

ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ



Якушин Михаил Александрович

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Стоматологическая патология.
- Поражение черепных нервов.
- Сосудистая патология.
- Ганглиониты.
- Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).
- Миофасциальный синдром.
- Заболевания ЛОР-органов.
- Заболевания глаз.
- Заболевания слюнных желез.
- Патологические изменения в костях ЧЛО.
- Депрессия.
- Осложнения лекарственной терапии.

ПРОЗОПАЛГИИ приступообразные

- Невралгия тройничного нерва;
- Невралгия языкоглоточного нерва;
- Мигрень;
- Компрессионно-ишемические синдромы;
- Ганглиониты;
- Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

НЕВРАЛГИИ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ

НЕВРАЛГИЯ V

- Локализация боли: лицо, односторонняя;
- Характер боли: стреляющая, ланценирующая, чувство прохождения электрического тока;
- Продолжительность приступа: секунды-минуты;
- Частота приступов: один - несколько сотен в день;
- Курковые (триггерные) зоны: имеются на лице, слизистых полости рта;
- Провокация приступов: раздражение курковых зон (прикосновение к лицу, бритье, еда);
- Купирование приступов: антиконвульсанты;
- Неврологически: признаки поражения тройничного нерва, болезненность в проекционных точках (надглазничное, подглазничное, подбородочное отверстия).

НЕВРАЛГИЯ IX

- Локализация боли: корень языка, носоглотка, односторонняя;
- Характер боли: стреляющая, ланценирующая, чувство прохождения электрического тока;
- Дополнительные ощущения: горечь и сухость во рту во время приступа, слюнотечение по окончании приступа.
- Продолжительность приступа: секунды-минуты;
- Частота приступов: один - несколько сотен в день;
- Курковые (триггерные) зоны: имеются на слизистых полости рта, носоглотки;
- Провокация приступов: раздражение курковых зон (глотание, жевание, кашель);
- Купирование приступов: антиконвульсанты;
- Неврологически: признаки поражения языкоглоточного нерва.

МИГРЕНЬ

- Аура: часто имеется;
- Локализация боли: волосистая часть головы (чаще висок), односторонняя;
- Характер боли: в начале приступа – пульсирующая, на высоте – распирающая;
- Дополнительные ощущения: тошнота, рвота.
- Продолжительность приступа: несколько часов;
- Частота приступов: один – несколько раз в месяц;
- Курковые (триггерные) зоны: отсутствуют;
- Провокация приступов: духота, курение, спиртные напитки, погрешности в диете;
- Купирование приступов: противомигренозные препараты;
- Неврологически: без патологии.

МИГРЕНЬ

дополнительные признаки

- Наследственная предрасположенность;
- Артериальная гипотония;
- Признаки коллагенопатии: гипермобильность суставов, повышенная извитость сосудов и желчевыводящих путей, венозная недостаточность, мегаколон, плоскостопие, пролапс митрального клапана, дополнительные пучки в сердце.

ПУЧКОВАЯ МИГРЕНЬ

(кластерные головные боли, синдром Хортона)

- Чаще болеют мужчины;
- Локализация боли: внутри или за глазом;
- Иррадиация: в височную область, зубы и десны верхней челюсти, а также в шею на стороне поражения;
- Боль возникает сериями или пучками в одно и то же время суток, чаще всего ночью);
- В 75% приступы возникают между 9 часами вечера и 10 часами утра;
- Продолжительность приступа: 30 сек.-несколько минут, 5-10 приступов за ночь с промежутками 5-15 мин;

ПУЧКОВАЯ МИГРЕНЬ

(кластерные головные боли, синдром Хортона)

- Боль начинается внезапно, достигая максимальной интенсивности через 1-15 мин.
- Часто появляется покраснение глаз, слезливость, закупорка носовой полости, прилив крови к лицу и потоотделение.
- Многие пациенты говорят, что у них возникало ощущение, как будто им в глаз воткнули раскаленную кочергу, которая достает до самого мозга, или содрали кожу с лица и полили его кислотой.

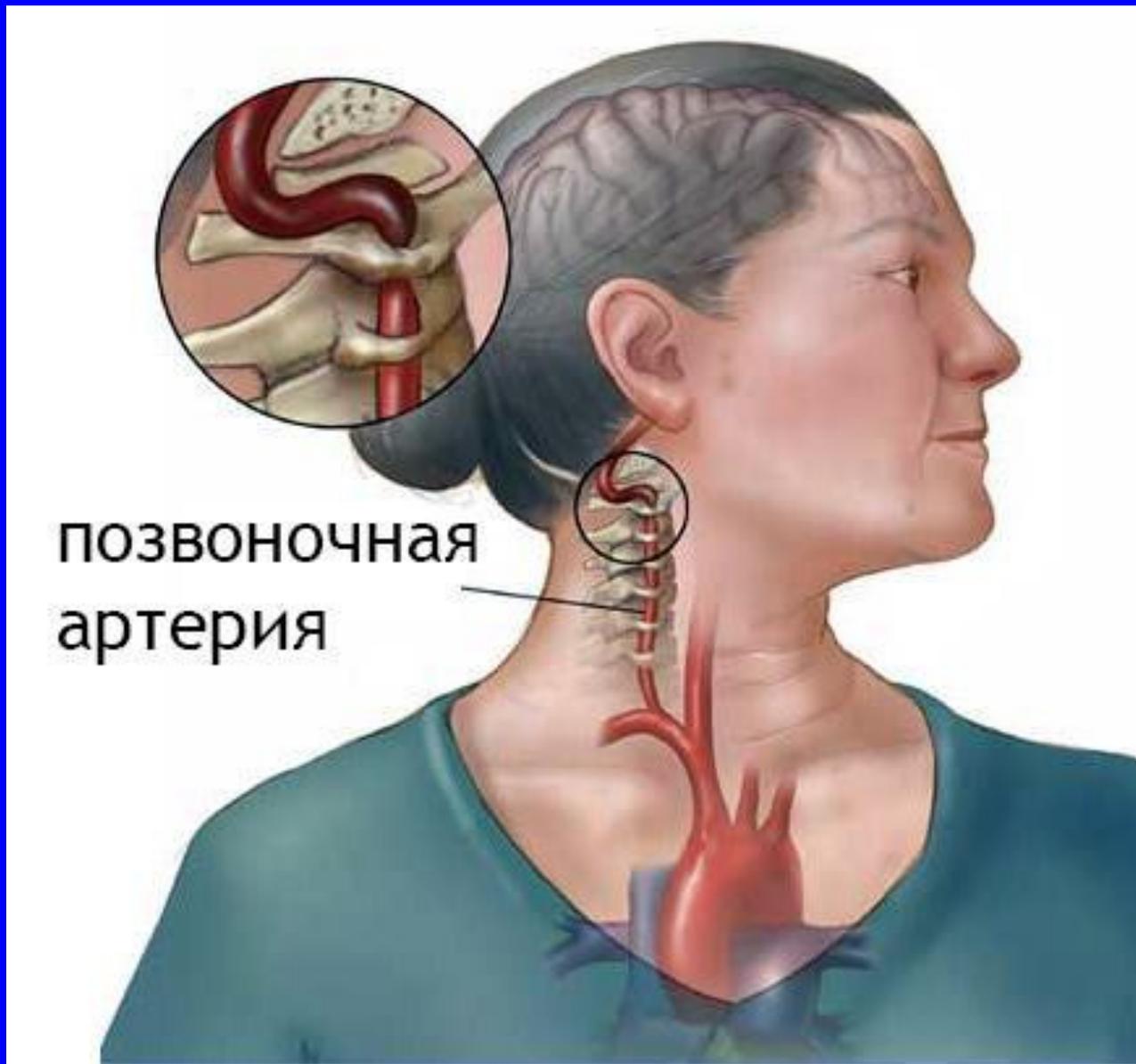
ПУЧКОВАЯ МИГРЕНЬ

(диагностические критерии)

- А) Как минимум 5 приступов, отвечающих критериям В-D.
- В) Интенсивная или чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и/или височной локализации, продолжительностью 15-180 минут без лечения.
- С) Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов: ипсилатеральное инъектирование конъюнктивы и/или слезотечение; ипсилатеральная заложенность носа и/или ринорея; ипсилатеральная отечность век; ипсилатеральная потливость лба и лица; ипсилатеральный миоз и/или птоз; чувство беспокойства (невозможность находиться в покое) или агитация.
- (D) Частота приступов боли: от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки.

КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

ШЕЙНАЯ МИГРЕНЬ



ШЕЙНАЯ МИГРЕНЬ

- Аура: обычно отсутствует;
- Локализация боли: затылок, с иррадиацией в висок, глаз, лицо, односторонняя;
- Характер боли: в начале приступа – пульсирующая, на высоте – распирающая;
- Дополнительные ощущения: головокружение, шум в ухе, снижение зрения, вестибулярная атаксия.
- Продолжительность приступа: несколько десятков минут;
- Частота приступов: без закономерностей;
- Болезненные зоны: точка позвоночной артерии;
- Купирование приступов: анальгетики, НПВС;
- Неврологически: на высоте приступа – вестибулярная атаксия, гемианопсия, нистагм.

КАРОТИДНО-ТЕМПОРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ



КАРОТИДНО-ТЕМПОРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

- Аура: отсутствует;
- Локализация боли: лицо, шея, ухо, зубы, односторонняя;
- Характер боли: в начале приступа – распирающая, на высоте – пульсирующая;
- Дополнительные ощущения: лицо вначале бледнеет, затем – краснеет, височная артерия - пульсирует.
- Продолжительность приступа: несколько десятков минут;
- Частота приступов: 1 – несколько раз в месяц;
- Болезненные зоны – в области каротидного синуса;
- Провокация приступов: ношение узких воротничков, резкий поворот головы, физическое напряжение;
- Купирование приступов: анальгетики, НПВС;
- Неврологически: без патологии.

СИНДРОМ ЛИЦЕВОЙ АРТЕРИИ

- Аура: отсутствует;
- Локализация боли: в области нижней (от подбородка до угла нижней челюсти) или верхней (в области верхней губы, крыльев носа или носогубной складки) челюсти. Конечная точка иррадиации боли — медиальный угол глаза;
- Характер боли: жгучая;
- Продолжительность приступа: несколько десятков минут;
- Частота приступов: редкие;
- Болезненные зоны— место перегиба лицевой артерии через основание нижней челюсти;
- Провокация приступов: без закономерностей;
- Купирование приступов: анальгетики, НПВС;
- Неврологически: без патологии.

БАССЕЙН НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ



СИНДРОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ АРТЕРИИ

- Аура: отсутствует;
- Локализация боли: область зубов и десен верхней и нижней челюсти, язык, крылья носа, подглазничная зона. Может сопровождаться ощущением засоренности глаза, парестезиями (онемение, покалывание) в болевых областях;
- Характер боли: односторонняя, жгучая, пульсирующая, постоянная, приступообразно усиливающаяся в ночное время;
- Продолжительность приступа: от 5 минут, до нескольких часов;
- Частота приступов: редкие;
- Болезненные зоны – у внутреннего угла глазницы;
- Провокация приступов: движения нижней челюсти (так как верхнечелюстная артерия по своему ходу соприкасается с латеральной и медиальной крыловидными мышцами).

БАССЕЙН НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

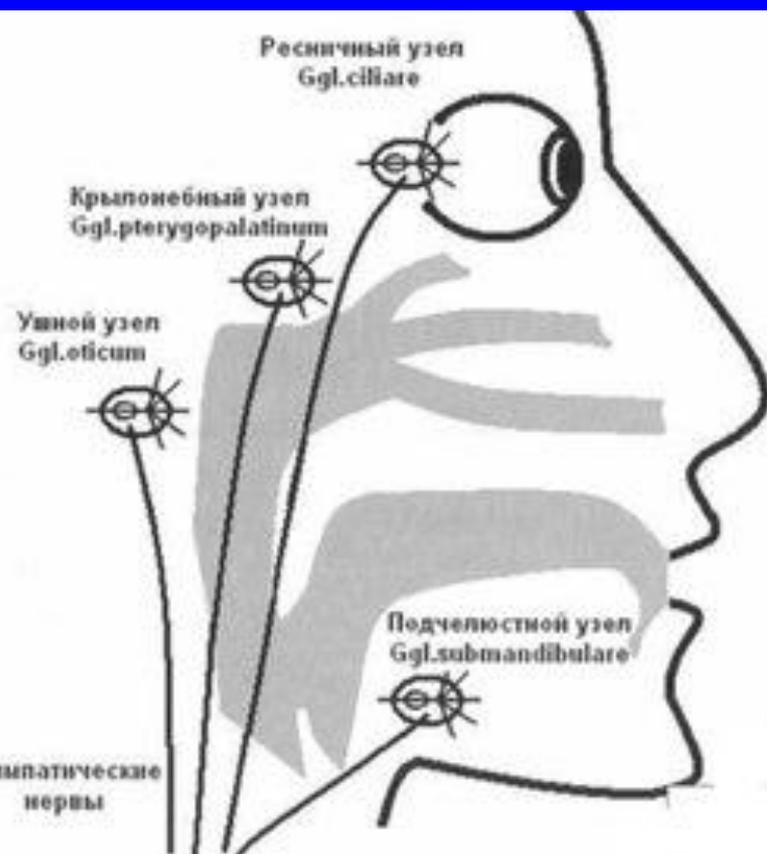


ГАНГЛИОНИТЫ

ГАНГЛИОНИТЫ

- Среди неврологических синдромов лица до 75% приходится на заболевания вегетативных узлов головы.
- Вегетативная боль чаще приступообразная, пароксизмальная: приступы длятся часами, сутками, неделями.
- Болевая волна выходит за пределы анатомической иннервации ветвей тройничного нерва.
- На стороне пораженного вегетативного узла часто определяется отек мягких тканей лица, слизистой оболочки полости рта, языка.
- Типичны секреторные нарушения: повышенное слезоотделение наблюдается при поражении крыло-небного узла, гиперсаливация — при патологии ушного вегетативного узла.

