УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ВИТЕБСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ С КУРСОМ ФПК И ПК

Обсуждено на заседании кафедры

Протокол № 1 от 01.09.2023 года

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ № 13**

для проведения занятия со студентами 5 курса в 9 семестре

стоматологического факультета по терапевтической стоматологии

(для студентов)

Тема: НЕЙРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

ПОЛОСТИ РТА

Время 6 часов

**Витебск 20231. Учебные и воспитательные цели:**

1. Изучить классификацию нейрогенных заболеваний слизистой полости рта.
2. Уметь дифференцировать нейрогенные заболевания слизистой полости рта.

**2. Материальное оснащение**

1. Наборы инструментов для обследования и лечения пациентов в стоматологическом терапевтическом кабинете.

2. Стоматологические установки.

3. Учебные и наглядные пособия:

-учебная литература

-стоматологический инструментарий

-амбулаторная карта

-методические разработки кафедры

**3. Вопросы, подлежащие изучению на занятии**

1. Классификация нейрогенных заболеваний полости рта.
2. Невралгия тройничного нерва.
3. Дентальная плексалгия.
4. Невриты тройничного нерва.
5. Невралгия языкоглоточного нерва.
6. Глоссалгия. Стомалгия.
7. Синдромы альвеолярных нервов. Синдром одонталгии.

**4. Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы:**

1.Топографо-анатомические особенности ротовой полости.

2. Строение слизистой оболочки ротовой полости.

3.Основные и дополнительные методы обследования стоматологических пациентов.

**5. Содержание занятия.**

**Вопросы темы:**

1. Классификация нейрогенных заболеваний полости рта.
2. Невралгия тройничного нерва.
3. Дентальная плексалгия.
4. Невриты тройничного нерва.
5. Невралгия языкоглоточного нерва.
6. Глоссалгия. Стомалгия.
7. Синдромы альвеолярных нервов. Синдром одонталгии.

**ВОПРОС 1. КЛАССИФИКАЦИЯ НЕЙРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**ПОЛОСТИ РТА**

В полости рта могут проявляться заболевания нервной системы и отдельных нервов, которые иннервируют данные анатомические образования. Они составляют отдельную группу заболеваний, обусловленных первичным поражением нервной системы, или нарушениями ее деятельности, вызванные стоматологическими заболеваниями или общесоматической патологией. В большинстве случаев для нейростоматологичных заболеваний характерны тяжелые клинические проявления с выраженными болевыми или парестетическими симптомами, хроническое, длительное, порой рецидивирующее течение. Проявления этих заболеваний разнообразны, иногда их трудно диагностировать из-за сходства проявление с другими стоматологическими заболеваниями, они требуют сложного и длительного лечения. Такие больные часто обращаются за помощью к невропатологам, отоларингологам и другим специалистам, но в конце концов направляются к стоматологу, которому и предстоит сказать свое последнее слово. Недостаточные знания данной патологии усложняют постановку правильного диагноза и оказания больным неотложной и специализированной лечебной помощи.

Челюстно-лицевая область получает иннервацию от двигательных, чувствительных и вегетативных (симпатических, парасимпатических) нервов. Из двенадцати пар черепно-мозговых нервов в иннервации челюстно-лицевой области участвуют пятая (тройничный), седьмая (лицевой), девятая (языко-глоточный), десятая (блуждающий) и двенадцатая (подъязычный) пары. Чувство вкуса связано с первой парой - обонятельным нервом.

К чувствительным нервам относятся тройничный, языкоглоточный, блуждающий нервы, а также ветви, идущие от шейного сплетения (большой ушной нерв и малый затылочный). Нервные волокна идут от двигательных ядер (находящихся в стволе головного мозга) к жевательной мускулатуре (тройничный нерв ), к мимическим мышцам (лицевой нерв), к мышцам неба и глотки (блуждающий нерв), к мускулатуре языка (подъязычный нерв).

По ходу ветвей тройничного нерва располагаются следующие вегетативные ганглии:

1) ресничный;

2) крылонебный;

3) поднижнечелюстной;

4) подъязычный;

5) ушной.

С первой ветвью тройничного нерва связан ресничный узел, со второй - крылонебный, а с третьей - поднижнечелюстной, подъязычный и ушной ганглии.

Симпатические нервы к тканям и органам лица идут от верхнего шейного симпатического узла.

Тройничный нерв является смешанным. Чувствительные нервные волокна несут информацию о болевой, тактильной и температурной чувствительности от кожи лица, слизистых оболочек полостей носа и рта, а также импульсы от механорецепторов жевательных мышц, зубов, височно-нижнечелюстных суставов. Двигательные волокна иннервируют следующие мышцы: жевательные, височные, крыловидные, челюстно-подъязычные, переднее брюшко двубрюшной мышцы, а также мышцу, которая напрягает барабанную перепонку и поднимающую небную занавеску. От тройничного узла отходят три чувствительных нерва: глазничный, верхнечелюстной и нижнечелюстной. К нижнечелюстному нерву присоединяются не участвующие в образовании тройничного (гассерова) узла двигательные волокна и делают его смешанным (чувствительным и двигательным) нервом.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА (БГМУ), 2006г** (И.О. Походенько-Чудакова, О.П. Чудаков)

**I. Невралгия тройничного нерва:**

1) первичная - истинная (эссенциаль- ная или идеопатическая);

2) вторичная - симптоматическая:

* центральная;
* периферическая (компрессионная).

