

**ГОУ ВПО СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ Росздрава**

курс СТОМАТОЛОГИИ ФПДО

Лекция на тему:

**НЕВРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Подготовил к.м.н. Золоев Р.В.

Проблема неврогенных заболеваний актуальна не только для невропатологов и стоматологов, но и для врачей любой специальности, так как нейростоматологические заболевания встречаются нередко в медицинской практике.

В основе развития **нейростоматологических заболеваний** лежит поражение различных отделов нервной системы, их симптоматика проявляется, в основном, в полости рта и области лица. Распознавание этих заболеваний вызывает значительные трудности даже у опытных специалистов, как невропатологов, так и стоматологов. Поэтому, к сожалению, ошибки в диагностике этой группы болезней часты.

НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ –

группа заболеваний, обусловленных как первичным поражением нервной системы, так и нарушениями ее деятельности, вызванными стоматологической патологией. Они характеризуются тяжелыми клиническими проявлениями, имеют острое начало, приступообразное или хроническое рецидивирующее течение. Часто остаются невыясненными этиологические факторы, и поэтому лечение их оказывается симптоматическим.

Данную патологию лечат либо невропатологи, либо специально подготовленные врачи – нейростоматологи, но и в том, и в другом случае обязательно с участием врача-стоматолога.

Опыт показывает, что часто практикующие врачи не только не могут правильно лечить эти заболевания, но и правильно их распознать. Поэтому,

ЦЕЛЬ ЛЕКЦИИ – уметь диагностировать неврогенные заболевания челюстно-лицевой области и назначать соответствующее лечение.

Нейростоматологические заболевания и синдромы, отличаюсь клиническим многообразием, проявляются в основном: -

- болевыми симптомокомплексами
- вегетативными нарушениями
- двигательными расстройствами
- нарушением высшей нервной деятельности

КЛАССИФИКАЦИЯ нейростоматологических заболеваний и синдромов, основанная на **патогенетически-топическом принципе** (В.Ю. Курляндский, В.Е. Гречко, В.А. Карлов, 1974):

- 1** - лицевые боли при невралгиях и невритах чувствительных нервов;
- 2** - лицевые боли при ганглионитах;
- 3** – стомалгия;
- 4** – лицевые боли артрогенного и вертеброгенного происхождения;
- 5** – лицевые боли сосудистого происхождения;
- 6** – отраженные лицевые боли;
- 7** – невропсихогенные лицевые боли;
- 8** – одонто-, оторино- и офтальмогенные боли.

I ГРУППА Болевые синдромы (глоссалгии)		II ГРУППА Парестетические синдромы
Соматические	Вегетативные	
Невралгия, неврит язычного нерва	Ганглионит подниж- нечелюстного, подъязычного и верхнего шейного вегетативных узлов	Глоссодиния – висцеро – рефлекторный стволочной синдром
Невралгия, неврит языкоглоточного нерва	Синдром периваскулярной алгии языка	Сирингобульбия, сосудистые расстройства, опухоли ствола головного мозга
Неврит промежуточно- лицевого нерва	Шейный симпатический тунцит	

Методика обследования больного

современные клинические, параклинические и лабораторные методы исследования - для постановки диагноза и определения этиологических факторов и патогенетических механизмов. Изучение стоматологического и стомато - неврологического статуса – для исключения заболевания органов и тканей полости рта и установления патологии неврогенного характера.

Дополнительные методы исследования:

- электроодонтодиагностика,
- рентгенография альвеолярных отростков челюстей, височно - нижнечелюстного сустава, черепа, шейного отдела позвоночника,
- измерение кожной температуры,
- кожные пробы с адреналином и гистамином,
- определение электропотенциалов области регионарных рецепторных полей,
- электроэнцефалография, ультразвуковая энцефалография,
- электромио- и реоэнцефалография,
- лабораторное (крови, мочи) и цитологическое исследования,
- исследование кровотока лица,
- биопсия

НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СИНДРОМЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СИСТЕМ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ

ПОРАЖЕНИЕ СИСТЕМЫ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Наиболее частым видом патологии является **НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА** - симптомокомплекс, проявляющийся приступами мучительных болей, локализующихся в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва.

Выделяют две основные группы:

- невралгия тройничного нерва преимущественно центрального генеза, то есть с преобладание центрального компонента
- невралгия тройничного нерва преимущественно периферического генеза, то есть с преобладание периферического компонента

Невралгия тройничного нерва преимущественно центрального генеза

чаще встречается у женщин, начинается обычно в возрасте между 40 -60 лет.