ГАНГЛИОНИТЫ



Ресничный узел Ggl. ciliare

слизистая глаза
слизистая носа
придаточные пазухи носа
слезная железа



глаз

Крылонобный узел Ggl. pterygopalatinum

придаточные пазухи носа
слизистая носа
слизистая неба
зубы верхней челюсти
слезная железа



нос

Подчелюстной узел Ggl. submandibulare

язык передние две трети
слюнные железы две из трех
подчелюстная и подъязычная
слизистая рта
зубы нижней челюсти



рот

Ушной узел Ggl. oticum

язык задняя треть
околоушная слюнная железа, одна из трех
слизистая глотки
полость среднего уха



глотка

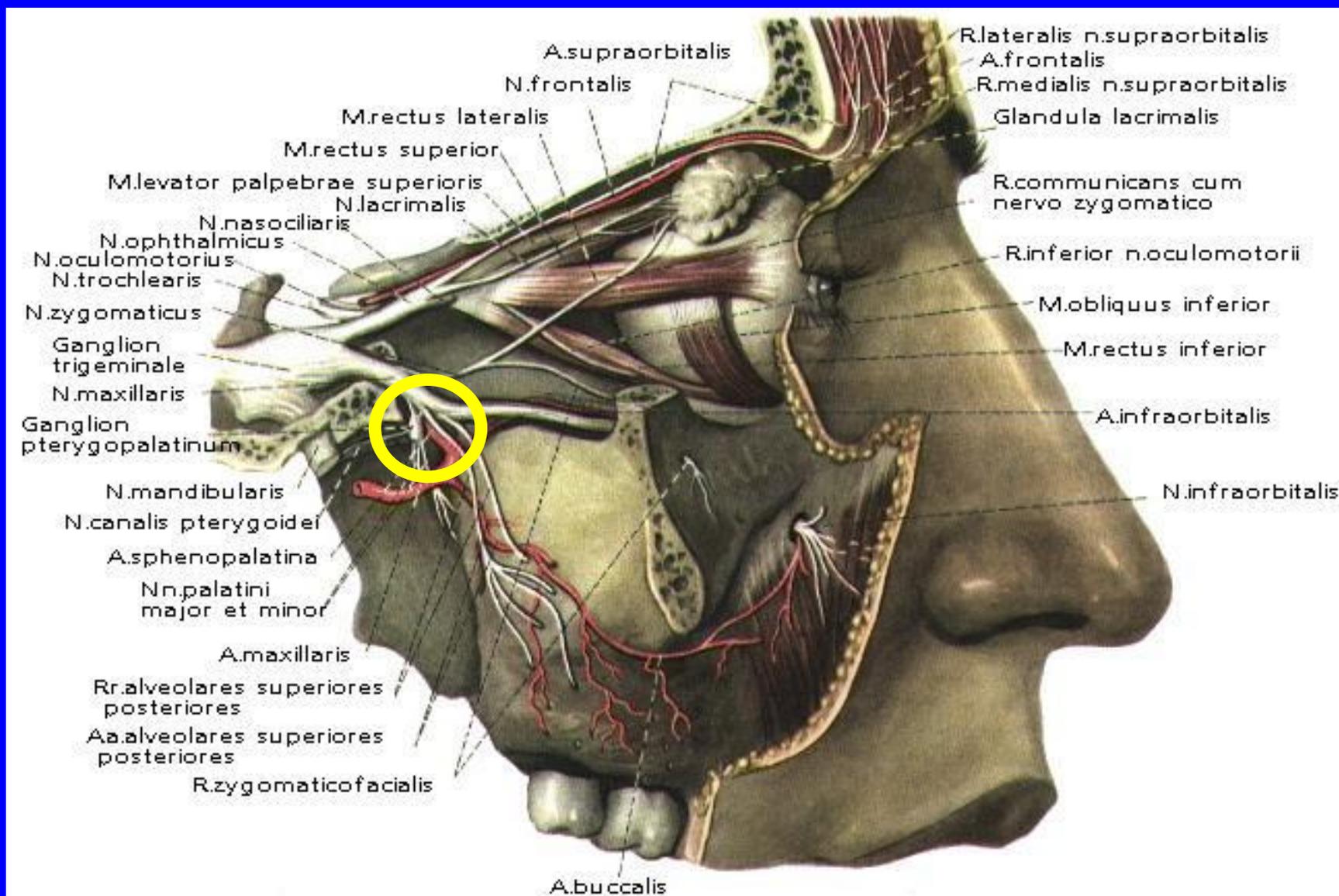
ГАНГЛИОНИТЫ

АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	СИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ	ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ
СЛЕЗНАЯ ЖЕЛЕЗА	КРЫЛО-НЕБНЫЙ ГАНГЛИЙ	БОЛЬШОЙ КАМЕНИСТЫЙ НЕРВ (VII)
ОКОЛОУШНАЯ ЖЕЛЕЗА	УШНОЙ ГАНГЛИЙ	БАРАБАННЫЙ НЕРВ (IX)
ПОДЧЕЛЮСТНАЯ И ПОДЪЯЗЫЧНАЯ ЖЕЛЕЗА	ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ И ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ ГАНГЛИЙ	БАРАБАННАЯ СТРУНА (VII)
ГЛАЗ	РЕСНИЧНЫЙ ГАНГЛИЙ	ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЙ НЕРВ

ГАНГЛИОНИТЫ

АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	СИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ	ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ
ЗУБЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	КРЫЛОНЕБНЫЙ ГАНГЛИЙ	
ЗУБЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ГАНГЛИЙ	
НОС	КРЫЛОНЕБНЫЙ ГАНГЛИЙ	
РОТ	ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ГАНГЛИЙ	
ГЛОТКА	УШНОЙ ГАНГЛИЙ	IX

КРЫЛО-НЕБНЫЙ УЗЕЛ



СИНДРОМ СЛАДЕРА

(невралгия крыло-небного ганглия)

- Проявляется односторонней острой, жгучей болью в области глаза, корня носа, вокруг орбиты, иррадиирующей в зубы верхней челюсти, ухо, сосцевидный отросток, затылок, небо, глотку.
- Особенно чувствительными точками к давлению является внутренний угол глаза и сосцевидный отросток.
- Приступы боли обычно длятся до нескольких часов, начинаются спонтанно, чаще ночью, сопровождаются односторонними вегетативными симптомами (гиперемия конъюнктивы, повышенное слезотечение, ринорея) и отечностью лица.

СИНДРОМ СЛАДЕРА **(ганглионит крыло-небного ганглия)**



СИНДРОМ ЧАРЛИНА

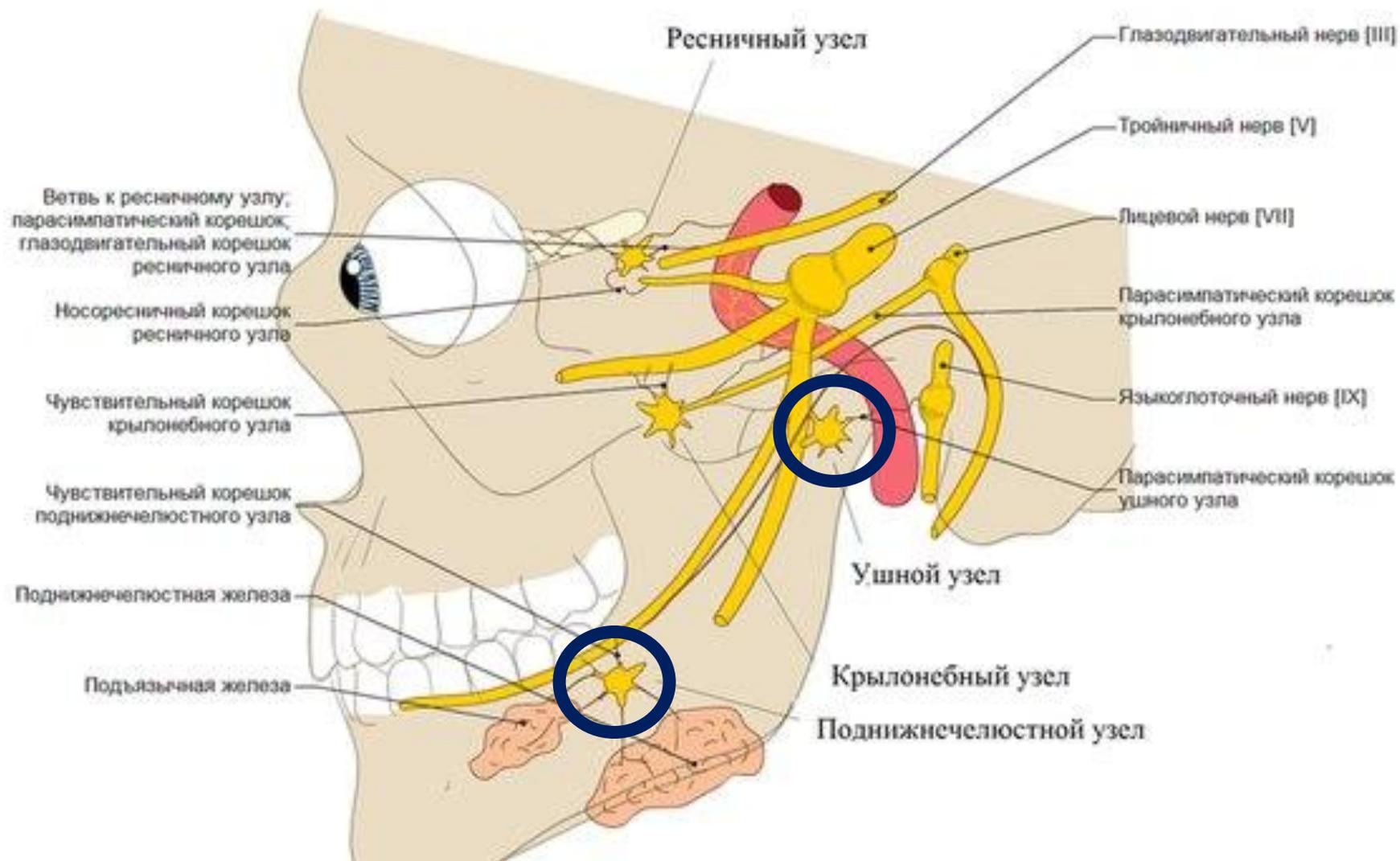
(невралгия ресничного ганглия)

- Проявляется односторонними приступообразными, часто ночными, сильными болями в глазном яблоке, внутреннем углу глаза, корне носа, внутренней части надбровья, иррадиирующими в периорбитальную и лобно-височную области.
- Приступы длятся от 15-20 минут до 1-2 часов и сопровождаются светобоязнью, слезотечением, конъюнктивитом, ринореей на пораженной стороне.
- Отмечается кожная гиперестезия в углу глаза, у корня носа и внутреннего края орбиты.

СИНДРОМ УШНОГО ГАНГЛИЯ

- Проявляется жгучими приступообразными болями (длительность приступа до 1 часа) в височной области впереди от наружного слухового прохода, нередко иррадиирующими в нижнюю челюсть, подбородок, иногда зубы.
- Болевой приступ сопровождается гиперсаливацией и щелкающими звуками в ухе (симптом обусловлен периодическими спазмами слуховой трубы, вызванными сокращением мышцы, напрягающей слуховую трубу, которую иннервируют волокна ушного узла) на стороне патологического процесса.
- Боли могут провоцировать прием горячей или холодной пищи, переохлаждение лица.
- Характерна болезненность при надавливании на точку между наружным слуховым проходом и ВНЧС.

СИНДРОМ УШНОГО ГАНГЛИЯ



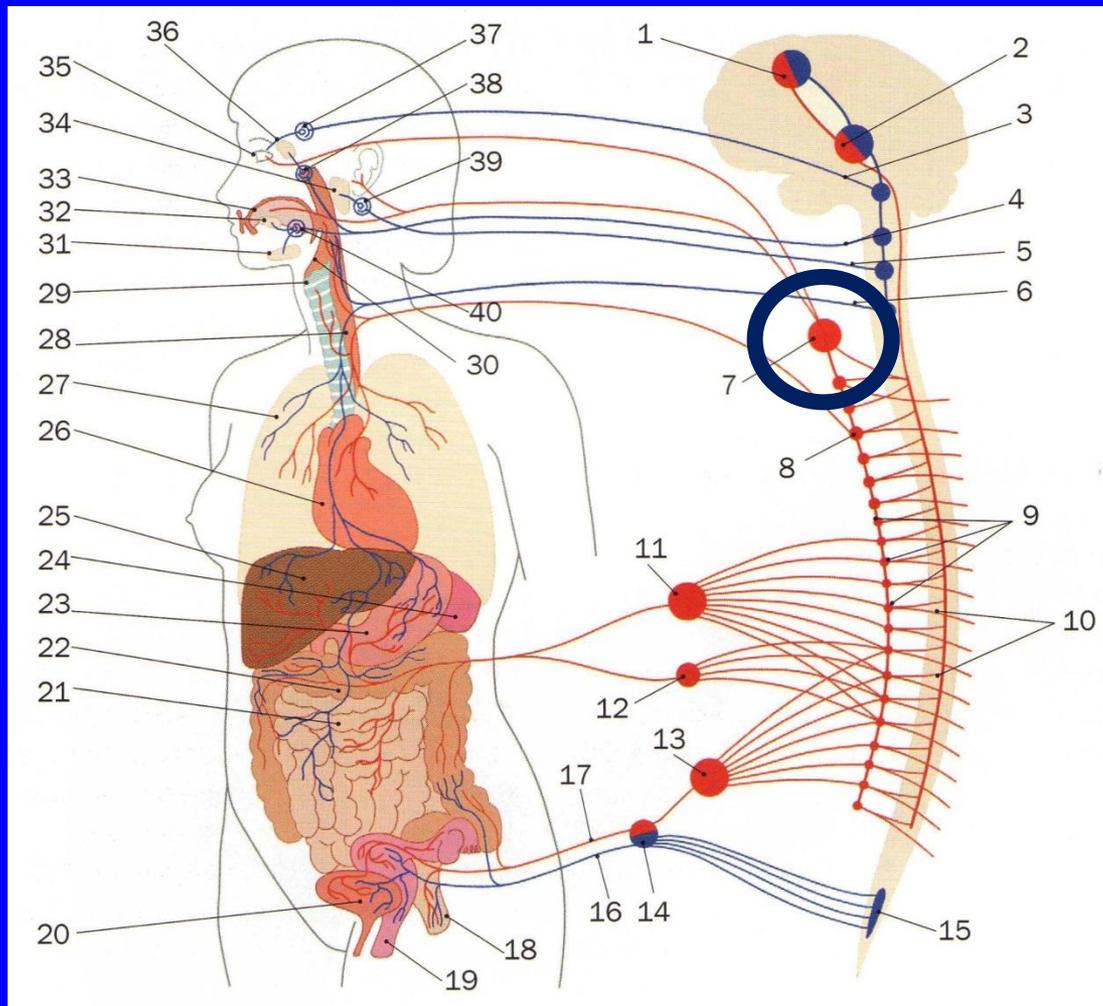
СИНДРОМ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ГАНГЛИЯ

- Для поражения поднижнечелюстного и подъязычного вегетативных узлов характерна постоянная боль в подъязычной и подчелюстной области, передних 2/3 соответствующей половины языка, нередко усиливающаяся при приеме пищи (особенно кислой).
- Во время болевых приступов, которые длятся от 5-10 минут до 1 часа, у пациентов возникают ощущения напряжения и полноты нижней губы, языка, сопровождающиеся увеличением слюноотделения.
- Характерны болезненность в подчелюстном треугольнике, при надавливании в области проекции подчелюстной железы и симптом щипка — резко болезненная пальпация передних 2/3 соответствующей половины языка в подъязычной области.

