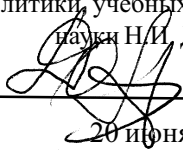


# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

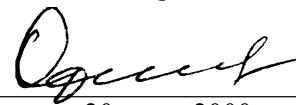
Заместитель начальника  
Главного управления кадровой  
политики, учебных заведений и  
науки Н.И. Доста



20 июня 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель  
министра здравоохранения  
В.М. Ореховский



20 июня 2000 г.

Регистрационный № 78-0005

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯЗЫКА

Минск 2000

***Учреждения-разработчики:***

Беларусская медицинская академия последипломного образования  
Институт физиологии НАН Беларуси

***Авторы:*** д-р мед. наук, проф. И.К. Луцкая, д-р мед. наук, проф. В.А. Кульчинский, И.Г. Чухрай

***Рецензенты:*** д-р биол. наук, проф. В.В. Солтанов, д-р мед. наук, проф. П.А. Леус, канд. мед. наук И.Н. Семененя

Методические рекомендации посвящены проблемам дифференциальной диагностики и методам лечения заболеваний языка неврогенной этиологии.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Нейростоматология изучает особенности иннервации челюстно-лицевой области и чувствительные, двигательные, секреторные и трофические расстройства, связанные с нарушением иннервации в этой области.

В клинической практике чувствительные расстройства (парестезии, гипералгезии, гипоалгезии) часто доминируют над моторными нарушениями. В связи с локализацией чувствительных расстройств в челюстно-лицевой области больные этой группы чаще обращаются к стоматологу, а не к невропатологу. Квалифицированный стоматолог может провести дифференциальную диагностику, исключить (или установить) заболевания органов и тканей челюстно-лицевой области и определить предварительный диагноз неврогенного заболевания: невралгии, неврита, ганглионита или висцерорефлекторного стволового синдрома — *глоссодинии*.

В отечественной и зарубежной литературе при изложении клинической симптоматики неврогенных заболеваний языка парестезии часто отождествляются с болями: термины «глоссалгия», «глоссодиния» считаются синонимами. В настоящее время накоплены достаточные клинические и экспериментальные данные для четкого разграничения глоссалгий и глоссодинии. Болевые ощущения в области языка являются одним из признаков поражения регионарных *периферических* соматических или вегетативных нервных образований. *Глоссодиния (парестезия языка)* — системное заболевание с преимущественным поражением группы ядер понтобульбарного отдела ствола головного мозга (т.е. *центрального* отдела нервной системы) — является самостоятельной нозологической единицей.

## ИННЕРВАЦИЯ ЯЗЫКА

Соматические нервы: язычный (ветвь нижнечелюстного нерва), языкоглоточный, барабанная струна (ветвь промежуточно-лицевого нерва), подъязычный.

**Язычный нерв (п. *lingualis*)** — одна из ветвей нижнечелюстного нерва (третьей ветви тройничного нерва — V-ой пары черепно-мозговых нервов), чувствительный. Первый нейрон находится в тригеминальном узле Гассера, дендрит (в язычном нерве) осуществляет чувствительную иннервацию передних 2/3 гомолатеральной половины языка. Второй нейрон находится в чувствительных ядрах тройничного нерва в стволе головного мозга — бульбоспинальном и понтинном. Аксоны этих нейронов в составе средне-мозгового пути тройничного нерва присоединяются к медиальной петле и заканчиваются в нижнем отделе постцентральной извилины коры головного мозга.

Необходимо отметить, что чувствительный корешок тройничного нерва в средней части моста Т-образно делится на восходящий и нисходящий пучки. Проводники глубокой (мышечно-суставной и тактильной) чувствительности образуют восходящий пучок и идут к понтинному ядру. Проводники поверхностной (болевой и температурной) чувствительности в составе нисходящего пучка направляются к бульбоспинальному ядру тройничного нерва. При этом волокна, идущие от латеральных отделов лица, оканчиваются в нижнем отделе бульбоспинального ядра независимо от того, из какой ветви тройничного нерва они происходят. Волокна от

медиальных отделов лица оканчиваются в верхнем отделе бульбоспинального ядра. Поэтому зоны нарушения чувствительности на лице и в полости рта при неполном поражении бульбоспинального ядра носят сегментарный или «луковичный» характер. Выделяют шесть сегментов лица — центральные, средние и периферические (до теменно-ушно-подбородочной линии), связанные соответственно с верхним, средним и нижним отделами бульбоспинального ядра, что учитывается при топической диагностике. Так, при *глоссодинии* в связи с поражением бульбоспинального ядра нарушается поверхностная чувствительность (болевая и температурная) при сохранности глубокой, т.е. нарушение чувствительности носит диссоциированный характер. Анестезии в центральных участках лица, передних отделах языка свидетельствуют о патологических изменениях в верхнем отделе бульбоспинального ядра.

