

Захворювання і пошкодження  
нервів обличчя та щелеп.  
Нейростоматологічних  
захворювання. Класифікація.  
Захворювання рухових і  
чутливих нервів ЩЛД.  
Діагностика, лікування.

# ***Класифікація лицьових болей***

## **1. Судинні**

Пучкові головні болі

Хронічна пароксизмальна гемікранія

Вісочний артеріїт

## **2. Неврогенні**

Невралгія трійчастого нерва

Невралгія язиковоткового нерва

Гангліоніт гассерова вузла

Гангліоніт колінчастого вузла лицьового нерва

## **3. Больова офтальмоплегія**

## **4. Міогенні**

Синдром Костена

Відображені болі від м'язів шиї і верхнього плечового поясу

Міофасціальна больова дисфункція як психофізіологічний феномен

## **5. Симптоматичні**

Захворювання очей

Захворювання ЛОР-органів

Захворювання зубів і щелеп

Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба

## **6. Психогенні**

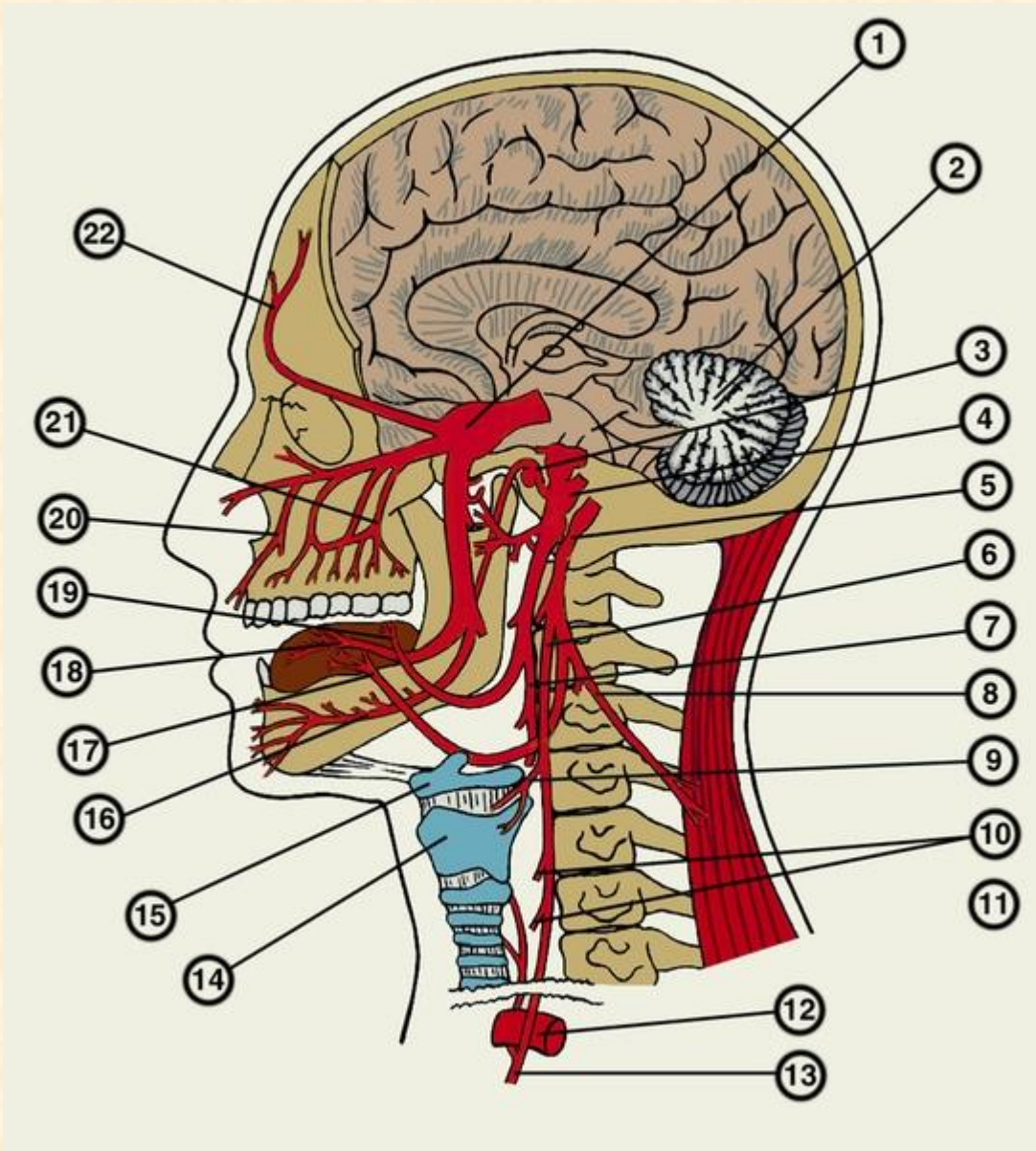
Стоматалгія

Глосалгія

Атипові лицьові болі

# Трійчатий нерв.

- V пара черепних нервів (n. Trigemini). Є змішаним нервом, виділяють рухові і чутливі корінці. По ходу чутливого корінця, між її листками утворюється трійчастого порожнину розташована на тройничном вдавнення верхівки піраміди
- Очний
- Верхньощелепний
- Нижньощелепний



## 1 гілка – Очний нерв:

1. Слізний
2. Лобний
3. Носовійковий
  - Підблоковий
  - Передні та задні війкові
  - Довгі війкові

