



"Лицевые боли"

Выполнила: студентка 6 курса
Шукюрова Эльмира Казым кызы

Причины лицевых болей:

- 1. Сосудистые причины лицевой боли
- 2. Нейрогенные причины лицевой боли
- 3. Смешанные (сосудисто-нейрогенные) боли
- 4. Болевая офтальмоплегия Толосы-Ханта.
- 5. Болевые синдромы неясного генеза
- 6. Соматогенные боли
- 7. Психогенные причины лицевой боли.

1.Сосудистые лицевые боли:

- Кластерная(пучковая) боль;
- Хроническая пароксизмальная гемикрания;
- Каротидиния

2.Нейрогенные причины лицевой боли:

- Невралгия тройничного нерва (и ганглионит гассерова узла).
- Невралгия языкоглоточного нерва.
- Невралгия верхнегортанного нерва.
- Невралгия Ханта (ганглионит коленчатого узла промежуточного нерва).
- Синдром «шея - язык» (Neck - Tongue Syndrome).
- Затылочная невралгия.

3. Смешанные(сосудисто-нейрогенные):

- Паратригеминальный синдром Редера («перикаротидный синдром»).
- Височный гигантоклеточный артериит.

4. Болевая офтальмоплегия Толосы-Ханта.

5.Болевые синдромы неясного генеза:

- САНКТ (SUNCT).
- Идиопатическая колющая (stabbing) боль.
- Рефлекторная симпатическая дистрофия лица и «центральная» боль.

6. Соматогенные боли:

- *Миогенные (миофасциальный болевой синдром).*
- *Синдром Костена (дисфункция височно-нижнечелюстного сустава).*
- *Артрогенные.*
- *Офтальмогенные (глаукома и другие заболевания глаз).*
- *Оториногенные.*
- *Одонтогенные.*
- *Висцерогенные.*

7. Психогенные причины лицевой боли.

Сосудистые причины лицевой боли

- **Кластерные** (пучковые) головные боли проявляются односторонними приступообразными очень сильными болями жгучего, сверлящего или распирающего характера в периорбитальной и височной области иногда с более широкой иррадиацией. Продолжительность атаки пучковой головной боли варьирует от 15 мин до 3 час. Боль крайне интенсивна, сопровождается беспокойством, психомоторной активацией, ажитацией. Частота приступов от 1 до 8 раз в сутки. Приступы группируются в «пучки» длительностью 2-6 недель. Частота «пучков», как и длительность ремиссий между ними (обычно несколько месяцев или лет) индивидуальна. Характерным признаком пучковой головной боли является вегетативное сопровождение в виде гиперемии конъюнктивы, слезотечения, заложенности носа, ринореи, гипергидроза лица на стороне боли, отёчности века и неполного синдрома Горнера на той же стороне.
- Факторами, провоцирующими приступ пучковой головной боли во время «пучка», являются чаще всего алкоголь, приём нитроглицерина или введение гистамина. Заболевают преимущественно мужчины в возрасте 30-40 лет.
- **Хроническая пароксизмальная гемикрания (ХПГ)** напоминает пучковые головные боли своей локализацией, интенсивностью и вегетативным сопровождением. Отличия заключаются в отсутствии пучковости и наличии купирующего эффекта индометацина. Кроме того хроническая пароксизмальная гемикрания, в отличие от пучковой боли, развивается главным образом у женщин в зрелом и пожилом возрасте.
- **Каротидиния** - тупые боли, возникающие при компрессии сонной артерии или при слабой фарадической стимуляции в области её бифуркации. Боли могут охватывают ипсилатеральную половину лица, ушную область, нижнюю челюсть, зубы и шею. Этот синдром редко наблюдается в картине височного артериита, во время приступа мигрени или пучковой головной боли; он также описан при диссекции сонной артерии и опухоли шейной области, смещающей сонную артерию.