СИНДРОМ ВЕРХНЕШЕЙНОГО ГАНГЛИЯ

- Проявляется болями продолжительностью до нескольких часов симпатического характера (пульсирующими, жгучими, сверлящими) на половине лица, головы и шеи, в области языка, средней трети грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, синдромом Горнера.
- Наблюдается побледнение (реже покраснение) кожи на соответствующей половине лица, некоторое уменьшение слюно- и потоотделения.

СИНДРОМ ВЕРХНЕШЕЙНОГО ГАНГЛИЯ



СИНДРОМ ГОРНЕРА



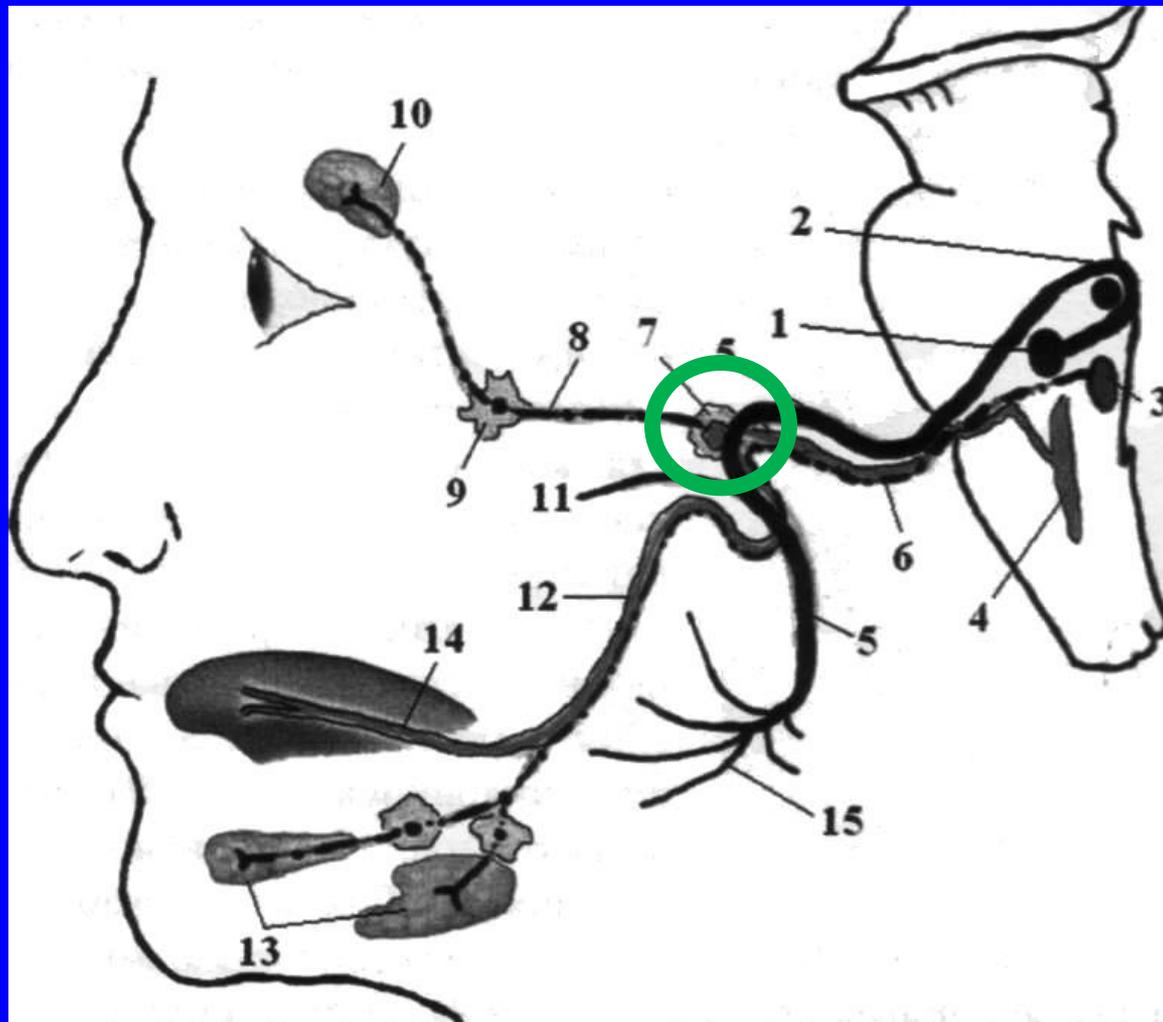
СИНДРОМ ХАНТА

(синдром коленчатого узла)

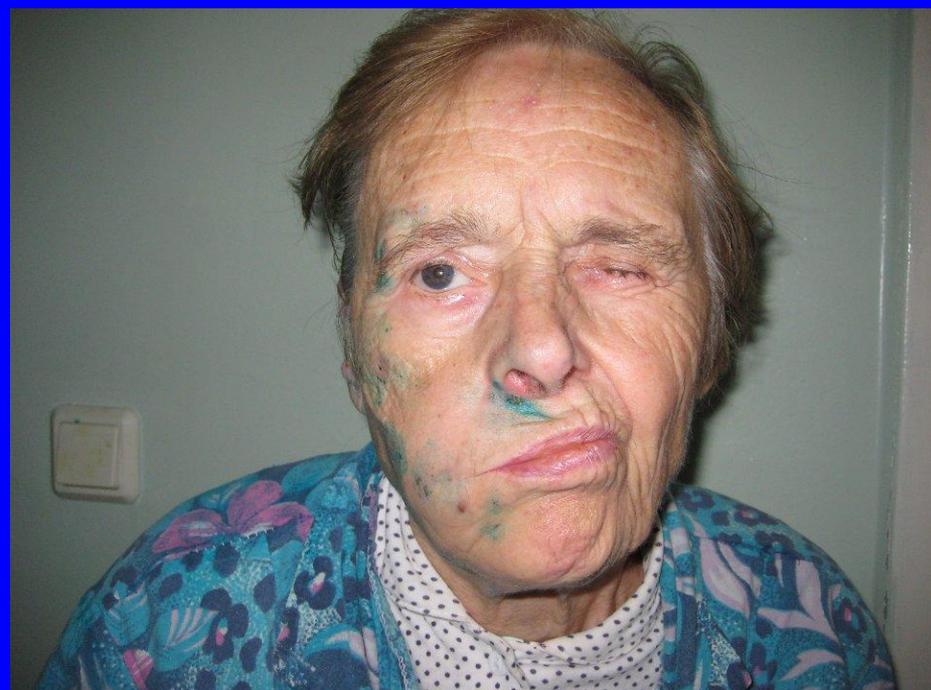
- Проявляется герпетическими высыпаниями в области наружного слухового прохода и ушной раковины и жгучей интенсивной болью в ухе, иррадиирующей в лицо, в затылок, в шею.
- Гомолатерально через 1–2 суток возможен парез мимической мускулатуры, а иногда присоединяется расстройство слезо– и слюноотделения, гипестезия на передних 2/3 языка, боль, шум, звон в ухе, снижение слуха, вестибулярные нарушения.
- Следствие поражения коленчатого узла (ганглия коленца) вирусом опоясывающего лишая (herpes zoster).

СИНДРОМ ХАНТА

(синдром коленчатого узла)



СИНДРОМ ХАНТА (синдром коленчатого узла)



НЕВРАЛГИЯ ВИДИЕВА НЕРВА (синдром Файля)

- Видиев нерв это соединение поверхностного большого каменистого нерва (ветвь VII черепных нервов) и глубокого каменистого нерва (ветвь симпатического сплетения сонной артерии).
- Причины его поражения - воспалительные процессы в придаточных пазухах носа и вершухе пирамиды, реже - травмы и нарушения обменных процессов.

НЕВРАЛГИЯ ВИДИЕВА НЕРВА

- Болевой синдром носит симпаталгический характер. Боль приступообразная, локализуется в орбите, в области полости носа, иррадирует в верхнюю и(или) нижнюю челюсть, в область затылка, так как Видиев нерв связан с крылонебным и коленчатым ганглиями.
- Боль локализуется в орбите, но глазное яблоко не болит.
- Продолжительность приступа от одного до нескольких часов, приступы чаще бывают ночью.
- Во время приступа наблюдаются выраженные вегетативные реакции (бледность лица, гипосаливация).

СИНДРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

СИНДРОМ ТОЛОСА-ХАНТА

- Болевая офтальмоплегия: патология структур, проходящих по наружной стенке кавернозного синуса (глазодвигательный нерв, первая ветвь тройничного нерва), которая клинически проявляется различным сочетанием следующих признаков: боль в области орбиты, диплопия.

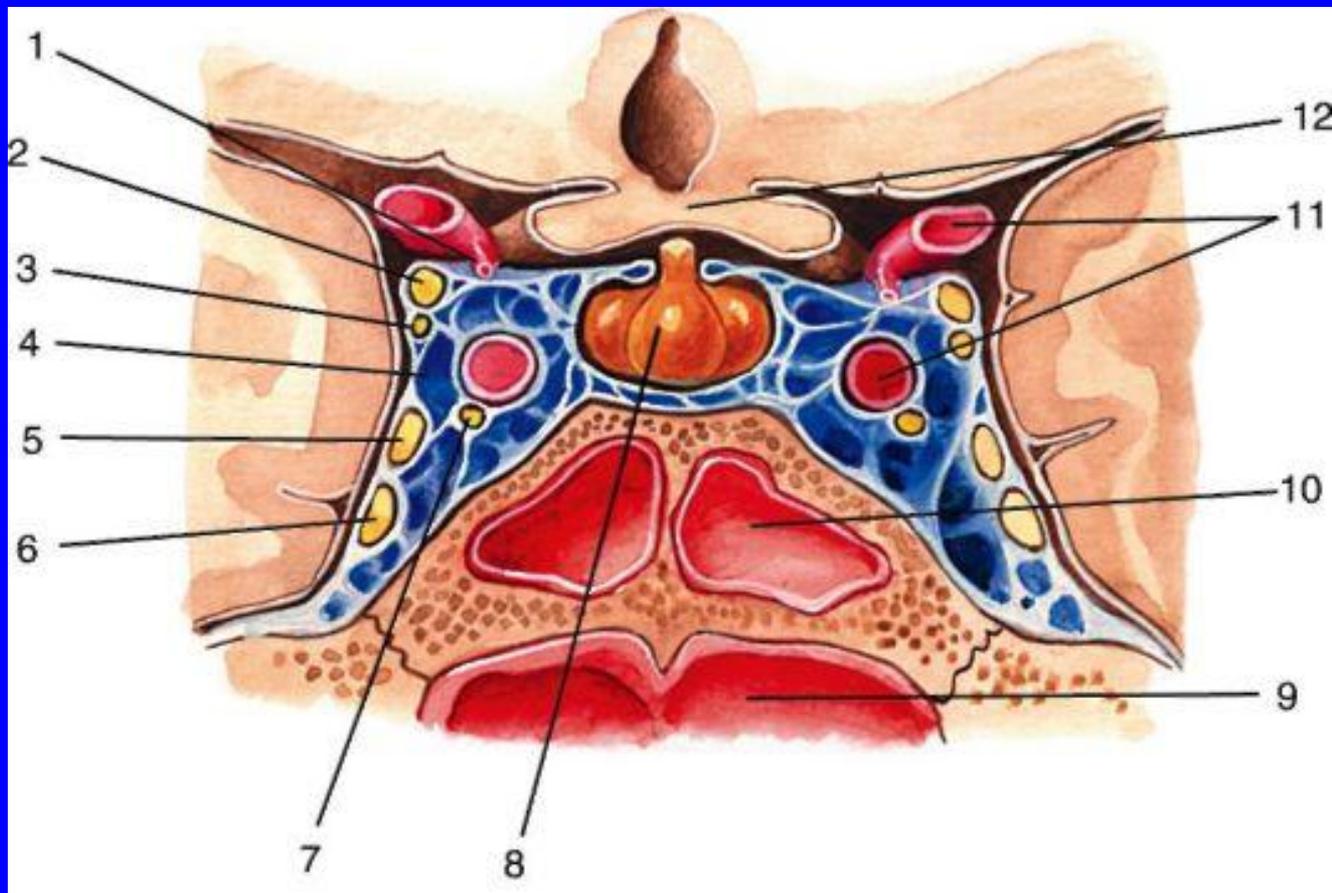
СИНДРОМ ТОЛОСА-ХАНТА

n. oculomotorius

n. trochlearis

n. ophthalmicus

n. maxillaris



СИНДРОМ ТОЛОСА-ХАНТА

- А) один или более приступов односторонней боли в области орбиты, при отсутствии лечения персистирующей в течение нескольких недель;
- В) парез одного или нескольких краниальных нервов (III + I ветвь тройничного нерва), а также обнаружение гранулемы с помощью МРТ или биопсии;
- С) парез нервов совпадает по времени с появлением боли или возникает в течение 2 (двух) недель после нее;
- D) парез и боль прекращаются в течение 72 часов после адекватного лечения кортикостероидами.

СИНДРОМ ТОЛОСА-ХАНТА

- Заболевания развиваются остро или подостро после перенесенной накануне вирусной инфекции, переохлаждения, повышения артериального давления либо без видимой причины.
- Первым неврологическим симптомом является боль различной интенсивности, локализуемая ретробульбарно, в лобной, надбровной или височной областях.
- Спустя несколько дней (реже одновременно) присоединяется (1) двоение (диплопия), (2) косоглазие и (3) ограничение подвижности глазного яблока на стороне боли.

