

УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

**Лекція на тему: «Невралгія
трійчастого нерва: етіологія,
клініка, діагностика»**

Лектор: доцент Коломієць С.В.

Полтава 2020

План лекції:

1. Неврогенні захворювання щелепно-лицевої ділянки.
2. Класифікація нейрогенних захворювань ЩЛД.
3. Невралгії ЩЛД.
4. Неврити ЩЛД.
5. Диференційна діагностика неврогенних захворювань щелепно-лицевої ділянки.
6. Лікування неврогенних захворювань щелепно-лицевої ділянки.

НЕЙРОСТОМАТОЛОГІЯ – це розділ медицини, який займається вивченням та лікуванням неврогенної патології ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки.

Ураження трійчастого нерва – Невралгія трійчастого нерва; Атипова невралгія трійчастого нерва; Невропатія трійчастого нерва та його гілок; Постгерпетичне ураження трійчастого нерва; Ураження інших черепних нервів – Невралгія язикоглоткового нерва. Прозопалгії різного генезу; Одонтогенний лицевий біль; Міофасціальний больовий синдром обличчя; Пучковий (кластерний) головний біль, хронічна пароксизмальна гемікранія; Скроневий (гігантоклітинний) артеріїт; Лицевий біль при офтальмологічних та ЛОР-захворюваннях; Стомалгія, глосалгія; Атиповий (психогенний) лицевий біль. Генез лицевого болю: неврогенний; соматичний, міогенний, судинний, психогенний.

Тригемінальна невралгія переважно центрального генезу – компресія корінця V нерва в мосто-мозочковому куті аномально розташованою судиною (артерією або веною), судинною аневризмою або мальформацією, рідше пухлиною (невринома слухового нерва).

КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА: Тригемінальна тріада: Больові пароксизми – больові простріли в зоні іннервації гілок трійчастого нерва, тривалість нападів від секунд до 1-2хв. Больові тики – гіперкінези м'язів обличчя (на ЕМГ виявляються завжди). Тригерні пункти – на шкірі обличчя частіше в ділянці губ, підборіддя, носа, а також в ротовій порожнині. У випадках “невралгії трійчастого нерву”, коли: Хворий молодший за 40 років. При неврологічному обстеженні виявляється додаткова симптоматика. Больовий синдром змінив свій характер протягом останнього часу. Треба призначити МРТ голови з детальним дослідженням задньої черепної ямки, щоб виключити розсіяний склероз або пухлину.

ЛІКУВАННЯ: Блокатори натрієвих каналів: Carbamazepine старт 100мг х 2-3р/д до 300мг х 5р/д; Phenytoin (Dilantin) 100мг х 2р/д до 100мг х 4р/д; Lamotrigine (Lamictal) 25мг х 2р/д до 200мг х 2р/д. ГАМК-ергічні: Gabapentin (Нейралгін) 300мг х 3р/д до 900мг х 4р/д; Baclofen (Lioresal) 10мг х 2р/д до 20мг х 4р/д; Clonazepam 0,5мг х 2р/д до 2мг х 4р/д. Антидепресанти: Amitriptyline 25-150мг/добу (активація моноамінергічних механізмів антиноцицепції). В резистентних випадках вдаються до радіочастотної терморізотомії або мікроваскулярної декомпресії корінця трійчастого нерва.

НЕВРОПАТІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ТА ЙОГО ГІЛОК – на відміну від невралгії супроводжується мієлінопатією, аксонопатією або судинними порушеннями стовбура нерва. Як результат виникають неврогенні порушення чутливості, моторно-рефлекторні та вегетативно-трофічні розлади. Біль тупий і постійний, часто супроводжується парестезіями і відчуттям затерпlosti.

Клініка: Дуже сильний біль і затерпання.
Заходи невідкладної допомоги: 1. негайно припинити введення пломбувального матеріалу або іншу маніпуляцію. 2. Для декомпресії нерва: преднізолону 40мг + еуфіліну 2,4% - 5,0 + глюкози 40% - 20,0 внутрішньовенно, димедролу 1% - 1,0 та лазиксу 2,0 внутрішньомязово.

ПОСТГЕРПЕТИЧНА ТРИГЕМІНАЛЬНА НЕВРАЛГІЯ – це лицевий біль невропатичного типу, котрий продовжується більше 3 місяців після завершення герпетичних висипань.

КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА: Біль у зоні ураження певної гілки V нерва; Порушення чутливості; Зниження рефлексів (рогівковий, надбрівний); Вегетативно-трофічні розлади (ангіотрофоалгічний синдром); Можуть утворюватися ерозії рогівки за рахунок порушення мигального рефлексу.