**Языкоглоточный нерв (n. glossopharyngeus — IX-ая пара черепно-мозговых нервов)** — смешанный, содержит чувствительные, вкусовые, двигательные и секреторные волокна. Ядра нерва расположены в дорзальных отделах продолговатого мозга. Чувствительные и вкусовые волокна начинаются от клеток верхнего и нижнего ганглиев, расположенных по ходу ствола нерва под основанием черепа вблизи яремного отверстия. Дендриты чувствительных клеток вместе с чувствительными волокнами блуждающего нерва иннервируют заднюю треть гомолатеральной половины языка, небной миндалины, небных дужек, слизистой оболочки верхнего отдела глотки. Аксоны нейронов заканчиваются в чувствительном ядре (*nucleus alae cinereae*) в стволе головного мозга. Путь второго и третьего нейронов *n. glossopharyngeus* аналогичен пути второго и третьего нейронов тройничного нерва.

Дендриты вкусовых клеток осуществляют вкусовую иннервацию задней трети гомолатеральной половины языка, аксоны вкусовых клеток заканчиваются в ядре солитарного тракта (*nucleus tractus solitarius*), расположенного на дне четвертого желудочка. Аксоны клеток вкусового ядра в составе медиальной петли направляются в наружное ядро таламуса, где расположен третий нейрон, центральные отростки которого оканчиваются в корковом отделе вкусового анализатора — латеральной части постцентральной извилины.

**Барабанная струна (chorda tympani)** — ветвь промежуточно-лицевого нерва (*n. intermedius, Wricbergi*, называемый также XIII черепно-мозговым нервом) осуществляет вкусовую иннервацию передних 2/3 гомолатеральной половины языка. Клетки первого нейрона расположены в колене канала лицевого нерва в височной кости. Дендритом вкусовых клеток является барабанная струна, идущая к языку вместе с язычным нервом (ветвь тройничного нерва), а аксоны вкусовых клеток заканчиваются во вкусовом ядре (*nucleus tractus solitarius*) в стволе головного мозга (вкусовое ядро общее для языкоглоточного и промежуточно-лицевого нервов). Дальнейший путь вкусовых волокон в корковый центр вкуса аналогичен пути второго и третьего нейронов вкусовых волокон языкоглоточного нерва.

**Подъязычный нерв (n. hypoglossus)** — двигательный. Ядро нерва расположено в продолговатом мозге в дне ромбовидной ямки, корешок нерва выходит из черепа через канал подъязычного нерва и иннервирует мышцы

гомолатеральной половины языка. Это периферический нейрон двухнейронного двигательного пути. Центральный нейрон представлен аксонами двигательных клеток нижнего отдела прецентральной извилины противоположного полушария головного мозга, проходящими в общем двигательном пути и оканчивающимися в бульбарном ядре подъязычного нерва.

Таким образом, чувствительные расстройства языка могут быть обусловлены поражением трехнейронного чувствительного пути язычного, языкоглоточного и промежуточно-лицевого нервов на различных уровнях, а также поражением нижнего отдела постцентральной извилины противоположного полушария головного мозга, где чувствительное представительство языка занимает доминирующее место по сравнению с другими органами. Двигательные расстройства языка могут быть обусловлены также поражением двухнейронного двигательного пути на различных уровнях мозга или деструкцией нижнего отдела прецентральной извилины противоположного полушария головного мозга.

