-рослинна дієта. Призначають антигістамінні засоби (димедрол, супрастин, тавегіл), з метою дегідратації - фуросемід, верошпірон, засоби, що знижують парасимпатичні реакції (атропін, беллоїд) і підвищують симпатичні (ефедрин). Необхідні курси глюкокортикоїдів, вітамінів групи В, фізіотерапії (діадинамічні струми, ультразвук, голко-рефлексотерапія, УВЧ, інтраназальний електрофорез з димедролом).

*Синдром Шегрена* частіше зустрічається у жінок у віці 40-60 років в період клімаксу. Синдром зустрічається як самостійна форма, так і при різних системних захворюваннях, таких, як саркоїдоз, вузликовий періартеріїт, некротизуючий артеріїт, системний червоний вовчак.

Для вираженого синдрому Шегрена характерна тріада: паротит, кератокон'юнктивіт і артрит. Внаслідок зменшення виділення слини розвивається ксеростомія, слинні залози збільшені, також може бути порушене жування, ковтання, розвивається карієс зубів, виникають явища вторинного глоситу і хейліту. Поряд із сухістю порожнини рота у хворих розвивається двосторонній сухий кератокон'юнктивіт (при плачі очі залишаються сухими). Пацієнти скаржаться на відчуття «піску» в очах, печію, відсутність сліз. На більш пізніх стадіях може знижуватися зір. При обстеженні виявляють гіперемію повік, папілярну гіпертрофію кон'юнктиви, зміни рогівки. Також характерні прояви хронічного деформуючого поліартриту з переважним ураженням суглобів зап'ястя і пальців рук. Виражені трофічні порушення: шкіра

суха, часто депігментована, порушується ріст нігтів. Можуть виявлятися порушення функції шлунково-кишкового тракту, так як секреторна активність шлунка і підшлункової залози знижена. У аналізах крові: диспротеїнемія, прискорене ШОЕ, легка анемія.

Зустрічаються стерті форми захворювання, коли у хворих виявляються сухість слизових оболонок, незначне збільшення слинних залоз і зміна кон'юнктиви.

*Лікування.* Для зменшення сухості слизових оболонок в період загострення застосовуються часте полоскання порожнини рота розчином хлориду натрію, 0,5% розчином метилцелюлози, аплікації на слизову оболонку рота концентрату вітаміну А або риб'ячого жиру, закапування «штучних сліз» при ксерофтальмії. Одночасно призначаються холіноміметичні засоби (2% водний розчин пілокарпіну гідрохлориду по 2 краплі в обидва ока 2-4 рази на день або галантамін методом електрофорезу на ділянку слинних залоз у вигляді 0,5% розчину), курс глюкокортикоїдів, судинорозширювальні засоби, загальнозміцнюючі препарати, вітаміни групи В.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### *Основна:*

1. Григорова І.А. Неврологія: національний підручник / за ред. І.А.Григорової, Л.І.Соколової. Київ : «Медицина», 2015. 640 с.
2. Методи обстеження неврологічного хворого: навч. посібник / за ред. Л.І. Соколової, Т.І. Ілляш. К., 2015. 144 с.
3. Неврологія з нейростоматологією : навч. посібник / за ред Л.І. Соколової. К.: ВСВ «Медицина», 2018. 126 с.
4. Т. І. Кареліна, Н. М. Касевич Неврологія : підручник / за ред. Н. В. Литвиненко. 2-ге вид., виправлене. К. : Медицина, 2017. 288 с.
5. Триумфов А. В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А. В. Триумфов. – М. : «МЕДпресс-информ», 2014. 264 с.
6. Шкробот С.І. Топічна діагностика патології нервової системи. Алгоритми діагностичного пошуку / С.І. Шкробот, З.В. Салій, О.Ю. Бударна. Тернопіль: Укрмедкнига, 2018. 156 с.

