

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	6
Список сокращений и условных обозначений	8
ЧАСТЬ I. БОЛЕВЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОРОФАЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СИНДРОМЫ	9
Глава 1. Орофациальная боль при невралгиях/невропатиях краниальных нервов	11
1.1. Система тройничного нерва. Невралгия и невропатия тройничного нерва.	11
1.1.1. Краткие сведения о системе тройничного нерва.	11
1.1.2. Исследование функций тройничного нерва	16
1.1.3. Классификация основных форм невралгии и невропатии тройничного нерва.	30
1.1.4. Невралгия тройничного нерва	31
1.1.5. Невропатия тройничного нерва	50
1.2. Система языкоглоточного нерва. Невралгия и невропатия языкоглоточного нерва	96
1.2.1. Краткие сведения об анатомии языкоглоточного нерва.	96
1.2.2. Исследование функций языкоглоточного нерва.	98
1.2.3. Классификация основных форм невралгии и невропатии языкоглоточного нерва	99
1.2.4. Невралгия и невропатия языкоглоточного нерва	99
1.3. Синдром Голосы—Ханта	103
Глава 2. Миофасциальный орофациальный болевой синдром	105
2.1. Этиология и патогенез.	105
2.2. Клинические проявления	107
2.3. Диагностика.	109
2.4. Лечение.	112
Глава 3. Орофациальная боль, схожая по клиническим проявлениям с первичной головной болью	117
3.1. Орофациальная мигрень	117
3.2. Орофациальная боль напряженного типа	118

3.3. Тригеминальная автономная орофациальная боль	119
3.3.1. Кластерная орофациальная боль	119
3.3.2. Пароксизмальная гемифациальная боль	125
3.3.3. Кратковременные односторонние невралгические приступы головной боли с конъюнктивальной инъекцией и слезотечением (синдром SUNCT)	128
3.3.4. Постоянная гемифациальная боль с вегетативными симптомами	130
3.3.5. Дифференциальная диагностика тригеминальной орофациальной боли.	132
3.4. Нейроваскулярная орофациальная боль	136
Глава 4. Идиопатическая орофациальная боль.	138
4.1. Синдром «пылающего или горящего рта» (глоссодиния)	138
4.2. Персистирующая идиопатическая лицевая боль	139
4.3. Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль.	142
Литература к части I	144
ЧАСТЬ II. НЕБОЛЕВЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОРОФАЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СИНДРОМЫ	145
Глава 5. Система лицевого нерва. Невропатии лицевого нерва	147
5.1. Краткие сведения об анатомии лицевого нерва	147
5.2. Исследование функций лицевого нерва	149
5.3. Нарушения функций лицевого нерва	150
5.4. Невропатия лицевого нерва (синдром Белла)	153
5.4.1. Клинические особенности.	154
5.4.2. Диагностика	156
5.4.3. Течение	162
5.4.4. Прогноз.	162
5.4.5. Осложнения.	163
5.4.6. Лечение	166
5.5. Невропатии лицевого нерва при инфекционных заболеваниях.	171
5.6. Невропатии лицевого нерва при воспалительных заболеваниях уха	176

5.7. Невропатии лицевого нерва при демиелинизирующих заболеваниях.	177
5.8. Невропатии лицевого нерва при черепно-мозговой травме. . .	178
5.9. Невропатии лицевого нерва при нарушениях мозгового кровообращения	180
5.10. Невропатии лицевого нерва при болезнях соединительной ткани, васкулитах и гранулематозах.	181
5.11. Невропатии лицевого нерва при опухолях головного мозга. . .	185
5.12. Невропатии лицевого нерва при синдромах врожденных пороков развития и наследственных болезнях.	186
5.13. Дисметаболические невропатии лицевого нерва	192
5.14. Невропатии лицевого нерва при порфириях.	192
5.15. Невропатии лицевого нерва при экзогенных интоксикациях.	193
5.16. Ятрогенные повреждения лицевого нерва	194
5.17. Другие причины невропатий лицевого нерва	195
Глава 6. Синдром Россоломо–Мелькерссона–Розенталя	199
Глава 7. Гиперкинезы лица	203
7.1. Лицевой гемиспазм	203
7.2. Лицевой параспазм.	205
7.3. Блефароспазм	207
Литература к части II.	209
Приложение 1.	210
Приложение 2.	214
Приложение 3.	216
Предметный указатель	218