Жалобы: на приступы мучительных кратковременных болей в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Боли: жгучие, стреляющие, рвущие, режущие, колющие, «бьющие током».

Болевые пароксизмы продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут. Прекращаются внезапно, резко обрываясь. Приступ болей нередко сопровождается вегетативными проявлениями: гиперемией лица, слезотечением, повышением слюноотделения. Возникают рефлекторные сокращения мимической и жевательной мускулатуры. Болевые пароксизмы встречаются по утрам и днем, редко – ночью. При небольшой длительности заболевания в межприступном периоде никаких болевых ощущений в зоне пораженных ветвей нет. При длительном течении, особенно у лиц, при лечении которых применяли различные деструктивные методы, и в межприступном периоде - боли неопределенного характера и недостаточно четкой локализации.

Примерно в 30-35% случаев развитию приступообразных болей предшествуют парестезии в форме покалывания, «ползания мурашек», неопределенных тупых, ноющих болей постоянного характера, обычно в зубах (одном или нескольких), реже в челюстях.

Во время приступа больной застывает в страдальческой позе, боится шелохнуться. Иногда больные принимают своеобразные позы, задерживают дыхание или, наоборот, усиленно дышат, сдавливают болезненную область или растирают ее пальцами. В период обострения больные немногословны.

Объективно: на коже лица, слизистой оболочке и даже зубах, в основном вокруг рта и области десен, - участки, механическое или температурное раздражение которых провоцирует возникновение болевого пароксизма. Это - **триггерные** или **аллогенные зоны**. Триггерами, т. е. факторами, вызывающими болевые пароксизмы, могут быть движения челюстей, глотание, жевание, разговор, умывание, чистка зубов, прикосновение к коже лица, дуновение ветра, эмоциональное напряжение, смех. Чем больше аллогенных зон, тем тяжелее протекает заболевание. Их появление свидетельствует об обострении заболевания и, наоборот, их исчезновение – показатель наступления ремиссии. Наличие триггерных зон оказывает влияние на психику больного: формируется фобический синдром на прием пищи, разговор, гигиенические процедуры. Больные отказываются от приема пищи, разговора (тригеминальная невралгия молчалива), от умывания и чистки зубов (в лучшем случае они чистят зубы не щеткой, а пальцем).

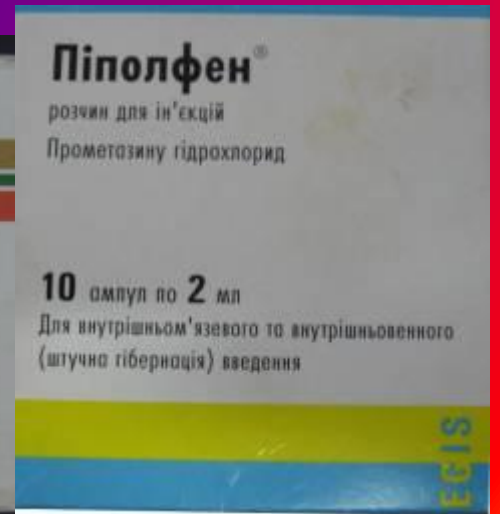
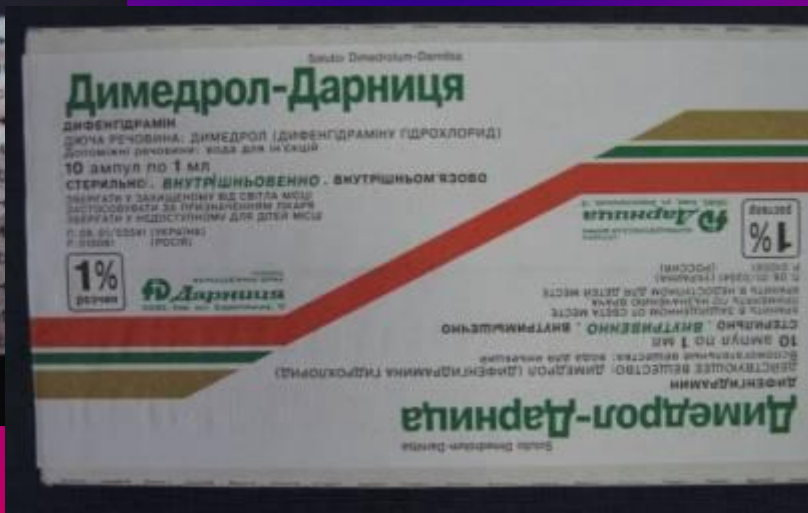
Чаще боли возникают в зоне II и III ветви тройничного нерва или в области обеих этих ветвей. Невралгия I ветви встречается крайне редко, и при установлении этого диагноза следует быть очень осторожным. Обычно аналогичные симптомы возникают при фронтитах, местных воспалительных реакциях, тромбозах синусов и т. д. Но чаще это иррадиация болей из II ветви тройничного нерва в I.