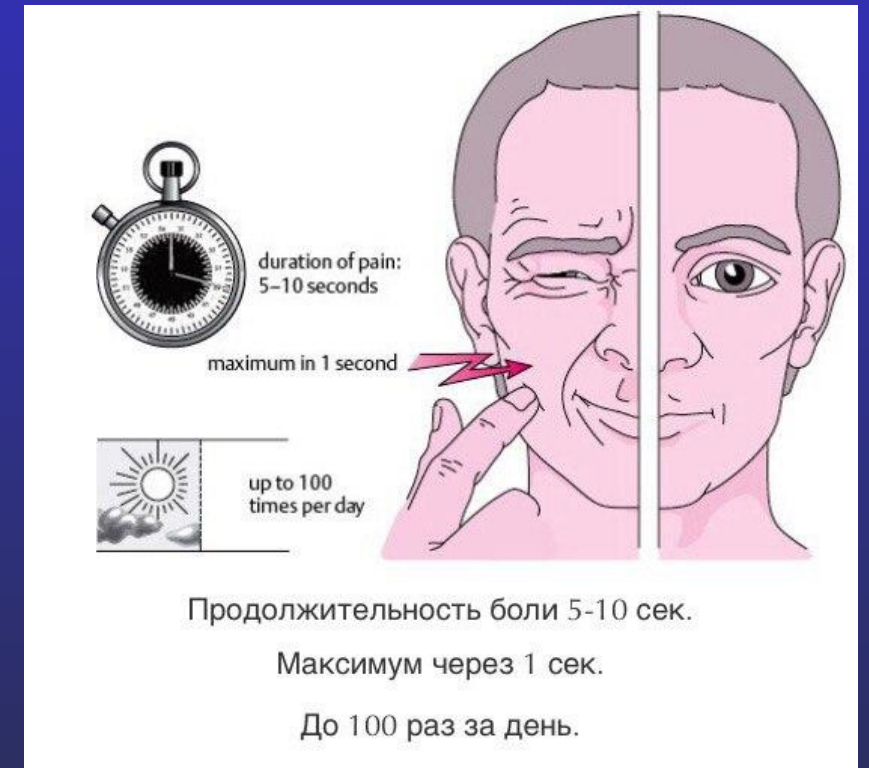
Нейрогенные причины лицевой боли

1. Невралгия тройничного нерва

Интракраниальными причинами сдавления могут быть объемный процесс в задней черепной ямке (опухоли: невринома слухового нерва, менингиома, глиома моста), дислокация и расширение извитых мозжечковых артерий, вен, аневризма базилярной артерии, менингит, спаечные процессы после травм, инфекций. Среди экстракраниальных факторов отмечаются: формирование туннельного синдрома (сдавление II и III ветви в костных каналах - подглазничном и нижней челюсти при врожденной их узости и присоединении сосудистых заболеваний в пожилом возрасте), местный одонто- или риногенный воспалительный процесс.

Несколько кратких приступов (< 2 минут каждый) в основном происходят последовательно. Боль – почти всегда вызывается более мягким стимулом или действием (например, жевание, разговор, глотание, касание лица, холодный воздух, чистка зубов, бритье)

Приступы могут сохраняться в течение многих недель до месяцам или может спонтанно пройти много недель, или даже лет, прежде, чем произойдет другой приступ.



Невралгия языкоглоточного нерва

Это заболевание обычно диагностируется у пожилых. Его типичное проявление — молниеносная боль в корне языка, подглоточной области и миндалинковой ямке, с иррадиацией в ухо. Боль может быть вызвана глотанием (особенно холодной жидкости), разговором или высовыванием языка. В редких случаях приступы боли сопровождаются обмороком. Фармакологическое лечение этого заболевания аналогично лечению невралгии тройничного нерва. Если требуется хирургическое лечение, наиболее успешным может оказаться пересечение языкоглоточного нерва и верхнего корешка блуждающего нерва.

Невралгия верхнегортанного нерва

Эта разновидность краниальных невралгий вызывает пароксизмальные боли по углам нижней челюсти, а также в гортани — с одной или с обеих сторон, концентрирующиеся в районе верхушки щитовидного хряща либо на уровне кости, к которой прилегает корень языка (подъязычной). Болевой синдром иррадирует вверх (к глазам и ушам) и вниз (до грудной клетки), сопровождается повышенным слюноотделением, кашлем, приступами икоты. Боль возникает при глотательных движениях, зевке или кашле, попытке высморкаться либо просто при резком движении головы.

Невралгия Ханта

Поражение лицевого нерва в области коленчатого узла - невралгия Ханта. Чаще всего имеет вирусную природу (вирус опоясывающего лишая, или ветряной оспы). При невралгии Ханта в типичных случаях ведущим симптомом является боль. Вначале она жгучая, затем сменяется невралгической. Локализуется внутри слухового прохода, ей сопутствуют герпетические высыпания на коже ушной раковины и наружного слухового прохода. Иногда сыпь распространяется на слизистую оболочку глотки, боковую и дорзальную поверхности передних 2/3 языка. Выделяют четыре формы herpes zoster oticus: 1) без невралгических проявлений; 2) с невралгией и параличом гомолатеральной ветви лицевого нерва; 3) с параличом VII пары и снижением слуха; 4) с параличом гомолатеральной ветви лицевого нерва и вовлечением в процесс вестибулярного нерва.