## 2 гілка- Верхньощелепний нерв:

- Виличної нерв: вилицелищова і вилицескронева частина ( «мала гусяча лапка»)
- У крило-піднебінної ямці від подглазничного нерва відходять задні верхні альвеолярні утворюючи задній відділ верхнього зубного сплетення
- В задніх відділах подочноямкового каналу від подглазничного нерва відходять наступні гілочки: середній верхній альвеолярний нерв
- В передньому відділі підочноямкового каналу відходить наступні нерви: передні верхні альвеолярні нерви
- Задні, середні, передні верхні альвеолярні нерви, проходячи в товщі стінок верхньої щелепи, анастомозиручи між собою, утворюють верхнє зубне сплетення
- Від крило-піднебінного вузла в крило - піднебінної ямці відходять: великий піднебінний нерв, малий піднебінний нерв,

## 3 гілка– Нижньощелепний нерв:

1. чутливі волокна: щічний нерв, язичний нерв
2. нижній альвеолярний нерв - змішаний нерв: підборідний нерв, різцева гілка, щелепно-під'язиковий нерв, ушно-скроневиий нерв
3. Рухові волокна: жувальний нерв, передній глибокий скроневиий нерв, середній глибокий скроневиий нерв, задній глибокий скроневиий нерв
4. латеральний криловидний нерв
5. медіальний криловидний нерв: нерв м'яза, що напружує піднебінну завіску, нерв м'яза, що напружує барабанну перетинку
6. щелепно-під'язиковий нерв

# Етіологія, патогенез невралгій

- Компресія корінця трійчастого нерва розширеними, звитими, дислокованими верхньої або нижньої передніми мозочковими артеріями.
- Звуження подглазничного каналу (вроджене або в результаті місцевого хронічного запального процесу).
- З перебігом хвороби тривають дистрофічні процеси в нервовому стовбурі, збільшується кількість сполучної тканини.



# Невралгія трійчастого нерва:

- В людському організмі 12 пар черепно-мозкових нервів. Трійчастий нерв – представник п'ятої пари. Складається він з трьох гілок – очної, нижньо- і верхньощелепної. Таким чином, якщо уражається очна гілка нерва – болі будуть локалізуватися в області чола, виска, надбрівної дуги. При ураженні 2 гілки біль проявляється в області носа, верхньої щелепи, лицьових м'язів. Враження 3 гілки характеризується болями, що локалізуються в області нижньої щелепи, підборіддя, шиї.

# Види невралгії

Умовно усі види невралгій трійчастого нерва можна розділити на

- первинну (дійсну);
- вторинну невралгію.

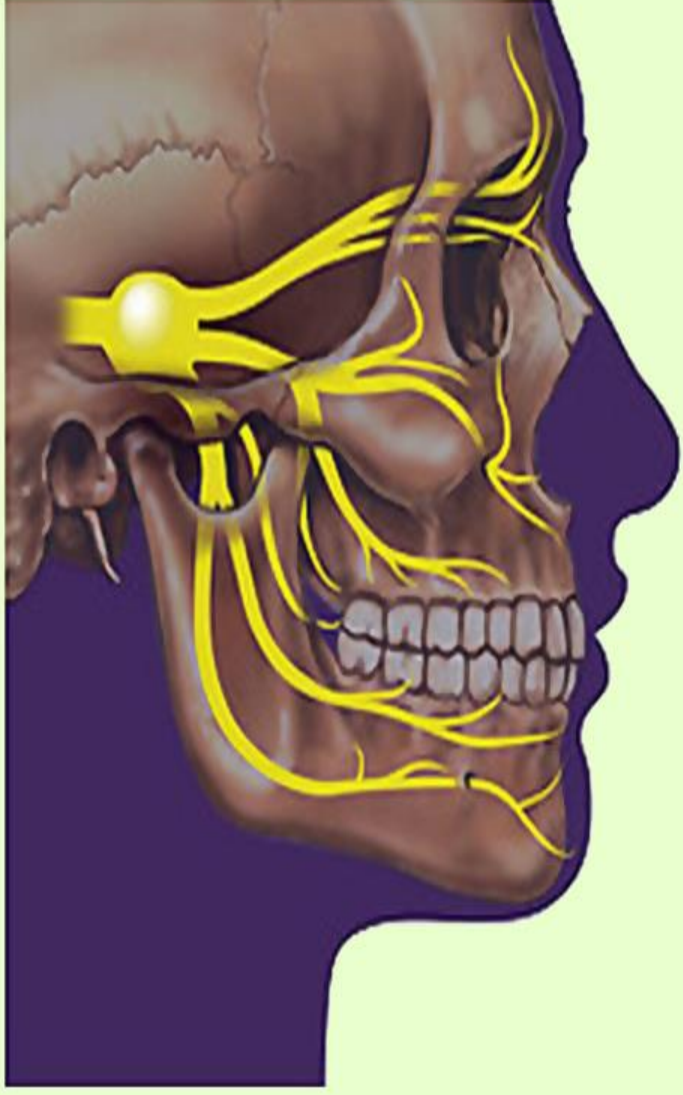
Первинна (справжня) невралгія вважається окремою патологією, що виникає внаслідок здавлення нерва або порушення кровопостачання в цій області. Вторинна невралгія – результат інших патологій. До них відносяться пухлинні процеси, важкі інфекційні захворювання.

# Причини невралгії

- Здавлення всіх або однієї гілки трійчастого нерва;
- Запальні захворювання придаткових пазух носа;
- Аневризма судин мозку;
- Хвороби зубів;
- Хронічні інфекційні захворювання – туберкульоз, бруцельоз, малярія;
- Порушення обміну речовин – цукровий діабет, подагра;
- Пухлини мозку (див. ознаки пухлини головного мозку).