*A. По этиологическому фактору:*

• травматическая;

• инфекционная;

•развившаяся в результате дискорреляции обмена веществ в организме.

*B. По уровню поражения:*

• дентальная плексалгия;

• невралгия носоресничного нерва (синдром Чарлина);

• невралгия ушно-височного нерва (синдром Фрейя);

• синдром крылонебного узла (синдром Сладера);

• глоссофарингиальная невралгия;

• SUNCT-синдром;

• синдром поражения полулунного узла.

*C. По нарушению функций:*

• нарушение чувствительной функции тройничного нерва;

• нарушение двигательной функции тройничного нерва.

**II. Неврит тройничного нерва:**

1) травматический:

* неврит верхних луночковых нервов;
* неврит язычного нерва;
* неврит щечного нерва;
* неврит нижнего луночкового нерва;
* неврит большого небного нерва.

2) инфекционный:

* неврит верхних луночковых нервов;
* неврит язычного нерва;
* неврит щечного нерва;
* неврит нижнего луночкового нерва;
* неврит большого небного нерва.

**III. Опухоли тройничного нерва:**

Невринома (нейрофиброма, невролеммома, шваннома).

К системе тройничного нерва относится его рецепторный аппарат, проводящие пути, ядра, корковые отделы, а также все структурные образования нервной системы, с которыми нерв связан как в процессе функционирования в норме, так и при различных патологических состояниях .

***Классификация по МКБ-10***

G00-G99 Болезни нервной системы

G50-G59 Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений

G50 Поражения тройничного нерва

* G50.0 Невралгия тройничного нерва
* G50.1 Атипичная лицевая боль
* G50.8 Другие поражения тройничного нерва
* G50.9 Поражение тройничного нерва неуточненное

**ВОПРОС 2. НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

I. Невралгия тройничного нерва подразделяется на:

1) первичную - истинную (эссенциальную или идеопатическую), когда установить причину развития патологического процесса не представилось возможным;

2) вторичную - симптоматическую, которой присуща хроническая, пульсирующая, жгучая боль с пароксизмальными усиливающимися приступами в зонах распределения конечных ветвей тройничного нерва. Болевой синдром отличается умеренностью, продолжительностью, со временем присоединяются незначительные трофические нарушения. Хронологически начало заболевания совпадает с травмой лица, реконструктивными операциями или затрудненным удалением зубов и т. д. Вторичные (симптоматические) невралгии в свою очередь подразделяются на:

* центральную - характеризуется внезапными, интенсивными повторяющимися болями в зоне локализации одной или нескольких ветвей тройничного нерва, которые по своему проявлению отличаются от типичных приступов невралгии тройничного нерва только большей продолжительности во времени отдельного пароксизма и быстрого присоединения сенсорного дефицита;
* периферическую (компрессионную) - в 80% наблюдений компрессия корешка тройничного нерва в зоне его входа в мозговой мост обусловлена патологически извитой петлей верхней мозжечковой артерии. Этим объясняется тот факт, что частота встречаемости невралгии тройничного нерва возрастает в пожилом и старческом возрасте и практически не встречается у детей. В остальных случаях указанная компрессия, как правило, обусловлена опухолями мосто- мозжечкового угла и бляшками рассеянного склероза. Клинические проявления мало отличаются от таковых при невралгии тройничного нерва, кроме наличия симптома Лермитта (внезапная пронзающая боль при наклоне головы кпереди при поражении задних канатиков шейного отдела спинного мозга) и триггерных факторов в виде поворотов головы.

*A. По этиологическому фактору различают*:

* травматическую, возникшую в результате действия какого-либо травмирующего агента (сложное удаление зуба), радикальной операции на верхнечелюстной пазухе, травматического перелома челюсти и т. д.;
* инфекционную, представляющую собой хроническое нарушение чувствительности с преобладанием постоянного зуда над болью, чаще локализующуюся в зоне первого (офтальмического) подразделения тройничного нерва. На этом фоне изредка возникают кратковременные стреляющие боли малой интенсивности, распространяющиеся от ресниц, век к волосистой части головы. Боли носят постоянный характер и трудно переносимы, особенно в сочетании с зудом. Характерны кожные рубцы белесого цвета на фоне гипер- или депигментации кожи в области лба и переднего отдела волосистой части головы;
* развившуюся в результате дискорреляции обмена веществ в организме (при беременности, сахарном диабете, аллергических реакциях и т. д.).