Синдром шея-язык (цервиколингвальный синдром)

характеризуется интенсивной, часто односторонней болью в шее, провоцирующейся внезапным поворотом головы и сопровождающейся онемением половины языка на той же стороне. Возникает в результате подвывиха в атлантоаксиальном сочленении с натяжением корешка 2-го шейного спинномозгового нерва, обеспечивающего афферентную иннервацию языка. Может наблюдаться при ревматоидном артрите, врождённой разболтанности суставов. Иммобилизация с помощью мягкого воротника обычно облегчает состояние.

Затылочная невралгия

Причины:

- Остеоартрит суставов верхних шейных позвонков;
- Травма большого и малого затылочного нервов;
- Компрессия (сдавление) большого и малого затылочного нервов или второго – третьего шейных нервных корешков вследствие дегенеративных изменений (остеохондроз и т.д.);
- Заболевания межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника;
- Опухоль, поражающая второй– третий шейный нервный корешок;
- Подагра;
- Сахарный диабет;
- Воспаление кровеносных сосудов;
- Инфекция.

Симптомы затылочной невралгии включают в себя жгучую, пульсирующую боль, продолжительного характера, иногда переходящую в стреляющую. Обычно боль начинается в основании черепа, и может отдавать в разные отделы головы. У некоторых больных может отмечаться боль в области глаза (на той стороне, где имеется патология). Боль чаще всего бывает с одной стороны, но иногда встречается и с обеих сторон. У некоторых больных определенные движения шеи могут способствовать началу болей (как при невралгии тройничного нерва).

Смешанные (сосудисто-Нейрогенные причины)

- **Паратригеминальный синдром Редера**- Сочетание расстройств чувствительности на лице (гиперестезия, Herpes zoster, гипо- и анестезия) с горнеровским синдромом на той же стороне носит название паратригеминального синдрома (Редера — Rader). Болевой синдром несёт в себе компоненты цефалгического и прозопалгического синдромов: односторонние приступообразные интенсивные головные боли «сверлящего», пульсирующего характера («сосудистая» головная боль) в области половины лба, глаза и щеки, иногда с иррадиацией в шею; парестезии в указанных областях. Зачастую боли сопровождаются тошнотой, рвотой. Симптомы обычно появляются по утрам и сохраняются до середины дня. Кроме болевого синдрома у больных отмечается синдром (Бернара—)Горнера, чаще неполный (без нарушений потоотделения), иногда — полный. Расширения зрачка в ответ на введение кокаина не наблюдается. Среди заболевших значительно преобладают мужчины
- **Этиология синдрома** — ограниченные процессы различного характера (травмы, воспалительные процессы, опухоли, аневризма внутренней сонной артерии) в непосредственной близости от узла Гассера, являющиеся пусковым механизмом раздражения симпатических волокон.

Височный гигантоклеточный артериит

- **Болезнь Хортона или Гигантоклеточный (гигантоклеточный) темпоральный (височный) артериит (ГТА)** - системное заболевание почти исключительно лиц пожилого или старческого возраста, характеризующееся гранулематозным гигантоклеточным воспалением преимущественно экстра- и интракраниальных сосудов. Поражаются – средние и крупные артерии, как правило - одна или несколько ветвей сонных артерий. Особенно часто страдает височная артерия.
- **Этиология** болезни Хортона – неизвестна. Предполагается влияние инфекционных факторов, в частности, вирусов гриппа и гепатита.
- **Гигантоклеточный артериит следует заподозрить при обнаружении у пожилого больного лихорадки, головной боли, анемии и повышения СОЭ.** Первые симптомы: боли в мышцах плечевого и тазового пояса («ревматическая полимиалгия»), головная боль, лихорадка. Может болеть кожа волосистой части головы, бывает боль по типу «перемежающейся хромоты» в жевательных мышцах и языке. Общие симптомы: фебрильная лихорадка, головная боль, иногда очень сильная, ревматическая полимиалгия, боль при жевании, анорексия, слабость. Для болезни Хортона характерны такие симптомы, как: болезненность при пальпации и уплотнение височных и теменных артерий, узелки на волосистой части головы, редко синдром дуги аорты и поражение других крупных артерий, что дает свою симптоматику.

Болевая офтальмоплегия Толосы-Ханта.

- проявляется поражением структур, проходящих через верхнюю глазничную щель (глазничная артерия и вена, отводящий, блоковый, глазодвигательный нервы, первая ветвь тройничного нерва), и прилегающего к ней кавернозного синуса. Клиническая картина синдрома Толоза-Ханта характеризуется болями чаще в области орбиты, диплопией, экзофтальмом и хемозом, которые проявляются в различных сочетаниях и бывают разной степени выраженности

Болевые синдромы неясного генеза.