СИНДРОМ ТОЛОСА-ХАНТА

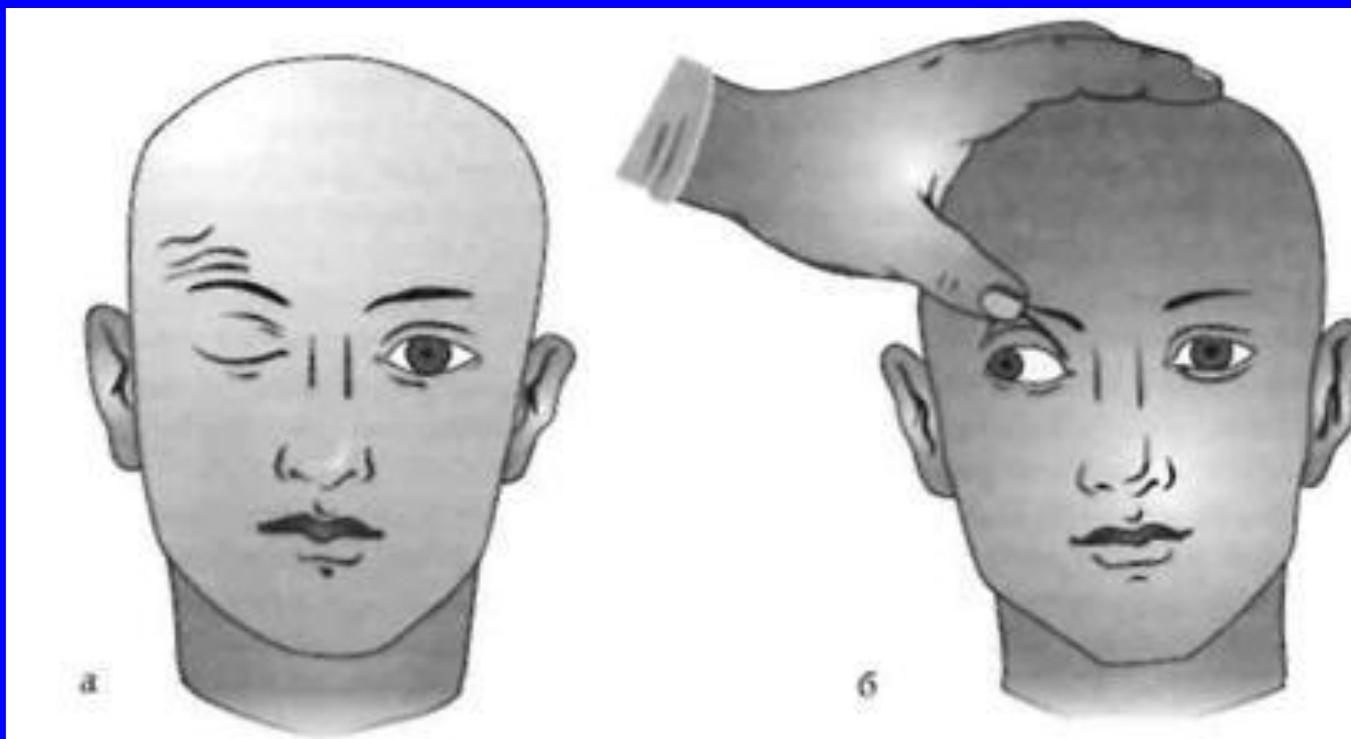


СИНДРОМ ФУА

- Патология (1) структур, проходящих через верхнюю глазничную щель (глазничная артерия и вена, отводящий, блоковый, глазодвигательный нервы, первая ветвь тройничного нерва) и
- (2) прилегающего к ней кавернозного синуса (с идиопатическим ганглематозным воспалением в нем), которая клинически проявляется различным сочетанием следующих признаков (в различной степени выраженности): боль в области орбиты, диплопия, экзофтальм и хемоз.

СИНДРОМ ФУА

- Синдрома Толоса-Ханта + поражение отводящего и блокового нерва + экзофтальм.



СИНДРОМ ДЖЕФФЕРСОНА **(аневризма внутренней сонной артерии)**

- Синдром Фуа + пульсирующий экзофтальм.

СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ГЛАЗНИЧНОЙ ЩЕЛИ

- Офтальмоплегия + гипестезия в области иннервации I ветви тройничного нерва.

СИНДРОМ РОЛЛЕ (верхушки орбиты)

- Офтальмоплегия + первичная атрофия зрительного нерва + экзофтальм + вазомоторные расстройства в орбитальной области.

СИНДРОМ ЖАКО

(опухоль слуховой трубы)

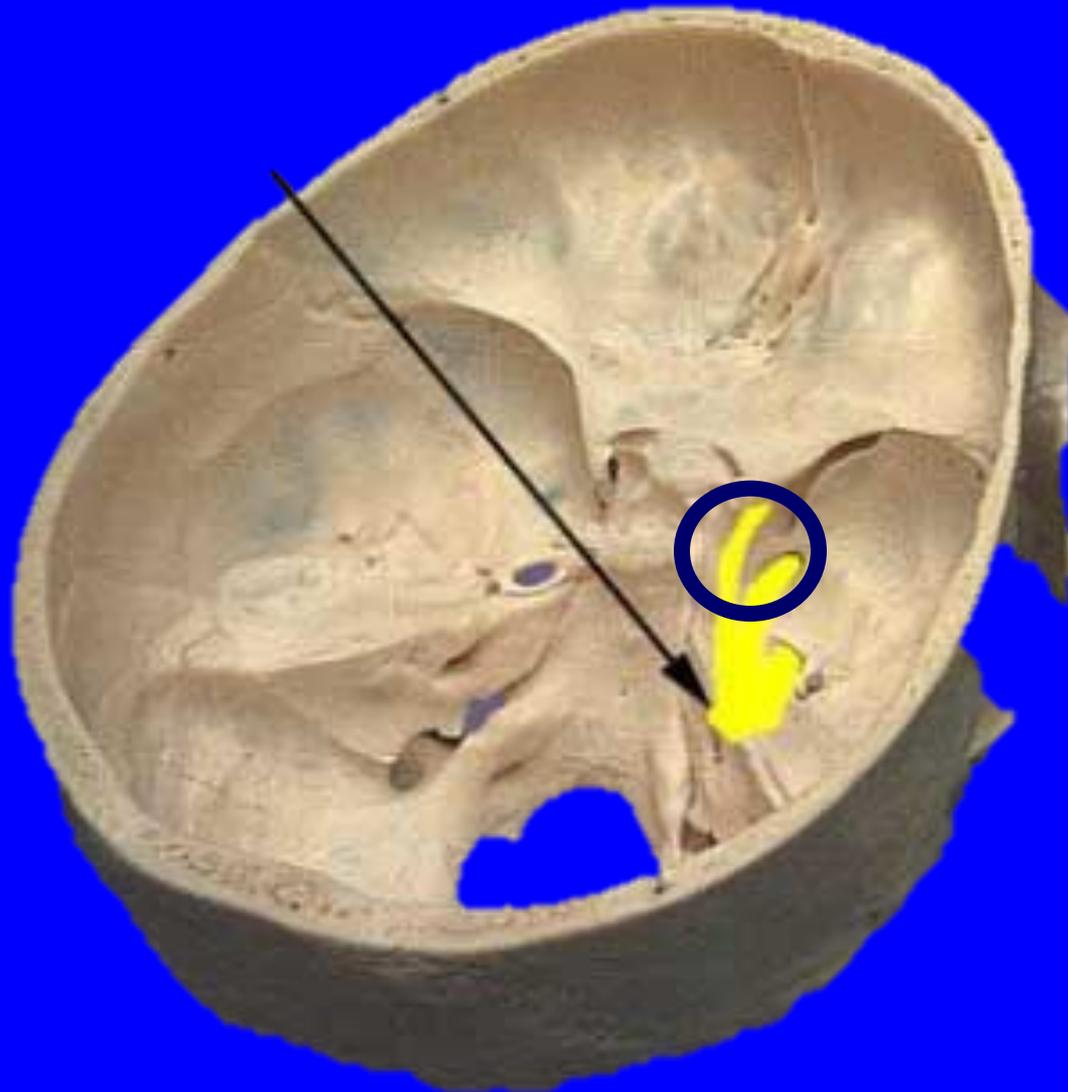
- Офтальмоплегия + первичная атрофия зрительного нерва + боль в зоне иннервации II ветви тройничного нерва.

СИНДРОМ ГРАДЕНИГО

(верхушки пирамиды височной кости)

- Боль в зоне иннервации I и II ветви тройничного нерва.
- Причина: отит, лептоменингит, остеомиелит.

АНАТОМИЯ



СИНДРОМ РЕДЕРА (паратригеминальный)

- Боль в зоне иннервации I и II ветви тройничного нерва;
- Синдром Горнера;
- Высыпания в зоне иннервации тройничного нерва
- Причина: герпес ZOSTER.

АРТРОЗ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

СИНДРОМ КОСТЕНА

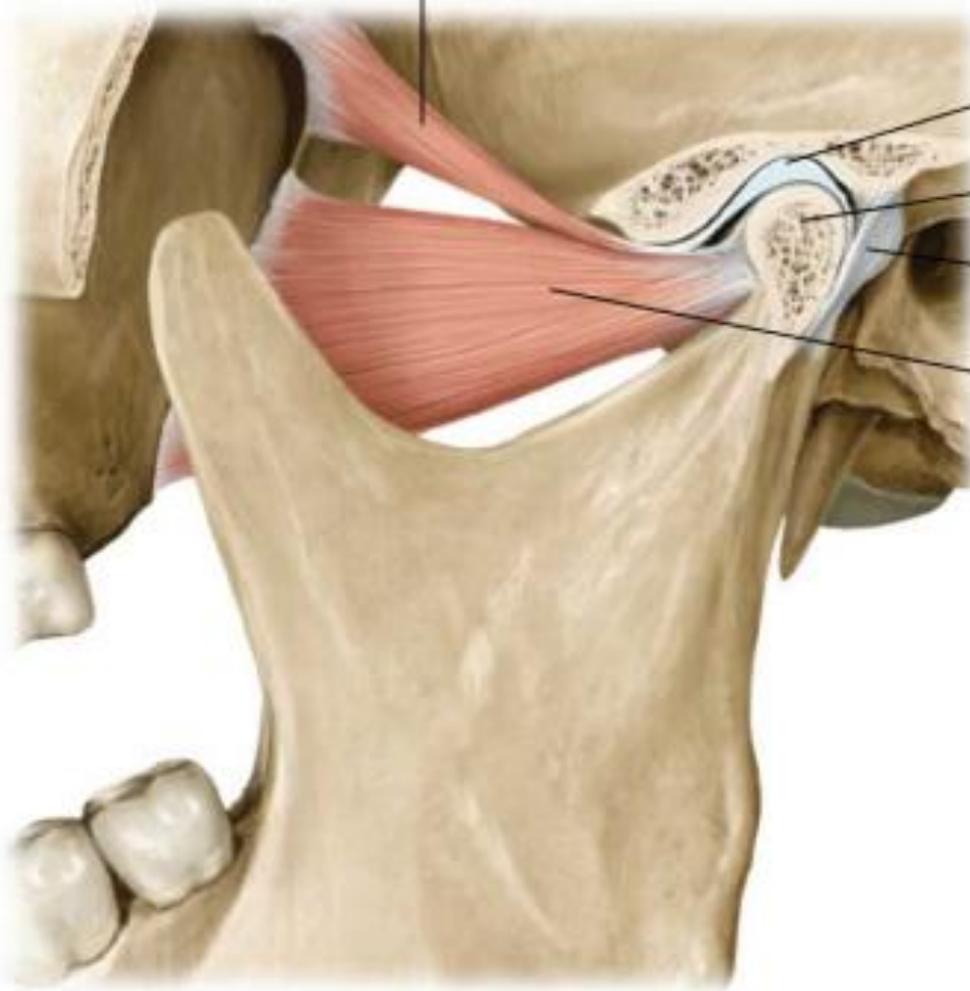
(болевая дисфункция ВНЧС)

- Локализация боли: односторонние тупые в передней околоушной области, иррадиирующие в висок, угол нижней челюсти, затылок, шею;
- Продолжительность приступа: от 5 минут до нескольких часов;
- Провокация приступов: открывание рта и жевание;
- Суставные шумы (щелканье, крепитация); болезненность при пальпации жевательных мышц; ограниченное открывание рта или S-образное отклонение нижней челюсти при открывании рта (одновременно эти симптомы встречаются редко).
- Диагноз подтверждается, если боли устраняются коррекцией положения нижней челюсти.
- Бывает достаточно положить на 20–30 минут пластинку воска между зубами.

АРТРОЗ ВНЧС

Височно-нижнечелюстной сустав

Латеральная крыловидная мышца
(верхняя головка мышцы)



Внутрисуставной диск

Головка
нижнечелюстной
кости

Суставная капсула

Латеральная крыловидная
мышца
(нижняя головка мышцы)

АРТРОЗ ВНЧС

- Возможны: хруст в суставе, тугоподвижность, скованность его по утрам и способность «автоматически» разрабатываться в течение дня, парестезии в ЧЛЮ, изменения объема движений нижней челюсти (чаще они увеличены, реже — ограничены), иногда боли при длительных нагрузках, начальных движениях нижней челюсти после покоя (так называемые «стартовые боли»).
- Рентгенологически определяется асимметрия суставных щелей и расположения суставных головок, деформация головки нижней челюсти, наличие на ней экзофитов, уплощение суставного бугорка;
- Основная причина: неправильный прикус, деформирующий остеоартроз.

ПРОЗОПАЛГИИ

хронические

- Невропатия тройничного нерва.
- Невропатия языкоглоточного нерва.
- Ганглиониты.
- Патология шейного отдела позвоночника.
- Сосудистая патология.
- Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).
- Миофасциальный синдром.
- Заболевания ЛОР-органов.
- Заболевания глаз.
- Депрессия.
- Заболевания слюнных желез.
- Патологические изменения в костях ЧЛО.
- Осложнения лекарственной терапии.

ВИСОЧНЫЙ АРТЕРИИТ

- Локализация: висок;
- Сопутствующая симптоматика: полиатрит (ревматическая полимиалгия), СОЭ – 50 мм/ч; височная артерия плотная на ощупь, извитая.
- Возраст старше 60 лет, височные артерии резко утолщены, чувствительны при пальпации.
- Провокация: боли усиливаются при жевании (дифференциально-диагностический признак) и глотании;
- Быстрый регресс на фоне терапии глюкокортикоидами.