Вегетативно-висцеральная иннервация языка представлена на периферии вегетативными узлами — поднижнечелюстным, подъязычным и верхним шейным. Чувствительные нейроны этих вегетативных узлов анатомически и функционально связаны не только с тройничным, языкоглоточным и промежуточно-лицевым нервами, иннервирующими челюстно-лицевую область, но и с симпатическим стволом и блуждающим нервом, иннервирующими отдаленные органы грудной, брюшной полостей, малого таза. Чувствительные клетки (II типа Догеля) вегетативных узлов головы и шеи получают импульсы по длинному (до 0,9 м) дендриту от внутренних органов. При заболеваниях внутренних органов изменяются условия для генерации рецепторного потенциала в тканях, а, следовательно, и для формирования амплитуды и частоты импульсов, идущих по афферентным вегетативным волокнам. Возникает перерасстройство вегетативных клеток в узлах (ирритация по Маркелову). Вначале развиваются функциональные, а затем и морфологические изменения чувствительных нейронов этих вегетативных узлов. Трансформированные импульсы от вегетативных узлов передаются по аксонам в вегетативные центры ствола головного мозга.

Тесная связь соматических и вегетативных образований осуществляется в области нервных окончаний, в вегетативных узлах головы и шеи, ядрах черепно-мозговых нервов в стволе головного мозга, лимбико-ретикулярном комплексе. Анатомо-функциональные связи создают особые условия для развития и течения чувствительных нарушений, проявляющихся при патологических процессах в нервной системе синдромами расстройств чувствительности в области языка (боли и парестезии).

Таким образом, чувствительные нарушения языка возникают не только при поражениях регионарных (соматических и вегетативных) нервных образований, но и при патологических процессах в отдаленных органах, функционально и анатомически связанных с шейно-краниальным отделом нервной системы. Патоморфологическим субстратом болевых и парестетических синдромов языка являются регионарные нервные образования — соматические или вегетативные, периферические или центральные.

## КЛАССИФИКАЦИЯ

Сложность диагностики неврогенных заболеваний языка заключается в большом полиморфизме чувствительных нарушений, обусловленном избирательностью поражения регионарных соматических или вегетативных нервных образований, центральных или периферических участков, а также характером и степенью поражения (ирритативный или дистрофический процесс).

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования позволили дифференцировать чувствительные синдромы языка (Яворская Е.С., 1967). Основой систематики является клиническая картина и анатомический субстрат синдрома (таблица).

1 группа Болевые синдромы (глоссалгии)		2 группа Парестетические синдромы
соматические	вегетативные	
Невралгия, неврит язычного нерва	Ганглионит поднижнечелюстного, подъязычного и верхнего шейного вегетативных узлов	Глоссодиния — висцерорефлекторный стволочной синдром
Невралгия, неврит языкоглоточного нерва	Синдром периваскулярной алгии языка	Сирингобульбия, поражение мозга в результате сосудистых расстройств, опухоли ствола головного мозга
Неврит промежуточно-лицевого нерва	Шейный симпатический тунцит	

Согласно вышеприведенной схеме, все чувствительные синдромы языка по клинической картине делятся на две большие группы — *болевые* и *парестетические*; болевые, в свою очередь, подразделяются по анатомическому субстрату на соматические и вегетативные. Изучение чувствительных расстройств языка позволило выделить *парестетический* — висцерорефлекторный стволочной синдром (*глоссодинию*) в самостоятельную нозологическую единицу. Важно отметить, что каждая группа заболеваний характеризуется типичной клинической симптоматикой (жалобами и объективными данными), что создает возможность на основании объективных признаков установить топический диагноз заболевания языка неврогенной этиологии.

## МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Современные клинические, параклинические и лабораторные методы исследования больного используются не только для установления диагноза, но и для выяснения этиологических факторов и патогенетических

механизмов заболевания. Изучение стоматологического и стомато-неврологического статуса больного имеют целью исключить заболевания органов и тканей полости рта и установить диагноз заболевания языка неврогенной этиологии.

Способ диагностики заболеваний языка неврогенной этиологии состоит из тщательного опроса пациента, при котором необходимо выяснить характер болей или парестезии, их локализацию, нарушение слюноотделения и вкуса и другие жалобы (расстройства глотания, речи, изменение голоса, ограничение подвижности языка). Боль изучают с позиции феноменологии: характер, интенсивность, длительность, локализация, частота болевых приступов, факторы, провоцирующие боль. Исследование стомато-неврологического статуса включает исследование функций тройничного, промежуточно-лицевого, языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов (исследование поверхностной, глубокой и вкусовой чувствительности, объема, движений языка, а также состояния регионарных соматических и вегетативных нервных образований методом скользящей, фиксирующей пальпации).