ПРЕДИСЛОВИЕ

Успехи неврологии и стоматологии позволили выделить среди нейростоматологических заболеваний группу заболеваний и синдромов, проявляющихся неврологическими нарушениями в полости рта и в области лица. Их отличает большое разнообразие клинических проявлений, недостаточная изученность этиологии и патогенеза многих форм и связанные с этим трудности дифференциальной диагностики и лечения. Это обусловлено многообразием анатомического строения отдельных образований и структур области лица и рта, морфологическими и функциональными особенностями периферического и центральных отделов нервной системы, обеспечивающих их афферентную и эфферентную иннервацию, большим влиянием психологических факторов на клиническую картину и, вероятно, на патогенез части из них.

В.В. Михеев первым в нашей стране ввел термин «стоматоневрология» и совместно со стоматологом профессором Л.Р. Рубиным (1899–1971) в 1956 г. опубликовал насыщенную богатым клиническим содержанием монографию «Стоматоневрологические синдромы». Диагностике и лечению болевых синдромов лица и полости рта посвящены главы в монографиях В.А. Смирнова «Заболевания нервной системы лица» (1976); В.Е. Гречко «Неотложная помощь в нейростоматологии» (1990); В.А. Карлова «Неврология лица» (1991, 2025); Н.Н. Яхно «Боль» (2010, 2022).

Большой удельный вес болевых синдромов лица и полости рта неврогенного происхождения, их мучительный характер, многообразие причин, хроническое течение, проблемы диагностики и лечения предопределяют значимость этой патологии как в научном, так и в практическом плане.

Неврологические болевые орофациальные заболевания и синдромы представляют собой отдельный раздел нейростоматологии. Боль при этом превращается в системное страдание, действующее как активный психотравмирующий фактор.

Международная классификация орофациальной боли (МКОБ; англ. International Classification of Orofacial Pain, ICOP, 2020) состоит из 7 разделов и включает:

- 1) орофациальную боль при заболеваниях зубочелюстной системы и анатомически связанных с ней структур;
- 2) миофасциальный орофациальный болевой синдром;
- 3) орофациальную боль при патологии височно-нижнечелюстного сустава;

- 4) орофациальную боль при невралгии/невропатии краниальных нервов;
- 5) орофациальную боль, схожую по клиническим проявлениям с первичной головной болью;
- 6) идиопатическую орофациальную боль;
- 7) психосоциальные аспекты орофациальной боли.

Наиболее частыми неврологическими причинами орофациальной боли являются невралгия и невропатия тройничного нерва, невралгия языкоглоточного нерва, SUNFA-синдром [кратковременные односторонние приступы невралгiformной лицевой боли с краниальными вегетативными симптомами (от англ. short-lasting unilateral neuralgiform facial pain attacks with cranial autonomic symptoms)], миофасциальный болевой синдром лица, синдром «пылающего или горящего рта», персистирующая идиопатическая лицевая боль.

В последние годы в решении проблемы невралгии и невропатии тройничного нерва произошли значительные положительные сдвиги. Уточнены этиологические факторы, патофизиологические механизмы, внедрены современные диагностические исследования, существенно улучшен дифференцированный подход к медикаментозному и хирургическому лечению. Однако сохраняется необходимость в длительной оценке результатов используемых методик лечения.

Современные технологии в области стоматологии позволяют достичь высоких эстетических и функциональных результатов. В последние годы усложняются виды стоматологической помощи, расширяются границы анатомо-физиологических показаний к дентальной имплантации. Вместе с тем существуют не до конца решенные вопросы, связанные с необходимостью раннего выявления и своевременного лечения болевых орофациальных синдромов, во многом снижающих качество жизни пациентов и клиничко-функциональные результаты стоматологического лечения. Интегрированный мультидисциплинарный персонализированный подход с участием стоматологов и неврологов позволяет в полном объеме использовать достижения современной стоматологии.

