

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЭНДОДОНТИИ

В. А. Андреева, И. М. Сёмченко, О. Н. Пронорович

НЕЙРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 616.311-009(075.8)

ББК 56.6я73

A65

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 29.06.2022 г., протокол № 6

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. терапевтической стоматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования Н. В. Новак; каф. консервативной стоматологии Белорусского государственного медицинского университета

Андреева, В. А.

A65 **Нейрогенные заболевания слизистой оболочки ротовой полости : учебно-методическое пособие / В. А. Андреева, И. М. Сёмченко, О. Н. Пронорович. – Минск : БГМУ, 2023. – 28 с.**

ISBN 978-985-21-1253-6.

Рассмотрены нейрогенные заболевания слизистой оболочки полости рта, их клиника и классификация. Описаны поражения системы тройничного нерва, системы языкоглоточного нерва, глоссодиния и синдромы ротовой полости.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического факультета. Может быть полезно для врачей-интернов.

УДК 616.311-009(075.8)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985-21-1253-6

© Андреева В. А., Сёмченко И. М., Пронорович О. Н., 2023

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2023

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: 65–70 мин.

К стоматологам обращается достаточно большое количество пациентов с выраженными болевыми или парестетическими симптомами. Острая боль или неутолимые парестезии в области тканей полости рта, челюстей, лица нарушают сон, трудоспособность, эмоциональное и психическое состояние. Многие врачи испытывают затруднения в постановке правильного диагноза и проведении дифференциальной диагностики между стоматологической и сугубо неврологической патологией (вследствие подобия проявлений этих заболеваний). Нередко без достаточного основания депульпируются или удаляются здоровые зубы, а болевой синдром продолжает беспокоить.

Развитие современной клинической неврологии и стоматологии позволило выделить группу заболеваний с нарушениями в области лица и ротовой полости, характеризующимися первичными поражениями нервной системы и вторичными изменениями ее деятельности вследствие патологии зубочелюстной области. В связи с механизмами развития и разнообразной неврологической и стоматологической симптоматикой такие заболевания называют нейростоматологическими, а раздел медицины, изучающий их, — нейростоматологией.

Нейростоматологические заболевания в большинстве случаев характеризуются тяжелыми клиническими проявлениями, часто имеют острое начало, приступообразное или хроническое рецидивирующее течение с невыясненными этиологическими факторами. Несмотря на то, что в практике неврологов и стоматологов часто встречаются пациенты с лицевыми болями, нарушениями чувствительности и сократимости мышц лица, вегетативными симптомами в области лица и полости рта, диагностика и лечение лицевых болей для многих врачей представляют значительную проблему. И только специально подготовленный врач может подтвердить отсутствие заболеваний тканей челюстно-лицевой области и установить диагноз нейрогенного заболевания: невралгии, невротии, ганглионита, глоссодинии и др. Раздел нейростоматологии расширяет общемедицинское образование, углубляет знания по стоматологии и неврологии, формирует клиническое мышление, повышает квалификацию и авторитет стоматолога и невролога.

Цель занятия: интегрировать знания о диагностике, дифференциальной диагностике и подходах к лечению невралгии, невротии тройничного нерва, глоссодинии, синдромов ротовой полости.

Задачи занятия:

– ознакомиться с классификацией нейростоматологических заболеваний В. Е. Гречко;

- изучить особенности клинических проявлений, диагностики и лечения невралгии, невралгии тройничного нерва;
- усвоить принципы дифференциальной диагностики невралгии и невралгии тройничного нерва;
- знать принципы лечения невралгии и невралгии (неврита) тройничного нерва;
- изучить особенности клинических проявлений, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения глоссодинии;
- знать неврологические симптомы при стоматитах, глосситах, хейлитах, кандидозе, гальванизме.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы необходимо повторить:

- общие принципы и элементы строения нервной системы;
- анатомо-физиологические особенности черепных нервов;
- особенности иннервации ротовой полости;
- вегетативную иннервацию лица и ротовой полости;
- патофизиологию боли;
- из фармакологии: анальгетики, анестетики, нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, противосудорожные, антигистаминные и нестероидные противовоспалительные средства.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Особенности иннервации лица и ротовой полости.
2. Строение слизистой оболочки в различных отделах ротовой полости.
3. Первичные и вторичные элементы поражения слизистой ротовой полости.
4. Показания и противопоказания к применению анальгетиков, анестетиков, противовоспалительных средств, витаминов группы В.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация нейростоматологических заболеваний В. Е. Гречко (1980).
2. Клиника, дифференциальная диагностика и тактика врача при невралгии тройничного нерва.
3. Клиника, дифференциальная диагностика и тактика врача при неврите (невралгии) тройничного нерва.
4. Глоссодиния. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и тактика врача при лечении.
5. Синдромы ротовой полости.

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В зависимости от вида пораженных нервов нейростоматологические заболевания разделяют на несколько групп. С точки зрения терапевтической стоматологии наибольшее значение имеют поражения систем черепных нервов, в частности тройничного, и симптомокомплексы, обусловленные поражением вегетативного отдела нервной системы лица.

Иннервацию ротовой полости осуществляют:

1) соматические нервы: тройничный (V), лицевой (VII), языкоглоточный (IX), блуждающий (X) и подъязычный (XII);

2) вегетативные нервные образования: крылонебный, ушной, поднижнечелюстной, подъязычный парасимпатические узлы и шейный симпатический ствол.