*B. По уровню поражения подразделяют на:*

• дентальную плексалгию. Причиной возникновения, которой может явиться как инфекционный агент, так и травматический (удаление зубов, попадание пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, оперативные вмешательства на верхнечелюстной пазухе, челюстях и височно - нижнечелюстном суставе). Характерны длительные (от нескольких часов до нескольких суток), упорные, периодически обостряющиеся и постепенно затихающие боли в зоне иннервации II и III ветвей тройничного нерва, сопровождающиеся расстройствами вегетативной нервной системы. Последние проявляются гиперемией, отеком пораженного участка, а также усиленным слезо- и слюнотечением. Боли могут беспокоить пациента на протяжении длительного времени и даже после купирования основного процесса, явившегося причиной невралгии. Диагностические признаки: постоянные боли в деснах и зубах. У некоторых пациентов наблюдается реперкуссия болевого синдрома на здоровую сторону. Боли могут уменьшаться во время приема пищи и усиливаться при эмоциональном напряжении и неблагоприятных метеорологических факторах. Они, как правило, иррадиируют по ходу II ветви тройничного нерва и сопровождаются вегетативной симптоматикой, возникающей за счет связей сплетения с вегетативными ганглиями. При этом болезненности в точках выхода тройничного нерва не отмечается;

• невралгию носоресничного нерва (синдром Чарлина). Причиной, которой может быть синусит верхнечелюстной пазухи (инфекционный агент, сенсибилизация организма или аллергическая реакция), операции, проводимые на верхнечелюстных пазухах, или травматические повреждения этой области. Для данного вида невралгии характерны мучительные приступы боли в области глазного яблока, надбровной области и соответствующей половины носа. Они возникают в ночное время и сопровождаются выраженными вегетативными расстройствами: обильным слезотечением, набуханием на пораженной стороне слизистой оболочки полости носа, усиленным выделением жидкого секрета из носовых ходов. Иногда отмечаются изменения в переднем отделе глаза в виде кератоконъюнктивита, болезненности при пальпации внутреннего угла глаза. Для этого поражения характерны длительные ремиссии. Болевые приступы продолжительны (до суток и более). Имеются четкие клинические проявления болезни: 1) во время приступа наблюдается нейротрофическая реакция зрачков; 2) триггерные зоны отсутствуют; 3) в момент приступа после смазывания переднего отдела носовой полости раствором дикаина с добавлением 0,1% раствора адреналина (5 капель адреналина на 5 мл дикаина) боли купируются;

• невралгию ушно-височного нерва (синдром Фрейя). Причинами, которой редко является инфекционный агент, чаще - травматическое повреждение. Для этого синдрома характерны жгучие, ноющие, иногда пульсирующие боли в височной области, внутри уха, передней стенке наружного слухового прохода и особенно в височно-нижнечелюстном суставе. Часто отмечается иррадиация боли в нижнюю челюсть. Приступ сопровождается изолированной гипе-ремией кожи в околоушно-височной области и гипергидрозом в зоне иннервации ушно- височного нерва. Иногда развитию гиперемии и повышенной потливости предшествует парестезия, отмечается усиленная саливация. Боль возникают, в основном, при приеме пищи, курении, общем перегревании организма, нервно-психическом напряжении;

• синдром крылонебного узла (синдром Сладера). Причинами которого является поражение нерва инфекционным или травматическим агентом. Характерна острая боль в области глаза, носа, верхней челюсти, которая может распространяться на область виска, ухо, затылок, шею, лопатку, плечо, предплечье, кисть. Пароксизмы сопровождаются резко выраженными вегетативными симптомами: покраснением половины лица, отечностью тканей лица, слезотечением, обильным отделением секрета из одной половины носа (вегетативная буря). Продолжительность приступа длится от нескольких минут до суток;

• глоссофарингиальную невралгию, этиологические факторы которой те же. Заболевание проявляется внезапными, часто ночными, односторонними, жестокими повторяющимися болями в корне языка с иррадиацией в миндалину, глотку, наружный слуховой проход (оталгический вариант) или в шею (цервикалгический вариант). Боли носят «жгучий» оттенок. Триггерными факторами могут служить механические раздражения корня языка и глотки (глотание, прием холодной или кислой пищи);

•SUNCT-синдром (аббревиатура от англ. слов - кратковременная, односторонняя боль с конъюнктивитом и слезотечением), этиологические факторы те же. Синдром проявляется односторонними, чаще дневными периорбитальными болями, длящимися десятки секунд и сопровождающимися преходящим конъюнктивитом, слезотечением, потоотделением в области лба. Следует подчеркнуть, что при этом не отмечается неврологического дефицита;

• синдром поражения полулунного узла. Причинами, которого являются инфекционный или травматический агент, новообразования. Характерны длительные тупые, ноющие боли. Отмечается иррадиация последних в заинтересованную половину головы. При этом определяются расстройства чувствительности в зоне иннервации всех ветвей (чаще I и II) тройничного нерва. Осложнением поражения полулунного узла могут являться кератит и конъюнктивит.

**Невралгия тройничного нерва** (тригеминальная невралгия) - заболевание, характеризующееся расстройством чувствительности и приступообразной болью в зоне его иннервации. Возникновение заболевания чаще связано с явлениями сдавления тройничного нерва, реже - с воспалительно-аллергическими реакциями в ветвях нерва в результате инфекционного или опухолевого процессов.