# Клінічні прояви невралгій трійчастого нерва

- Захворювання характеризується появою різкого, пекучого болю в обличчі, що виникає раптово. Больовий напад триває недовго, протягом максимум 2 хвилин або секунд (10-20), після чого проходить сам по собі. Болі виникають в тій області, де вражена одна з трьох гілок нерва. Найбільше страждають пацієнти, у яких уражені всі три гілки трійчастого нерва. Біль завжди виникає на одній половині обличчя. Іноді вона може бути перехідною – зачіпати то одну гілку нерва, то іншу. Болі віддають в око, вухо, шию, потиличну область, хворі називають таку біль стріляючою, порівнюють з електричним розрядом. Напад невралгії супроводжується судорожними скороченнями особових (мімічних, жувальних м'язів, при цьому хворий не кричить, не плаче, а намагається мінімізувати рухи. У пацієнтів посилюється слиновиділення, слезотеча, потовиділення Шкірні покриви червоніють, можуть з'являтися ознаки реніту.



# Хірургічне лікування невралгій трійчастого нерва

- **Різотомія** :Через шкірний розріз за вухом проводиться розрив трійчастого нерва, чим і досягається лікувальний ефект.
- **Мікросудинна декомпресія**: Операція проводиться нейрохірургами. При цій операції видаляються або переміщуються кровоносні судини, які контактують з нервовими корінцями. Ефективність такої операції досягає 80%.
- **Радіочастотна абляція**: Вплив на нервовий вузол високою температурою. Лікування проводиться за допомогою місцевої анестезії. Госпіталізація обов'язкова. Болі припиняються не одразу, остаточне одужання настає через місяць.
- **Гліцеринові ін'єкції** :Здійснюються за допомогою довгої тонкої голки, за допомогою якої лікар проникає в область розгалуження трійчастого нерва. Ін'єкції допомагають добре, але іноді спостерігаються рецидиви захворювання в пізні терміни.
- **Нові розробки**: Самими сучасними і ефективними методами лікування невралгії трійчастого нерва можна назвати радіохірургічні операції з допомогою Кібер Ножа. Цей пристрій використовує для лікування фотонний потік, який проникає точно в область запалення і усуває його. Лікування за допомогою Кібер Ножа забезпечує високу точність доз випромінювання, комфортне і швидке зцілення. До того ж, процедура абсолютно безпечна для пацієнта. Сучасне лікування з допомогою Кібер Ножа можна вважати найбільш результативним. Використовують цю методику не тільки за кордоном, але й на території колишнього СРСР: В Україні, Білорусі, Росії.

# Клініка

- Невралгія трійчастого нерва «мовчазна»
- «Куркові» зони:
  - 1-ої гілки–внутрішній кут ока, корінь носа, ділянка брови.
  - 2-ої гілки–крило носа, носо-губна складка, верхня губа, слизова оболонка верхньої щелепи.
  - 3-ої гілки- підборіддя, слизова оболонка нижньої щелепи–.

# Діагностика, лікування

- Необхідно диференціювати з прозопалгіями іншої етіології.

- Лікування:

Анальгетики неефективні.

Досить ефективні протиепілептичні препарати і поєднання їх з похідними гама-аміномасляної кислоти.

Антидепресанти.

Вазоактивні речовини (трентал, кавінтон).

Голкорексфлексотерапія.

Хірургічне лікування: декомпресія гілок нерва в каналах або резекція гілок трійчастого нерва.



# Етіологія невропатий :

- Інфекції
- Інтоксикації
- Місцеві запальні процеси
- Травматичні ураження
- Ішемічні, токсичні та обмінні порушення.

# Клініка невропатії трійчастого нерва:

- Нападopodobний характер, тривалість атаки не більше 2 хвилин. Між двома нападами завжди є 'світлий' проміжок.
- Значна інтенсивність, раптовість, що нагадують удар електричним струмом.
- Локалізація суворо обмежена зоною іннервації трійчастого нерва, частіше 2 або 3 гілки (в 5% випадків 1-я гілка).
- Наявність тригерних точок (зон), слабка подразнення яких викликає типовий пароксизм (можуть перебувати в больовий або безбольової зоні). Найбільш часто тригерні зони розташовуються в орофасіальної області, на альвеолярному відростку, при, при ураженні першої гілки біля медіального кута ока.
- Наявність тригерних факторів, найчастіше це умивання, розмова, їжа, чистка зубів, рух повітря, простий дотик.
- Типова болюча поведінка. Хворі, намагаючись перечекаати напад, завмирають в тій позі, в якій застав їх больовий пароксизм. Іноді розтирають зону болю або здійснюють цмокаючі руху. У період нападу хворі відповідають на питання односкладово, ледь відкриваючи рот. На висоті пароксизму можуть бути посмикування лицьової мускулатури (tic douloureux).
- Неврологічний дефіцит в типових випадках НТН відсутній.
- Вегетативне супровід нападів убогий і спостерігається менш ніж у 1/3 хворих.

# Невропатія трійчатого нерва:

- При ураженні I гілки (n.ophthalmicus) відбувається порушення чутливості шкіри лоба і передньої волосистої частини голови, верхньої повіки, лоба, внутрішнього кута ока і спинки носа, очне яблуко, слизові верхній частині носової порожнини, лобової і гратчастої пазух, мозкових оболонок. Характерно також зниження надбровного і корнеального рефлексів
- При ураженні II гілки (n.maxillaris) відбувається порушення чутливості шкіри нижньої повіки і зовнішнього кута ока, частини шкіри бічній поверхні лица, верхньої частини щоки, верхньої губи, верхньої щелепи, зубів верхньої щелепи, слизової нижньої частини носової порожнини, верхньощелепної (гайморової) пазухи.