Все эти вегетативные образования и нервы тесно взаимосвязаны.

Тройничный нерв (n. trigeminus) — V пара черепных нервов — смешанный, содержит двигательные, чувствительные и парасимпатические секреторные нервные волокна. Осуществляет основную чувствительную иннервацию ротовой полости. Три периферические ветви тройничного нерва: *глазная и верхнечелюстная* (чувствительные), *нижнечелюстной нерв* (смешанный) — иннервируют кожу лица, лба и волосистую часть головы до теменно-ушно-подбородочной линии, слизистую оболочку носа, верхнечелюстной пазухи и полости рта, десны, передние $\frac{2}{3}$ языка, а также мышцы кости и образуют верхнее и нижнее зубные сплетения. Жевательные мышцы иннервирует двигательный корешок нижнечелюстного нерва. Все многочисленные веточки тройничного нерва в месте вхождения в мозг образуют тройничный, или гассеров, узел (ganglion trigeminale). Анатомической особенностью гассерова узла является то, что он образован ложными униполярными нейронами. Отростки биполярных сенсорных нейронов ганглия образуют периферические ветки — глазной, верхнечелюстной и нижнечелюстной нервы. Перед выходом из черепа все они отдают веточки, которые иннервируют твердую мозговую оболочку (такая анатомическая особенность объясняет возникновение сильной невралгической боли при поражении системы тройничного нерва).

Чувствительный корешок тройничного нерва в средней части моста Т-образно делится на восходящий и нисходящий пучки: проводники мышечно-суставной и тактильной чувствительности образуют восходящий пучок и идут к ядру проприоцептивной чувствительности, а проводники поверхностной (болевого и температурной) чувствительности в составе нисходящего пучка направляются к спинальному ядру тройничного нерва. При этом волокна, идущие от латеральных отделов лица, оканчиваются в нижнем отделе спинального

ядра независимо от того, из какой ветви они происходят. Волокна от медиальных отделов лица оканчиваются в среднем отделе спинального ядра, волокна от оральной части (область носа и губ) — в оральной части спинального ядра. Поэтому зоны нарушения чувствительности на коже лица и слизистой оболочке рта при поражении спинального ядра носят сегментарный, или «луковичный», характер (зоны Зельдера).

Нарушения чувствительности в центральных сегментах лица и передних отделах языка свидетельствуют о патологических изменениях в верхних и средних отделах спинального ядра. В верхнем отделе спинального ядра (оральной части ядра) собирается поверхностная чувствительность от тканей полости, и туда входит около 80 % висцеральных волокон блуждающего нерва. Здесь, в спинальном ядре, происходит интеграция экстероцептивных импульсов блуждающего нерва, идущих от внутренних органов.

При поражении спинального ядра тройничного нерва нарушается только поверхностная (болевая и температурная) чувствительность при сохранении тактильной и глубокой, то есть нарушение чувствительности носит сегментарный диссоциированный характер, что следует учитывать при топической диагностике.

Глазной нерв (n. ophthalmicus) является первой, наиболее тонкой ветвью тройничного нерва. Функционально нерв преимущественно чувствительный. Проходит в полость глазницы через верхнеглазничную щель, где разделяется на три ветви — лобный (n. frontalis), носоресничный (n. nasociliaris) и слезный (n. lacrimalis) нервы. Они иннервируют органы глазницы, передние отделы кожи лица и носа. С первой ветвью тесно связан ресничный узел.

Верхнечелюстной нерв (n. maxillaris), вторая ветвь тройничного нерва, в основном чувствительный. Верхнечелюстной нерв иннервирует твердую мозговую оболочку, кожу нижнего века, наружного угла глазничной щели, передней части височной области, верхней части щеки, крыльев носа, кожу и слизистую оболочку верхней губы, слизистую оболочку задней и нижней части полости носа, клиновидной пазухи, неба, зубы верхней челюсти. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через круглое отверстие и вступает в крылонебную ямку, где разделяется на скуловой (n. zygomaticus), подглазничный (n. infraorbitalis) нервы и узловы ветви (rr. ganglionares) к крылонебному узлу (ganglion pterygopalatinum).

Нижнечелюстной нерв (n. mandibularis) — третья, самая массивная ветвь тройничного нерва, является смешанной — в ней соединены как чувствительные, так и двигательные волокна. Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через овальное отверстие и попадает в подвисочную ямку, где разделяется вблизи места выхода на ряд ветвей. Нижнечелюстной нерв иннервирует жевательные мышцы, переднее брюшко двубрюшной мышцы, мышцу, напрягающую барабанную перепонку, и мышцу, напрягающую неб-

ную занавеску. Кроме того, нерв осуществляет чувствительную иннервацию твердой мозговой оболочки, кожи нижней губы, подбородка, нижней части щеки, дна полости рта, зубов нижней челюсти. Чувствительные волокна разделяются на ушно-височный (*n. auriculotemporalis*), нижний альвеолярный (*n. alveolaris inferior*) и язычный (*n. lingualis*) нервы. С ветвями нижнечелюстного нерва связаны три узла вегетативной нервной системы: ушной, поднижнечелюстной, подъязычный. От этих узлов идут постганглионарные парасимпатические секреторные волокна к слюнным железам и вкусовые — к вкусовым сосочкам языка.

С ветвями тройничного нерва связаны парасимпатические узлы: с глазным нервом — ресничный узел, с верхнечелюстным — крылонебный, с нижнечелюстным — ушной, поднижнечелюстной.