Компрессия тройничного нерва может происходить как в области его периферических ветвей, так и в зоне расположения его корешка. Сдавление II и III ветвей тройничного нерва может быть связано с врожденным или приобретенным сужением подглазничного или, соответственно, нижнечелюстного каналов, а также с нарушением кровоснабжения периферических нервов. Основными причинами сдавления корешка тройничного нерва являются расширение и смещение петлеобразно извитых сосудов, обычно верхней или передней нижней мозжечковых артерий.

В месте сдавления нерва развивается очаговая демиелинизация. Через 3-6 месяцев от начала патологического процесса отмечаются набухание, фрагментация и вакуолизация осевых цилиндров. На поздних стадиях заболевания наблюдается зернистый распад. В острой стадии заболевания часть нервных волокон подвергается резорбции. После стихания боли в этих участках образуется соединительная ткань. При каждом обострении тригеминальной невралгии в периферических ветвях тройничного нерва последовательно преобладают дистрофические и репаративные процессы. При этом условия регенерации в нервном волокне с течением времени усложняются за счет увеличения объема соединительнотканных структур.

В период обострения заболевания лицо пациента выражает мучительные страдания и страх перед возобновлением очередного болевого приступа. При опросе больные отвечают на вопросы односложно, почти не приоткрывая полости рта, так как малейшие движения лицевой мускулатуры могут провоцировать приступ боли. Во время приступа пациенты, как правило, застывают в определенной позе, боясь шелохнуться. В отдельных случаях для облегчения состояния больные стараются с давлением сжать болевую область или интенсивно растереть ее.

Болевой приступ длится от нескольких секунд до 1-2 минут, возникает чаще в утренние и дневные часы. Боль характеризуется как сверлящая, режущая, жгучая, простреливающая, напоминающая удар электрическим током. При невралгии I ветви тройничного нерва боль локализуется в области надбровной дуги, лба, в переднем отделе височной области; при невралгии II ветви - в области верхней губы, крыла носа, нижнего века, скуловой области, носогубной складки, зубов верхней челюсти, мягкого и твердого неба. Для невралгии III ветви характерна боль в области нижней губы, подбородка, зубов нижней челюсти, языка, щеки.

Пальпация точек выхода тройничного нерва из костей лицевого скелета болезненна не всегда. В отдельных случаях наблюдаются вегетативные нарушения в виде гиперемии и гипертермии кожных покровов на стороне поражения, расширения зрачка, слезотечения, гипергидроза, ринореи, гиперсаливации, а также рефлекторные сокращения мимической и жевательной мускулатуры. В большинстве случаев невралгия тройничного нерва имеет правостороннюю локализацию.

Характерным признаком заболевания является наличие триггерных («курковых») зон, надавливание на которые вызывает приступ невралгии. При невралгии I ветви наиболее частая их локализация отмечается у внутреннего угла глаза, корня носа, в области брови; при невралгии II ветви - у носогубной складки, крыла носа, над верхней губой и на слизистой оболочке полости рта в области верхней челюсти; при невралгии III ветви - на подбородке и на слизистой оболочке полости рта в области нижней челюсти.

В зоне иннервации пораженной ветви тройничного нерва в отдельных случаях отмечаются нарушения чувствительности в виде гиперестезии или гипестезии с участками анестезии.

Ремиссия заболевания наступает в результате лечения, реже - спонтанно. Продолжительность ремиссий колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет. Невралгию тройничного нерва дифференцируют от невропатии тройничного нерва, невралгии языкоглоточного нерва, невралгии верхнего гортанного нерва, синусита придаточных пазух носа, мигрени.

***Лечение***. Лечебные мероприятия совместно проводит стоматолог с неврологом. Консервативные методы лечения включают назначение антиконвульсантов, антидепрессантов, биогенных стимуляторов, витаминов B1, B12, PP, антигистаминных препаратов, вазоактивных средств, а также курса физиотерапии (диадинамические токи, назальный электрофорез, дарсонвализация, флюктуоризация, иглорефлексотерапия). Лечение невралгии включает нейротропные препараты: противосудорожные - тегретол (финлепсин) по схеме, триметин 0,3 г с димедролом, пипольфеном; антидепрессанты - нуредал, триптизол (по схеме), витамины В1, В12, РР; биогенные стимуляторы - алоэ, стекловидное тело, ФИБС; при сосудистой патологии назначают спазмолитики и гипотензивные - папаверин (2% по 2 мл), эуфиллин (2,4% по 10 мл) (курсом по 10 инъекций), но-шпа (2% по 2 мл); физиотерапия - флюктуирующие токи, диадинамик, электрофорез с новокаином, гальванизация, УЗ-терапия, фонофорез и др. При неэффективности медикаментозной терапии и длительном течении заболевания применяют хирургические методы лечения, направленные на устранение компрессии ветвей тройничного нерва или удаление пораженного участка нервного волокна. При наличии одонтогенного очага воспаления, являющегося причиной невралгии, показана его санация. Оказание неотложной помощи пациенту с невралгией тройничного нерва в амбулаторных условиях. Для купирования болевого приступа проводят инфильтрацию мягких тканей в месте выхода пораженной ветви тройничного нерва раствором местного анестетика.