### *Додаткова:*

1. Актуальные вопросы неврологии / под ред.В.Л. Голубева.М.: МЕДпресс-информ, 2019. 488 с.
2. Биндер Д. К. Черепные нервы: анатомия, патология, визуализация : [пер. с англ.] / Д. К. Биндер, Д. К. Зонне, Н. Дж. Фишбайн ; под ред. П. Р. Камчатнова. - 2-е изд. - Москва : МЕДпресс-информ, 2014. 295 с.
3. Міщенко Т.С. Мищенко В.Н. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний, 4-е издание // Довідник лікаря «Невролог.психіатр». К.: Тов. «Доктор-Медіа», 2016. 470 с. (Серія «Бібліотека Здоров'я України»).
4. Мументалер Марко. Неврология. Москва. «Мед-пресс-информ», 2019. 920с.
5. Неврология: национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой.-2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. Т.1. 880с.
6. Нейростоматология: Учебно-методическое пособие для аудиторной самостоятельной работы студентов стоматологического факультета / М.Ф. Исмагилов, Р.Т. Гайфутдинов [Под ред. проф. Якупова Э.З.]. – Казань: КГМУ, 2011. 118 с.
7. Персин Л. С. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы / Л. С. Персин, М. Н. Шаров – М. : ГЭОТАРМедиа, 2013. 360 с.
8. Ревенько А. В. Современные аспекты диагностики и лечения вегетативных расстройств / А. В. Ревенько, А. В. Демченко, С. В. Ярковая. – Запорожье : ЗГМУ, 2015. 202с.
9. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Нервные болезни: учебн.пособие. 4-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2017. 568с.
10. Яворская Е. С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области : метод. пособие / Е. С. Яворская. - К. : Мед. кн., 2007. 56 с.

### *Інформаційні ресурси*

- <http://mozdocs.kiev.ua/>  
<http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>  
<http://medstandart.net/browse/2707>  
<http://www.uazakon.com/big/text1316/pg3.htm>  
<http://neurology.com.ua/standarty-okazaniya-medicinskoj-pomoshhi-po-specia/>

## **Перелік обов'язкових практичних навичок**

1. Описати типові зміни на ЕНМГ при ураженні лицевого нерву.
2. Методика обстеження та лікування пацієнтів з нейростоматологічними захворюваннями.

## **Матеріали для самоконтролю**

Контрольні запитання за темою заняття:

1. Ураження системи трійчастого нерва: невралгія трійчастого нерва, одонтогенні невралгії, постгерпетична невропатія, невралгії основних гілок трійчастого нерва, невропатія трійчастого нерва.
2. Ураження системи лицевого нерва: лицева невропатія, гангліопатія колінчастого вузла (синдром Ханта).
3. Ураження системи язикоглоткового нерва: невралгія язикоглоткового нерва, невралгія барабанного нерва.
4. Ураження системи блукаючого нерва.
5. Неврологічні прояви при стоматитах, глоситах, хейліті, гальванізмі, дерматозах.
6. Неврологічні прояви при хворобах зубів некаріозного походження, карієсі зубів, пульпіті, періодонтиті.
7. Неврологічні прояви при хворобах скронево-нижньощелепного суглобу.
8. Неврологічні прояви при скроневоу артеріїті, периартеріїті каротидного сифона (синдром Толоси-Ханта).
9. Стомалгія. Глосалгія.
10. Психалгія.
11. Ураження крилопіднебінного вузла (синдром Сладера).
12. Ураження циліарного вузла (синдром Оппенгейма).
13. Ураження підщелепного і під'язикового вузлів.
14. Ураження вушного вузла.