Помимо тройничного нерва в иннервации органов ротовой полости принимают участие языкоглоточный, промежуточный, блуждающий и подъязычный нервы.

Барабанная струна (chorda tympani) — ветвь промежуточного нерва (*n. intermedius*), идущего в составе лицевого нерва (VII) (*n. facialis*). В составе барабанной струны идут парасимпатические волокна, которые дают основу для формирования поднижнечелюстного вегетативного нервного узла, а также волокна специфической чувствительности, осуществляющие вкусовую иннервацию передних $\frac{2}{3}$ соответствующей половины языка. Достигает языка вместе с язычным нервом. Аксоны вкусовых клеток оканчиваются в ядре одиночного пути, общем для языкоглоточного нерва.

Языкоглоточный нерв (n. glossopharyngeus) — IX пара черепных нервов — смешанный, содержит чувствительные, вкусовые, двигательные и секреторные волокна. Иннервирует слизистую оболочку задней трети языка, миндалин, небных дужек, верхнего отдела глотки и околоушную железу. Имеет четыре ядра, которые расположены в заднем отделе продолговатого мозга. Чувствительные и вкусовые волокна начинаются от верхнего и нижнего узлов, расположенных по ходу ствола нерва под основанием черепа вблизи яремного отверстия. Дендриты чувствительных клеток вместе с чувствительными волокнами блуждающего нерва проводят чувствительность от задней трети одноименной половины языка, небной миндалины, небных дужек, слизистой оболочки верхнего отдела глотки. Аксоны их заканчиваются в ядре общей чувствительности (*nucleus alae cinereae*) в стволе головного мозга. Дендриты вкусовых клеток осуществляют вкусовую иннервацию задней трети половины языка, аксоны вкусовых клеток заканчиваются в ядре вкусовой чувствительности (*nucleus tractus solitarii*) в стволе головного мозга. 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 — в оперкуляр-

ной области (извилине морского конька). В составе языкоглоточного нерва идут также эфферентные парасимпатические (секреторные) волокна к околоушной железе. Эти волокна берут начало в вегетативном нижнем слюноотделительном ядре, клетки которого рассеяны в ретикулярной формации продолговатого мозга. При поражении этого ядра возникает сухость во рту из-за гипофункции околоушной слюнной железы. Патология языкоглоточного нерва также может сопровождаться понижением чувствительности задней стенки глотки и мягкого неба, утратой вкусовых ощущений на задней трети языка, парестезией.

Блуждающий нерв (n. vagus) — X пара черепных нервов — смешанный. Принимает участие в иннервации кожи околоушной области, слизистой оболочки глотки, частично корня языка. Имеет ядра: три общих с языкоглоточным нервом (*nucleus alae cinereae*, *nucleus ambiguus*, *nucleus tractus solitarii*) и собственное парасимпатическое ядро (*nucleus dorsalis n. vagi*). Блуждающий нерв содержит двигательные, чувствительные и вегетативные (парасимпатические) волокна.

Подъязычный нерв (n. hypoglossus) — XII пара черепных нервов — преимущественно двигательный. Ядро нерва расположено в продолговатом мозге в дне ромбовидной ямки, корешок нерва выходит из черепа через канал подъязычного нерва и иннервирует мышцы одноименной половины языка. Это периферический нейрон двухнейронного двигательного пути. Центральный нейрон представлен аксонами двигательных клеток нижнего отдела передне-центральной извилины противоположного полушария головного мозга, проходящими в общем двигательном пути и оканчивающимися в бульбарном ядре подъязычного нерва.

Чувствительные расстройства языка могут быть обусловлены поражением язычного, языкоглоточного и промежуточного нервов на различных уровнях, а также поражением нижнего отдела центральной 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 различном уровне или поражением нижнего отдела переднецентральной извилины противоположного полушария головного мозга.

Вегетативную иннервацию тканей и органов челюстно-лицевой области осуществляют парасимпатические узлы (ресничный, крылонебный, ушной, поднижнечелюстной, подъязычный) и симпатические ганглии: верхний шейный узел и шейный симпатический ствол. Парасимпатические нервные волокна входят в соответствующие ганглии с глазодвигательным (*n. oculomotorius*), лицевым (*n. facialis*), языкоглоточным (*n. glossopharyngeus*), блуждающим (*n. vagus*) нервами.

Путь симпатической иннервации лица более сложный. Центральная ее часть представлена симпатическими ядрами боковых рогов серого вещества спинного мозга в его грудном и поясничном отделах. С помощью белых соединительных ветвей они соединяются с ганглиями симпатического ствола. Он представляет собой цепочки паравертебральных ганглиев, расположенных с обеих сторон позвоночника. Ганглии противоположных сторон соединены между собой многочисленными межузловыми симпатическими ветвями. Соотношение в отдельном ганглии количества преганглионарных и постганглионарных волокон достигает 1 : 32. Этим объясняется значительное распространение возбуждения с одного пораженного и возбужденного ганглия на другие. Белые соединительные преганглионарные волокна в шейные узлы приходят именно из грудных и поясничных паравертебральных ганглиев. Отсюда понятно возникновение болевого ощущения в области иннервации шейных ганглиев при поражении внутренних органов. Из нижнего, среднего и особенно верхнего шейных симпатических узлов отходят ветви к ближайшим кровеносным сосудам — артериям. Эти симпатические нервные веточки образуют сплетения вокруг стенок артерий и вместе с ними достигают разных органов и желез лица и полости рта. От этих сплетений отходят соединительные веточки и к парасимпатическим ганглиям лица. Такой сложный путь симпатической иннервации создает предпосылки возникновения болевых вегетативных синдромов лица при заболеваниях разных внутренних органов.