Из дополнительных методов исследования используют рентгенографию альвеолярных отростков челюстей, височно-нижнечелюстного сустава, черепа, шейного отдела позвоночника; изменение кожной температуры, определение электропотенциалов области регионарных рецепторных полей, электроэнцефалографию, реоэнцефалографию.

## ГЛОССОДИНИЯ

*Этиология:* заболевание внутренних органов и систем; функциональные неврозы; скрытая депрессия.

*Клинические проявления:* страдают, в основном, женщины от 30 до 60 лет в 90% случаев болезненный процесс локализуется на слизистой оболочке языка, боли разлитые без четких контуров, в 10% случаев распространяются на слизистую полости рта и нёба. Характер ощущений — жжение, покалывание, пощипывание, чувство жара; боли ломящего, давящего характера. Во время еды, при разговоре боль исчезает, что является важным диагностическим признаком. Неприятные ощущения могут усиливаться ночью.

Неприятные ощущения в языке бывают настолько интенсивны, что выступают на первое место в жалобах пациента, обратившегося за помощью. Приходилось наблюдать больных с тяжелыми поражениями сердечно-сосудистой или нервной системы, однако при этом больные считали наиболее мучительными симптомами парестезию слизистой оболочки полости рта.

Нередко развивается канцерофобия, тщательно скрываемая пациентом, который стремится многократно общаться с врачом. Необходимо профессиональное умение, такт и тщательный опрос для выявления страха больного перед опасным заболеванием.

Из объективных признаков отмечается ксеростомия, особенно ночью, но может быть и гиперсаливация. Кроме того, наблюдаются различные нарушения сна; больные раздражительны, плаксивы, чувствительны к

яркому свету, громкому разговору. При осмотре обнаруживается, что слизистая оболочка полости рта и языка не изменена, если не присоединяются симптомы сопутствующих заболеваний (например, десквамация эпителия при патологии желудочно-кишечного тракта). Блокада нервных образований не дает длительного лечебного эффекта. Этот признак рассматривается как подтверждение диагноза.

*Дифференциальная диагностика* проводится с *глоссалгией*, причиной которой является заболевание ЦНС инфекционного, травматического, сосудистого происхождения. Локализация — передние 2/3 языка, весь язык, корень языка. Характер ощущений: набухание, тяжесть, неловкость, невнятная речь, симптом «сжатия языка». Боль во время еды не исчезает. Наблюдаются вегетативные расстройства: гиперемия или побеление слизистой языка, полости рта; отечность языка и щек. Боль исчезает после новокаиновой блокады регионарных, ганглионарных, вегетативных или симпатических нервных образований.

*Глоссит* отличается причиной возникновения: механическая, физическая, химическая травмы, инфекция. Локализуется боль в месте повреждения, носит ноющий характер, усиливается при приеме пищи, под влиянием механических, физических, химических факторов. Вегетативных расстройств нет (иногда гиперсаливация). После аппликационной анестезии отмечается кратковременное исчезновение боли.

*Ганглионит* поднижнечелюстного и подъязычного вегетативного узлов отличается от глоссодинии этиологическим фактором: причина возникновения — инфекция, интоксикация. Боль при ганглионите носит жгучий характер, усиливается при приеме пищи, разговоре от соприкосновения языка с зубами. Зона возникновения боли — передние 2/3 языка, подъязычная и поднижнечелюстная области, соответственно области иннервации пораженного ганглия. Отек языка, нарушение слюноотделения бывают почти постоянно. Очень болезненна пальпация языка. Болезненны проекционные точки подбородочного нерва, подъязычного и поднижнечелюстного узлов.

Лечение проводят стоматолог и невропатолог.

*Местная терапия* заключается в санации полости рта для устранения факторов, усиливающих или провоцирующих парестезии (гальваноз, грибковые поражения, дефекты пломб и протезов, острые края зубов и т.д.).

*Этиотропное лечение* заключается в терапии соматических заболеваний.