- При ураженні III гілки (n.mandibularis) виникають як порушення чутливості (в області нижньої губи, нижньої частини щоки, підборіддя, задньої частини бічної поверхні обличчя, нижньої щелепи, ясен і зубів, слизової щік, нижньої частини ротової порожнини і мови) так і периферичний параліч жувальних м'язів.
- При цьому внаслідок їх атрофії може визначитися асиметрія контурів м'язів. Особливо виразним буває западання скроневої ями при периферичному паралічі скроневого м'язу. При паралічі жувальної м'язи (лат. M.masseter) виникає асиметрія овалу обличчя. Напруга жувальних м'язів при порушенні їх іннервації виявляється ослабленим. Це можна визначити, поклавши свої руки на область скроневої або жувальної м'язів хворого і попросивши його зробити жувальні рухи, які повинні зумовити їх скорочення. При цьому виявляється асиметрія напруги м'язів на хворій і здоровій стороні. Можна відзначити, що при їх ураженні знижується сила прикусу на хворій стороні.
- Якщо настав параліч зовнішньої і внутрішньої крилоподібні м'язів, то злегка приспущена нижня щелепа відхиляється від середньої лінії в бік патологічного вогнища. При двосторонньому ураженні жувальних м'язів може настати відвисання нижньої щелепи. Характерно також зниження нижньощелепного рефлексу.

- **Методика дослідження**

- З'ясовують у хворого, чи не відчуває він больових або інших відчуттів (оніміння, повзання мурашок і т. д.) в ділянці обличчя. Прощупують точки виходу гілок трійчастого нерва, визначаючи, чи не є вони болісними. Досліджують в симетричних точках особи в зоні іннервації всіх трьох гілок, а також в зонах Зельдера за допомогою голки больову чутливість, за допомогою ватки - тактильну.
- Для дослідження рухової функції визначають, чи не відбувається зміщення нижньої щелепи при відкриванні рота. Потім досліджує накладає долоні на скроневі і жувальні м'язи послідовно і просить хворого кілька разів стиснути і розтиснути зуби, відзначаючи ступінь напруги м'язів з обох сторін і її рівномірність.
- Для оцінки функціонального стану трійчастого нерва має значення дослідження кон'юнктивального, корнеального і нижньощелепного рефлексів.

# Лечение невропатий:

- Медикаментозное: анальгетики, нейролептики, седативные, десенсибилизирующие, витамины
- Физиотерапевтические методы: иглорефлексотерапии, лазеропунктуры, импульсных токов низкого напряжения и низкой частоты, магнитных и электромагнитных полей, инфракрасного и ультрафиолетового излучения, ультразвука, электрофореза лекарственных веществ
- плазмаферез, гемосорбция
- Хирургические методы

**Міофасціальний больовий  
синдром  
В СТОМАТОЛОГІЇ**

**Міофасциальний больовий синдром може вражати будь-які м'язи і фасції, в т.ч. - голови та шиї.**



# **Форми розладів жувальних м'язів:**

**Захисне м'язове скорочення**

**Місцева м'язова болісність**

**Міоспазм**

**Міофасціальний біль**

**Центральна міалгія**

**Фіброміалгія**

**J.P. Okeson**

**Захисне м'язове скорочення—**  
це первісна реакція м'язів на травму  
або зміна проприоцептивного сигналу

**Местная мышечная болезненность-  
миогенное болевое расстройство,  
сопровождающееся метаболическими  
изменениями в мышце**

**Міоспазм** – мимовільне тонічне  
м'язове скорочення

**Міофасціальний біль** – місцевий болючий стан, що характеризується появою ділянок твердих гіперчутливих тяжів в м'язах і гетеротопних болів

**Центральна міалгія** – хронічний тривалий м'язовий больовий розлад, клінічно представлений симптомами, подібними до таких при запаленні м'язів

**Фіброміалгія** – хронічне *системне*  
м'язове больовий розлад

**Міофасціальний синдром** - біль  
або вегетативні прояви (локальне  
звуження судин,  
пітливість,  
слинотеча,  
сльозотеча,  
запаморочення і т.д.),  
які виникають внаслідок  
неадекватної активності тригерних  
точок м'язів, і пов'язані з ними  
дисфункції.



Соматичні  
фактори

Психо-  
соматичні  
фактори

Психо-  
соціальні  
фактори



**Виникнення тригерних вузлів**

# Етіологічні чинники

- Тривалі м'язові болі
- Тривалі болі будь-якого походження
- Емоціональний стрес
- Порушення постави
- Порушення сну
- Системні фактори
- Ідіопатичний механізм ТТ