Основная задача данного руководства — помочь врачам различных специальностей в диагностике и лечении неврологических орофациальных синдромов.

Глава 4

Идиопатическая орофациальная боль

При лицевой боли в 83% случаев наблюдается гипердиагностика невралгии тройничного нерва и в 100% случаев — гиподиагностика идиопатической орофациальной боли. Неправильная диагностика влечет за собой необоснованные хирургические вмешательства: у 24% пациентов удаляют зуб и даже несколько.

МКОБ (англ. International classification orofacial pain, ICOP, 2020)

6. Идиопатическая орофациальная боль.

6.1. Синдром «горящего рта».

6.2. Персистирующая идиопатическая лицевая боль.

6.3. Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль.

6.4. Постоянная односторонняя лицевая боль с обострениями.

4.1. СИНДРОМ «ПЫЛАЮЩЕГО ИЛИ ГОРЯЩЕГО РТА» (ГЛОССОДИНИЯ)

Частота синдрома «пылающего или горящего рта» (глоссодинии) колеблется от 0,7 до 15%. Чаще всего заболевают женщины в возрасте старше 50 лет в период менопаузы. Больные жалуются на ощущение жжения, покалывания, другие парестезии в языке и слизистой оболочке рта, которые наблюдаются в течение более 2 ч в сутки на протяжении 4–6 мес. Больных могут беспокоить чувство неловкости, набухания, тяжести в языке. Речь при этом становится невнятной (симптом «щажения языка»). Болевые ощущения могут быть незначительными или

очень сильными, порой непереносимыми. Выявляются вегетативные нарушения: ксеростомия, гиперсаливация или побледнение языка и слизистой оболочки рта, отечность языка и десен. Возможны нарушения сна. Больных могут беспокоить нарушения вкуса, обоняния, сухость во рту, затруднения глотания. Во время еды болезненные ощущения уменьшаются или даже исчезают совсем (симптом «пищевой доминанты»). Больные склонны к канцерофобии (лингвоканцерофобия), постоянно рассматривают язык в зеркале в поисках злокачественной опухоли (симптом «зеркала»), склонны к депрессии и ипохондрии.

При глоссодинии встречается несколько фенотипов боли. Первый характеризуется возникновением боли в момент просыпания и усилением ее в течение дня; во втором случае боль постоянна в течение суток; в третьем варианте боль может регрессировать, и больной отмечает длительные периоды времени без боли.

Заболевание может начаться вне связи с какими-либо внешними факторами, но нередко больные связывают его со стоматологическими процедурами, реакцией на лекарственные препараты, применявшиеся по другим причинам, перенесенными заболеваниями. Нередко глоссодинии предшествуют эмоциональные расстройства, практически всегда сопровождающие это заболевание. Поэтому многие рассматривают его как психогенное состояние. Однако есть данные о возникновении дисфункции периферических и центральных отделов тригеминальной системы и других невралных структур. Полагают, что основными патофизиологическими механизмами синдрома «пылающего или горящего рта», приводящими к развитию дизрегуляционной патологии, является центральная сенситизация с утратой зависимости от потока периферических сенсорных ноцицептивных сигналов и снижение активности антиноцицептивной системы.

Необходимо дифференцировать это заболевание от симптоматической формы, развивающейся при стоматологических расстройствах, системных заболеваниях. Применяются антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы, противосудорожные препараты, психотерапия.

4.2. ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ЛИЦЕВАЯ БОЛЬ

Персистирующая идиопатическая лицевая боль встречается с частотой 1 случай на 100 000 населения, чаще у женщин в возрасте 30–50 лет.