*Патогенетическое лечение:* рекомендуется беллоид (восстанавливает соотношение возбуждения и торможения) или беллоспон в таблетках 2–3 раза в день в течение 2–4 недель; ганглиоблокирующие средства, спазмолитики. Их назначают совместно с фосфолипосодержащими препаратами (АТФ по 1 мл; липоцеребрин по 0,15 г 3 раза в день).

Для нормализации гомеостаза и функции нервной системы применяют витамины В<sub>6</sub>+В<sub>1</sub> по 1 мл 5% раствора (10–15 в/м), В<sub>12</sub> (10–20 инъекций) в/м, 1% РР — по схеме, С; В<sub>2</sub>; Е и др. Из седативных препаратов используют 3% р-р натрия бромид по 1 ст. л. 3 раза в день в течение 2 недель.



При выраженном возбуждении с нарушением сна назначают транквилизаторы: седуксен по 0,025 г 1–2 раза в день; триоксазин по 0,3 г 2–3 раза в день; мепробамат — 1,5–2 г в сутки. Могут назначаться противосудорожные: тегретол (финлепсин). Антидепрессанты оказывают положительное действие по схеме: амитриплинан (триптизон). Адаптоген (элеутерококк) назначают также по одной из схем в зависимости от общего состояния пациента.

Для устранения или ослабления болевого и парестетического синдрома, нарушения слюноотделения, вкуса применяют блокады ветвей тройничного нерва и шейно-краниальной области (крылонебных, подчелюстных, подъязычных — 2% раствором лидокаина или тримекаина).

При наличии очага парестезии в области иннервации 3-й ветви тройничного, языкоглоточного нервов, 1 и 2 шейных сегментов применяют электрофорез на передние шейные, симпатические ганглии и гальванический воротник по Щербаку (с хлористым кальцием), чередуя их через день. Используется также дарсонвализация области верхних и нижних шейных симпатических узлов и боковых поверхностей языка. Возможны гипнотерапия; ауриколотерапия; электросон; иглорефлексотерапия. Хороший эффект обеспечивает гирудотерапия (Спицина В.И.).

Эффективен массаж языка с масляными ротовыми ванночками, который обеспечивает рефлекторную тренировку, эндозкологическую санацию, противовоспалительное и регенерирующее действие. Эффективен также электрофорез с террилитином на подчелюстную область № 6 (растворить в 5 мл физраствора, вводить 10 мин с анода и 10 мин с катода) (Левин В.И.).

Из хирургических методов применяют алкоголизацию язычного нерва смесью 80 % спирта и 2 % новокаина.

## **НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

*Этиология:* сужение костных каналов; воспалительные процессы придаточных пазух носа; воспалительные процессы зубочелюстной области; опухоли; сосудистая патология; различные инфекции; в пожилом и старческом возрасте — нарушение питания Гассерова узла.

*Клинические проявления:* приступы острой боли в зоне иннервации тройничного нерва. Наиболее часто поражаются I и II ветви. Боли длятся от нескольких секунд до нескольких минут. Частота приступов различная. Боли носят мучительный характер, провоцируются жеванием, разговором и пр. Приступы могут провоцироваться прикосновением к триггерным или «курковым» зонам. Они чаще всего локализуются у крыла носа, на слизистой полости рта, в углах рта, в месте выхода ветвей тройничного нерва.

Болевые пароксизмы сопровождаются вегетативными нарушениями в виде слезотечения, ринореи, гиперсаливации и др. Во время приступа нередко наблюдаются рефлекторные тонические или клонические судороги мышц.

Характерным признаком невралгии III-й ветви тройничного нерва является наличие курковых зон и отсутствие симптомов выпадения чувствительности.

Невралгия I-й ветви тройничного нерва характеризуется наличием боли в зоне иннервации I-й ветви. Невралгия II-й ветви тройничного нерва отличается выраженностью курковых зон, продолжительностью боли до нескольких минут. Вегетативные нарушения выражены слабо. Смазывание слизистой оболочки раствором дикаина приступы не купирует. Характерным признаком невралгии III-й ветви тройничного нерва является наличие курковых зон и отсутствие симптомов выпадения чувствительности.