# Клініка

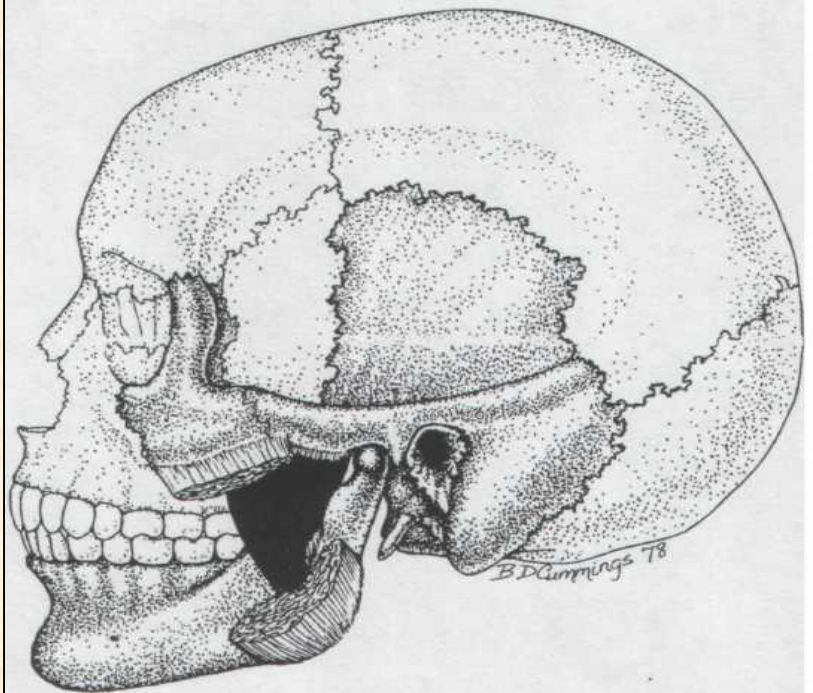
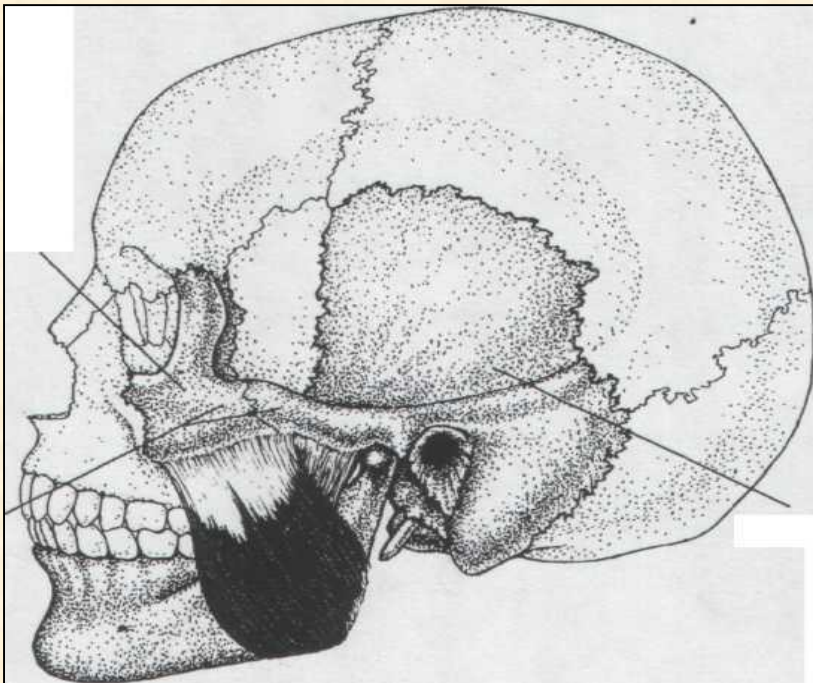
- Незначно зменшені швидкість і обсяг руху м'язи
- Гетеротопний біль у спокої
- Збільшення болю при функціонуванні
- Наявність тригерних точок (ТТ)