## Контрольні тести та ситуаційні задачі

Тестове завдання	Еталон відповіді
<p>1. У хворої 34-х років після перенесеного грипу з'явилися напади гострого болю в ділянці верхньої щелепи, що тривають 1-2 хвилини та провокуються жуванням. Між нападами біль не турбує, визначається гіпералгезія на шкірі в зоні верхньої губи, щоки та привушної ділянки. Поставте попередній діагноз.</p> <p>А) неврит лицевого нерва            В) невралгія 2 гілки трійчастого нерва            С) невралгія 1 гілки трійчастого нерва            Д) невралгія 3 гілки трійчастого нерва            Е) синдром Ханта</p>	В
<p>2. У хворого 26-ти років при огляді виявлено обмеження рухів щелепи при жуванні. Справа спостерігається гіпотрофія жувальних м'язів. При рентгенологічному дослідженні нижньої щелепи виявлено її зміщення. Вкажіть на попередній діагноз.</p> <p>А) нейропатія лицевого нерва (параліч Белла)            В) нейропатія під'язикового нерва            С) нейропатія язиковоглоткового нерва            Д) нейропатія трійчастого нерва            Е) невралгія трійчастого нерва</p>	D
<p>3. 20-літній юнак після переохолодження відчув слабкість в м'язах обличчя справа: не може закрити праве око, наморщити чоло справа, втримати воду у роті, скласти губи в «трубочку». При огляді лікаря поліклініки діагностовано правобічний периферійний прозопопарез. Поставте попередній діагноз.</p> <p>А) невралгія трійчастого нерва            В) синдром Толоси-Ханта            С) синдром Мелькерсона-Россолімо-Розенталя            Д) синдром Сладера            Е) неврит правого лицевого нерва</p>	E

<p>4. У хворого 69-ти років після переохолодження виник сильний біль у лівій половині голови, в ділянці чола та лівого ока. Через 3 дні, на фоні температури тіла 38,2 °С з'явилися висипання на чолі зліва та лівій верхній повіці. Функція інших черепних нервів збережена. Сухожилкові рефлекси симетричні. Координаторних розладів не виявлено. Поставте попередній діагноз.</p> <p>А) невралгія 1 гілки лівого трійчастого нерва  В) нейропатія лівого лицевого нерва  С) оперізуючий лишай (гангліоневрит лівого Гасерового вузла)  D) синдром носо-війчастого вузла  Е) синдром крило-піднебінного вузла</p>	С
<p>5. У молодого чоловіка 26-ти років, після переохолодження (поїздки біля відкритого вікна) перестало закриватися ліве око, рот перекошило в правий бік, зникли горизонтальні складки на чолі, відсутні мімічні рухи на всій лівій половині обличчя. Лікар, який проводив огляд, вказав на втрату надбрівного та рогівкового рефлексів з лівого боку. На шкірі лівого вуха, у лівому слуховому проході – висипання у вигляді везикул з прозорою рідиною. Біль у лівому вусі. Зниження слуху на ліве вухо. Поставте попередній діагноз.</p> <p>А) нейропатія лівого лицевого нерва  В) синдром Толоси-Ханта  С) невралгія лівого трійчастого нерва  D) синдром Ігла  Е) нейропатія лівого вестибуло-кохлеарного нерва</p>	В
<p>6. У хворого, котрому встановлено діагноз червоного вовчка, скарги на біль в ділянці обличчя протягом кількох годин, тривожність, коливання фону настрою, порушення сну. Про яку патологію йдеться?</p> <p>А) атипова прозопалгія  В) типова прозопалгія  С) синдром Чарліна  D) синдром Шегрена  Е) невралгія трійчастого нерва</p>	А