*Дифференциальная диагностика* проводится с ганглионитом крылонёбного узла, при котором продолжительность болей от нескольких часов до суток, курковые зоны отсутствуют, вегетативные нарушения выражены сильно. Смазывание раствором дикаина слизистой купирует приступ боли.

Для мигрени характерны боли в зоне сосудистого бассейна продолжительной длительностью (часы, сутки). Бывают тошнота и рвота, «курковые» зоны отсутствуют.

*Лечение* включает нейротропные препараты: *противосудорожные* — тигретол (финлепсин по схеме), триметин 0,3 г и др. с димедролом, пипольфеном; *антидепрессанты* — нуредаль, триптизол (по схеме), витамины В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, РР; биогенные стимуляторы — алоэ, стекловидное тело, ФИБС; при сосудистой патологии спазмолитики и гипотензивные — папаверин (2% по 2 мл), зуфиллин (2,4% по 10 мл) (на курс по 10 инъекций), но-шпа (2 % 2 мл); физиотерапия — флюктуирующие токи, диадинамик, электрофорез с новокаином, гальванизация, УЗ-терапия, фонофорез и др.

## НЕВРАЛГИЯ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА

*Этиология:* хронический тонзилит, тонзилэктомия, хронические синуситы, гипертрофия шиловидного отростка, аневризма сонной артерии, опухоли яремного синуса, атеросклероз.

*Клиника* характеризуется приступами жгучих болей в области миндалин, корня языка, которые распространяются на нёбную занавеску, горло, ухо. Иногда боли иррадиируют в глаз, нижнюю челюсть, шею. Во время боли появляется сухость в горле или гиперсаливация. «Курковые» зоны располагаются в области миндалин или корня языка (больные избегают приемов пищи). Боли односторонние. Болевая точка определяется за углом нижней челюсти. Достоверным признаком является гиперчувствительность к горькому в задней трети языка (все вкусовые раздражители воспринимаются как горькие), снижение глоточного рефлекса, ослабление подвижности мягкого нёба, затруднение глотания. У отдельных больных могут появляться симптомы выпадения, соответствующие зоне иннервации языкоглоточного нерва (невротическая стадия невралгии). В отдельных случаях во время приступа развиваются пресинкопальные или синкопальные состояния (головокружения, потеря сознания, падение артериального давления). Смазывание корня языка, зева, миндалин местными анестетиками купирует болевой приступ.

*Дифференциальная диагностика.* Невралгия тройничного нерва отличается тем, что триггерные зоны располагаются на лице (чаще вокруг губ), боли в зоне иннервации тройничного нерва, терапевтический эффект

достигается от применения антивulsатов. Смазывание местными анестетиками эффекта не дает.

Невралгия верхнегортанного нерва — боль локализуется в гортани, болевая точка в области щитовидного хряща на стороне поражения, во время приступа характерны приступы кашля.

*Лечение* включает: терапию основного заболевания (хронического тонзиллита, хронического синусита и др.); противосудорожные (тегретофинлепсин и др. по схеме); витамины В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub> в инъекциях; пипольфен; анальгин (50% раствор); смазывание корня языка дикаином; физиотерапия (флюктуоризация, электрофорез с новокаином, диадинамик, УЗ-терапия); при локализации «курковой» зоны в области миндалин — тонзилэктомия; лучевые методы лечения.

## **НЕВРАЛГИЯ ЯЗЫЧНОГО НЕРВА**

*Этиология:* инфекции — хронический танзилит, ангина, грипп и др.; травма язычного нерва протезом, острым краем зуба, хирургическим инструментом; атеросклеротические изменения сосудов.

*Клиника* характеризуется приступами жгучих болей в передних 2/3 языка. Приступы самопроизвольные или провоцируются едой, разговором и пр. Боли длятся несколько секунд или минут. Количество приступов разнообразное. «Курковые» зоны в период обострения локализуются на языке. При переходе невралгии в неврит определяются выпадение болевой и вкусовой чувствительности в передних 2/3 соответствующей половины языка.

*Дифференциальная диагностика* проводится с глоссодинией. Острых болей нет. Беспокоит двустороннее жжение на языке. «Курковые» зоны отсутствуют. Неприятные ощущения, жжение проходит или уменьшается во время приема пищи.

При болезни Адиссона-Бирмера парестезии и боли в языке двусторонние. «Курковые» зоны отсутствуют. Анализ крови указывает на пернициозную анемию.