Вегетативные симптомы отмечаются у всех больных в остром и подостром периодах, но степень и выраженности бывает различной. Вегетативные симптомы проявляются гиперемией кожных покровов лица и конъюнктивы глаз, отеком мягких тканей лица, ринореей, слезо- и слюноотечением.

При длительности более 2-х лет отмечаются трофические нарушения, особенно у больных, многократно подвергавшихся лечению деструктивными методами. Они отмечаются в зонах поражения ветвей и проявляются сухостью, шелушением кожи лица, ранним поседением и выпадением волос на передней волосистой части головы, атрофией лицевой мускулатуры. У большинства больных отмечаются различные невротические расстройства – от невротических реакций до астеноневротического синдрома.

Лечение: больным односторонней и двусторонней невралгией при небольшой длительности заболевания назначают в первую очередь **противосудорожный препарат карбамазепин (финлепсин)**. Если больной ранее не получал этот препарат, то его назначают внутрь, начиная с 1 таблетки (0,2г) 1-2 раза в сутки ежедневно, постепенно увеличивая дозу на 1/2 таблетки или даже на целую таблетку и доведя ее до 2 таблеток (0,4г) 3-4 раза в день. При появлении побочных явлений (потеря аппетита, тошнота, рвота, головные боли, сонливость, нарушение аккомодации) дозу уменьшают. Больным, ранее получавшим препарат, можно сразу назначать препарат по 2-3 таблетки (0,4-0,6г) 2-3 раза в день. Лечение лучше начинать с дозы, оказывавшей терапевтический эффект. После исчезновения боли дозу постепенно понижают (до 0,2 - 0,1г в день).

Для усиления действия антиконвульсанта назначают **антигистаминные препараты** – внутримышечно 2мл 2,5% раствора **дипразина (пипольфена)** или 1мл 1% раствора **димедрола** на ночь.



Лицам пожилого возраста, у которых имеются явления хронической недостаточности мозгового кровообращения необходимо назначать **спазмолитические и сосудорасширяющие средства** (внутривенно 10мл 2,4% раствора эуфиллина, разведенного в 10-20 мл 40% раствора глюкозы). Противопоказания: резко пониженное артериальное давление, пароксизмальная тахикардия и экстрасистолия, острая сердечная недостаточность.

Одновременно назначают **седативные препараты и витамины**, наиболее эффективными из которых оказываются витамины группы В – В1 , В12.

Цианокобаламин назначают по 500-1000мкг внутримышечно, ежедневно, на курс 10 инъекций, затем витамин В1 по 2 мл 5% раствора внутримышечно ежедневно, на курс 15-20 инъекций.



Невралгия тройничного нерва преимущественно периферического генеза

Невралгии тройничного нерва могут возникать вследствие воздействия патологического процесса на различные участки периферического отдела тройничного нерва. Это могут быть опухоли, локализующиеся в задней или средней черепной ямке, базальные менингиты, заболевания придаточных пазух носа, зубочелюстной системы, нарушения прикуса.

Лечение:

В первую очередь назначают ненаркотические анальгетики: ацетилсалициловая кислота, производные пиразолона (амидопирин), анальгин, индометацин.

Анальгетики применяют в сочетании с антигистаминными препаратами (фенкарол, димедрол, диазолин). Назначают также транквилизаторы – диазепам.



Жалобы: на почти постоянные мучительные тупые боли, временами усиливающиеся, преимущественно локализующиеся в зоне иннервации зубного сплетения: в области десен и зубов, иногда с переходом на здоровую сторону. У некоторых больных наблюдается уменьшение болей во время приема пищи и усиление их под влиянием эмоций, неблагоприятных метеорологических факторов и переохлаждения. При поражении верхнего зубного сплетения боли могут иррадиировать по ходу II ветви тройничного нерва и сопровождаться вегетативными симптомами, возникающими в результате связей сплетения с вегетативными ганглиями (крылонебным узлом и верхним шейным симпатическим узлом).

