

A thick black L-shaped frame surrounds the text. The top horizontal bar is on the left, the left vertical bar is on the left, and the bottom horizontal bar is on the right.

СТОМАТОНЕВРОЛОГИЯ:  
ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ  
ТРОЙНИЧНОГО И ЛИЦЕВОГО  
НЕРВОВ. ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА,  
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

# Неврит тройничного нерва

# Этиология

- инфекционные заболевания самого различного их типа (относиться туберкулез и обычный грипп, сифилис и другие виды этих заболеваний). В некоторых, хотя и достаточно редких случаях, появлению неврита могут способствовать хронические воспалительные процессы, формирующиеся в области гайморовых пазух, глазниц, десен и зубов. Также отдельным пунктом необходимо выделить и такие факторы, как токсическое отравление, переохлаждение и травматические факторы, которые также могут оказать влияние на поражение тройничного нерва.

# Клиническая картина

- Основным симптомом в общей клинической картине являются стреляющие, жгучие и резкие боли, которые имеют ярко выраженный характер ввиду особенностей их проявления. В большинстве случаев поражения актуальны для второй ветви в тройничном нерве, при этом данная ветвь иннервирует кожу в области нижнего века, верхней губы, боковой поверхности носа, десен и зубов в области верхней челюсти. Несколько реже поражения возникают в третьей ветви, еще реже – в первой ветви тройничного нерва.

# Клиническая картина

- Боли, которые испытывает больной, носят приступообразный характер, причем длительность приступов может составлять как несколько секунд, так и несколько минут. Нередко приступы длятся и на протяжении часа с попеременным возникновением через незначительные временные промежутки. Распространяется боль вдоль всей половины лица, сопровождаясь при этом слезоточением, покраснением, выделениями из носа.

# Диагностика

- МРТ (исследование на нейроваскулярный конфликт) оценивает, есть ли сдавление нерва артерией или веной.

# Лечение

- Медикаментозная терапия - карбамазепин (противосудорожный), также назначают антигистаминные препараты, спазмолитики и никотиную кислоту.
- Применяют и физиотерапевтические методы лечения невралгии тройничного нерва: гальванизация с амидопирином или новокаином, ультрафонофорез с гидрокортизоном и диадинамические токи.
- Неэффективность медикаментозного лечения является показанием к хирургическому вмешательству — проводят микрохирургическую декомпрессию ветвей тройничного нерва в области их выхода из ствола мозга.

# Невралгия тройничного нерва

# Невралгия тройничного нерва

- Невралгия тройничного нерва-заболевание, характеризующееся расстройством чувствительности и приступообразной болью в зоне его иннервации.

# Невралгия тройничного нерва

- Невралгия тройничного нерва делится на две формы: *центральную* (поражение гассерова ганглия) и *периферическую* (поражение периферических ветвей тройничного нерва)

# НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

# Этиология

- Среди наиболее частых причин возникновения данной невралгии необходимо отнести следующие факторы: сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь), ревматизм, черепно-мозговая травма, инфекционные заболевания, поражения центральной нервной системы (арахноидиты, энцефалиты), острые нарушения мозгового кровообращения, климактерический период, хронические бактериальные (ангины) и вирусные (грипп, ОРВИ) инфекции, отравление различными ядами (свинец, медь, мышьяк), эндогенные интоксикации, эндокринные заболевания и другие. Чаще болеют люди в возрасте 40-60 лет.

# Клиническая картина

- Заболевание характеризуется появлением острых, режущих, приступообразных лицевых болей. Больные сравнивают их с "прохождением электрического тока". Болевые пароксизмы продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут. Частота приступов различная. Боли могут возникать спонтанно, но чаще появляются при движении мускулатуры лица.
- Больные застывают в определенной позе, боятся пошевелиться (задерживают дыхание или усиленно дышат, сдавливают болезненный участок или растирают его пальцами, некоторые совершают жевательные или причмокивающие движения)

- Боли захватывают определенную область лица, которая иннервируется той или иной ветвью тройничного нерва (чаще II или III ветвь, реже I). Боли сопровождаются вегетативными проявлениями - гиперемией лица, слезотечением, ринореей, гиперсаливацией (редко сухость полости рта). Появляются гиперкинезы мышц лица - подергивание мышц подбородка, глаза или других мышц.