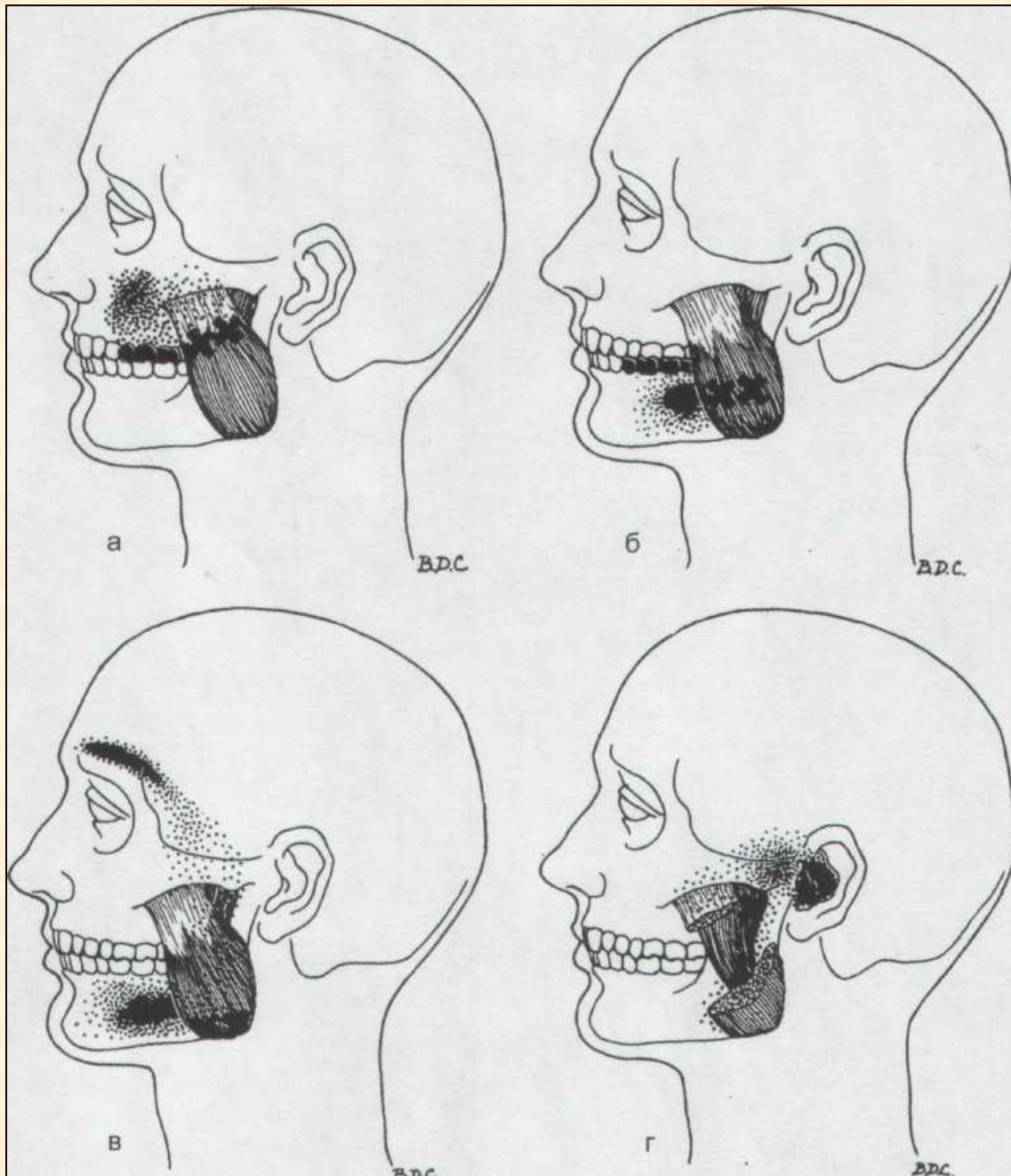
# Центральні збуджуючі ефекти

- відображений (гетеротопний) біль
- вторинна гіпералгезія
- захисне спільне скорочення
- вегетативні реакції

**Поверхневый шар**

**Глубокий шар**





# Синдром NICO

# НИКО

*Невралгія*

*Індукована*

*Кавернозним*

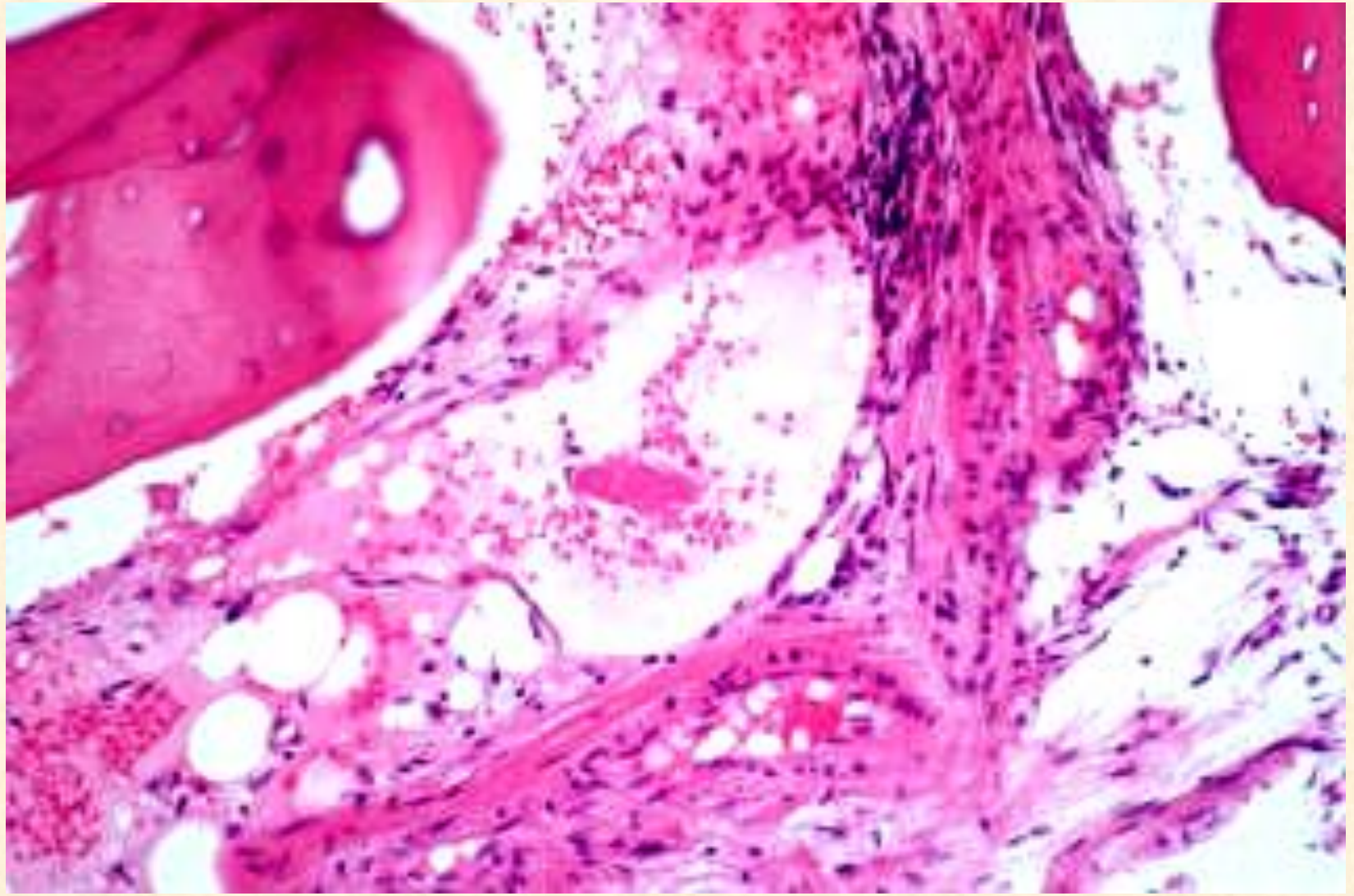
*Остеонекрозом*





# Етіологічні фактори:

- травматичне видалення зуба
- хірургія пародонта
- ендодонтичне лікування
- шліфовка, поліровка пломб
- гальванізація
- опік від обробки турбінним наконечником
- завищені пломби
- коронки
- неправильно виготовлені протези
- пломбировочний матеріал
- лікарські препарати
- метаболити бактерій
- місцеві анестетики з вазоконстрикторами