Лечение: назначение обезболивающих средств общего и местноанестезирующего действия — ненаркотических анальгетиков (*производных салициловой кислоты* — натрия салицилат по 0,5-1г 3-4 раза в день; ацетилсалициловую кислоту по 0,25-0,5-1г 3-4 раза в день; кверсалин по 1-3 таблетки 3-4 раза в день до еды; аскофен, асфен по 1 таблетке 2-3 раза в день; *производных пиразолона* — антипирин по 0,25-0,5г 2-3 раза в день; амидопирин по 0,25-0,3г 3-4 раза в день; анальгин по 0,25-0,5г 2-3 раза в день или по 1-2мл 25% и 50% раствора внутримышечно; баралгин по 1 таблетке 2-4 раза в день; *производных анилина* — фенацетин по 0,25-0,5г 2-3 раза в день или в сочетании с амидопирином, ацетилсалициловой кислотой).



Местноанестезирующие средства:

5-10% анестезиновая или лидокаиновая мазь, которую слегка втирают в предварительно подсушенную слизистую оболочку десен на месте болевого синдрома. Обезболивающий эффект возникает сразу же во время втирания мази и продолжается 15-30 минут. Повторные втирания проводят по показаниям до 3-10 раз в сутки.

Витаминотерапия: чередование витамина В12 по 500мкг с 5% раствором В1 по 2мл внутримышечно, на курс 15 инъекций.

Физиотерапия: диадинамические токи по внутриротовой методике на область верхней или нижней челюсти – 15-20 минут, на курс 10-13 процедур; применение озокерита поочередно на обе половины лица; электросон – продолжительность при первом воздействии 15-20 минут, при последующих – 40-80 минут ежедневно, до 20 процедур на курс лечения.

Невралгия язычного нерва

Изолированно встречается редко, в любом возрасте. В основном наблюдается одновременное поражение язычного и мандибулярного нервов, как проявление заболеваний III ветви тройничного нерва. В ее возникновении имеют значение инфекции, интоксикация, травма, сосудистые факторы. На фоне хронической инфекции (ангина, тонзиллит, грипп), длительного раздражения языка протезом, острым краем зуба и т.п., чаще у лиц пожилого возраста с явлениями хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Жалобы: на интенсивную жгучую боль в языке, приступообразную, с локализацией преимущественно в передних двух третей языка. Возникает в соответствующей половине языка от различных раздражителей – тактильных, механических, химических, термических. Болевые приступы кратковременны - 1-2 минуты. Боль может возникать от прикосновения ложки, а также во время приема пищи или при разговоре и движении языка. Нередко боли сопровождаются расстройствами чувствительности на соответствующей половине языка (обычно типа гиперестезии).

Объективно: ограниченность движений языка, он покрыт значительным количеством налета из-за отсутствия механической очистки. При значительной длительности заболевания возможно развитие симптомов выпадения на соответствующей половине языка, что приводит к потере не только болевой, но и вкусовой чувствительности.

Лечение: во время приступа больным назначают анальгин (внутрь по 0,5г 3-4 раза в день) или же внутримышечно 2 мл 50% раствора анальгина в сочетании с 1 мл 2,5% раствора дипразина; баралгин (по 1 таблетке 2-4 раза в день); смазывание языка 10% раствором кокаина или 2% раствором новокаина.

В последующем проводят лечение основного заболевания (тонзиллит, ангина), санацию полости рта, физиотерапевтические процедуры – электрофорез новокаина, витаминотерапию (В1, В12). У части больных эффективным оказывается применение антиконвульсантов типа карбамазепина.



Неврит тройничного нерва

В настоящее время различают невриты и невралгии чувствительных нервов. При этом под невралгией понимают появление болей в зоне иннервации того или иного чувствительного нерва при отсутствии объективных признаков поражения нерва, т.е. явлений выпадения или раздражения. При невритах имеются объективные клинические симптомы, характерные для нарушений функций соответствующих нервов. В основе большинства изолированных невритов лежат механические, ишемические, токсические и обменные нарушения или их сочетание. Этиологические факторы - инфекции, интоксикации, различные местные воспалительные процессы, травматические поражения нерва и др.

Жалобы: на боли, парестезии и нарушения чувствительности в зонах иннервации пораженных ветвей тройничного нерва.

Лечение: назначают анальгетики, нейролептики (аминазин, тизерцин), седативные и десенсибилизирующие средства (бромиды, снотворные, хлорид кальция, димедрол), субэритемные дозы УФО. При болях выраженной и средней интенсивности - диадинамические токи с обезболивающей жидкостью – длительностью до 1 минуты. При этом анальгезирующее действие выражено во время процедуры и непосредственно после ее окончания. Курс лечения - 5 процедур: 3 – ежедневно, 2 – через день.