Пять пар парасимпатических вегетативных узлов головы анатомически и функционально связаны между собой и с верхним шейным симпатическим узлом, являющимся коллектором периферического отдела вегетативной нервной системы головы. Все эти узлы связаны с тройничным, языкоглоточным нервами, тканями и органами челюстно-лицевой области, а также с органами грудной и брюшной полостей. Чувствительные клетки верхнего шейного симпатического узла имеют длинные дендриты (до 90 см), которые разветвляются в отдаленных органах и тканях. Импульсы трансформируются в шейном узле и передаются по аксонам в сегментарные вегетативные центры спинного и продолговатого мозга, а затем в надсегментарные центры (гипоталамус, базальные ганглии, кору). Так, в норме и при патологических процессах по блуждающему нерву и пограничному симпатическому стволу в вегетативные центры поступает информация из внутренних органов.

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).

Ядра тройничного нерва тесно связаны между собой, а также с ядрами языкоглоточного и блуждающего нервов, что важно для понимания возникновения болевых и парестетических синдромов полости рта. Эта связь осуществляется через спинномозговой путь тройничного нерва.

Тройничный нерв имеет сложную организацию и тесную связь с другими нервами челюстно-лицевой области (как соматическими, так и вегетативными). В возникновении клинических проявлений его поражения принимают участие периферические и центральные образования нерва, многочисленные ядра и другие корковые структуры центральной нервной системы. Учитывая это, сформировалось понятие системы тройничного нерва. Система тройничного нерва включает все анатомо-функциональные образования нерва, рецепторный или эффекторный аппарат, проводящие пути, ядра, подкорковые или корковые образования, вегетативные ганглии, которые тесно связаны между собой и принимают участие в деятельности тройничного нерва. Система тройничного нерва уникальна среди других черепных нервов. Объясняется эта уникальность самой большой сложностью, плотностью расположения и разнообразием его рецепторного аппарата. Уникально также разнообразие зон иннервации тройничного нерва: мозговые оболочки, кости, костные пазухи, зубы, разные слизистые оболочки, кожа, железы, различные анатомические образования полости рта и лица. Тройничный нерв имеет самый большой в нервной системе ганглий — тройничный — и высокоспециализированную систему ядер, тесно связанных с ядрами других нервов, в частности блуждающего. Все это объясняет численность и разнообразие нейростоматологических поражений системы тройничного нерва.

Разнообразие анатомического строения разных образований системы тройничного нерва обуславливает ряд факторов, вызывающих его поражения. Их разделяют на три группы: одонтогенные, тоннельные и сосудистые.

К *одонтогенным* факторам относят:

- дентикли пульпы;
- острый и хронический пульпит и периодонтит;
- радикулярные кисты;
- травматические оперативные вмешательства (удаление зубов; операции на костях челюстей, альвеолит).

Тоннельный фактор играет большую роль в возникновении поражений тройничного нерва, поскольку его ветви имеют значительную протяженность и проходят в костных образованиях (каналах). Уменьшение их диаметра (склерозирование подглазничного и нижнечелюстного каналов или их соответствующих отверстий, экзостозы) или отек веточек нерва вследствие интоксикации приводят к механическому сдавливанию нервной ткани и возникновению поражения тройничного нерва.

К *сосудистым* факторам относят атеросклеротические изменения сосудов микроциркуляторного русла ядерных образований тройничного нерва, артериальную и венозную гипертензию.

Возникновению нейрогенных поражений способствуют заболевания эндокринной системы (сахарный диабет), которые чаще возникают у лиц старше 40 лет, преимущественно у женщин.

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

По клиническим признакам все нейрогенные заболевания челюстно-лицевой области (Е. С. Яворская, Ю. М. Судаков, 1967) разделяют на болевые и парестетические синдромы. Болевые синдромы они разделяют по анатомическому принципу на соматические и вегетативные.

К соматическим болевым синдромам относятся невралгия и нейропатия (неврит) тройничного, язычного, подъязычного нервов и др.

К вегетативным болевым синдромам относятся ганглионит ресничного, крылонебного, поднижнечелюстного, подъязычного и верхнего шейного вегетативного узлов и др.

К парестетическим синдромам относится глоссодиния – висцерорефлекторный стволочный синдром.

Выделяют расстройства чувствительности, моторные и трофические невроты. Моторные невроты языка возникают чаще при поражении подъязычного нерва и выражаются параличами и парезами. Нейротрофические расстройства проявляются преимущественно картиной очаговой десквамации, которая наблюдается на разных участках спинки языка. Большое практическое значение имеют нарушения чувствительности языка, проявлением которых являются анестезия, нейропатия, глоссодиния.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра зарубежные авторы рассматривают лицевые, головные боли и черепные невралгии в рамках единой нозологической формы без синдромальной дифференциации. Вместе с тем нет общепринятой классификации нейростоматологических заболеваний, а существующие классификации касаются в основном прозопалгий (лицевых болей). В клинической практике используется классификация нейростоматологических заболеваний В. Е. Гречко (1980), основанная на анатомо-функциональном принципе. В ней выделено 6 групп симптомокомплексов, обусловленных:

- поражением систем тройничного, лицевого, промежуточного, языко-глоточного, блуждающего, подъязычного черепных нервов;
- поражением вегетативного отдела нервной системы;

- нарушением иннервации двигательных систем челюстно-лицевой области;
- заболеваниями зубочелюстной системы, патологией суставов, придаточных пазух и глазницы;
- общесоматическими заболеваниями;
- нарушениями высшей нервной деятельности, неврастенией, истерией, неврозом, навязчивыми состояниями, сопряженными с нейростоматологическими синдромами.