ВИСОЧНЫЙ АРТЕРИИТ

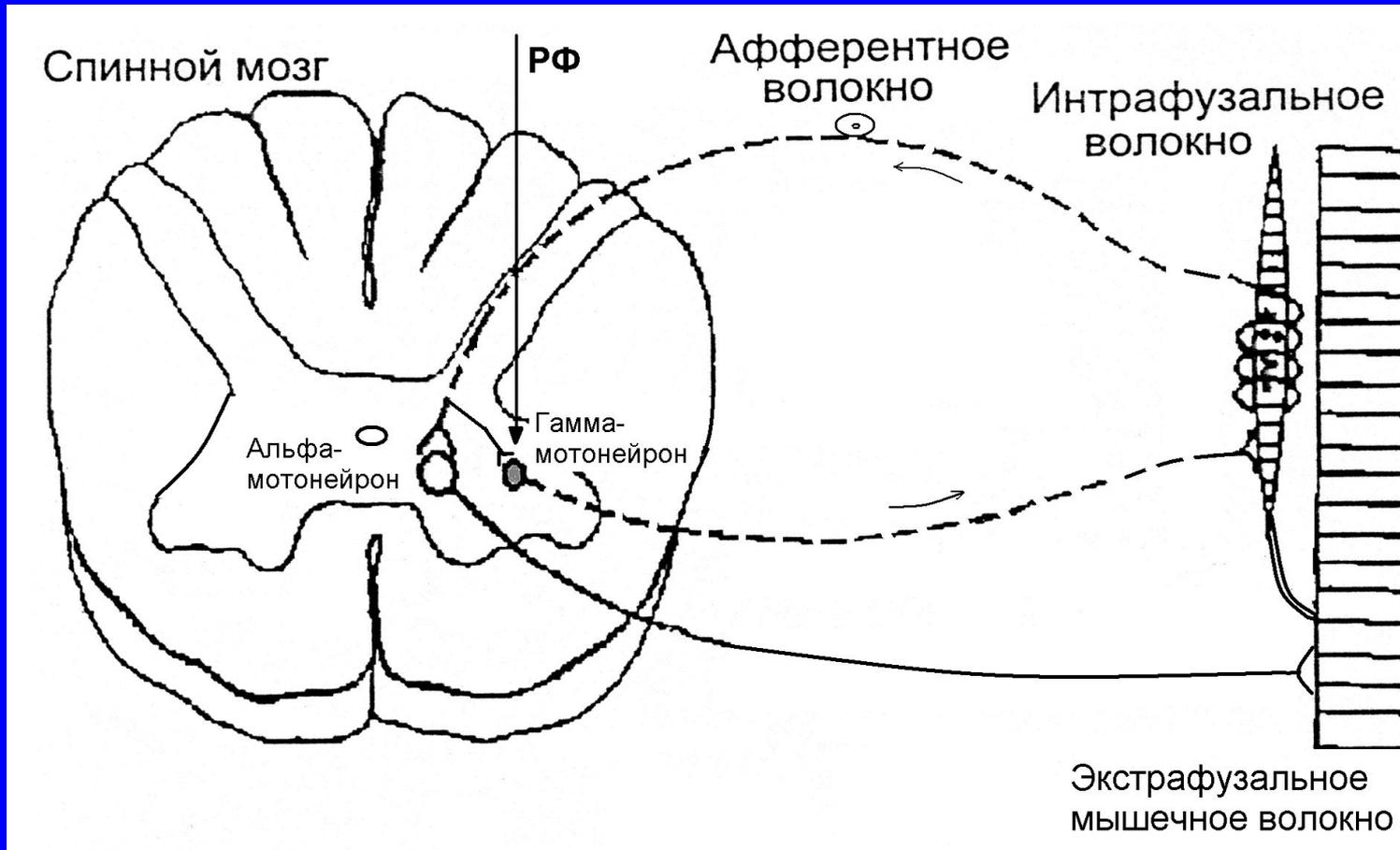


МИОФАСЦИАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

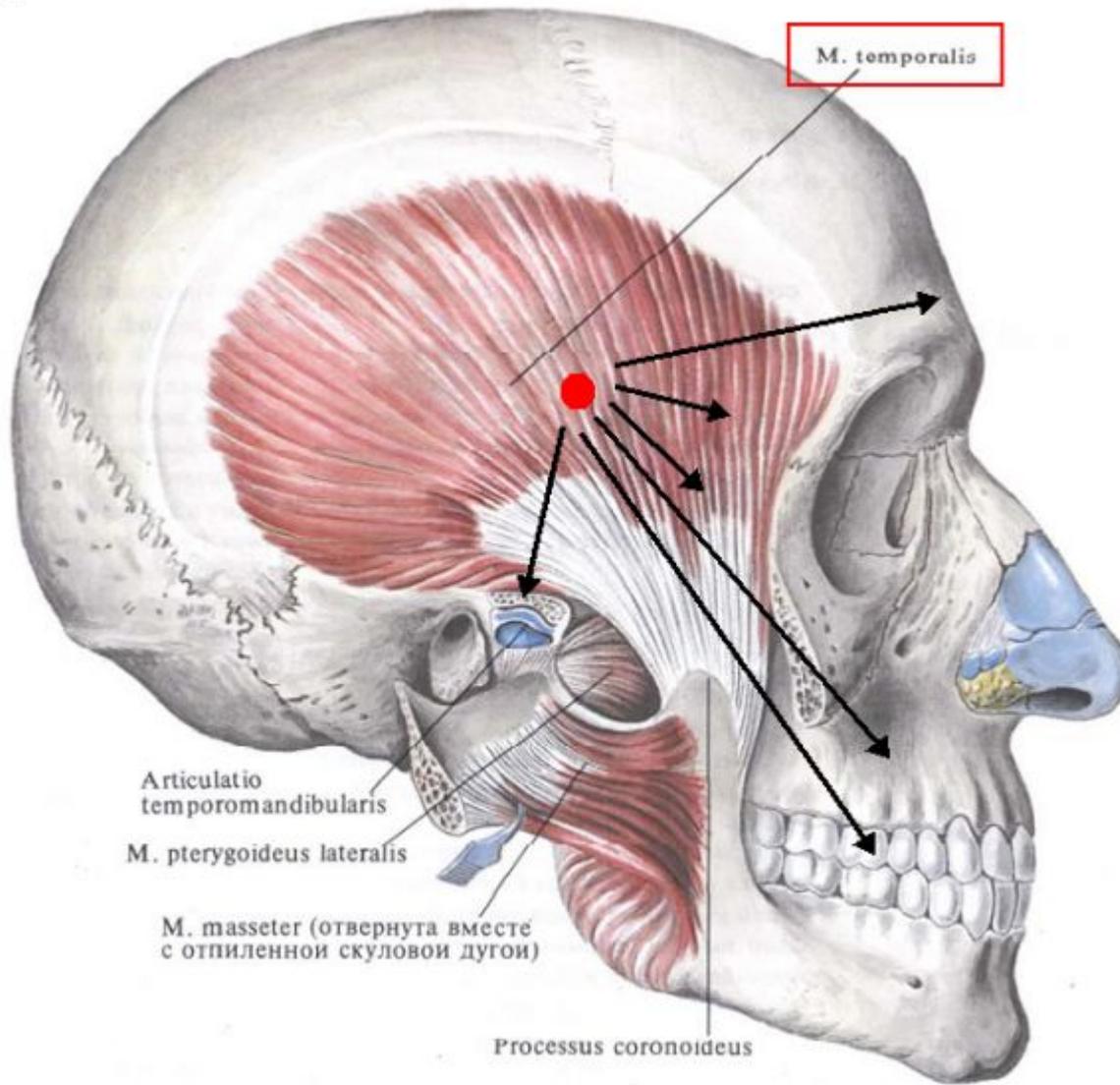
- Миофасциальные расстройства в жевательных мышцах обуславливают 10-20% болевых синдромов на лице.
- Прозопалгии связаны с образованием триггерных точек преимущественно в жевательных (височной, собственно жевательной, латеральной крыловидной, медиальной крыловидной, двубрюшной), грудинно-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышцах.

МИОТАТИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС



МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

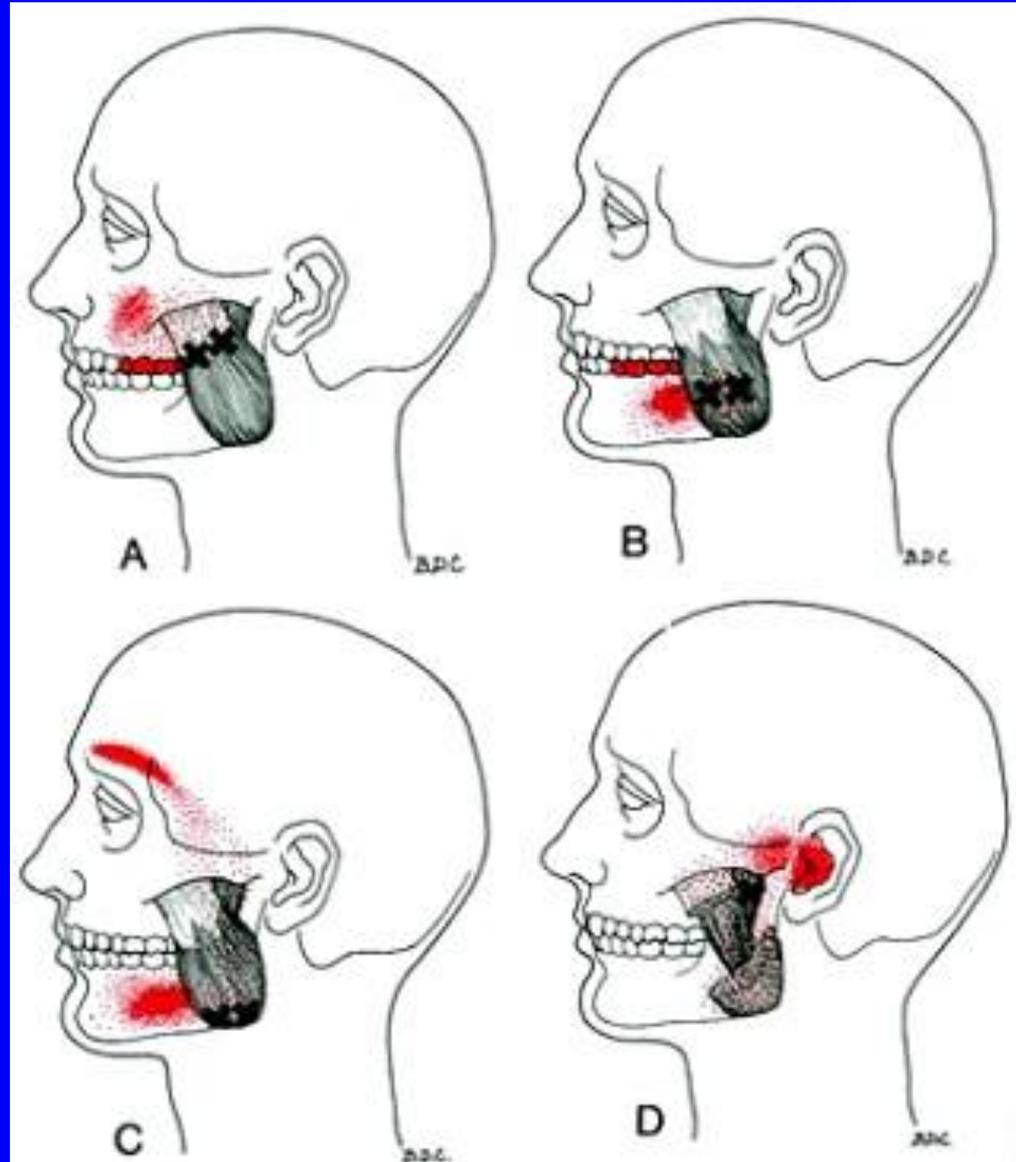
рис. 2



МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

- Для активных Т. Т. в височной мышце характерны: односторонние разлитые продолжительные боли и парестезии в области головы (висок, надбровье), верхней губы, глаза и подскуловой зоны, зубная боль, особенно выраженная в одном или нескольких жевательных зубах верхней челюсти, иногда повышенная чувствительность зубов к перкуссии и температурным раздражителям, парестезии в глотке.

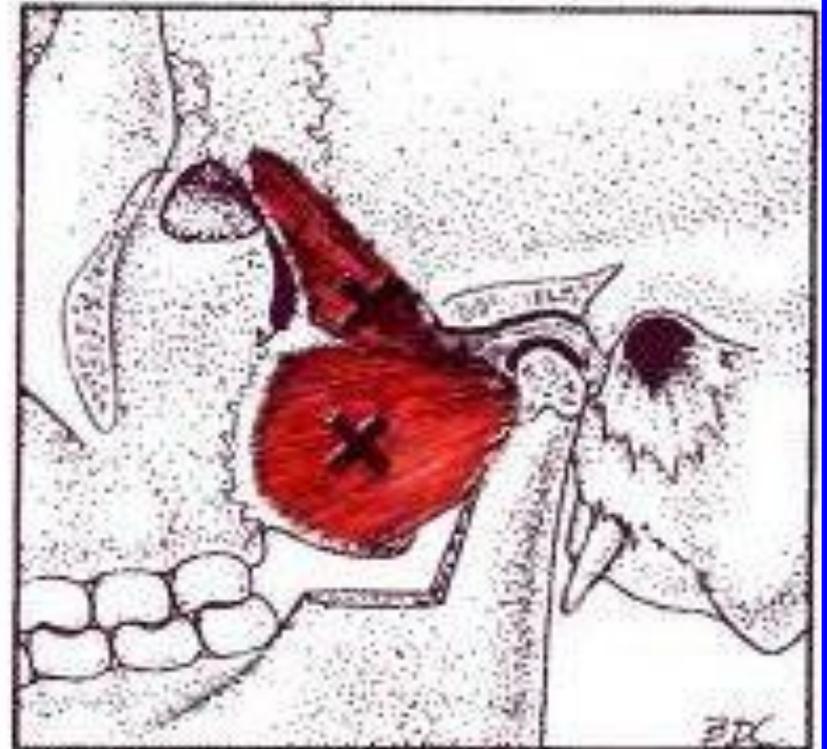
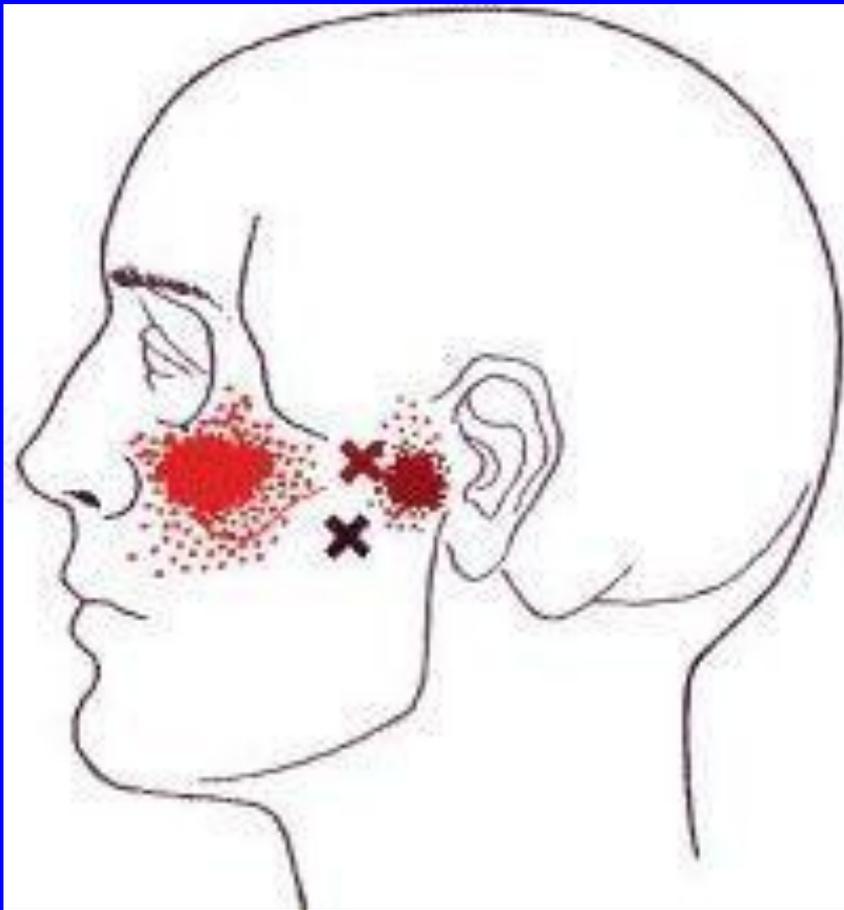
МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ



МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

- Для активных Т. Т. в собственно жевательной мышце типичны: односторонние тупые продолжительные боли и парестезии в области самой жевательной мышцы, ВНЧС, наружного слухового прохода, десен и моляров нижней и верхней челюсти, усиливающиеся при функциональных нагрузках и пальпации участков гипертонусов; ограниченное, часто не очевидное для больного открывание рта; отечность («мешок») в подглазничной области; односторонний звон в ухе; повышенная чувствительность жевательных зубов (в том числе и депульпированных!) к химическим и термическим раздражителям.