ЛІКУВАННЯ: в гострому періоді показаний: Acyclovir 800мг х 5р/д протягом 7-10 днів. Це може запобігти розвитку постгерпетичної невралгії. Антиконвульсанти: Carbamazepine старт 100мг х 2-3р/д до 300мг х 5р/д; Phenytoin 100мг х 2р/д до 100мг х 4р/д. ГАМК-ергічні: Gabapentin (Нейралгін) старт 300мг х 3р/д до 900мг х 4р/д. Антидепресанти: Amitriptyline 25-150мг/добу (активація моноамінергічних механізмів антиноцицепції). Аплікації локальних анестетиків: 2,5% Lidocaine мазь тощо. Крем з Capsaicin (виснаження запасів субстанції P в сенсорних волокнах). В резистентних випадках вдаються до щотижневого ендолюмбального введення метилпреднізолону.

ОДОНТОГЕННИЙ ЛИЦЕВИЙ БІЛЬ – тобто обумовлений патологією зубо-щелепної системи: Якщо виключені діагнози «Атипова невралгія трійчастого нерва» або «Невропатія трійчастого нерва та його гілок», мова йде про **СИМПТОМАТИЧНИЙ ОДОНТОГЕННИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ**. Завдяки багатству іннервації зубів, участі соматичних і вегетативних волокон, зубний біль один з найбільш тяжких і нестерпних.

МІОФАСЦІАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ОБЛИЧЧЯ

(Больова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, синдром Костена, artralgia mandibularis) – проявляється ниючим однобічним болем в передвухній ділянці, підсилюється під час жування, відкривання рота, може іррадіювати у вухо, скроневу, підщелепну ділянку, шию. James Costen (американський ЛОР-лікар) вважав, що це артралгічний і невралгічний синдром (artralgia mandibularis) внаслідок неправильного прикусу. Пізніше була підтверджена причина цієї патології, але больовий синдром виявився м'язового походження. На боці передчасного контакту зубів вражаються крилоподібні м'язи, а на протилежному – жувальний і скроневий. В залежності від локалізації МФТП біль може бути у різних ділянках обличчя.

ДІАГНОСТИКА: Локалізація болю залежить від уражених м'язів. Біль підсилюється при рухах нижньої щелепи. Відкривання рота обмежене, хоча сам хворий про це може і не знати (трьохфаланговий тест): при пальпації жувальних м'язів виявляються МФТП, які дають локальний біль, судомну реакцію (тризм), а також типовий відбитий біль.

СКРОНЕВИЙ (ГІГАНТОКЛІТИННИЙ) АРТЕРІЇТ – це системне захворювання, яке виникає у старшому віці та характеризується запальними інфільтратами з лімфоцитів і гігантських клітин в стінках артерій голови. Як результат може виникати їх стенозування або навіть оклюзія.

КЛІНІКА: Варіабельність клінічних проявів: швидка стомлюваність, зниження апетиту, підвищення температури тіла, міалгії, артралгії тощо. Можливий біль у скроневій ділянці. Погіршення зору. Часто єдина скарга – біль під час жування (pain on mastication) – це ішемічний біль жувальних м'язів за типом “переміжної кульгавості”. Найбільш небезпечні ускладнення: сліпота (ураження a.ophthalmica); інсульт. Виникають в 10-40% не лікованих випадків.

АТИПОВИЙ (ПСИХОГЕННИЙ) ЛИЦЕВИЙ БІЛЬ – це різновид психогенного болю, у разі якого відсутні периферичні механізми його реалізації, основне значення набувають центральні механізми болю, котрі тісно пов'язані з депресією. Депресія може бути як невротичного генезу, так і при ендогенній психічній патології.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ. Відсутні клінічні прояви характерні для інших видів прозопалгій (тригемінальна тріада, порушення чутливості, міофасціальні, судинні розлади тощо). Невідповідність ділянок болю анатомічним зонам іннервації. Незвичайність скарг і примхливість характеру болю. Виражені емоційні прояви, особливо депресивної спрямованості. Фіксація на неприємних і больових відчуттях.

ЛІКУВАННЯ: Психотерапія. Антидепресанти.

Рекомендована література

1. Дубровина Е.В. Местная анестезия в стоматологии. Атлас.- Полтава, 2010.-487с.
2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии /Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой.- М.,2000.-772 с.
3. А.А.Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- 4-е изд., перераб. и доп.- Киев: ООО «Червона Рута-Турс»,2004.- 1062с.
4. Гречко В.Е. Неотложная помощь в нейростоматологии. /М., Медицина, 1980.

Дякую за увагу!