Большинство нейростоматологических заболеваний имеют разной степени выраженности болевые синдромы. Среди многообразия болевых синдромов особое место занимают лицевые боли (прозопалгии).

По клинической картине нейрогенные лицевые боли разделяются:

1. На *типичные* — это пароксизмальные невралгии черепных нервов: тройничного, языкоглоточного, верхнегортанного. Они характеризуются уникальностью этиологии (компрессионный характер), патогенеза (формирование аллогенной системы пароксизмального типа), клиники и ответа на терапию — эффект есть от определенных антиэпилептических препаратов, а не от анальгетиков.

2. *Атипичные* — различные по происхождению и патогенетическим механизмам боли, в большинстве случаев вегетативно-сосудистые. Этиологический фактор установить не удается. При пароксизмальном характере болей по сравнению с типичными прозопалгиями приступы характеризуются иным болевым оттенком большей длительности, в них можно различить периоды нарастания, апогея, спада. Курковых зон нет. В той или иной степени действенны анальгетики.

Наиболее важные с точки зрения стоматолога нейростоматологические заболевания рассмотрены в данном учебно-методическом пособии.

ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Наиболее частыми видами патологии являются невралгия и невропатия (неврит) тройничного нерва. Невропатия — болезнь, при которой патоморфологические изменения в нерве сопровождаются нарушением двигательных, чувствительных и вегетативных функций. Невралгия характеризуется приступами болей по ходу нерва без признаков органического поражения.

Невралгия тройничного нерва — это симптомокомплекс, который проявляется приступами мучительных болей, локализующихся в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва.

Выделяют две основные группы невралгии тройничного нерва:

- а) невралгия тройничного нерва преимущественно центрального генеза, т. е. с преобладанием центрального компонента;
- б) невралгия тройничного нерва периферического генеза, т. е. периферического компонента.

Несомненно, нельзя представить формирование чувства боли без участия центральных структур тройничного нерва при поражении его периферического компонента. Однако существуют невралгии, в развитии которых основная роль принадлежит периферическому компоненту (невралгия, возникающая при опухолевом процессе, располагающемся рядом с тройничным нервом, травматические, воспалительные невралгии, постгерпетическая). Вместе с тем имеются формы заболеваний, основу которых составляет центральный компонент: невралгии при нарушениях кровообращения в ядре тройничного нерва или невралгия при поражениях других подкорковых структур. Смешивать эти формы невралгий было бы неправильно с точки зрения медицинской практики, так как они имеют ряд клинических особенностей и требуют различных методов лечения.

Клиническая картина при невралгии характеризуется приступами невыносимой боли, которые продолжаются в течение очень короткого времени: от нескольких секунд до 1–1,5 мин. Они носят острый характер, стреляющий (как удар кинжала, электрический разряд). Боль локализуется в пределах зоны иннервации одной из ветвей тройничного нерва (чаще односторонняя). Приступ начинается резко и так же резко заканчивается. Боль может возникать самопроизвольно или быть спровоцирована разными факторами (прикосновение, надавливание, холод и др.) при воздействии на так называемые курковые (триггерные, аллогенные) зоны. В зависимости от тяжести заболевания количество приступов боли — от 5 до 15–30 в сутки, чаще всего они происходят днем. Обычно боль возникает в зоне иннервации верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов.

Приступ боли сопровождается вегетативными проявлениями: покраснением лица, слезотечением, слюноотделением, рефлекторными подергиваниями мышц лица. В момент приступа пациент замирает и старается не двигаться, поскольку движения усиливают болевые ощущения. Характерно страдальческое выражение лица. У большинства больных невралгией возникают разные неврологические расстройства: от невротических реакций до астеноневротического синдрома.

Обследование пациентов в период между приступами боли не выявляет органической симптоматики, помимо того, что пациенты избегают любого раздражения курковой зоны. Точки выхода тройничного нерва при объективном исследовании болезненны не всегда. Курковые зоны локализуются преимущественно в медиальных отделах лица: при невралгии первой ветви —

у внутреннего угла глаза, корня носа, в области брови; второй ветви — у крыла носа, носогубной складки, над верхней губой, на слизистой оболочке верхней челюсти.

При длительном течении заболевания (более 2–3 лет) у пациентов могут возникать предвестники приступа боли: ощущение жара, зуда в области распространения боли, а у больных, многократно получавших лечение деструктивными методами, отмечаются трофические расстройства в зонах поражения ветвей: сухость кожи лица, атрофия мышц лица, раннее поседение и выпадение волос на передней волосистой части головы.

Дифференциальную диагностику проводят с другими нейрогенными заболеваниями лица, прежде всего с невралгией (невритом) тройничного нерва, а также острым пульпитом. Для последнего более характерны ночная боль, различная длительность болевых приступов, отсутствие курковых зон, наличие причинных зубов. Тщательный осмотр полости рта и состояния зубов позволяет определиться с диагнозом. От невралгии языкоглоточного и верхнегортанного нервов невралгию тройничного нерва отличает иная зона локализации курковых зон.