**ВОПРОС 3. ДЕНТАЛЬНАЯ ПЛЕКСАЛГИЯ**

При дентальной плексалгии развитие заболевания связано с патологией зубных сплетений. Чаще страдают женщины старше 40 лет.

***Этиология поражения зубных сплетений***:

* сложные удаления моляров, премоляров;
* проводниковые анестезии;
* остеомиелиты лунок;
* оперативные вмешательства на челюстях;
* удаление большого количества зубов в течение небольшого промежутка времени;
* выведение пломбировочного материала за верхушку корня зуба при эндодонтическом лечении, попадание пломбировочного материала в нижнечелюстной канал;
* инфекции;
* интоксикации;
* психическая травма.

***Клиническая картина***. Для дентальной плексалгии характерны боли, которые носят мучительный, упорный, постоянный, жгучий характер. Постоянные боли временами приступообразно усиливаются, интенсивность их нарастает. Приступ, как правило, начинается с легкой тупой боли, через 20-30 минут на высоте пароксизма она приобретает выраженный симпаталгический характер, возникают вазомоторные расстройства. При купировании приступа остается тупая боль в альвеолярном отростке челюсти. При поражении верхнего зубного сплетения, во время болевого пароксизма, боли могут иррадировать в твердое небо, скуловую, щечную, подглазничную область, висок, ухо, затылочную область, захватывать всю половину головы и верхнюю треть шеи. При поражении нижнего зубного сплетения боль распространяется на дно полости рта, щечную, околоушно-жевательную области, верхний отдел шеи. Приступы сопровождаются разнообразными вегетативными симптомами, которые обусловлены связями сплетения с вегетативными ганглиями (крылонебным узлом и верхним шейным симпатическим узлом). Доминантный очаг боли при дентальной плексалгии локализуется в области альвеолярного отростка, десен и зубов. При обследовании пациентов с дентальной плексалгией определяется резкая болезненность в области проекции пораженного зубного сплетения. На верхней челюсти, соответственно, в зоне 23, 25, 27, и 13, 15, 17 зубов. При пальпации в проекции зубного сплетения отмечается болезненность (при надавливании как на слизистую десны, так и в области кожи лица). У значительного числа пациентов отмечается гиперстезия слизистой десен и слизистой внутренней поверхности щеки и зубов в зоне пораженного зубного сплетения. Как правило, у больных с дентальной плексалгией наблюдается уменьшение болей во время приема грубой пищи и их усиление под влиянием эмоций, переохлаждения, неблагоприятных метеорологических факторов.

В отличие от невралгии тройничного нерва *для дентальной плексалгии характерно*:

* отсутствие курковых зон;
* отсутствие болей при пальпации в точках выхода тройничного нерва на лицо (точках Валле);
* наличие болезненности при пальпации области зубного сплетения;
* приступы болей при дентальной плексалгии носят более длительный характер (до 20 минут и более);
* при дентальной плексалгии в межприступном периоде остается локализованная боль в альвеолярном отростке в проекции зубного сплетения;
* иррадиация болей чаще не соответствует анатомическому расположению ветвей тройничного нерва.

***Лечение***. Назначаются анальгетики, сосудорасширяющие, седативные препараты, ганглиоблокаторы, антидепрессанты.

**ВОПРОС 4. НЕВРИТЫ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

**Невритом** называется поражение системы тройничного нерва воспалительного генеза, характеризующееся изменениями интерстиция, миелиновой оболочки и/или раздражения в зоне иннервации его ветвей.

1) травматические невриты тройничного нерва чаще возникают при переломах костей лицевого скелета, а также при непосредственной травме нерва и окружающих его тканей. Нередко они являются следствием ошибок при выполнении проводниковых анестезий, а также при неправильном протезировании;

2) инфекционные невриты встречаются чаще при герпетических поражениях, опоясывающем лишае и т. п. Причина заболевания, очевидно, заключена в состоянии хронической ирритации сохранившихся отдельных клеток Гассерова узла.

***Этиология***: инфекции, интоксикация, местные воспалительные процессы, травмы, длительное течение невралгий или повторные спиртовые блокады.

***Клиника*** характеризуется парестезиями, болями, расстройствами чувствительности и прочими симптомами выпадения в зоне иннервации пораженной ветви. При невритах, возникающих на фоне невралгии или алкоголизации, сохраняются характерные для тригеминальной невралгии пароксизмы болей, но они развиваются на фоне постоянных тупых болей или жжения в зоне пораженной ветви.

*При неврите I ветви* боли локализуются в области лба, корня носа, верхнего века, глазного яблока. Носят постоянный характер, но периодически меняется интенсивность. Наблюдаются нарушения различных видов чувствительности (прежде всего болевой и тактильной). Выпадают корнеальный и надбровный рефлексы. Может развиться ксерофтальмия (неврогенный кератит).

*При неврите II ветви* болит в зоне щеки, крыла носа, верхней губы, нёба, верхней челюсти и верхних зубов. Там же выявляются расстройства чувствительности.