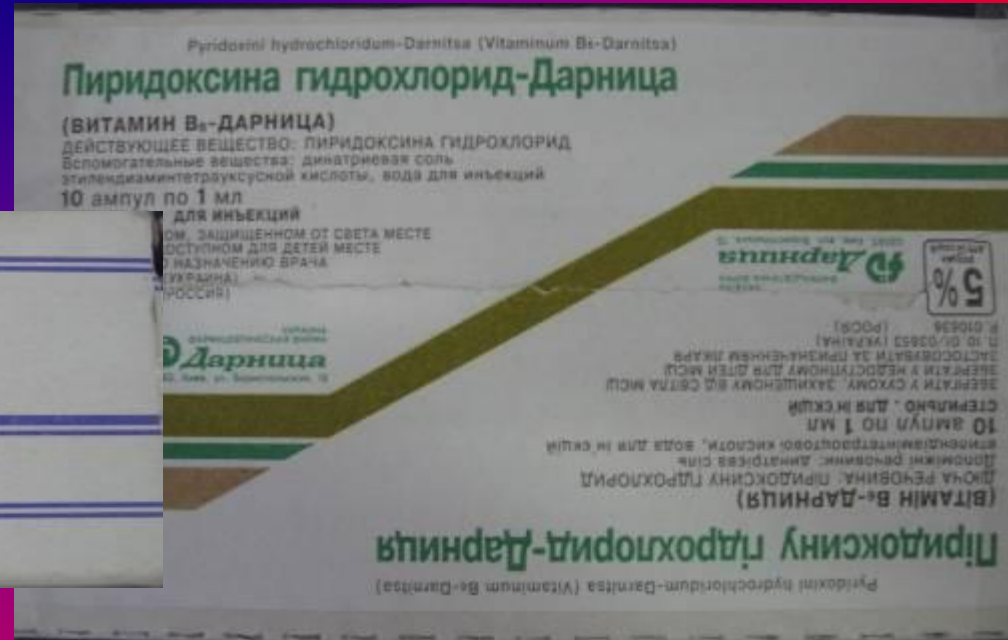
Больным с постоянными болями - внутривенные инъекции 10мл 1% раствора тримекаина. Для потенцирования противовоспалительной и противосудорожной терапии применяют антигистаминные препараты: димедрол по 1 таблетке 2 раза в день или дипразин (пипольфен) по 1 мл 2,5% раствора внутримышечно на ночь.

При длительно протекающем болевом синдроме и стойких нарушениях чувствительности рекомендуются аппликации димексида с ганглероном, новокаином, анальгином по следующей методике: марлевую салфетку, смоченную раствором димексида и ганглерона (1:1), помещают на пораженную область на 30-60 минут под вощеную бумагу. Затем место аппликации смазывают индифферентным кремом. Процедуру проводят ежедневно, чередуя ганглерон с новокаином или анальгином.



Для лечения чувствительных расстройств – нейрогенные стимуляторы – прозерин и дибазол. Прозерин – по 1мл 0,5% раствора внутримышечно ежедневно – 1 месяц. Дибазол – по 0,005г внутрь ежедневно – 1 месяц. Широко применяют комплекс витаминов В1, В6, В12, аскорбиновую, глютаминовую и никотиновую кислоты.

Лечение необходимо проводить длительно, так как преждевременное прекращение ведет к возобновлению болезненных явлений.



Характеристика показателя	Наименование патологии ветвей тройничного нерва				
	Неврит язычного нерва	Неврит подъязычного нерва	Неврит III ветви тройничного нерва	Невралгия III ветви тройничного нерва	Невралгия язычного нерва
Причина	Травма, инфекция	Травма, инфекция, опухоль	Травма, инфекция, интоксикация	Общие – сосудистые и обменные нарушения, местные – травма, инфекция (пульпит, периодонтит)	
Характер боли	Боль и парестезия в 2/3 соответствующей половины языка	Боль в корне языка, нарушение функции речи, глотания	Постоянная ноющая боль в зубах н/ч и подбородка	Острая, жгучая, приступообразная, распространяется по ходу ветви и отдает в зубы	Острая, приступообразная в области передней трети языка. Приступ провоцирует любое движение языка
Чувствительность мягких тканей ЧЛО	Снижение тактильной чувствительности и отсутствие болевой	Двигательные расстройства, нарушение функции речи, глотания	Все виды чувствительности снижены или отсутствуют	Не изменена	Нарушаются болевая и вкусовая чувствительность
Электровозбудимость пульпы на пораженной стороне	Снижена иногда отсутствует		Снижена или отсутствует	Возбуждение их усиливает боль	

НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СИНДРОМЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ГЛОССОДИНИЯ (стомалгия, глоссалгия) - симптомокомплекс, проявляющийся возникновением устойчивых неприятных ощущений в полости рта и языке (боль и парестезии – жжение, покалывание, зуд, онемение). Если болезненные явления ограничиваются лишь языком, то в этих случаях заболевание диагностируют как глоссалгию или глоссодинию, если они захватывают всю полость рта – как стомалгию. Глоссалгия встречается в 3 раза чаще у женщин, чем у мужчин.

Первое научное описание глоссалгии дали Вайс в 1838 году и Буиссон в 1845 году. Термин «глоссодиния» ввел в 1896 году немецкий невропатолог Г.Оппенгейм, а в 1936 году его соотечественник О.Форстер подробно описал эту патологию.

Этиология: общие факторы – хроническая ксеростомия, климакс, анемия (чаще при железо- и В12-дефицитной анемии), рефлюкс-эзофагит, аллергии (у 10% женщин и 5% мужчин), сахарный диабет, депрессия, скрытая недостаточность питания (недостаток витамина А, витаминов группы В, железа), прием антихолинергических препаратов, аутоиммунный сиаладенит (например, синдром Шегрена), облучение головы, первичная дисфункция нервной системы; местные факторы – болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, мышечно-фасциальная болевая дисфункция, хронический кандидоз, гальванизм.

Жалобы: на парестезии типа жжения, покалывания, саднения, онемения («язык посыпан перцем», «язык обожжен» и т.п.); Боли чаще разлитые, без четкой локализации. Парестезии и боли чаще локализируются в обеих половинах языка, в основном в передних 2/3 его, реже во всем языке и лишь в единичных наблюдениях изолированно поражается задняя треть языка. Примерно у половины больных боли распространяются с языка на слизистую оболочку полости рта. Односторонняя локализация отмечается у четверти больных. Беспокоит чувство неловкости, набухания, тяжести языка - при разговоре пациенты щадят свой язык от излишних движений.

Иногда локализация ощущений неопределенная. Возникновение неприятных ощущений больные связывают с утомлением, приемом мясной пищи, длительным разговором, удалением зубов, погрешностями в диете. Во время еды болезненные ощущения исчезают, поэтому больные носят с собой еду и с ее помощью избавляются от неприятных ощущений или значительно их уменьшают. У больных часто наблюдается сухость во рту (ксеростомия), в связи с чем нарушаются речь и сон больных, так как ночью они вынуждены смачивать рот водой.

Заболевание длится годами, но в целом прогноз для жизни благоприятный.

Объективно: речь больных непонятна (симптом щажения языка – наблюдается в 20% случаев). При осмотре языка воспалительных изменений обычно не обнаруживают. У больных стомалгией - вегетативные нарушения в форме нейротрофических расстройств. При стомалгии тонус симпатического отдела чаще превалирует над тонусом парасимпатического отдела. Нарушения саливации, выражающиеся чаще уменьшением слюноотделения, которые в редких случаях сменяются периодической гиперсаливацией. Ксеростомия – одно из важнейших проявлений вегетативной дисфункции при глоссалгии. Удлинение скрытого периода слюноотделения, понижение или исчезновение глоточного рефлекса.

Дифференциальная диагностика:

Сходную с глоссалгией клиническую картину имеют невралгия и неврит язычного нерва, при которых более четко выражены нарушения чувствительности в виде боли или гиперестезии. Однако основным отличием глоссалгии является исчезновение болезненных проявлений во время приема пищи.

Лечение: Психотерапия должна сочетаться с назначением седативных препаратов, нейролептических средств и транквилизаторов. Наиболее эффективен элениум (доза – с 5-10 до 30-50 мг/сут). Если глоссалгия сочетается с депрессивным состоянием легкой и средней степени тяжести (определяет психиатр!), оправдано применение «растительных» антидепрессантов – «Негрустина», «Ново-пассита».

- Смазывают слизистую 1-2% эмульсией анестезина в персиковом масле. Применяют 2% раствор цитраля (по 25-30 капель на полстакана воды) для полоскания полости рта или 0,5% раствор этония для аппликаций.