Лечение зависит от длительности и формы заболевания. Назначают противосудорожные препараты (карбамазепин в индивидуально подобранных дозах), анальгетики, антигистаминные, антидепрессанты, витамины группы В, препараты никотиновой кислоты, препараты, улучшающие микроциркуляцию нервных стволов, состояние стенок сосудов, и др.

Стоматолог должен провести санацию полости рта с устранением всех раздражающих факторов.

В настоящее время различают невралгии 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 невралгиях имеются объективные клинические симптомы, характерные для нарушений функции соответствующих нервов.

Как показали специальные исследования, истинное воспаление периферических нервов — явление редкое. В основе большинства изолированных невритов лежат механические, ишемические, токсические и обменные нарушения или сочетания всех этих факторов. Более того, оказалось, что в большинстве случаев инфекционных и постинфекционных невритов основную роль играют не столько воспалительные явления, сколько явления нейроаллергии. В связи с этим вместо термина «неврит» постепенно начинает завоевывать признание термин «невралгия».

Этиологическими факторами невралгии тройничного нерва и его ветвей являются инфекции, интоксикации, различные местные воспалительные процессы, травматические поражения нерва и др.

Невропатия тройничного нерва проявляется болью, парестезиями и нарушениями чувствительности в зоне иннервации пораженных ветвей тройничного нерва, а в случае невропатии нижнечелюстного нерва также и двигательными нарушениями. Необходимо иметь в виду, что болевые пароксизмы могут быть и при невропатиях системы тройничного нерва. Помимо невропатии трех ветвей тройничного нерва, встречаются невропатии более мелких ветвей.

При невропатии, в отличие от невралгии, болевой синдром носит постоянный характер, отсутствуют судорожные и спазматические явления в области лица. Курковых зон при невропатии выявить не удастся. Очень часто невропатия тройничного нерва принимает затяжное течение.

Для *лечения* назначают анальгетики, нейролептики, гипосенсибилизирующие препараты, седативные препараты, витаминотерапию, физиотерапию и др.

Постгерпетическая невралгия (нейропатия) — нередкое и тяжелое последствие поражения тройничного нерва вирусом опоясывающего, реже простого герпеса.

В литературе эта патология часто называется постгерпетической невралгией, однако с учетом отсутствия курковых зон, наличия постоянных болей в сочетании с расстройствами чувствительности более правильно определять это заболевание как постгерпетическую нейропатию.

Поскольку опоясывающий герпес, как и другие вирусы герпеса, является ДНК-вирусом, тропным к нервной ткани, то он остается в ДНК клеток первичных чувствительных ганглиев после первичной инфекции (ветрянки). После повторной активации вируса опоясывающего герпеса он переносится через аксоплазму в периферические афферентные окончания, где начинается его освобождение. Развивается интенсивная воспалительная реакция, клинически сопровождающаяся симптомами опоясывающего лишая. Перемещение вируса по тройничному нерву занимает приблизительно два дня. В этот продромальный период развивается неврит. Происходит дегенерация пораженных первичных афферентных нейронов, а также и вторых нейронов. Считается, что эти дегенеративные изменения играют важную роль в развитии постгерпетической невралгии, при которой невропатическая боль сохраняется долгое время после разрешения опоясывающего лишая. Частота постгерпетической нейропатии находится в прямой зависимости от сроков начала и адекватности терапии опоясывающего лишая.

Клиническая картина заболевания характеризуется постоянной жгучей болью или чувством жжения в области той ветви тройничного нерва, которая была поражена вирусом. Боль изнуряет пациента. Характерны выпадение всех видов чувствительности в зоне поражения, тотальная анестезия. Как

правило, возникают вторичные невротические расстройства — нарушения сна, депрессия, тревога.

Дифференциальной диагностики не требуется в силу характерной клинической картины. Важное значение имеет мелкопятнистая пигментация в соответствующей зоне — след герпетического поражения кожи.

Поскольку постгерпетическая нейропатия развивается у лиц старше 60 лет, то эта возрастная группа должна получать наиболее интенсивное *лечение*. Эффективность прямо пропорциональна своевременности лечения. В острой стадии назначают противовирусные препараты. Пациентам показаны анальгетики, антидепрессанты, противовоспалительные препараты, витамин В₁₂, физиотерапия.

ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА

Невралгия языкоглоточного нерва — это невропатический болевой синдром, характеристики которого во многом сходны с тригеминальной невралгией, за исключением нескольких особенностей. Это редкое заболевание, встречающееся с частотой 0,5–1 на 100 000 человек.

Причиной заболевания может быть сдавление корешка нерва расширенными сосудами, обычно задней нижней мозжечковой и позвоночной артериями, и в единичных случаях — опухолью ротоглотки.

Клиническая картина проявляется приступообразной кратковременной (1–2 мин) болью. Боль локализуется в зоне иннервации языкоглоточного нерва, особенно в задней части языка и боковых стенках глотки. Боль односторонняя (чаще левосторонняя). Боль менее интенсивная, чем при тригеминальной невралгии. Возможна иррадиация боли в глотку, подъязычную область, иногда в щеку. Болевые ощущения сопровождаются нарушением вкусовых ощущений: возникает гипергевзия (повышенная чувствительность) к горькому. При объективном обследовании выявляют курковые зоны в области иннервации нерва.

Лечение проводят соответственно терапии невралгии тройничного нерва. Особенностью лечения является то, что болевые ощущения во время приступа невралгии языкоглоточного нерва можно уменьшить или прекратить смазыванием корня языка растворами анестетиков.