*При неврите III ветви* боли и нарушения чувствительности - в области нижней челюсти, половине языка и подбородка. При поражении двигательных волокон, входящих в состав III ветви, наблюдается парез жевательной мускулатуры. Он выражается в атрофии жевательных мышц, смещении челюсти в болезненную сторону; при раздражении - тризм.

***Консервативное лечение*** - как при невралгии. Если нужного эффекта нет - проводят хирургическое лечение:

* + неврэктомия - удаление части нерва вместе с сосудистым пучком, затем прижигание нерва;
  + интракраниальные операции - височная невротомия, перерезка чувствительного корешка.

Назначают физиотерапию: продольную гальванизацию, электрофорез с витамином В1 и новокаином, дарсонвализацию, флюктуоризацию и др.

**ВОПРОС 5. НЕВРАЛГИЯ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА**

Наиболее частая форма поражения языкоглоточного нерва - невралгия языкоглоточного нерва (синдром Сикара, синдром Вейзенбурга-Сикара-Робино, синдром Сикара-Робино).

Заболевание возникает при нейроинфекции, интоксикации, а также вследствие компрессии нерва гипертрофированным шиловидным отростком височной кости, оссифицированной шилоподъязычной связкой или новообразованием в области корня языка и гортани. Причиной заболевания также может быть сдавление корешка нерва расширенными или удлиненными сосудами, обычно задней нижней мозжечковой и позвоночной артериями.

Заболевание характеризуется приступообразной болью, чаще начинающейся с корня языка или небной миндалины и распространяющейся на небную занавеску, глотку, ухо. Иногда боль начинается в ухе и распространяется на миндалину. В отдельных случаях отмечается иррадиация боли в область глаза, щеки, угла нижней челюсти. Пациенты характеризуют боль как жгучую, простреливающую, напоминающую удар током.

Длительность болевых приступов составляет период от нескольких секунд до трех минут, интервал между ними неодинаков. Различна и интенсивность боли: от умеренной до нестерпимой. В большинстве случаев пациенты отмечают усиление боли при приеме кислой, горькой и соленой пищи. Во время болевого приступа повышается слюноотделение, и у ряда больных возникает сильный ларингеальный кашель. Возможны слуховые нарушения.

У большинства пациентов приступы появляются в утренние часы, чаще развиваются внезапно на фоне полного соматического благополучия, значительно реже - после возникновения предвестников болезни в виде различных локальных парестезии. Приступ боли может провоцироваться разговором, смехом, зеванием, приемом пищи, движением головы, изменением положения туловища. При возникновении приступа пациенты прижимают или интенсивно растирают рукой нижний отдел околоушно-жевательного или позади-челюстного участка на больной стороне.

При внешнем осмотре наблюдается характерная «анталгическая» поза пациента с наклоном головы в сторону боли, а также гиперемия кожных покровов лица на стороне поражения. Чаще невралгия языкоглоточного нерва имеет левостороннюю локализацию.

При осмотре полости рта отмечается отек и гиперемия слизистой оболочки языка. В отдельных случаях на корне языка определяется наличие налета.

Диагностические неврологические тесты указывают на отсутствие глоточного рефлекса, а также на наличие участков гипер- и гипестезии, выявляемых чаще в области корня языка, реже-в задних отделах мягкого неба. Курковые зоны чаще локализуются в области миндалин, корня языка, реже - в козелке уха.

Невралгию языкоглоточного нерва дифференцируют от невралгии тройничного нерва, болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, синдрома барабанного сплетения.

***Лечение***. Пациентам с невралгией языкоглоточного нерва показано лечение в условиях специализированного стационара.

Комплексное лечение включает назначение антиконвульсантов, транквилизаторов, антидепрессантов, нейролептиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, ненаркотических анальгетиков, сосудорасширяющих препаратов, биостимуляторов, витаминов В1, B6, В12 и PP.

Для купирования приступов боли применяются физические методы лечения - гипербарическую оксигенацию, чрескожную электростимуляцию, иглорефлексотерапию, дарсонвализацию, фонофорез гидрокортизона, диадинамотерапию, флюктуоризацию, амплипульстерапию, массаж.

В отдельных случаях показано проведение операции - резекции шиловидного отростка, микрохирургической декомпрессии корешка языкоглоточного нерва.

Оказание неотложной помощи пациенту с невралгией языкоглоточного нерва в амбулаторных условиях. Для утоления боли проводят аппликацию местных анестетиков на слизистую оболочку области корня языка и зева. В отдельных случаях возможно введение раствора местного анестетика по типу инфильтрационной анестезии в область корня языка. Пациенту назначают ненаркотические анальгетики.

**ВОПРОС 6. ГЛОССАЛГИЯ, СТОМАЛГИЯ**

**Классификация по МКБ-10**

Раздел: Болезни органов пищеварения

Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей

К14.6 Глоссодиния

К14.60 Глоссопироз [жжение языка]

К14.61 Глоссодиния [боль в языке]

К14.68 Другая уточненная глоссодиния

К14.69 Глоссодиния неуточненная

В возникновении болей и парестезии в языке и слизистой оболочке полости рта играют роль местные и общие причинные факторы. Местные причины разнообразны (механические, физические, химические), среди них раздражение слизистой оболочки полости рта острыми краями зубов, некачественными зубными протезами, пломбами. Причиной чувства дискомфорта, ощущений жжения во рту может быть гальваноз - вызванный разными используемыми при протезировании металлами, а также аллергические реакции на зубные протезы из акриловой пластмассы, полная или частичная адентия, стертость зубов, последствия инъекций, травматичного удаления зубов, заболеваний слизистой оболочки рта (кандидоз, красный плоский лишай).