- **САНКТ-синдром** -короткодлющаяся односторонняя невралгическая головная боль с покраснением конъюнктивы и слезотечением) представляет собой редкую форму головной боли, нозологическая самостоятельность которой окончательно не доказана. Болевой синдром проявляется жгучей, колющей болью или ощущением удара электрическим током длительностью от 5 до 250 сек. Частота атак варьирует 1-2 в день до 10-30 в час, иногда приобретая ритм «пучков» с локализацией боли в орбитальной и перiorбитальной области. Приступы боли провоцируются движениями головой и иногда вызываются раздражением кожных курковых зон в области лица.

Идиопатическая колющая боль

- Боль может быть спровоцирована хирургическим вмешательством на лице, травмой лица, зубов или дёсен, однако её постоянство не удаётся объяснить ни одной локальной причиной. Боли не соответствуют диагностическим критериям ни одной из описанных форм краниальных невралгий и не связаны с какой-либо другой патологией. Вначале боли возникают в ограниченной области на одной половине лица, например, в области носогубной складки или одной стороны подбородка.

Рефлекторная симпатическая дистрофия лица и «центральная» боль.

- обычно наблюдается в той или иной конечности и проявляется жгучей болью, гиперпатией и аллодинией (сенсорные стимулы разных модальностей в болевой зоне воспринимаются как болевые), а также вазомоторными, судомоторными и трофическими нарушениями. КРБС в области лица может развиваться после хирургической и другой проникающей травмы в челюстно-лицевой области, стоматологических вмешательств. Большинство пациентов сообщают о жгучих, иногда колющих болях, которые усиливаются при лёгком прикосновении, воздействии теплом, холодом и под влиянием эмоционального стресса. Иногда имеет место локальный отёк, покраснение, индурация. Но в области лица не наблюдается остеопороз, сосудистые и трофические нарушения, типичные для этого синдрома в области конечности. Боль купируется симпатической блокадой или симпатэктомией (звёздчатый узел).

Соматогенные боли

Миогенные (миофасциальный болевой синдром). Миофасциальный болевой синдром в мышцах шеи и плечевого пояса может проявляться отражёнными болями в той или иной зоне лица и головы:

- Боль в височной области характерна для миофасциальных синдромов с триггерными точками в трапецевидной, жевательной и височной мышцах.
- Боль в лобной области - при миофасциальном синдроме в жевательной и полуостистой мышцах головы.
- Боль в области уха и височно-нижнечелюстного сустава - латеральная и медиальная крыловидная мышца, а также жевательная и жевательная мышцы.
- Боль в области глаза и брови - жевательная, височная, ременная и жевательная мышцы.

Синдром Костена

- дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, которая развивается при неправильном прикусе и связанным с ним неравномерным напряжением крыловидных, жевательной и височной мышц. Синдром Костена проявляется односторонними ноющими болями в околоушной области, особенно спереди от уха, усиливающимися при жевании. Открывание рта ограничено, что не всегда осознаётся больным. При открывании рта челюсть иногда совершает S-образное движение. В жевательной мышце выявляются триггерные точки с характерными отражёнными болями. Рентгенография не обнаруживает изменений височно-нижнечелюстного сустава.
- **Артрогенные боли** – развиваются при артрозе или артрите височно-нижнечелюстного сустава, которые приводят к похожей клинической картине, но в отличие от синдрома Костена сопровождаются рентгенологическими изменениями в суставе (сужение суставной щели, деформации суставных поверхностей и головки нижней челюсти и др.).
- **Офтальмогенные боли** развиваются при глаукоме и других заболеваниях глаз (воспалительные, травматические и объёмные процессы, нарушения рефракции, фантомные боли после энуклеации глазного яблока); последние иногда выявляются только при специальном исследовании. Боли локализуются в области глазного яблока и периорбитально, но могут обладать и более широкой зоной распространения.