# ПАРАЛІЧ МІМІЧНИХ М'ЯЗІВ

# ПРИЧИНИ

- Вроджені, ідіопатичні (синдром Мебиуса, сімейний с-м Белла, с-м Мелькерссона-Розенталя))
- Травматичні
- Інфекційні (синдр. Белла, Рамзая Ханта и др.)
- Метаболичні (цукровий діабет и др.)
- Неопластичні
- Ятрогенні
- Захворювання нервової системи
- Токсичні

# Методы обследования

- Жалобы, анамнез
- Осмотр, выявление асимметрии лица
- Топическая диагностика (невролог), в т.ч. Наличие ксеростомии, ксерофтальмии, гиперракузии, нарушения вкусовой чувствительности
- Оценка лакримации, состояния глаза
- Электрофизиологические методы (ЭМГ, ЭНГ, ТМС, ТНВ)
- Лучевые (МСКТ, МРТ)
- Оценка предполагаемых донорских зон

# Консервативне лікування

- Протинабрякова (магнітотерапія, антигістамінні препарати, ГК, лазикс, гіпертонічні розчини)
- Профілактика рубців (електрофорез лідази, ГК)
- Поліпшення мікроциркуляції (трентал, реополіглюкін)
- Дезінтоксикація (за показаннями)
- Стимуляція нерва (вітамін групи В, С, прозерин)
- Захист ока (штучна сльоза, очна мазь на ніч)
- Нервово-м'язове перенавчання лиця (БОС)

# Хірургічні методи

- Спрямовані на реінервацію (давністю до 1 року)
- Непов'язані з відновленням іннервації м'язів



# Відновлення іннервації мімічних м'язів

- Декомпресія,
- Невроліз
- Нейрорафія
- Заміщення аутовставками
- Транспозиція гілок лицьового нерва
- Нервова невротизація
- Перехрестна трансплантація 11-7, 12-7
- Перехрестно-лицьова трансплантація

# Декомпресія

- Звільнення нервового стовбура від тиску в кістковому каналі (каналі лицевого нерва), при паралічі Белла

# Невроліз

- Звільнення нервового волокна з рубців

# Нервова невротизація

- Реінервація м'язів за допомогою формування нових моторних пластинок за рахунок аксонів кукси перерізаного моторного нерва

# Методи, що виключають реіннервацію м'язів

- Динамічні (транспозиція м'язів: власне жувального, скроневого, трансплантація тонкого і інших м'язів на МА)
- «Динамічне підвішування» до вінцевого відростку
- Статичне (підвішування на широкій фасції стегна, лігатурах, Gore-Tex, Alloderm)

# Неврит лицевого нерва

- Неврит лицьового нерва являє собою захворювання, при якому уражається сьомий черепної нерв, а запалення призводить до порушення і втрати його функцій. Лицьовий нерв складається з пари сьоме черепних нервів, які відповідають за рухову активність м'язів обличчя. Зазвичай поразка виникає тільки з одного боку, а при цьому повністю паралізується м'язова мускулатура.