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ



МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

- Активные Т. Т. в латеральной крыловидной мышце клинически проявляются постоянными односторонними болевыми ощущениями в ВНЧС, гайморовой пазухе, усиливающимися при интенсивном жевании и пальпации спазмированных участков пораженной мышцы; глоссалгией, парестезиями (онемение, покалывание) в области щеки; ограниченным открыванием рта, щелчками в ВНЧС, стираемостью твердых тканей нижних резцов, смещением нижней челюсти при ее выдвигении в сторону от средней линии, противоположную пораженной мышце.

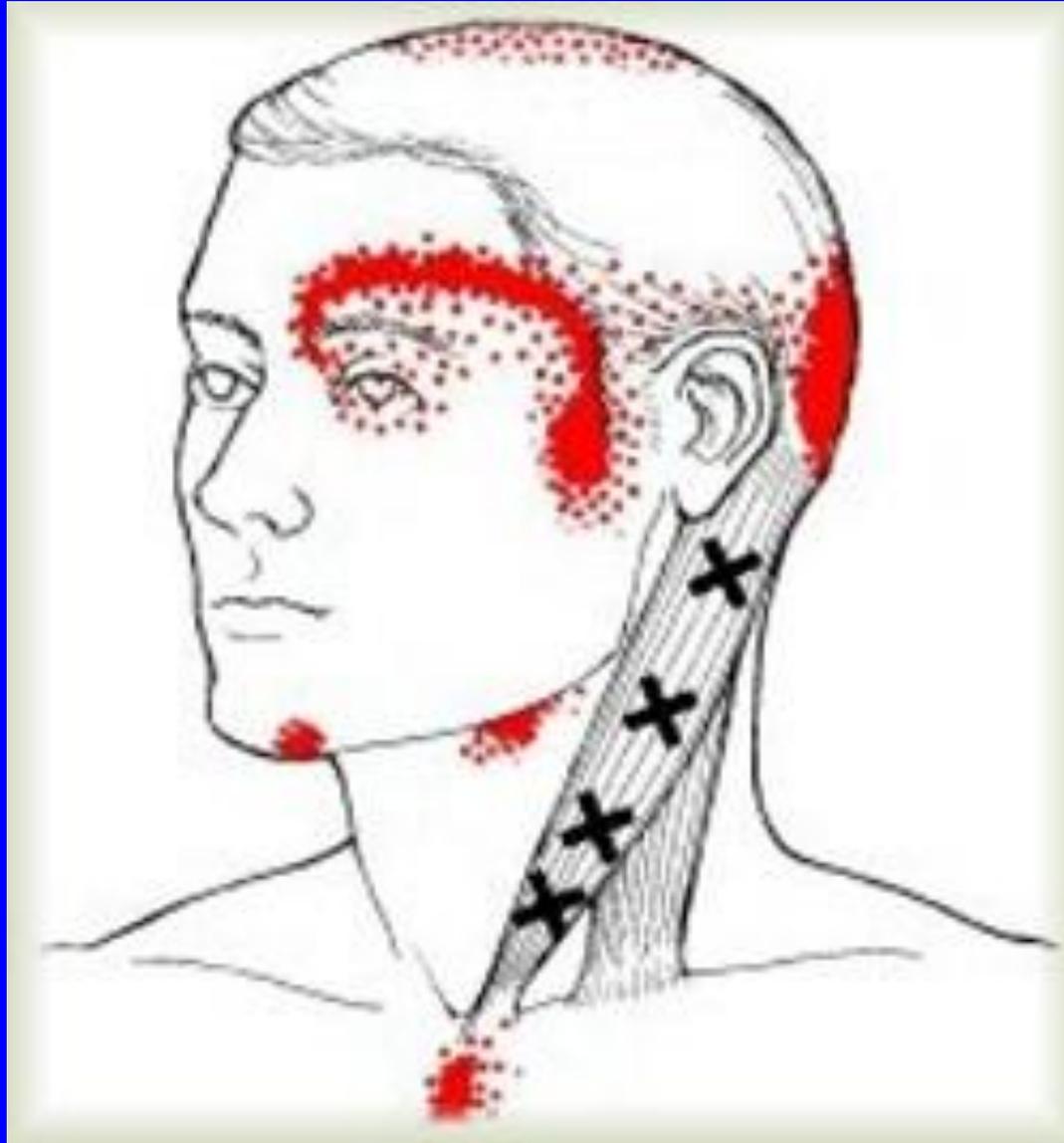
МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

- Для активных Т. Т. в медиальной крыловидной мышце характерны: односторонние боли и парестезии в зоне, расположенной ниже и кзади ВНЧС, за углом нижней челюсти, в языке, глотке, твердом небе, усиливающиеся при открывании рта, жевании, при стискивании зубов; ограниченное открывание рта; ощущение заполненности в ухе.
- Для активных Т. Т. в двубрюшной мышце типичны: постоянные разлитые боли и парестезии в подчелюстной области, грудинно-ключично-сосцевидной мышце, затылке, нижних резцах и их деснах, усиливающиеся при глотании и кашле.

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

- Активные Т. Т., локализованные в области медиальной головки грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, вызывают боль в области щеки, верхней челюсти, над бровью, подбородке, в глубине глазницы, задней части языка. Последняя возникает при глотании.
- Боль от Т. Т., расположенных в латеральной головке грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, отражается в области лба, уха, заушную зону, иногда — в щеку и моляры. При этом у пациентов может иметь место головокружение, тошнота, нередко — рвота.
- Для активных Т. Т. в верхних пучках трапецевидной мышцы характерны: односторонние боли в области сосцевидного отростка, виска, угла нижней челюсти, на заднебоковой поверхности шеи, за глазницей, в ушной раковине (но не внутри уха!).

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ



СИНУСИТЫ

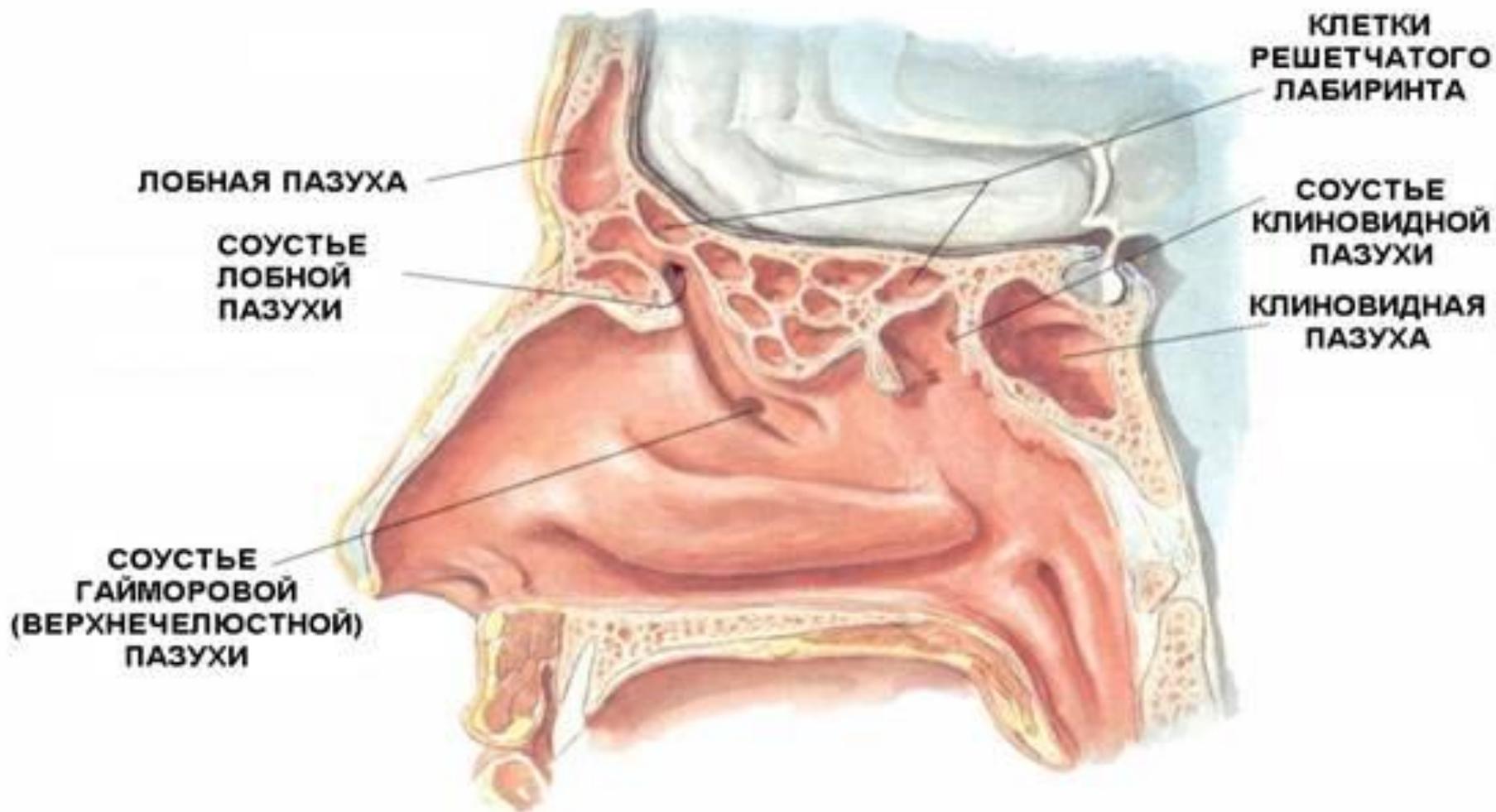
СИНУСИТЫ

- Лицевая боль при синуситах локализуется в проекции пораженной пазухи.
- При фронтите и гайморите помимо боли, усиливающейся при наклоне головы, отмечаются болезненность при пальпации пораженного синуса, гнойное отделяемое из носа, неприятный запах изо рта, недомогание.
- Этмоидит и сфеноидит характеризуется постоянной давящей болью в области переносицы, глаза, заложенностью носа, нарушением обоняния, недомоганием.