- Для невралгии тройничного нерва центрального генеза характерно (встречается в 84% случаев) наличие **курковых (триггерных) зон**, т.е. участков кожи или слизистой оболочки, раздражение которой провоцирует появление приступа боли. Курковые зоны на коже лица имеют назолабиальное расположение, т.к. локализуются в области губ и носа. Однако имеются триггерные зоны и на слизистой оболочке полости рта (на нёбе, альвеолярном отростке верхней и нижней челюстей или в другом участке). Курковые зоны на слизистой оболочке всегда локализуются на стороне поражения тройничного нерва. Болезненные точки Валле - место выхода ветвей тройничного нерва из костного отверстия в мягкие ткани лица.

# **НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

# ЭТИОЛОГИЯ

- К этиологическим факторам, которые могут вызвать невралгию тройничного нерва периферического генеза следует отнести следующие заболевания: пульпиты; периодонтиты; хронические периоститы; остеомиелиты; гаймориты; гальванизм полости рта; опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей и костей лицевого скелета; протезы, которые травмируют слизистую оболочку рта или нарушают высоту прикуса; пломбировочная масса, которая выведена за пределы вершины зуба при проведении заапекальной терапии; при оссификации нижнечелюстного канала (проходит нижнечелюстной нерв) или подглазничного отверстия (выходит подглазничный нерв); простой или опоясывающий лишай (вызывается нейротропным вирусом) и др

# Клиническая картина

- Клинически заболевание характеризуется наличием приступообразных болей по ходу соответствующих ветвей тройничного нерва. Болевые пароксизмы при невралгиях тройничного нерва периферического и центрального генеза неотличимы между собой. Боли распространяются по ходу II и III ветвей тройничного нерва.
- Вегетативная симптоматика (слезотечение, ринорея, гиперсаливация и др.) при периферических невралгиях выражена не так четко. Курковые (триггерные) зоны встречаются не так часто (в 47% случаях), реже болезненные точки Балле. Вегетативной ауры нет.

# Диагностика

- Для диагностики поражения той или иной ветви тройничного нерва определяют «курковые» зоны и зоны извращения или нарушения чувствительности на коже или слизистой оболочке рта. Особое значение для диагностики поражений имеет контрольное выключение чувствительности соответствующей ветви нерва путем периневрального введения анестетика, обычно 1 % раствора новокаина или тримекаина. После этого боли прекращаются на период действия анестетика.

# Лечение

- Консервативные методы лечения включают назначение антиконвульсантов, антидепрессантов, биогенных стимуляторов, витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, РР, антигистаминных препаратов, вазоактивных средств, апитерапии (лечение пчелиным ядом), а также курса физиотерапии (диадинамические токи, на зальный электрофорез, дарсонвализация, флюктуоризация, иглорефлексотерапия).
- 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.

# НЕВРИТ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

# Лицевой нерв

- **Лицевой нерв** (лат. nervus facialis), седьмой (VII) из двенадцати черепных **нервов**, выходит из мозга между варолиевым мостом и продолговатым мозгом. **Лицевой нерв** иннервирует мимические мышцы лица.
- Лицевой нерв содержит в себе волокна различного функционального предназначения (двигательные, чувствительные, вегетативные). В связи с этим и повреждения его влекут за собой целый ряд разнохарактерных симптомов.

# Этиология

- Этиология невритов лицевого нерва различная. Могут наблюдаться невриты без нарушения целостности нерва (при воспалительных процессах, опухолях, псевдотуберкулезе, синдроме Мелькерссона - Розенталя и др.) и при его травматических повреждениях (при оперативных вмешательствах, травме и др.).
- В практической деятельности врачу - стоматологу приходится сталкиваться с периферическим типом неврита лицевого нерва. В результате этого возникают двигательные расстройства в виде пареза и паралича мимической мускулатуры лица.
- Парез (paresis; греч. - ослабление) - уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений, обусловленное нарушением иннервации соответствующих мышц.
- Паралич (paralysis, греч. - расслаблять) - расстройство двигательных функций в виде полного отсутствия произвольных движений вследствие денервации соответствующих мышц.

# Клиническая картина

- Клиническая картина поражения лицевого нерва характеризуется парезом и (или) параличом мимической мускулатуры, чувствительными расстройствами и вегетативными нарушениями.