<p>7. Хвора 70-ти років останні 5 років після смерті чоловіка скаржиться на частий тривалий біль в ділянці обличчя, неспокій, підвищення АТ, порушення сну. Хвора дуже часто викликає швидку допомогу. Яка патологія у хворої?</p> <p>А) психалгія  В) синдром Фрей  С) синдром Сладера  D) синдром Ігла  Е) дентальна плексалгія</p>	А
<p>8. Хвора 38-ми років скаржиться на сильний, ниючий, переважно постійного характеру тривалий біль у ділянці верхньої щелепи зліва, із-за якого не може спати вночі, але який утримується і вдень, Роздратована, депресивна. Пройшла санацію у стоматолога з позитивним ефектом. Поставте попередній діагноз.</p> <p>А) нейропатія вушно-скроневого вузла  В) одонтогенна невралгія 2 гілки трійчастого нерва зліва на фоні пульпіту  С) синдром Сладера  D) періодонтит  Е) синдром носо-війкового вузла ( с-м Чарліна)</p>	В
<p>9. У хворого часті напади болю колючого, ріжучого характеру в ділянці нижньої щелепи зліва тривалістю біля 30 сек, тризм, вегетативні прояви, тривожні думки. Які з нижчеперелічених препаратів рекомендовано для профілактичного лікування таких станів?</p> <p>А) типові нейролептики  В) знеболювальні  С) протиепілептичні  D) антидепресанти  Е) препарати брому</p>	С

<p>10. Хворий 60-ти років, звернувся до стоматолога зі скаргами на нестерпний біль тривалістю від 30 хвилин до кількох годин. Локалізація болю: корінь носа, права верхня повіка, праве око і за правою очницею. Турбує також відчуття оніміння, повзання мурашок у ділянці чола, кореня носа і верхньої повіки. Періодично біль посилюються, стає різким і на його фоні виникають фотофобії і явища кератиту правого ока. В анамнезі у пацієнта – хронічний етмоїдит і викривлення носової перегородки. Поставте попередній діагноз.</p> <p>А) невралгія 1 гілки трійчастого нерва справа  В) синдром Сладера  С) правобічна цилиарна невралгія (синдром Чарліна)  D) одонтогенна невралгія I гілки трійчастого нерва справа  Е) синдром Фрей</p>	С
<p>11. Хворий 53-х років, звернувся до неврологічного відділення зі скаргами на напади пекучого болю в ділянці правої скроні, скронево-нижньощелепного суглобу, зовнішнього слухового отвору справа. Напади болю супроводжуються гіперемією та гіпергідрозом у вигляді великих крапель поту в ділянці іннервації вушно-скроневого нерва, особливо під час прийому їжі. Захворів рік тому. В анамнезі – операція біля привушної залози.</p> <p>Об'єктивно: болючість у ділянці скронево-нижньощелепного суглобу справа. Жувальні рухи без споживання їжі подібних нападів не спричиняють. Назвіть, який синдром виник у пацієнта:</p> <p>А) синдром Чарліна  В) синдром Фрей  С) синдром Сладера  D) синдром Ігла  Е) епілептичний напад</p>	В



12. Хворий Ф. 63-х років, пенсіонер, звернувся до приймального відділу зі скаргами на часті напади гострого нестерпного болю в правій верхній щелепі, що виникають удень, тривають близько 30-40 хвилин, поширюються на половину обличчя і супроводжуються виділенням сльози, почервонінням правого ока, закладанням носа, почервонінням і набряком обличчя вранці, при прийомі їжі та розмові. Хворіє 6 років, початок хвороби пов'язує з перестудою. Лікування в невролога ефекту не дало. Неврологічно: черепні нерви — легка болючість при пальпації лівого підочного отвору. Чутливість не порушена, включно з зоною обличчя. Кон'юнктива правого ока червона, сльозотеча з цього ока, ринорея, обличчя набрякле, гіперемоване. Поставте клінічний діагноз?

- А) набряк Квінке
- В) синдром Сладера
- С) первинна невралгія 2 гілки трійчастого нерва справа
- Д) одонтогенна невралгія 2 гілки трійчастого нерва справа
- Е) синдром Чарліна

В

13. Хвора С., 68 років, пенсіонерка, поступила до неврологічного відділу зі скаргами на розпираючий, пекучий біль в ділянці чола зліва. За 3 тижні до госпіталізації лікувалася амбулаторно в невролога з приводу болю в цій ділянці, який виник після переохолодження, тоді ж було висипання міхурців на чолі (змазувала їх фукорцином) і підвищена температура тіла. В даний час також турбує загальна слабкість, біль голови, поганий сон і апетит, прискорене серцебиття, температура 38°C. Відзначається зниження больової і температурної чутливості і пігментація чола зліва. Ваш клінічний діагноз?