Многие авторы первостепенное значение при стомалгии и глоссалгии придают заболеваниям пищеварительной системы (хронический гастрит, энтероколит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гепатохолецистит). Возможной причиной стомалгии и глоссалгии считают также сахарный диабет, климакс. В таких случаях нарушения соматовисцеральной импульсации воздействуют на структуры тригеминальной системы, имеющей непосредственное отношение к иннервации языка, что сказывается повышением его сенсорной возбудимости. Болевые ощущения в языке и слизистой оболочке полости рта могут провоцироваться психотравмирующими ситуациями .

***Клинические проявления***. Характерны боли и парестезии (жжение, саднение, распирание): при глоссалгии - в языке, при стомалгии - в деснах, слизистой оболочке полости рта, иногда и глотки. Степень выраженности этих ощущений может быть различной (иногда они мучительны) и меняется в течение суток. Патогномонично для стомалгии и глоссалгии снижение или полное исчезновение болевых ощущений во время еды и сна. Чаще они проявляются в 35-55 лет, иногда возникают и у детей.

***Лечение***. Проводят санацию полости рта, лечение заболеваний пищеварительного тракта, назначают седативные средства, транквилизаторы, антидепрессанты, применяют иглорефлексотерапию, физиотерапию, психотерапию.

**Чувствительные синдромы языка**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Болевые синдромы (глоссалгии) | | Парестетические синдромы |
| соматические | вегетативные |
| Невралгия, неврит язычного  нерва | Ганглионит поднижнечелюстного, подъязычного и верхнего шейного вегетативных узлов | Глоссодиния — висцеро-рефлекторный стволовой синдром |
| Невралгия, неврит  языкоглоточного нерва | Синдром периваскулярной алгии языка | Сирингобульбия, поражения мозга в результате сосудистых расстройств, опухоли ствола головного мозга |
| Неврит промежуточно-лицевого нерва | Шейный симпатический трунцит | - |

**ВОПРОС 7. СИНДРОМЫ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ НЕРВОВ**

В отличие от одонталгии, они развиваются при заболеваниях зубов, реже дёсен, нёба, подчелюстных слюнных желёз, при операциях на верхней или нижней челюсти, гайморите, после удаления зубов, сопровождающегося развитием альвеолита и др. В процесс вовлекается верхний или нижний альвеолярный нерв. Появляются боль, болевые или температурные парестезии, чувство стягивания или распирания в зубах, десне, а иногда и в языке, губах, подбородке, что мешает при разговоре, глотании и пр. В последующем присоединяются гиперестезия, гиперпатия; любые раздражения воспринимаются как боль, жжение, которые переходят на область щеки. Боль иррадиирует в другую челюсть, иногда в ухо. В формировании синдрома участвуют не только тройничный нерв, но и вегетативные узлы. При прогрессировании процесса может развиться лицевая каузалгия, часто в связи с удалением зуба, но нередко через несколько недель или месяцев после экстракции. Интенсивная, нарастающая боль становится трудно переносимой из-за сверлящего, режущего, жгучего характера. Болевой каузалгический синдром сопровождается дисциркуляторными и трофическими расстройствами (местные отеки, уплотнение дёсен, кожи, участки пигментации, гипертрихоза на коже щек, подбородка, гипергидроз).

***Синдром одонталгии*** характеризуется появлением боли во всех зубах верхней и нижней челюсти. Заболевания зубов при этом не обнаруживаются. Одонталгия возникает при гипертонической болезни, стенокардий, некоторых заболеваниях внутренних органов. Поражение двигательного ядра n. trigeminus или двигательных волокон в составе нижнечелюстного нерва на стороне очага приводит к парезу или параличу жевательных мышц по периферическому типу с их атрофией, атонией. При открывании рта нижняя челюсть отклоняется в сторону, противоположную поражению. Центральный тип развивается при поражении корково- ядерных путей на любом уровне (чаще надъядерном процессе) . Нарушается акт жевания и глотания, но атрофии и атонии мышц не происходит. Судороги жевательных мышц (тризм) - результат раздражения двигательной порции тройничного нерва. Тризм может наблюдаться при менингите, менингоэнцефалите, стволовых воспалительных или опухолевых процессах, а также при генерализованных эпилептических припадках. Гиперкинезы жевательных мышц наблюдаются при хорее Гетингтона, гепатоцеребральной дегенерации, опухолевых подкорковых процессах, неврозоподобных состояниях .