ГЛОССОДИНИЯ

Глоссодиния (глоссалгия, стомалгия) — симптомокомплекс, проявляющийся возникновением устойчивых неприятных ощущений в полости рта и языке (боль и парестезии — жжение, покалывание, зуд, онемение).

Если болезненные ощущения ограничиваются лишь языком, то в этих случаях заболевание диагностируется как глоссалгия, или глоссодиния. Если они захватывают всю полость рта — как стомалгия. Код по МКБ-10:

K14.6 Глоссодиния

Жжение в языке

Глоссалгия.

Глоссодиния занимает одно из ведущих мест среди нейрогенных заболеваний челюстно-лицевой области. Распространенность может составлять до 10–16 % всех случаев болевых синдромов полости рта и лица. Чаще болеют женщины в возрасте 40–60 лет, хотя глоссодинией могут страдать и молодые люди.

Этиология и патогенез окончательно не выяснены. Это многофакторное заболевание. Среди факторов, обуславливающих развитие заболевания, выделяют общие и местные причины. Предполагаемые общие причины:

- 1) нервно-психические нарушения: неуравновешенное психоэмоциональное состояние со склонностью к депрессивным реакциям, тревожная мнительность, расстройства сна, канцерофобия, острые и хронические стрессовые ситуации;
- 2) эндокринные нарушения (сахарный диабет, тиреотоксикоз, климакс);
- 3) заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический колит, холецистит);
- 4) скрытая недостаточность питания (недостаток витамина А, витаминов группы В, железа);
- 5) заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертония, атеросклероз);
- 6) обменно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника;
- 7) аллергия.

Определенное значение имеют местные причины: острые края зубов, неполноценные протезы, зубные отложения, гальванизм, снижение высоты нижнего отдела лица, адентия различной степени, заболевания слизистой оболочки рта, болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

Клиническая картина характеризуется жалобами пациентов на ощущение жжения, покалывание, онемение, ползание мурашек, тяжесть в языке, усиливающуюся после разговора и к концу дня, чувство перца на языке, ошпаренности. Неприятные ощущения локализуются на кончике языка (передняя треть) и боковой поверхности, реже на спинке и корне языка. Нередко они достигают такой силы, что пациенты воспринимают их как болевые ощущения.

Жжение и неприятные ощущения могут распространяться на всю слизистую оболочку полости рта (стомалгия). Заболевание сопровождается расстройством вкуса и сухостью в полости рта. Жжение появляется утром, усиливается в течение дня и достигает максимума к вечеру, ослабевая или полностью исчезая при приеме пищи. Четко прослеживается суточный ритм возникновения неприятных ощущений, который повторяется длительное время с периодическими обострениями. Пациенты, обеспокоенные неприятными ощущениями, подолгу рассматривают язык, пытаются обнаружить на нем изменения. Ряд больных глоссодинией одновременно страдает канцерофобией.

Заболевание может начаться постепенно, и пациент не всегда может точно указать время появления неприятных ощущений в языке. Иногда оно может возникнуть после травмы языка острым краем зуба, протеза, приема горячей пищи, удаления зуба, острого инфекционного заболевания, длительного и интенсивного приема лекарств, на фоне нервного утомления или стресса. Местная травма становится пусковым механизмом заболевания на фоне вегетопатии. Часто пациенты связывают начало заболевания с протезированием (трудная адаптация к протезу, снижение прикуса, гальваноз).

При определении соматического статуса пациентов обнаружено, что у 95 % из них отмечается сочетание нескольких заболеваний.

При *объективном обследовании* обычно выявляют недостаточный гигиенический уход за полостью рта, наличие некачественных зубных протезов, пломб, которые являются факторами риска развития глоссодинии. Состояние слизистой оболочки рта и языка у больных глоссодинией соответствует их возрасту. Глоссодиния, как правило, не сопровождается морфологическими изменениями языка. Иногда при гипосаливации наблюдается гиперемия слизистой оболочки, а слюна при этом тягучая, пенная. Возможна умеренная отечность, атрофия сосочков языка. У значительной группы пациентов с глоссодинией отмечается желтушный оттенок мягкого неба и выпадение или понижение небного рефлекса. Движения языка свободные. Пальпация языка безболезненная.

Заболевание длится годами, возможны обострения. Чем длительнее заболевание, тем тяжелее клиническая картина и труднее лечение. Выздоровление без комплексного и квалифицированного лечения наблюдается редко. Иногда симптомы самопроизвольно на время исчезают.

Дифференциальную диагностику проводят с хронической травмой языка, органическими поражениями (опухоли, воспалительные процессы), невралгией и невропатией язычного нерва, кандидозом, десквамативным глосситом, аллергией на пластмассу, гальванозом ротовой полости, сиалопатией (синдромом Шегрена), ганглионитом подчелюстных, подъязычных вегетативных узлов и дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (синдрома Костена).

Боль и жжение как результат травмы (часто микротравмы) постоянны и локализуются в одном и том же месте, при еде и разговоре усиливаются. С устранением травмирующего фактора, который всегда выявляется, боль проходит.

Основное отличие от воспалительных процессов и опухолей состоит в отсутствии при глоссодинии объективных изменений в языке или в незначительных проявлениях, не соответствующих выраженности субъективных ощущений.

