

**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).

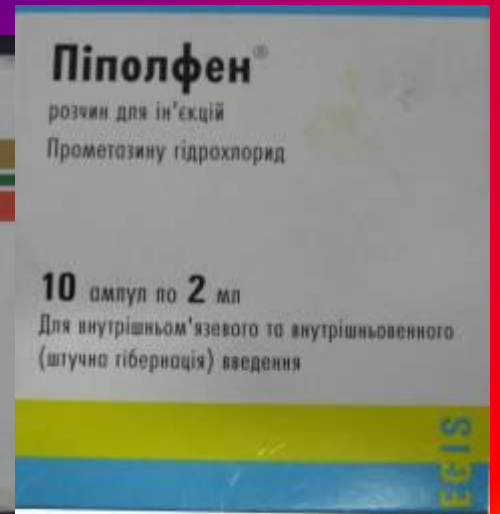
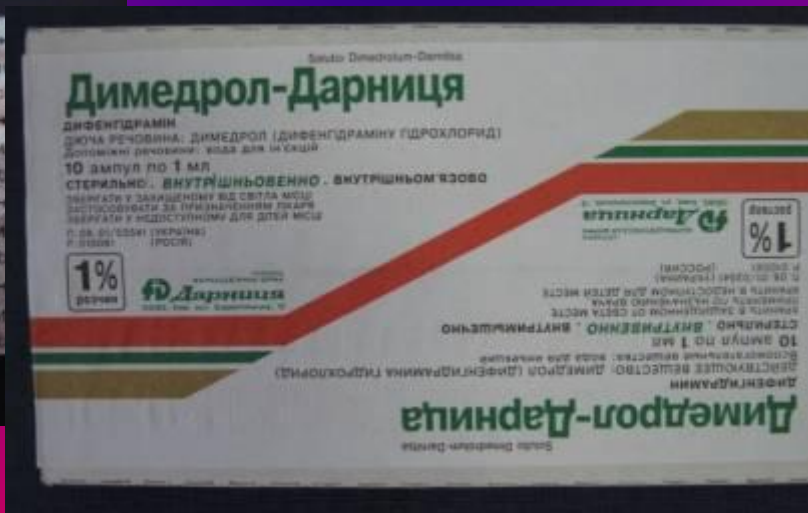
Чаще боли возникают в зоне II и III ветви тройничного нерва или в области обеих этих ветвей. Невралгия I ветви встречается крайне редко, и при установлении этого диагноза следует быть очень осторожным. Обычно аналогичные симптомы возникают при фронтитах, местных воспалительных реакциях, тромбозах синусов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

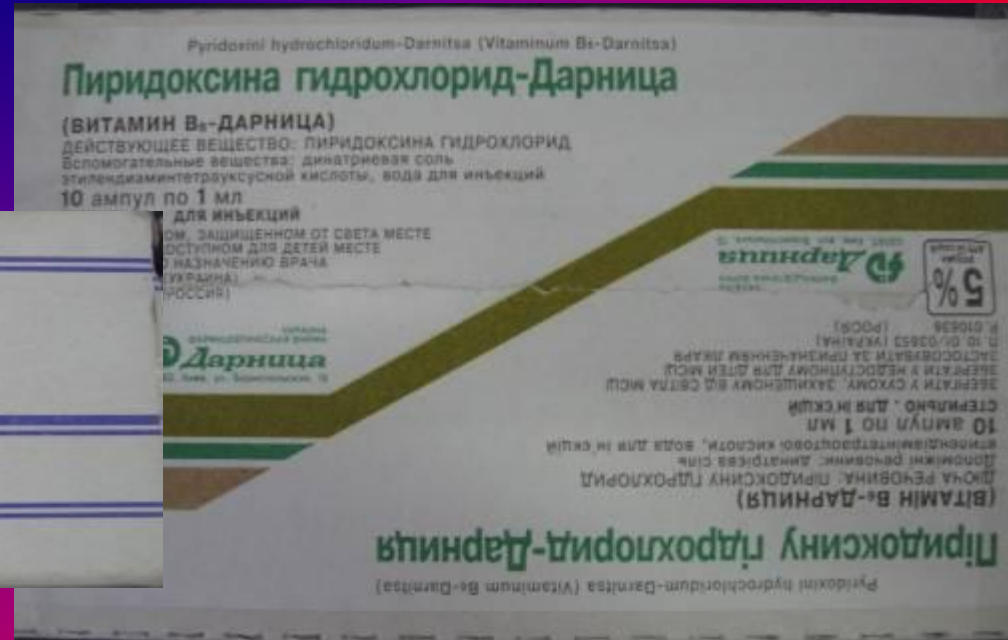
Больным с постоянными болями - внутривенные инъекции 10мл 1% раствора тримекаина. Для потенцирования противовоспалительной и противосудорожной терапии применяют антигистаминные препараты: димедрол по 1 таблетке 2 раза в день или дипразин (пипольфен) по 1 мл 2,5% раствора внутримышечно на ночь.

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 ЧЛЮ | 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.

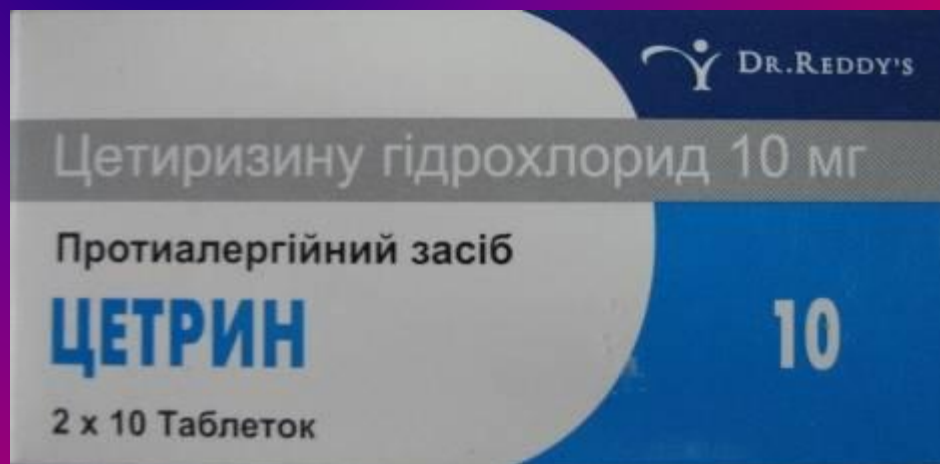
Ганглионит (ганглионеврит)

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 нейрорептики 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.