- 
- **Оториногенные боли** характерны для воспалительных заболеваний уха (отит), придаточных пазух носа (гайморит, фронтит, этмоидит, сфеноидит) и близлежащих структур (мастоидит, петрозит). В этих случаях головная и лицевая боль развивается одновременно с клиническими и рентгенологическими признаками заболевания ЛОР-органов и соседних тканей.
 - **Одонтогенные боли** в лице могут наблюдаться при таких процессах как кариес, пульпит, периодонтит, абсцесс, гингивит, заболеваниях и повреждениях слизистой полости рта (механическая, химическая или термальная травма, вирусные инфекции, железодефицитная анемия, радиационная терапия в этой области, остеомы и другие опухоли, заболевания слюнных желез, повреждения неизвестной этиологии). Обследование (осмотр, перкуссия, пальпация) обычно выявляют источник одонтогенной боли. В зависимости от причины и её локализации в полости рта боли могут иррадиировать за пределы полости рта: в ухо, височную область, верхнюю челюсть, нижнюю челюсть, в область гортани, носа, лба, темени.
 - **Висцерогенные лицевые боли**. Парестезии с болевым компонентом описаны при полицитемии, во время беременности, заболеваниях пищеварительной системы. Хорошо известны кардиогенные боли в области нижней челюсти.

Психогенные лицевые боли

- Галлюциногенные боли сопровождают психические заболевания, такие как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз. Отличаются сложностью и труднодоступностью понимания вербальных характеристик и ярко выраженным сенестопатическим компонентом («змеи пожирают мозг», «черви продвигаются по челюсти» и т.п.). Истерические лицевые боли обычно симметричные, часто сочетаются с головными болями, их интенсивность варьирует в течение дня. Пациенты характеризуют их как «ужасные, нестерпимые», но при этом они мало отражаются на повседневной активности. Лицевые боли при депрессиях чаще двусторонние, обычно сочетаются с головными болями, часто отмечают сенсопатии, выражаемые простыми вербальными характеристиками. Сочетаются с основными симптомами депрессии (двигательная заторможенность, брадифрения, мимические маркёры депрессии, такие как опущенные углы рта, складка Вергаута и др.).

Диагностика прозопалгий

- В большинстве случаев лицевая боль сама по себе не является диагнозом, а представляет собой лишь синдром. В связи с этим важное значение имеет выявление/исключение основного заболевания, явившегося причиной прозопалгии. В ходе диагностики неврологом-алгологом проводится тщательное изучение различных характеристик болевого феномена, пальпация мышц лица, выявление триггерных точек (мест интенсивной пальпаторной болезненности). Исключение/подтверждение симптоматического характера лицевой боли осуществляется с участием офтальмолога, стоматолога, отоларинголога.
- При необходимости проводится рентгенография зуба, ортопантограмма, рентгенография околоносовых пазух и височно-нижнечелюстного сустава, отоскопия и фарингоскопия, измерение внутриглазного давления, осмотр структур глаза и пр. С целью выявления воспалительных изменений назначается клинический анализ крови. Психогенная и атипичная прозопалгия являются показанием для консультации психиатра или психотерапевта с психологическим тестированием и патопсихологическим обследованием.

Лечение

- Терапия лицевой боли всецело зависит от ее этиологии. Симптоматическая прозопалгия- лечения основного заболевания — отита, синусита, пульпита и т. д. При воспалительном генезе неврогенная, сосудистая и миогенная прозопалгии лечатся путем назначения противовоспалительных препаратов (диклофенака, индометацина, ибупрофена, нимесулида и др.). Для купирования боли в триггерных точках могут проводиться лечебные блокады с введением кортикостероидов и местных анестетиков. При тройничной невралгии эффективно применение финлепсина (карбамазепина), при ганглионитах — ганглиоблокаторов (бензогексония, пентамина), при болезни Хортона — кортикостероидов (преднизолон). С противовоспалительной целью дополнительно используются физиотерапевтические методы: ультрафонофорез гидрокортизона, ДДТ, магнитотерапия, электрофорез.
- Терапия лицевой боли компрессионного генеза помимо противовоспалительного лечения включает сосудистые (никотиновая к-та, эуфиллин) и противоотечные (антигистаминные, мочегонные) средства, витамины гр. В. Неэффективность консервативной терапии является показанием к хирургическому лечению (например, микрохирургической декомпрессии тройничного нерва). Стойкая прозопалгия при ганглионевритах выступает показанием к удалению пораженного ганглия, при тригеминальной невралгии в таких случаях мерой временного купирования боли является радиочастотная деструкция корешка тройничного нерва.
- Во многих случаях обязательной составляющей лечения лицевой боли выступает седативная терапия: успокаивающие травяные сборы, мягкие транквилизаторы (мебикар), антидепрессанты (деприм, флувоксамин, сертралин). При необходимости назначаются вегетотропные средства (беллатаминал, беллоид). Терапия психогенной прозопалгии проводится методами психотерапии и подобранными в соответствии с клиническими особенностями психотропными препаратами: транквилизаторами, нейролептиками, антидепрессантами. Показаны электросон и дарсонвализация.