Трудности диагностики персистирующей идиопатической лицевой боли связаны с многообразием ее клинических проявлений и локализации, вариабельностью характера и «рисунка» боли. Боль отмечается в ограниченной области лица, границы которой больные зачастую могут точно указать, носит постоянный сверлящий или ноющий характер, периодически усиливается и характеризуется как интенсивная, «нестерпимая», давящая и жгучая, мигрирующая в пределах одной половины лица, возрастающая при эмоциональном и психическом напряжении. Область болезненных ощущений нередко выходит за пределы области, иннервируемой тройничным нервом. Отсутствуют клинические проявления, характерные для других видов боли (приступообразность, наличие триггерных областей, чувствительные, миофасциальные, вегетативные нарушения). Сама расплывчатость тягостных, крайне неприятных и мучительных болезненных ощущений, «непонятных» больному, как правило, способствует нарастанию аффективной напряженности с тревожными мыслями по поводу своего состояния и страхом какого-то тяжелого заболевания. Больные связывают начало боли со стоматологическими процедурами, хирургическими вмешательствами или травмой в области лица, зубов и десен. Они обращаются в различные медицинские учреждения, упорно добиваются повторных госпитализаций и обследований, часто настаивают на лечении и удалении зубов, подвергаются необоснованным хирургическим вмешательствам, не приносящим облегчения, стараются приобрести новейшие лекарственные средства. Характерны психические расстройства: депрессия, аффективные вспышки, фобии, что дает основания рассматривать атипичную лицевую боль как психогенное заболевание. Однако есть данные о возможном невропатическом генезе страдания.

Отличить персистирующую идиопатическую лицевую боль от типичной невралгии всегда достаточно сложно. В этом случае может помочь фармакологическая проба: назначение карбамазепина при подозрении на невралгию тройничного нерва или анальгетиков при подозрении на невропатию. Больной не должен знать о характере действия препарата и истинной цели пробы. Отсутствие обезболивающего эффекта карбамазепина или анальгетика указывает, скорее, на атипичный характер боли.

Диагностируется персистирующая идиопатическая лицевая боль после исключения других возможных и более распространенных причин болевого синдрома.

Диагностические критерии персистирующей идиопатической (атипичной) лицевой боли

- А. Боль в лице, отвечающая критериям Б и В.
- Б. Ежедневная боль в лице в течение большей части дня на протяжении более 3 мес.
- В. Боль имеет две следующие характеристики:
 - 1) с неопределенной локализацией (боль вначале локализуется в области носогубной складки или подбородка, ограничена определенной областью одной половины лица, затем может распространяться на верхнюю и нижнюю челюсть, другие области лица и шеи);
 - 2) тупая, ноющая.
- Г. Инструментальные исследования, включая рентгенографию лицевого черепа и челюстей, не обнаруживают стоматологических причин боли и органических изменений.

Комментарий. Боль может быть спровоцирована хирургическим вмешательством на лице, травмой лица, зубов или десен, однако ее постоянство нельзя связать с локальной причиной.

Персистирующая идиопатическая лицевая боль относится к невропатическим болевым синдромам и часто возникает после осложненных травматических эндодонтических вмешательств.

При оценке неврологического статуса у 60–70% больных могут наблюдаться дизестезия, парестезии, субъективное ощущение онемения.

По результатам количественного тестирования различают два подтипа персистирующей идиопатической лицевой боли: 1) без соматосенсорных нарушений; 2) с соматосенсорными нарушениями.

В большинстве случаев интенсивность боли является средней (5–7 баллов по ВАШ). Половина больных отмечают наличие хронической усталости. Аффективные расстройства выявляются у 16% больных, соматоформные нарушения — у 15%, психоз — у 6%, другие заболевания — у 16%. Определен наиболее характерный паттерн электрофизиологических изменений у пациентов с персистирующей идиопатической лицевой болью в виде укорочения латентных периодов стволовых коротколатентных компонентов и увеличения амплитуды пиков с обеих сторон в сочетании с нормальными данными тригеминальных вызванных потенциалов. При анализе кожно-симпатических вызванных потенциалов выявлено повышение амплитуд вегетативных компонентов (как парасимпатической, так и симпатической) по сравнению с нормой. Это означает, что

в формировании паттерна лицевой боли активно участвует вегетативная нервная система.