- А) постгерпетична невралгія
- В) синдром Чарліна
- С) синдром Сладера
- Д) невралгія язикоглоткового нерва
- Е) синдром Мелькерсона-Розенталя

А

<p>14. Етіологічним чинником розвитку синдрому Толоса-Ханта є:</p> <p>А) стрептокок  В) менінгокок  С) вірус Епштейн-Бара  D) мікоплазма  E) вірус герпесу</p>	E
<p>15. Для невралгії язиковоткового нерва характерно:</p> <p>А) пароксизмальний біль половини обличчя  В) пароксизмальний біль на основі язика  С) пароксизмальний біль за очницею, в корені носа  D) пароксизмальний біль в корені носа, ділянці верхньої щелепи  E) пароксизмальний біль в потилиці</p>	B
<p>16. Хвора К, 68 р., поступила до неврологічного відділу зі скаргами на приступоподібний біль у ділянці кореня язика, мигдаликів, дужки піднебіння зліва з розповсюдженням на нижню щелепу, білявушну ділянку, в шийно-потиличну ділянку зліва. Напади болю провокуються ковтанням, розмовою, поворотом голови. При огляді: болоче ковтання, уповільнений пульс з проявами асистолії, слабкість. Девіація язика вліво, без атрофій, понижений глотковий рефлекс з обох сторін. Поставте попередній діагноз:</p> <p>А) невралгія лівого язиковоткового нерва (с-м Сікара)  В) невралгія лівого верхньогортанного нерва  С) невралгія 2 гілки трійчастого нерва зліва  D) невралгія 3 гілки трійчастого нерва зліва  E) синдром Сладера</p>	A
<p>17. Вкажіть локалізацію болю при невралгії верхнього гортанного нерва:</p> <p>А) корінь носа, за очницею  В) корінь язика, мигдалики, дужки піднебіння  С) верхня щелепа, корінь носа  D) половина обличчя  E) гортань, іррадіація у вухо, підщелепову ділянку, кашель, обморочні стани</p>	D

<p>18. У хворого напади болю від кількох секунд до 10 хв у ділянці зовнішнього слухового проходу, які інколи віддають у глибину вуха. Напад болю виникає спонтанно, без будь-яких провокуючих чинників. При огляді: болючість при пальпації зовнішнього слухового проходу, гіперемія і набряк його задньої стінки, ринорея. Поставте клінічний діагноз.</p> <p>А) невралгія язикоглоткового нерва  В) невралгія верхнього гортанного нерва  С) невралгія барабанного нерва  D) невралгія блукаючого нерва  Е) невралгія під'язикового нерва</p>	С
<p>19. Який небезпечний симптом при набряку Квінке може виникнути?</p> <p>А) набряк слизових шкіри і пішкірного жирового прошарку губ  В) набряк слизових оболонок роту, язичка, гортані і надгортанника  С) набряк підшкірного шару орбіти  D) набряк слизових оболонок шлунково-кишкового тракту  Е) набряк язика</p>	В
<p>20. Яка з клінічних ознак характерна для синдрому Россолімо-Мелькерсона-Розенталя?</p> <p>А) прозопопарез  В) герпетичні висипання  С) складчастий язик, набряк губ, прозопопарез  D) глоссалгія  Е) пароксизми болю</p>	С
<p>21. Яка тріада характерна для синдрому Шегрена?</p> <p>А) птоз, міоз, енофтальм  В) неврит лицьового нерву, набряк обличчя, складчастий язик  С) сухість губ, стоматит, множинний карієс зубів, кератокон'юктивіт, артрит  D) зниження слуху, герпетичні висипання у ділянці зовнішнього слухового проходу, прозопопарез  Е) зниження слуху, біль у вусі, головокружіння</p>	С