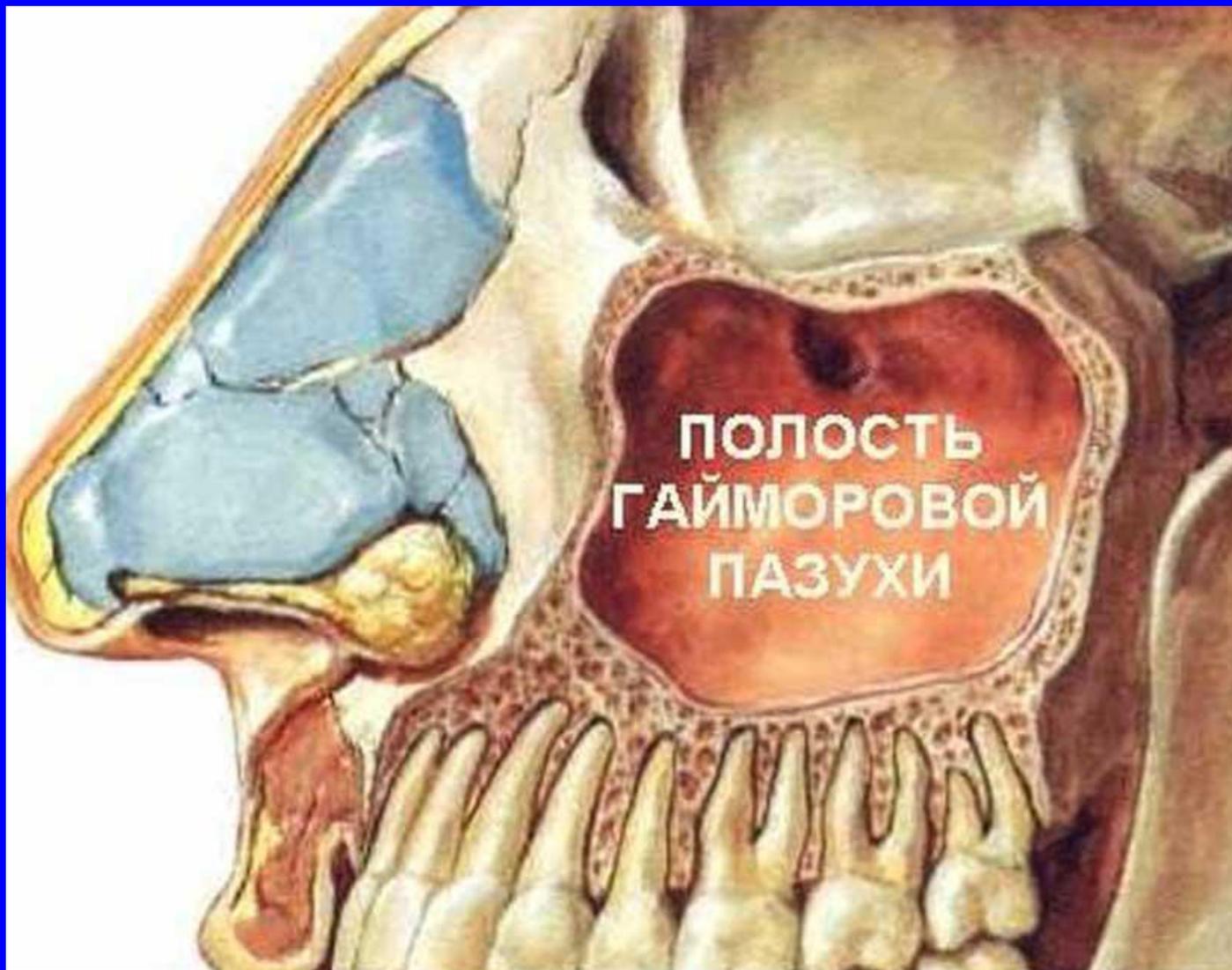
ПАЗУХИ НОСА



ПАЗУХИ НОСА



ГАЙМОРОВА ПАЗУХА



БОЛЕЗНИ ГЛАЗ

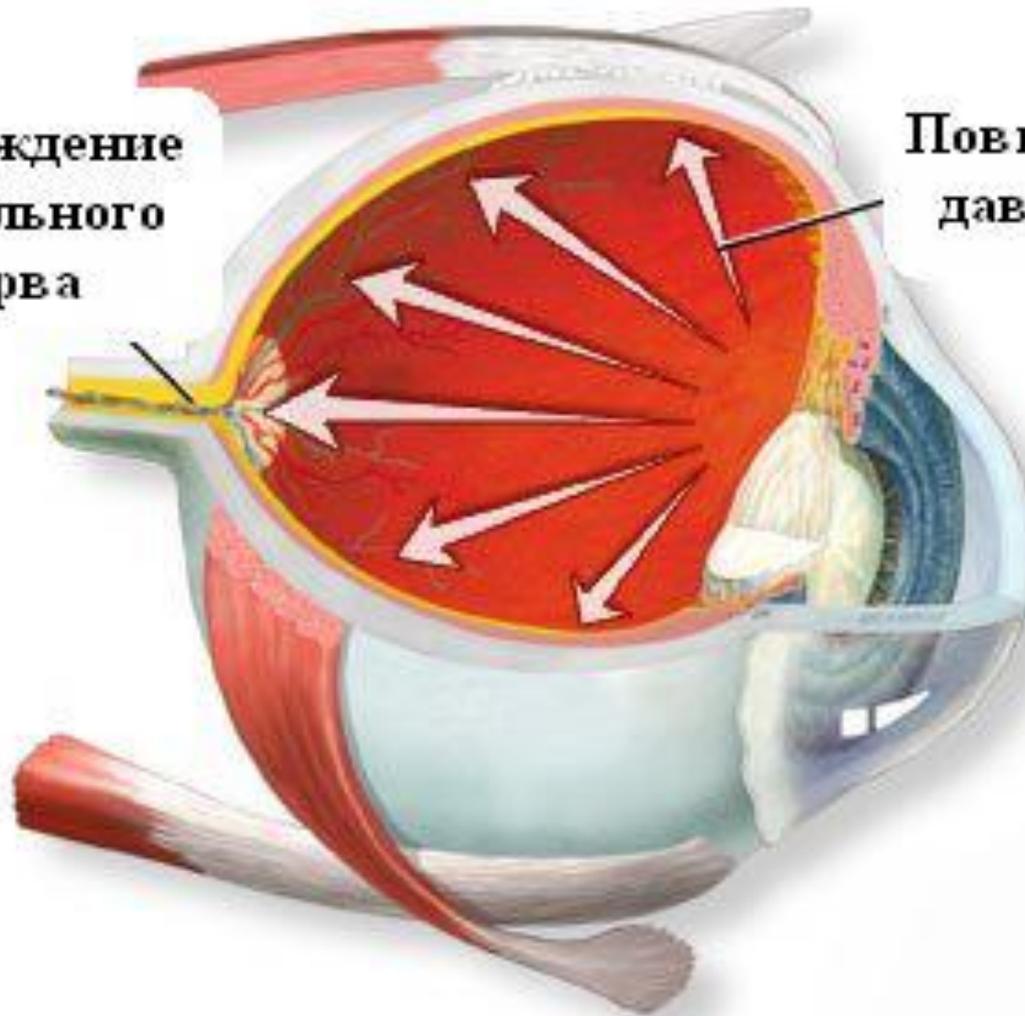
БОЛЕЗНИ ГЛАЗ

- Боль при глаукоме возникает сначала в глазу, затем перiorбитально, может иррадиировать в лобно-височную область.
- Боль сильная, пульсирующая, постоянная, может сопровождаться тошнотой, реже — рвотой.
- Острота зрения значительно снижена, зрачок, как правило, расширен.
- Для аномалии рефракции (астигматизма) типична стреляющая боль в области лба, лица.

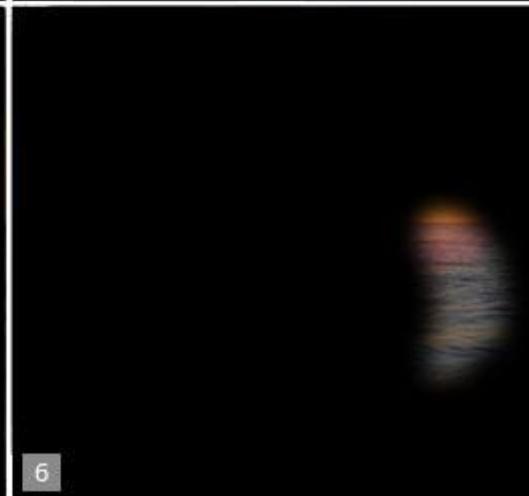
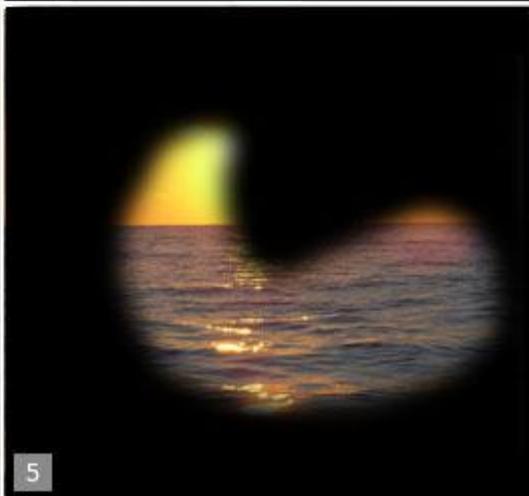
ГЛАУКОМА

Повреждение
зрительного
нерва

Повышение
давления



ГЛАУКОМА

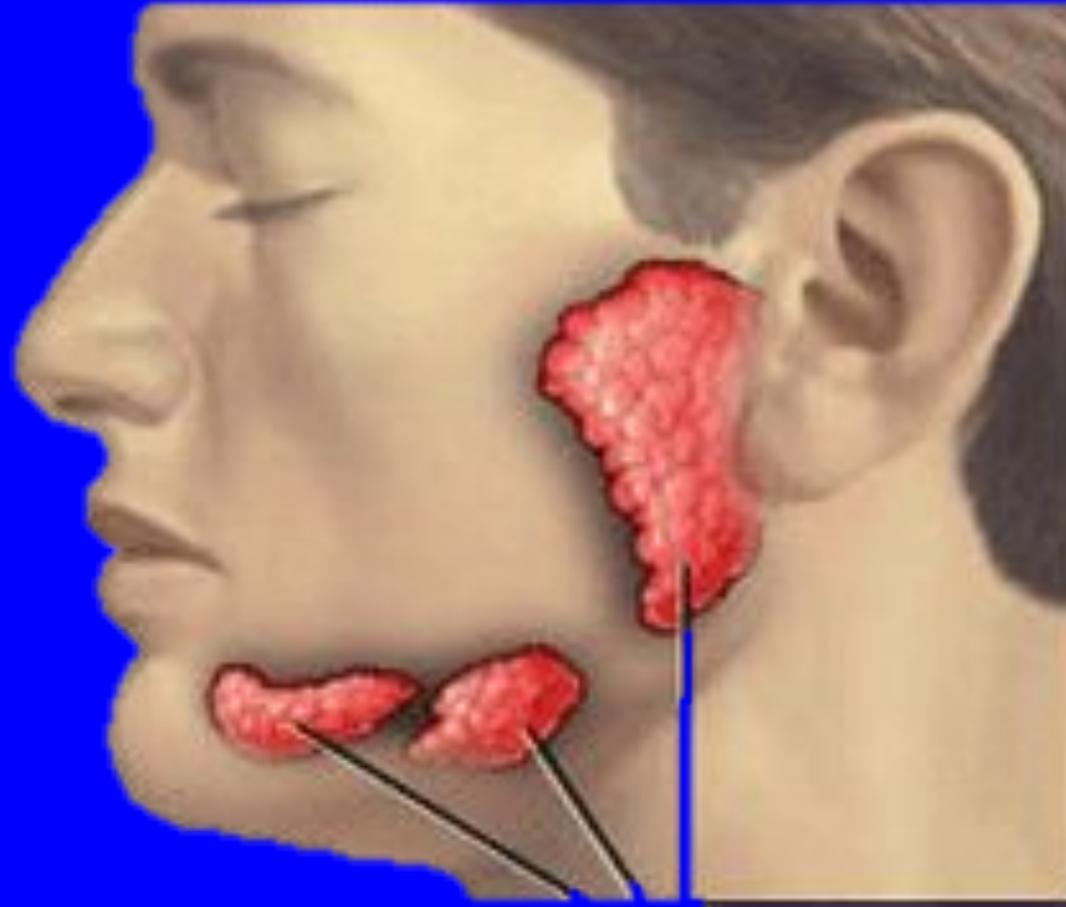


ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

- Для сиаладенита типичны: боль, увеличение пораженной железы, нарушение саливации, ухудшение самочувствия, повышение температуры тела.
- Сиалолитиаз (слюнно-каменная болезнь) характеризуется образованием камней в выводных протоках, ткани слюнной железы и ее хроническим воспалением.
- При закупорке слюнного протока появляется боль в области слюнной железы (так называемая слюнная колика), ее увеличение, усиливающееся при слюноотделении (во время и после еды).
- Выделение инфицированной слюны приводит к появлению во рту гнилостного привкуса.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



ОПУХОЛИ КОСТЕЙ ЧЛЮ

ОПУХОЛИ КОСТЕЙ ЧЛО

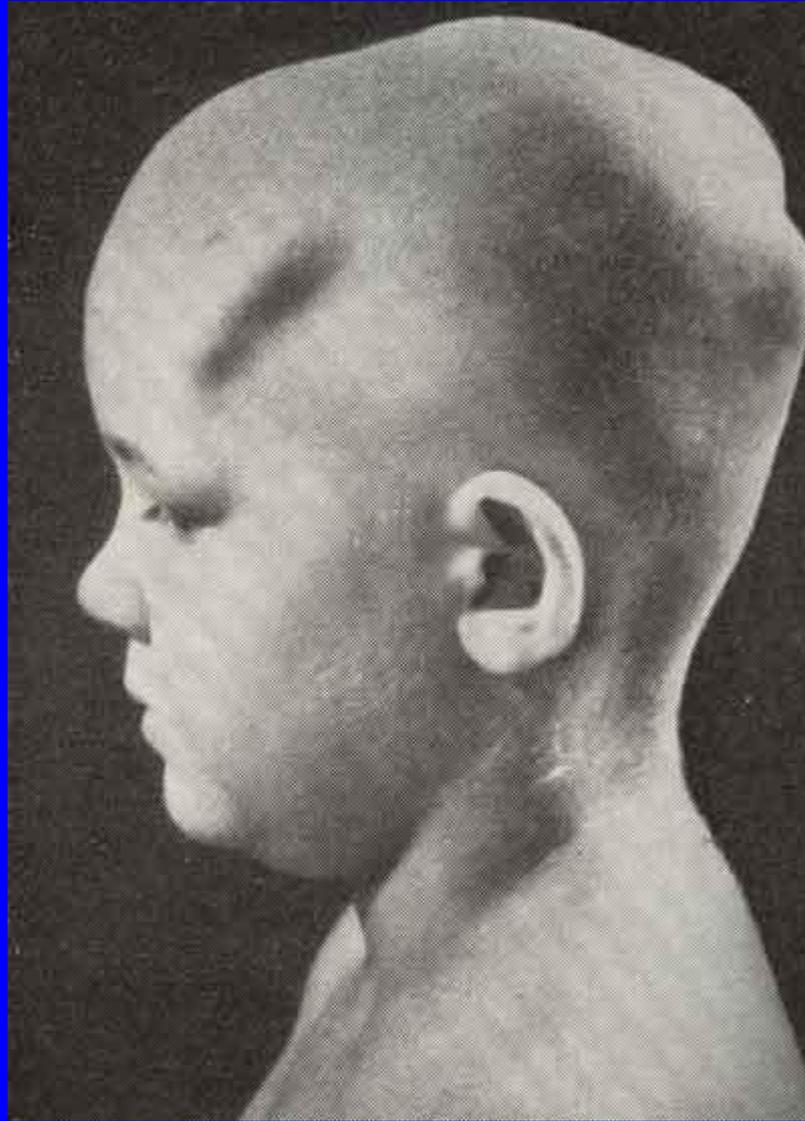
- Клиническая картина доброкачественных опухолей лицевого скелета (остеома, остеоид-остеома, остеобластокластома, амелобластома и др.) в основном определяется локализацией патологического образования.
- Но есть и общие симптомы, в разной степени присущие этим опухолям: асимметрия лица, деформация челюстной кости, лицевые боли, иногда конвергенция и расшатанность зубов.

ОСТЕОИД-ОСТЕОМА

- Может наблюдаться зуд различной интенсивности, постепенно переходящий в ноющую боль, которая усиливается во время еды, особенно при локализации опухоли в кортикальном слое альвеолярного отростка.



ОСТЕОИД-ОСТЕОМА



АМЕЛОБЛАСТОМА

Амелобластома возникает преимущественно на нижней челюсти и локализуется в дистальных отделах ее тела, угла и ветви.