# Причини виникнення невриту лицевого нерва

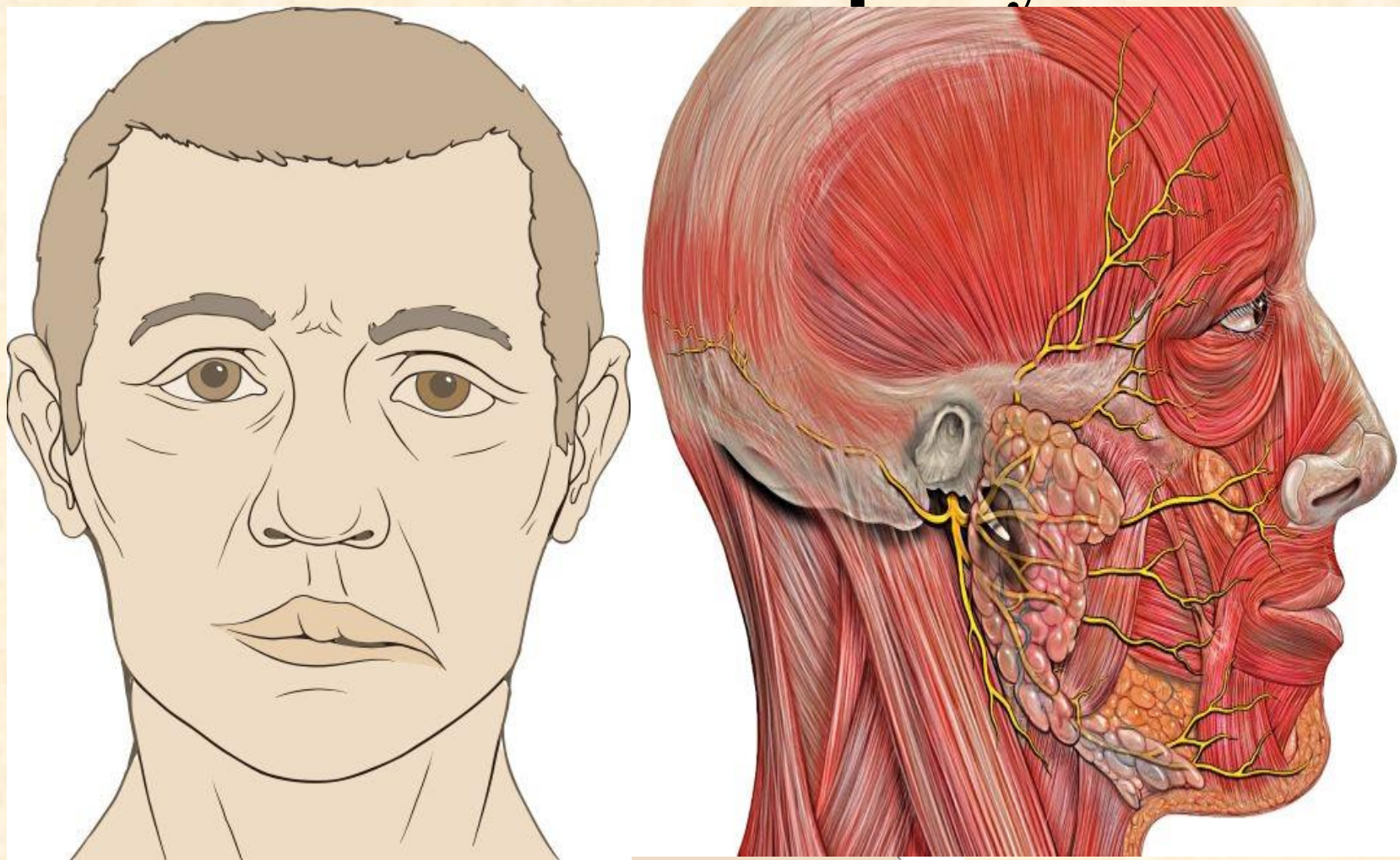
- Порушення метаболізму або системні захворювання.
- Сильне місцеве переохолодження.
- Тріщини або переломи основи черепа і щелепи.
- Наслідки перенесеної вірусної інфекції.
- Хронічні запальні захворювання ЛОР-органів (наприклад, отит).

# Ознаки невриту

- Симптоми невриту лицьового нерва починають проявлятися повільно і поступово наростають: На першому етапі хвороби з'являється біль за вушною раковиною; Вже через кілька днів обличчя втрачає симетричність, куточок рота з одного боку опускається, а згладжується носогубна складка; Пацієнту не вдається закрити око на ураженій стороні, а при спробі зробити це очне яблуко повертається вгору; Порушується міміка: пацієнт не може скласти губи трубочкою, посміхнутися, вишкірити зуби, заплющити очі або підняти брови; З ураженої сторони обличчя повіку широко відкрито, а очне яблуко як би виставлено вперед. Обов'язково видно смужку склери між нижнім віках і очним яблуком («заячий очей»). Лицевий нерв складається з декількох пучків, кожен з яких відповідає за рух певних м'язів обличчя. Тому симптоми невриту лицьового нерва, які вимагають негайного лікування, також включають: Сильна слинотеча; Порушення слуху (гіперакузія): всі звуки здаються занадто різкими або гучними; Передня частина язика втрачає чутливість; Сухість очних склер, або навпаки слъзотеча; Дуже часто спостерігається цікава особливість: в звичайний час ока пацієнта сухі, а під час прийому їжі у великих кількостях починають виділятися слъзи.



# Ознаки невриту



# Лікування невриту лицевого нерва

- Для зняття запалення на початковому етапі призначають прийом глюкокортикостероїдів (Метипред, Дексаметазон, див. мазі від болю в спині).
- Якщо запалення і набряк супроводжується сильним болем, лікар призначає прийом негормональних протизапальних засобів (Німесулід, Моваліс).
- Для поліпшення кровотоку до ураженого нерва призначають судинорозширювальні препарати. До препаратів цієї групи відносять Фуросемід, Триампур. Оскільки неврит супроводжується сильним набряком, необхідно приймати засоби для його зняття, наприклад, сечогінні препарати.
- Хворим досить часто призначають прийом вітаміну В в ін'єкціях для поліпшення обмінних процесів в тканинах. Якщо лікування супроводжується повільним відновленням рухових функцій нервів, починають прийом антихолінестеразних засобів (наприклад, Прозерин).

- Фізіотерапевтичні процедури використовують з перших днів хвороби (безконтактні теплові процедури).
- Після п'яти днів починають використовувати і контактні зігріваючі методи (парафін). Також можна пройти курс УВЧ, опромінення ультразвуком з гідрокортизоном. Мінімальний курс фізіотерапевтичних процедур становить 8-10 занять.
- Масаж при невриті лицьового нерва можна проводити і самотійно, і в кабінеті у фахівця. При проведенні самомасажу потрібно враховувати кілька рекомендацій: Руки кладуть на частину обличчя перед вушною раковиною. М'язи починають масажувати і тягнути: на здоровій частині обличчя вниз, а на ураженій – вгору; Закрити очі і проводити кругові рухи очей: на здоровій частині зверху до зовнішньої сторони і вниз, а на хворий знизу вгору і з внутрішньої сторони до зовнішньої. Вказівними пальцями доторкаються до крил носа і починають погладжувати: здорову частину зверху вниз, а уражену в зворотному порядку. Пальцями розгладжуємо куточки рота: здорову частину від носогубної складки до підборіддя, хвору – навпаки. М'язи над бровами потрібно масажувати в різних напрямках. Зі здорової сторони до перенісся і вниз, а на ураженій – до перенісся і вгору.