***Дифференциальная диагностика заболеваний, обусловленных поражением***

***системы тройничного нерва***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Различия в  характере боли | Невралгия  тройничного нерва | Нейропатия  тройничного нерва | Дентальная  плексалгия |
| Характер боли | Приступообразная, кратковременная, самопроизвольная, со светлыми безболевыми промежутками | Постоянного,  ноющего характера | Постоянного характера, волнообразно усиливающаяся |
| Зона иррадиации | От периферических отделов ветвей тройничного нерва к апроксимальным, строго соответствуя топографии пораженных ветвей | Тупая  локализованная боль | Тупая боль с реперкуссией на здоровую сторону и иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва |
| Зона локализации | Всегда соответствует топографии ветвей тройничного нерва | Локализованная боль в зоне патологического очага | Альвеолярный отросток челюсти, слизистая десны в проекции зубных сплетений |
| Возникновение боли в зависимости от времени суток | Приступы боли преимущественно в дневное время суток | Боли, не связанные  со временем суток | Боли, не связанные с временем суток |
| Продолжительность боли | Продолжительность приступа боли от нескольких секунд до минуты | Постоянная, ноющая | От нескольких минут, часов до нескольких суток |
| Изменение или прекращение боли в момент приема пищи | Прием пищи провоцирует приступ боли | Прием пищи не изменяет характер боли | Прием пищи (особенно грубой) может снизить интенсивность боли |
| Наличие курковых зон | Курковые зоны в средней зоне лица: угол рта, носогубная складка, крыло носа, альвеолярные отростки челюстей | Нет курковых зон | Нет курковых зон |

**Заключение**

В конце занятия преподаватель отвечает на вопросы студентов, подводит результаты устного собеседования, решения ситуационных и тестовых задач, выполнения мануальных навыков, дает задание на следующее занятие.

**Тестовые вопросы:**

**1. В чувствительных нервах различают следующие их поражения:**

1. только невриты;

2. только невралгии;

3. невриты и невралгии.

**2. В двигательных нервах различают следующие их поражения:**

1. только невриты;

2.только невралгии;

3.невриты и невралгии

**3. При невралгиях патоморфологические изменения наблюдаются ?:**

1.в миелиновых оболочках нервного волокна;

2.в миелиновой оболочке, интерстиции и осевых цилиндрах;

3.изменений никаких нет;

4.в периневральных тканях

**4. При невритах патоморфологические изменения происходят:**

1.в миелиновых оболочках нервного волокна;

2. в миелиновой оболочке, интерстиции и осевых цилиндрах;

3. изменений никаких нет;

4. в периневральных тканях.

**5. Особенностью клинического проявления неврита тройничного нерва является то, что заболевание проявляется:**

1. только болями;

2.только нарушением чувствительности;

3. только двигательными нарушениями;

4. болями и нарушением чувствительности;

5. нарушением чувствительности и двигательными нарушениями;

6. болями и двигательными нарушениями;

7 болями, нарушением чувствительности и двигательными нарушениями

**6. Необходима ли санация полости рта больным с невритами тройничного нерва и его периферических ветвей?**

1. необходима обязательно;

2. не обязательна;

3. необходима, только в том случае, если пораженный зуб является причиной невралгии.

**Ситуационные задачи:**

1. Больной жалуется на приступообразные боли, которые начинаются с корня языка или в области миндалины, иррадиируют в глотку, глаз, ухо. Приступ боли возникает при глотании, приеме пищи или разговоре. Длятся приступы несколько минут. Во время приступа боли появляется сухость в горле. Какой диагноз можно установить этому больному на основании клинической симптоматики ?
2. У больного имеется резкая, приступообразная боль, которая локализуется в области передних двух трети половины языка. Со слов больного боли возникают чаще без видимых причин и лишь иногда при разговоре. При осмотре больного врач обнаружил гиперестезию соответствующей половины языка. Приведенная клиническая симптоматика указывает на наличие какого диагноза?
3. Больной, 37 лет, лечился в многопрофильном стационаре по поводу перелома нижней челюсти справа два месяца назад. Поступил с жалобами на неправильное смыкание зубов, боли постоянного ноющего характера по ходу III ветви тройничного нерва справа, онемение зубов нижней челюсти справа. Поставлен диагноз: неправильно сросшийся перелом нижней челюсти справа, неврит III ветви тройничного нерва справа. С чего следует начинать лечение?

**Литература**:

1. Артюшкевич А.С., Руман Г.М., Байда А.Г., Адащик Н.Ф. Вегетативные лицевые и тригеминальные боли /Современная стоматология. - 2013. - No2. - С. 11-13.
2. Неврология лица / Под ред. В.А. Карлова - М.: Медицина ,1991, 288с.
3. Е.С. Яворская. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области. - К: Медкнига, 2007. - 56 с.
4. Классификация заболеваний системы тройничного нерва / И.О. Походенько-Чудакова, О.П.Чудаков, БГМУ , 2006
5. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике/ А.М. Вейн - М.: Медпресс, 1999, 364 с.
6. Гречко В.А. Нейростоматологические заболевания и синдромы: клиника, диагностика, основные принципы лечения / В.А. Гречко и др М.: Медицина 1997, 310 с.

Зав. кафедрой терапевтической стоматологии

с курсом ФПК и ПК, доц. Чернявский Ю.П.