При выраженном болевом синдроме эффективны нестероидные противовоспалительные препараты («Мовалис», «Доналгин», «Месулид») – 5-10 дней по 1 таблетке 1-2 раза в день. Блокады витамина В1 с новокаином (лидокаином) по типу мандибулярной анестезии.

Для борьбы с сухостью назначают 1% раствор пилокарпина гидрохлорида (4-6 капель на прием 3 раза в день), витамин А, йодид калия. Для усиления саливации – прием внутрь настоя листьев мать-и-мачехи и термопсиса (стимулирует секрецию слюны и снижает ее вязкость на 28,4%), 3% раствор йодистого калия по 1 столовой ложке 3 раза в день (1-2 недели).



Для нормализации тонуса вегетативной нервной системы – беллатаминал (беллоид) - по 1 таблетке 2 раза в день, валериана, пустырник, бром, тазепам (феназепам) по 0,02г 3 раза в день. Последовательное введение путем электрофореза 0,25% раствора ганглерона и андекалина на области верхних шейных симпатических узлов (17-18 сеансов).

Для нормализации нарушенного капиллярного кровотока в слизистой оболочке языка, особенно у лиц с сосудистой патологией и дегенеративными изменениями шейного отдела позвоночника, применяют пентоксифиллин в дозе 300-600мг в сутки, стугерон, кавинтон.



С целью стимуляции тканевого обмена и нормализации гомеостаза назначают 20 инъекций 1% раствора АТФ по 2 мл внутримышечно, витамины В1, В12 по 1мл 10 инъекций через день внутримышечно.

Обязательно назначение вазоактивных средств – циннаризин (по 0,025г 3 раза в день под контролем артериального давления – по 100-200 таблеток на курс лечения), никотиновая кислота (1мл 1% раствора ежедневно, повышая дозу на 1мл, доводя до 10мл в день, а затем снижая до 1мл).



Описан метод лечения стомалгии медицинскими пиявками – гирудотерапия. Из физиотерапевтических методов применяют массаж вортниковой зоны в сочетании с лечебной физкультурой, эндоназальный электрофорез новокаина и брома, электрофорез ганглерона на область шейных симпатических узлов и гепарина на область языка. Положительный эффект оказывает лазеротерапия, которая играет роль биостимулятора и обладает анальгезирующим действием. Показаны также гипербарическая оксигенация и введением шприцем кислорода в боковые поверхности языка.

Патогенез глоссодинии



Заболевания ЖКТ с нарушением секреторной и моторной функций



Патологическая тоническая афферентация в сегментарные (ядра блуждающих, тройничных нервов, ретикулярной формации ствола мозга) и надсегментарные структуры – таламус и кору головного мозга



Застойные участки возбуждения в таламусе и коре головного мозга



Дезинтеграция корково – подкорково - столбных взаимоотношений с участием:

Лимбико-
ретикулярного
комплекса

Гипоталамо-
гипофизарно-
надпочечного
комплекса

Иммунной
системы
системы

Опиоидергичные
механизмы
регуляции

Дезинтеграция (ирритация) ядерного комплекса тройничного, лицевого, языкоглоточного, блуждающего, подъязычного нервов, ретикулярной формации ствола мозга



Чувствительные, в т.ч. вкусовые, двигательные, секреторные (слюновыделительные) расстройства в полости рта – глоссодиния

Поражение вегетативных ганглиев лица

Основные вегетативные ганглии лица:

- крылонебный,
- ресничный,
- ушной,
- подчелюстной,
- подъязычный.

Наиболее часто встречается поражение крылонебного узла.

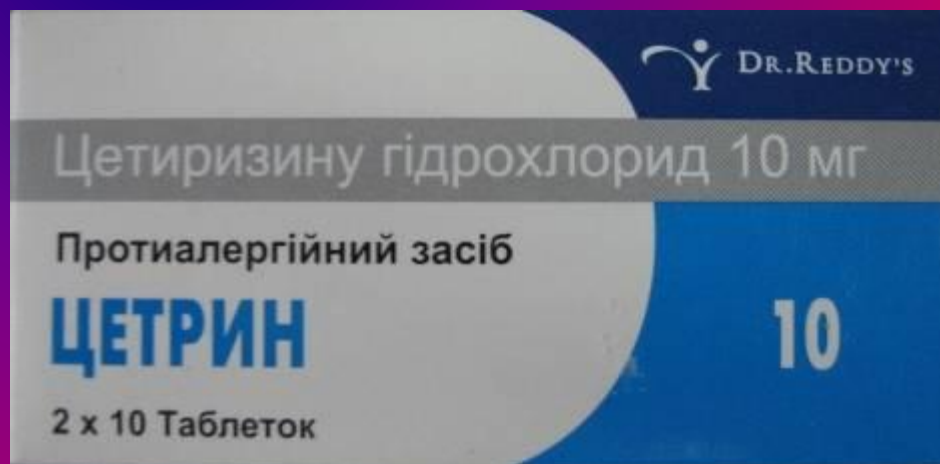
Ганглионит (ганглионеврит)

крылонебного узла — симптомокомплекс, который отличается значительной вариабельностью клинических проявлений, что затрудняет диагностику поражений.