*Лечение* аналогично лечению невралгии тройничного нерва.

## **НЕВРАЛГИЯ ЗАТЫЛОЧНОГО НЕРВА**

*Этиология:* дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника (деформирующий спондилез, остеохондроз); инфекции (ревматизм, грипп, менингит); туберкулез позвоночника; опухоли спинного и головного мозга; аневризма позвоночной артерии.

*Клиника* характеризуется приступами боли или постоянными болями в области затылка с иррадиацией в ухо, нижнюю челюсть и шею. При поворотах головы, кашле, чихании боли резко усиливаются. В промежутках между приступами держатся «тупые» боли.

При обследовании определяется болезненность точки выхода большого затылочного нерва (на середине расстояния между сосцевидным отростком и верхним шейным позвонком), малого затылочного нерва (по

заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Определяются гиперестезия кожи головы и защитное напряжение мышц шеи. Имеется болезненность при давлении на шейные позвонки.

*Лечение* заключается в терапии первичной невралгии по возможности патогенетической — противовоспалительные средства, анальгетики, витамины группы В, физиотерапия (диадинамик, электрофорез с новокаином и др.), массаж и ЛФК.

## **НЕВРАЛГИЯ НОСОРЕСНИЧНОГО НЕРВА**

*Этиология:* этмоидит, гипертрофия носовых раковин, искривление носовой перегородки, сдавливание нерва при отеке слизистой оболочки носа, гриппе, хронических инфекциях.

*Клиника.* Приступы острых болей в глазном яблоке, боковой поверхности носа с иррадиацией в лобную область. Длительность приступа 20–30 с. Приступы провоцируются жеванием, разговором, глотанием, сморканием. Боли сопровождаются вегетативными нарушениями: гиперемией и набуханием слизистой носа с выделением обильного жидкого секрета, гиперемией век, слезотечением. Боли чаще возникают ночью. Характерны герпетические высыпания на коже носа, лба, конъюнктивиты, кератиты, язвы роговицы (изменения в глазу сочетаются с поражениями носа). Отмечается наличие «курковых» зон.

*Дифференциальная диагностика.* Невралгия I-й ветви тройничного нерва: боли чаще днем, герпетических высыпаний нет, изменений со стороны глаз нет. Ганглионит крылонебного узла: боль длится часы, сутки, «курковые» зоны отсутствуют, герпетических высыпаний нет. Заболевания ресничного узла: изменения только со стороны глаз.

*Лечение* включает терапию основного заболевания. Используется смазывание раствором дикаина с адреналином слизистой оболочки носовой полости; инъекции витаминов В<sub>1</sub> и В<sub>12</sub>; при герпетических высыпаниях — внутривенно уротропин; противосудорожные препараты (тегретол, финлепсин); физиотерапия — диадинамические токи, флюктуоризация внутриназально, электрофорез новокаина.

## **НЕВРАЛГИЯ УШНО-ВИСОЧНОГО НЕРВА**

*Этиология:* воспалительные процессы в околоушной железе; оперативное повреждение ушно-височного нерва; состояние после экстракции околоушной железы; аномалии височно-нижнечелюстного сустава и воспалительные процессы.

*Клиника* характеризуется наличием жгучих, пароксизмального характера болей в области виска, височно-нижнечелюстного сустава, наружного слухового прохода и спереди от него. Приступы продолжаются 20–30 мин, сопровождаются локальным потоотделением, покраснением кожи в околоушно-височной области. Боль чаще возникает в связи с приемом пищи, способствующей обильному слюноотделению: кислой, соленой и пр. «Холостые» жевательные движения подобных явлений не вызывают. «Курковых» зон нет.

*Дифференциальная диагностика* проводится с невралгией нижнечелюстного нерва, когда приступы длятся секунды, минуты; потоотделение и покраснение в околоушной области не наблюдается; характерно наличие «курковых» зон; заболевание околоушных желез в анамнезе чаще не отмечается.

*Лечение* включает анальгетики; витамины В<sub>1</sub> и В<sub>12</sub>; физиотерапию — электрофорез с лидазой, йодистым калием; бальнеотерапию (грязи, озокерит, парафин). При отсутствии эффекта от терапевтического лечения применяется хирургический метод — перерезка нерва.