Лечение включает в себя применение трициклических антидепрессантов, нейролептиков, противоэпилептических препаратов, психотерапию (в частности, когнитивно-поведенческую терапию).

4.3. ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ДЕНТОАЛЬВЕОЛЯРНАЯ БОЛЬ

От 15 до 25% пациентов с хронической лицевой болью, обращающихся к врачам специализированных клиник, — с персистирующей идиопатической дентоальвеолярной болью.

Изучение анамнеза пациентов с персистирующей идиопатической дентоальвеолярной болью показало, что они нередко годами (а иногда и десятилетиями) ошибочно наблюдаются и лечатся в стоматологических учреждениях. Пациенты постоянно анализируют свои болевые ощущения, настороженно и недоверчиво относятся к заключениям врачей-стоматологов и своеобразно интерпретируют информацию, полученную от них. Предположительно имеющее место стоматологическое вмешательство не объясняет тяжесть, разнообразие и продолжительность часто меняющихся жалоб пациента. Больных не удовлетворяет качество протезов (форма, конструкция, масса). Они отказываются ими пользоваться, настаивают на многократных их переделках, настойчиво требуют проведения повторных медицинских обследований и оперативных вмешательств, несмотря на отрицательные результаты исследований. Боль становится центральным пунктом жизни пациента, вызывает нарушения в социальной, профессиональной и других жизненных сферах человека, имеет необходимую степень тяжести для оправдания необходимости клинического внимания. При болевом синдроме в зубочелюстной области в 80% случаев наблюдается гипердиагностика невралгии тройничного нерва и в 100% случаев — гиподиагностика персистирующей идиопатической дентоальвеолярной боли. Неправильная диагностика влечет за собой необоснованные хирургические вмешательства: у 24% пациентов удаляют зуб и даже несколько.

Для персистирующей идиопатической дентоальвеолярной боли характерны следующие диагностические критерии:

- 1) постоянная тупая, ноющая, пульсирующая боль различной интенсивности в зубах верхней и нижней челюсти, которая может периодически обостряться;
- 2) боль чаще ограничивается областью иннервации отдельных нервов в пределах основных ветвей тройничного нерва (как правило, второй и третьей) или ветвей зубных сплетений;
- 3) периоды обострения боли длятся часами и стихают постепенно;
- 4) отсутствуют триггерные области;
- 5) причины локальной или отраженной боли не выявляются, нет клинических или рентгенологических признаков патологического процесса;
- 6) местное раздражение (переохлаждение лица, прием горячей или холодной пищи, перкуссия зубов) не вызывает усиления боли;
- 7) отсутствуют двигательные нарушения, обусловленные невропатией лицевого нерва или двигательной части тройничного нерва;
- 8) течение длительное (3 мес и более);
- 9) у некоторых больных боль усиливается под влиянием эмоций, физических нагрузок, неблагоприятных метеорологических факторов;
- 10) реакция на местную анестезию слабая;
- 11) попытки стоматологического лечения (удаление зубов) результата не дают;
- 12) появлению боли обычно предшествуют оперативные вмешательства (лечение канала корня зуба, удаление одного или нескольких зубов), провоцирующими факторами могут быть также переохлаждение, травма.

Развитие персистирующей идиопатической дентоальвеолярной боли в большей степени зависит от психологических факторов, чем от интенсивности ноцицептивного воздействия.

Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль относится к невропатическим болевым синдромам. Патогенез этой формы орофациальной боли многогранен и включает невропатию тонких волокон тройничного нерва, центральную сенситизацию, нарушение нисходящего контроля восприятия боли и психосоциальные факторы.

Лечение персистирующей идиопатической дентоальвеолярной боли предусматривает применение трициклических антидепрессантов, нейролептиков, противозипилептических препаратов, психотерапии.