# Клиническая картина

- Внешний вид лица больного с параличом лицевого нерва характерен вся половина лица неподвижная, лоб не собирается в складки, глаз не закрывается, носогубная складка сглажена, исчезают естественные складки лица, угол рта опущен. При оскаливании зубов рот перетягивается в здоровую сторону. Больному не удастся нахмурить брови, зажмурить глаз, надуть щеки. Сложить губы трубочкой больному удастся с трудом и не всегда, свистнуть не может (воздух не выдувается с достаточной силой, т.к. щека теряет упругость). Из-за снижения мышечного тонуса у больного пища не очищается между щекой и десной с пораженной стороны. Слюна и жидкость выливается из угла рта. Щека легко прикусывается. Речь больного ухудшается.

# Клиническая картина

- Наблюдается симптом Белла - при попытке закрыть глаза верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи. Встречаются: симптом Цестана – больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза; при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается (в связи с сокращением поднимателя верхнего века); симптом Говерса - при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются; симптом Равильо - невозможно закрыть глаз на стороне поражения

# Клиническая картина

- симптом Вартенберга - при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза (у здоровых людей можно ощущать эту вибрацию пальпирующим пальцем); симптом Бергара - Вартенберга - отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

# Клиническая картина

- При обследовании больных с невритом лицевого нерва можно обнаружить наличие у них патологических синкинезий - рефлекторно содружественного движения группы мышц, которое сопутствует движению определенной части лица (лба, века, губы и т.д.). Различают много синкинезий, но наиболее часто встречаются следующие:
- 1)веко - лобная синкинезия - при закрывании глаз наморщивается лоб;
- 2)веко - губная синкинезия - при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
- 3)веко - платизмовая синкинезия - при зажмуривании сокращается подкожная мышца шеи:
- 4)веко - ушная синкинезия - при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина:
- 5)лобно - губная синкинезия - непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба.

# Диагностика

- Диагностика неврита лицевого нерва обычно не вызывает затруднений. Для обнаружения нарушения иннервации мимических мышц больному предлагают наморщить лоб, нахмурить брови, зажмурить глаза, оскалить зубы, надуть щеки. Можно использовать и более тонкие тесты диагностики:
- А) тест мигания - глаза мигают асинхронно;
- Б) тест вибрации век - см. симптом Вартенберга и Бергара - Вартенберга;
- В) тест исследования круговой мышцы рта - больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
- Г) тест надутых щек - больной не может надуть щеки, а если даже он их и надул, то при легком дотрагивании к щеке воздух вырывается из угла рта пораженной стороны;
- Д) симптом ресниц - см. описание ранее;
- Ж) тест на раздельное зажмуривание - больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя оба глаза одновременно зажмурить может.

# Лечение

- Лечение неврита лицевого нерва сводится в первую очередь к устранению причины основного заболевания. Дальнейшие усилия должны быть направлены на ускорение регенерации поврежденных (погибших) нервных волокон и предупреждение атрофии денервированных мимических мышц.

# Лечение

- Для ускорения регенерации нервных волокон в нашей клинике используется следующая схема лечения: 40% раствор глюкозы по 20-40 мл внутривенно ежедневно в течение 10 дней; прозерин (или галантамин) 0,05% - 1 мл подкожно ежедневно (25-30 дней); АТФ 1% раствор внутримышечно по 1 мл (25-30 дней); церебролизин 1 мл внутримышечно (25 дней); витамин В12 · 0,02% раствор (200 мг) по 1 мл внутримышечно (25 дней); дибазол по 0,025 г один раз в сутки (25-30 дней); плазмол вводят подкожно по 1 мл ежедневно (10 дней); компламин (теоникол) по 0,15 г два раза в день (30 дней).

# Лечение

- Из физиотерапевтических процедур рекомендуется электростимуляция пораженных мышц, массаж мимической мускулатуры.
- Для предотвращения атрофии мимических мышц необходима их тренировка (миогимнастика), которая проводится ежедневно (до полного выздоровления), по несколько раз в сутки (многократно).
- При необратимом параличе мимических мышц показано проведение хирургического лечения: статическое и кинетическое подвешивание опущенных тканей, миопластика, кантопластика (от греч. kanthos - составная часть сложных слов, относящихся к углу глаза) - пластическая операция по поводу сужения глазной щели, т.е. ее удлинение и расширение.

**Спасибо за внимание!**