## **НЕВРИТ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

*Этиология:* инфекции, интоксикации, местные воспалительные процессы, травмы, затяжного характера невралгии или повторные спиртовые блокады.

*Клиника* характеризуется парестезиями, болями, расстройствами чувствительности и прочими симптомами «выпадения» в зоне иннервации пораженной ветви тройничного нерва. 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-й ветви боли локализуются в области лба, корня носа, верхнего века, глазного яблока. Боли носят постоянный характер, но периодически изменяют свою интенсивность. Наблюдаются нарушения различных видов чувствительности (прежде всего болевой и тактильной). Выпадают корнеальный и надбровный рефлексы. Может развиваться ксерофтальмия (неврогенный кератит).

При неврите II-й ветви боли локализуются в области щеки, крыла носа, верхней губы, нёба, верхней челюсти и верхних зубов. В этих областях выявляются расстройства чувствительности.

При неврите III-й ветви боли локализуются в области нижней челюсти, половине языка и подбородка, в этих же областях наблюдаются и нарушения чувствительности. При поражении двигательных волокон, входящих в состав III-й ветви, наблюдается парез жевательной мускулатуры. Он выражается в атрофии жевательных мышц, смещении челюсти в «больную» сторону, при раздражении наблюдается тризм.

*Консервативное лечение* аналогично лечению при невралгии.

При отсутствии эффекта (особенно при неоднократной алкоголизации) проводят *хирургическое лечение*: неврэктомию — удаление части нерва вместе с сосудистым пучком с дальнейшим прижиганием нерва; интракраниальные операции — височная невротомия, перерезка чувствительного корешка; физиотерапия — продольная гальванизация, электрофорез с витамином В<sub>1</sub> и новокаином, дарсонвализация, флюктуоризация и др.

## **ГАНЛИОНИТ КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА**

*Этиология:* хроническое воспаление придаточных пазух носа, сосудистая патология, инфекционные процессы.

*Клиника.* Приступы боли, начинающиеся чаще всего в области корня носа, глазного яблока, распространяющиеся на верхнюю и нижнюю челюсть, соответствующей половине лица, языка, висок, ухо. Иррадиируют

в затылок, лопатку. Характер боли жгучий, невыносимый. Боль усиливается под влиянием света, звуков, эмоций. Приступ всегда сопровождается вегетативными нарушениями: гиперемией или отеком половины лица, слезотечением, ринореей, гиперсаливацией, отеком слизистой оболочки носа. Может наблюдаться головная боль, шум в ушах. Длительность болевого приступа — часы, сутки. «Курковые» зоны отсутствуют. Приступы провоцируются переохлаждением, курением, отрицательными эмоциями. Введение зонда с 2% раствором дикаина в средний носовой проход купирует приступ.

*Дифференциальная диагностика* проводится с невралгией II-й ветви тройничного нерва, когда боль длится секунды, минуты, иррадиации нет или она выражена незначительно, вегетативные нарушения выражены слабо, наличие «курковых» зон, дикаин не купирует приступ.

*Лечение* включает санацию придаточных полостей; ганглиоблокаторы (5% раствор пентамина; 0,5% раствор ганглерона; 2% раствор гексона (курс 20 инъекций). По показаниям — сосудорасширяющие: внутривенно 1% раствор никотиновой кислоты, 1–2 мл, вместе с 20 мл 40% раствора глюкозы; внутримышечно 2 мл 2% раствора папаверина — 10 инъекций. Антигистаминные: димедрол, пипольфен. Инъекции витаминов группы В. Физиотерапия: УВЧ, диатермия, внутризональный электрофорез с 2% раствором новокаина.

Итак, квалифицированный стоматолог обязан хорошо владеть неврологическими знаниями, позволяющими проводить дифференциальную диагностику неврогенных заболеваний челюстно-лицевой области. Характерно, что чувствительные расстройства при этих заболеваниях, включают не только сенсорно-дискриминативный компонент, но и познавательный, аффективный, мотивационный и двигательный компоненты. Фундаментальные сведения об этих составляющих помогут врачу-стоматологу выяснить этиологию заболевания и оказать своевременную и квалифицированную помощь пациенту.