- Узел имеет три основных корешка: соматический (чувствительный) — от II ветви тройничного нерва, парасимпатический — от лицевого нерва и симпатический — из сплетения внутренней сонной артерии; он имеет также связи с цилиарным, ушным, верхним шейным симпатическим узлами и черепными нервами, особенно с тройничным и лицевым.

Лечение следует проводить на фоне десенсибилизирующей терапии: димедрол, супрастин, тавегил, дипразин. Хороший терапевтический эффект достигается от применения глюкокортикоидов внутрь или же фонофореза гидрокортизона на область проекции узла.

Назначают 3% раствор пахикарпина по 3-5мл подкожно, спазмолитические средства: 1,5% раствор ганглерона, начиная с 1мл 3-4 раза в день в первые 1-2 дня, затем по 2-3мл также 3-4 раза в день; 1-2мл 2,5% раствора дипразина, а также нейролептики в сочетании с антидепрессантами (амитриптилин по 25мг 3 раза в день в течение 3-4 недель, пиразидол в тех же дозах).



Синдромы поражения шейного отдела пограничного симпатического ствола

Поражение этого отдела ведет к развитию клинической симптоматики, которая проявляется различными симптомокомплексами в области головы, шеи, лица, полости рта и носа. Особое значение имеют поражения четырех симпатических узлов: верхнего, среднего, добавочного и звездчатого. Следует добавить, что средний и добавочный имеются не у всех людей. В то же время у некоторых имеются дополнительные узлы (2-5). Поэтому точно распознать, какой из узлов поражен, не всегда возможно.

Клиника: поражение узлов пограничного симпатического ствола и их волокон проявляется болевым синдромом. Он характеризуется чувством жжения, которое аналогично ощущению при ожоге, действию электрического тока, кипятка и т.п. Однако некоторые трофические нарушения симпатического ствола могут и не сопровождаться болевым синдромом. Нарушения чувствительности проявляется гиперестезией или гиперпатией, имеют сегментарно-вегетативный характер. У больных отмечаются различной степени выраженности трофические расстройства. Болевые приступы длятся от 20 минут до 5 часов.

Объективно: При поражении симпатических узлов могут несколько повышаться сухожильные и периостальные рефлексy на стороне боли. На этой же стороне повышается мышечный тонус.

Основной особенностью поражений верхнего симпатического узла является то, что локализация болезненных проявлений не соответствует зоне иннервации какого-либо соматического нерва. Боль может распространяться на весь верхний квадрант, включая лицо и даже всю половину туловища, что объясняется вовлечением в процесс всей симпатической цепочки. При очень сильных болях в лице и зубах поражение узла может служить причиной ошибочного удаления зубов.

Лечение: В период обострения назначают ненаркотические анальгетики (анальгин, амидопирин, парацетамол в таблетках и др.), а также транквилизаторы, которые оказывают болеутоляющее действие на таких больных. При резко выраженном болевом синдроме прибегают к преганглионарной новокаиновой блокаде: 50-60 мл 0,5% раствора вводят на уровне 2 и 3 грудных позвонков (8-12 блокад через 2-3 дня).

Больным, у которых поражение симпатического ствола обусловлено гриппозной инфекцией, назначают иммуноглобулин по 1,5-3,0 мл 3-4 раза с интервалом в 4-5 дней. В случаях бактериальной инфекции (ангина, пневмония, ревматизм) назначают курс лечения антибиотиками. Применяют антигистаминные препараты: димедрол, дипразин.

Назначают общеукрепляющее лечение: поливитамины, препараты фосфора (АТФ, лецитин, фосфен и др.), препараты железа, алоэ, стекловидное тело, ФИБС. Показаны массивные дозы вит. В12 (по 1000 мкг, 10 инъекций на курс).

На область пораженных участков симпатического ствола применяют электрофорез новокаина, амидопирин, йодида калия и т.п. Применяют УФО (эритемные дозы), диадинамические токи, радоновые ванны, массаж.