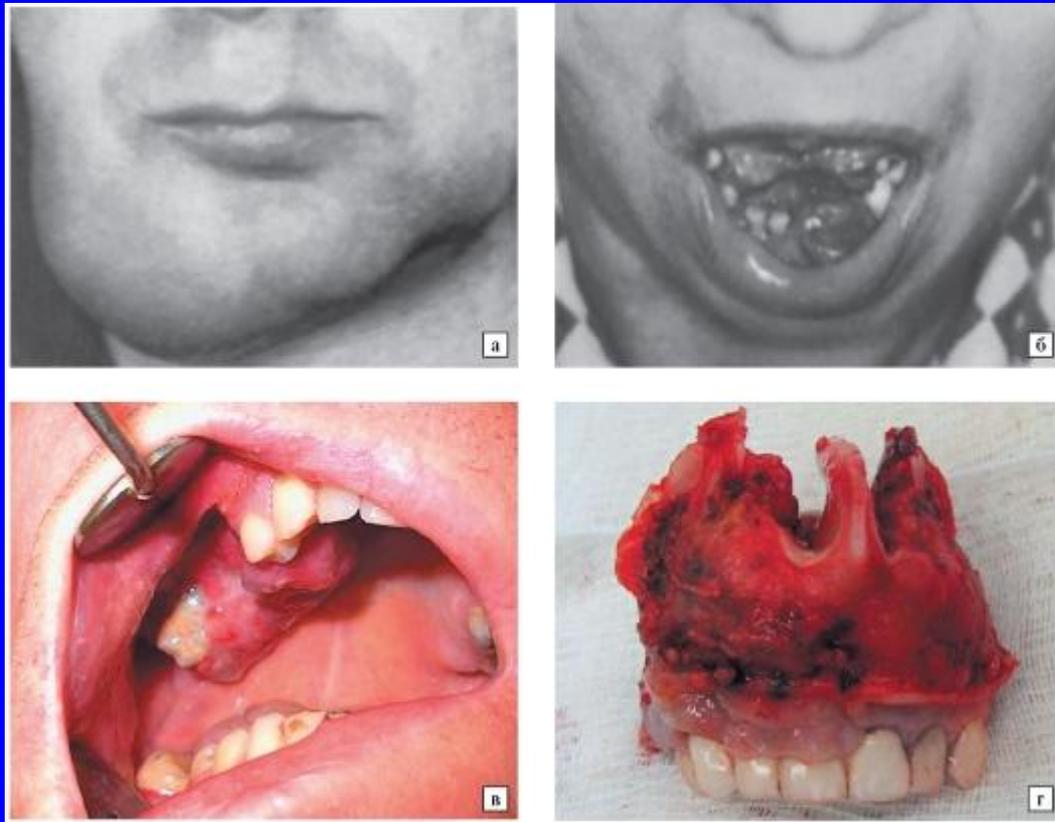
АМЕЛОБЛАСТОМА



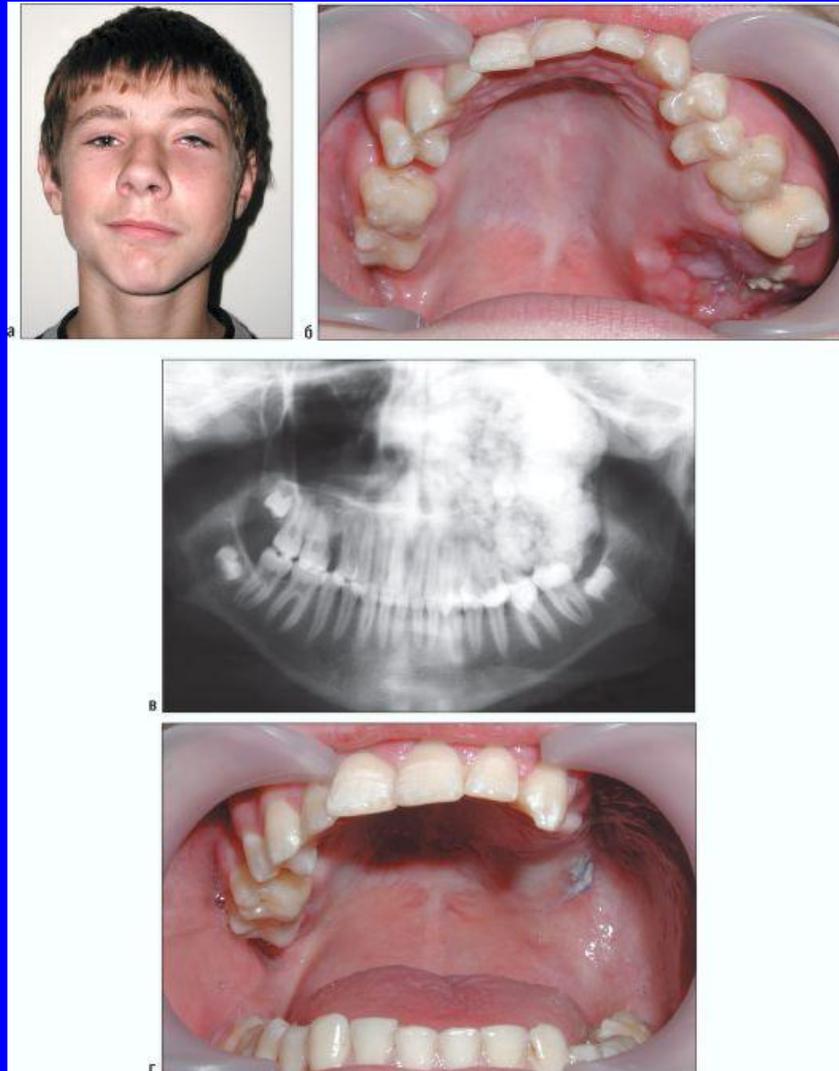
ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА

- Остеогенная саркома составляет 22% злокачественных неэпителиальных опухолей челюстей.
- Может проявляться деформацией пораженной кости, лицевой болью, умеренной болезненностью при пальпации.
- Иногда до появления болей возникает онемение, нарушение чувствительности в области выхода подглазничного или подбородочного нервов.

ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА



ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА



ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА



БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА

- Наблюдается у лиц старше 40 лет.
- В дебюте без видимых причин появляются боли в костях, суставах, голове, спине, ЧЛЮ.
- По мере прогрессирования процесса возникают асимметричные деформации одной или нескольких трубчатых костей.
- Голова увеличивается за счет черепа, а не мягких тканей. Черепные кости становятся рыхлыми, неровными.
- Нередко процесс осложняется неврологическими расстройствами, обусловленными сдавлением спинномозговых или черепных нервов, включая глухоту, нарушения зрения, корешковые и лицевые боли.
- Характерно повышение температуры над пораженной костью.

БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА



а)



б)

Рис. 29.7.1. Внешний вид больного с фиброзной остеодисплазией (вид спереди — а, сбоку — б, см. также цветн. вкладку).

БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА



а)



б)

Рис. 29.7.3. Внешний вид больной с односторонним челюстно-скуловым дизостозом (а- вид спереди, б- вид сбоку, см.также цветную вкладку).
Рентгенография костей черепа этой же больной (в).

БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА

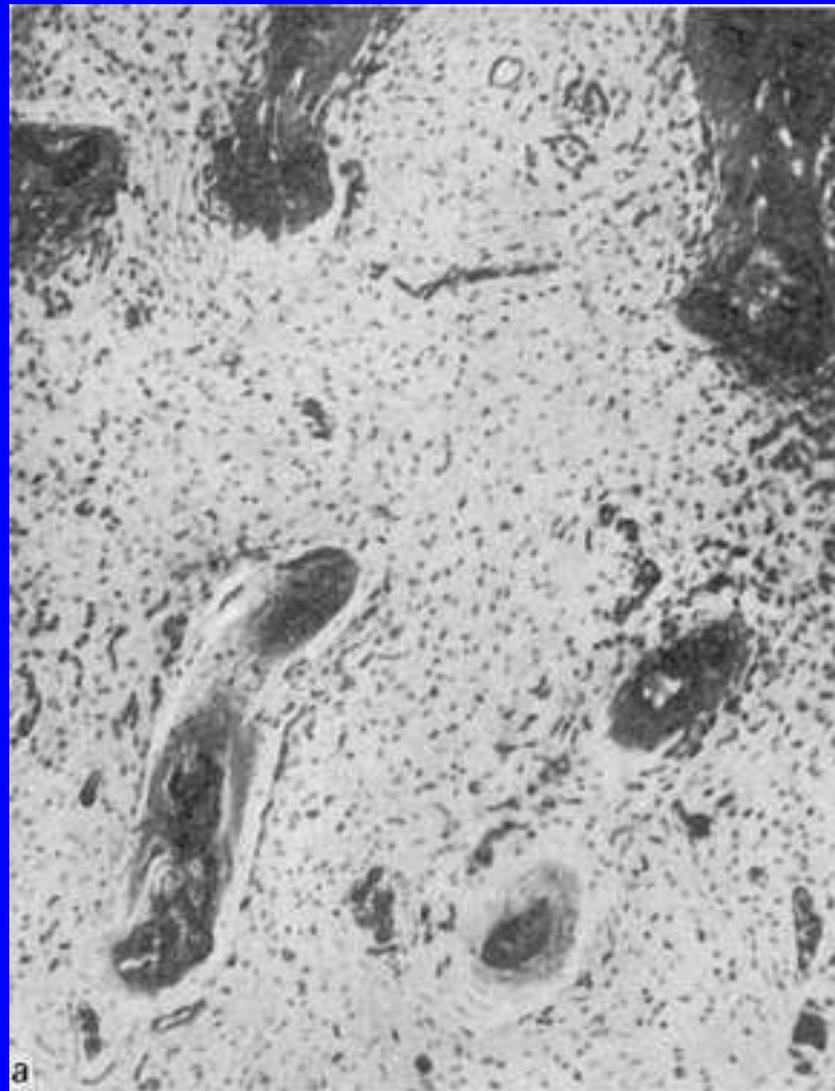
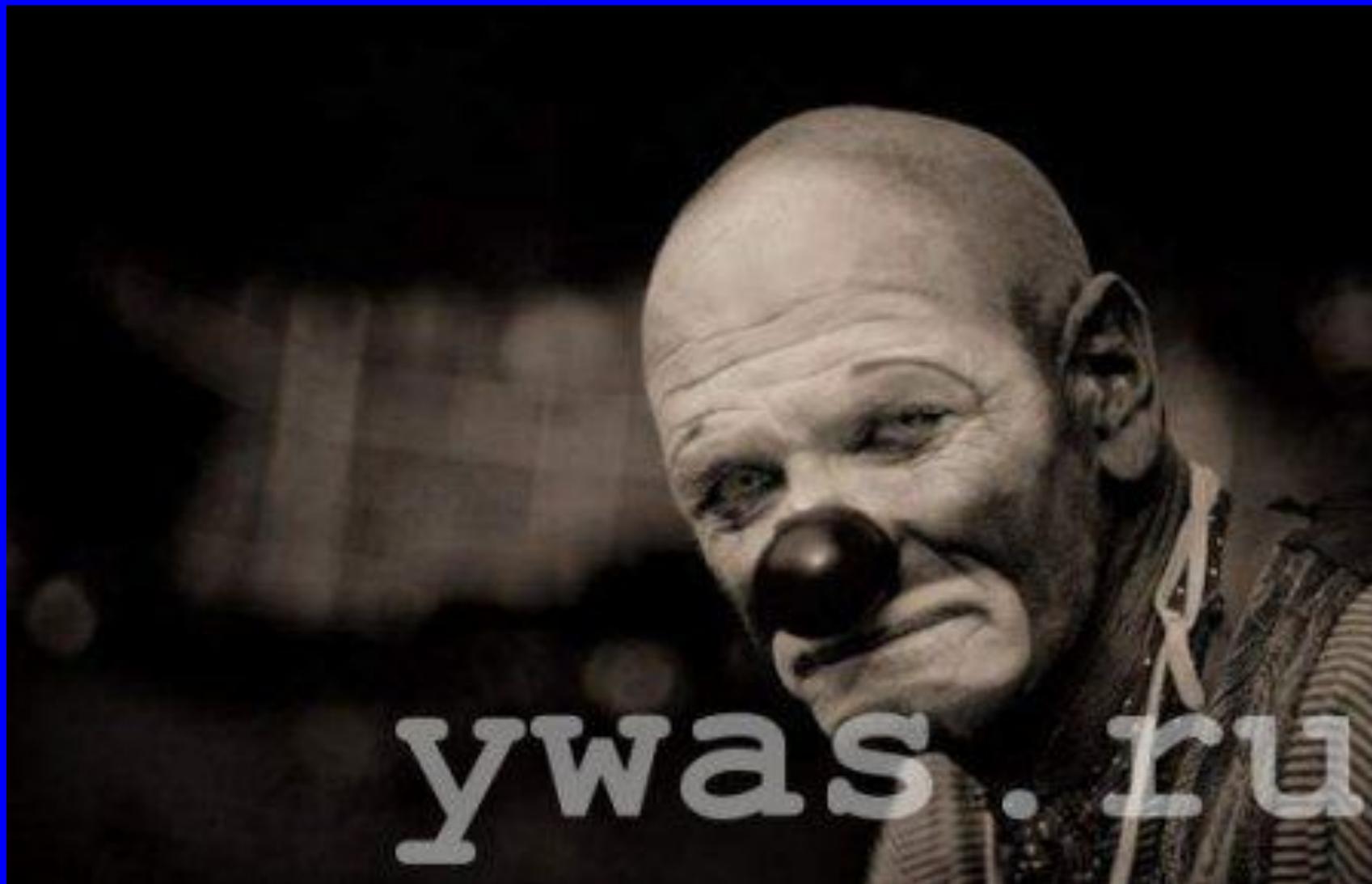


Рис. 244. Фиброзная дисплазия:

а — гистологическая картина: примитивные костные балки среди волокнистой ткани (по Т.П. Виноградовой);
б — деформация лица.

МАСКИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ



МАСКИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ



МАСКИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ

- Проявляется снижением настроения (тоской), раздражительностью или тревожностью, утомляемостью и слабостью, снижением веса, болями (в том числе головными и лицевыми), часто двухсторонними, резистентными к терапии, несовпадением зон боли с зонами соматической и вегетативной иннервации, «текучестью» жалоб, частым изменением локализации боли, нарушением сна (характерны ранние пробуждения).
- Регресс симптоматики на фоне психотропной терапии.

ЯТРОГЕННАЯ ПРОЗОПАЛГИЯ

- Лицевая боль может быть связана с приемом или отменой лекарственных препаратов. Обычно это связано с изменением притока крови к краниальным структурам.
- К «прозопалгическим» препаратам относят: кортикостероиды, оральные контрацептивы, нитраты (нитроглицерин), гипотензивные (резерпин, метилдопа) и спазмолитические средства (теофиллин, нигексин), индометацин, аспирин, антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин), кофеин, этиловый спирт.