Невралгия язычного нерва отличается от глоссодинии сильными приступообразными болями в одной половине языка, которые возникают внезапно во время еды, разговора. Боль иррадирует по ходу нерва. Часто сочетается с невралгией третьей ветви тройничного нерва. Имеется провоцирующая, курковая зона, прикосновение к которой вызывает приступ. При глоссодинии болевые ощущения (парестезии) во время приема пищи исчезают. Этот симптом является патогномичным для глоссодинии.

Для невротии характерны локализация боли, строго соответствующая пораженному нерву, и одновременно отсутствие чувствительности в этой зоне. При неврите язычного нерва боль односторонняя, локализуется в передних двух третях языка. Боль при неврите постоянная, усиливающаяся при еде, разговоре. Как правило, на соответствующей половине языка частично или полностью отсутствует поверхностная чувствительность, что проявляется в чувстве онемения и парестезии. При вовлечении в патологический процесс барабанной струны наблюдаются изменения ощущения вкуса в зоне поражения.

Для десквамативного глоссита характерны очаги десквамации нитевидных сосочков языка в виде пятен красного цвета, имеющих тенденцию к постоянной миграции. Боль и жжение возникают при приеме раздражающей пищи. Заболевание чаще протекает бессимптомно.

Кандидоз слизистой оболочки рта часто напоминает своими проявлениями глоссодинию. При кандидозе слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отмечается белый налет на спинке языка и в складках. В анамнезе — прием антибиотиков, глюкокортикостероидов, цитостатиков, сахарный диабет. Бактериоскопия выявляет почкующиеся формы псевдомицелия с фигурами деления в многих полях зрения.

При аллергии на пластмассу жжение возникает вскоре после начала использования съемных протезов из акриловой пластмассы. Отек и гиперемия слизистой оболочки рта соответствуют границам протеза. Аллергические пробы на пластмассу положительные.

При гальванозе пациенты жалуются на металлический привкус во рту, искажение вкусовых ощущений, жжение, боль в языке, сухость или гиперсаливацию, слабость, головную боль. Эти симптомы напоминают проявления

глоссодинии. Однако в полости рта пациента выявляют ортопедические конструкции из разнородных металлов, между которыми возникает электрический ток значительной силы (до 20–40 мкА). На слизистой оболочке возможно проявление катарального воспаления.

Для синдрома Шегрена характерно значительное снижение слюноотделения. На слизистой оболочке рта появляются очаги катарального воспаления, которые легко травмируются. Язык красный, сухой с ощущением жжения. Губы покрыты сухими корочками, нередко возникают заеды. Отмечается циркулярный множественный кариес.

Для ганглионита поднижнечелюстного и подъязычного вегетативных узлов характерна жгучая постоянная боль в подчелюстной области и языке, которая периодически обостряется. Приступы боли нечастые (1 раз в день или в неделю). Боль появляется при приеме пищи, разговоре, прикосновении языка к зубам. Зона возникновения боли — передние $\frac{2}{3}$ языка, подъязычная и подчелюстная области.

Для синдрома Костена характерны ощущения парестезий на стороне пораженного сустава, шум в ушах, снижение слуха, шелканье и тупая боль в суставе. Часто это является проявлением значительного стирания зубов, снижения прикуса вследствие стирания коронок зубов. Бульбарные и вкусовые нарушения отсутствуют.

Терапия включает санацию полости рта, этиологическое, патогенетическое и симптоматическое воздействие. Санацию следует начинать сразу же при обращении пациента к стоматологу. Необходимо обучить пациента рациональной гигиене полости рта, удалить зубные отложения, лечить кариозные зубы, сошлифовать острые края, бугры, сделать коррекцию протезов, удалить разрушенные зубы, провести рациональное протезирование, создать нормальную высоту прикуса.

Одновременно следует проводить обследование, затем лечение выявленных заболеваний у других специалистов: терапевта, невропатолога, психиатра, гинеколога, эндокринолога и др.

Патогенетическое воздействие включает применение лекарственных средств и лечебные мероприятия с целью нормализации гомеостаза, воздействия на периферические и центральные звенья болевого синдрома, а также на сопутствующие нервно-психические расстройства. Для этого применяют внутрь препараты брома, валерианы, малые транквилизаторы (Элениум, Тазепам, Феназепам и др.), витамины группы В (в виде инъекций). Хороший эффект получен от лечения препаратами железа (Гемостимулин, Ферроплекс, Феррокаль и др.).

Как симптоматическое лечение используют местно анестезирующие средства в виде аппликаций и ротовых ванночек (5–10%-ный Анестезин на масле, 1%-ный раствор цитраля в персиковом масле, 2–5%-ный раствор ли-

докаина, дентальные обезболивающие гели), кератопластические средства (витамин А, масло шиповника и др.), средства, усиливающие слюноотделение (3%-ный раствор йодида калия, 5 мг пилокарпина сублингвально или в виде 1%-ного раствора).

Также применяют физиотерапию: гальванизацию верхних шейных симпатических узлов, электросон, элетрофорез языка с 1%-ным раствором витамина РР, 2–5%-ным раствором хлорида натрия, массаж воротниковой зоны и головы, иглорефлексотерапию. Большое значение имеет психотерапевтическая беседа, которую проводит стоматолог (необходимо успокоить пациента, разъяснить характер его заболевания). Назначение сильнодействующих средств и физиотерапии стоматолог должен согласовать с лечащим врачом. На протяжении всего лечения достаточное внимание должно быть уделено психотерапии.

СИНДРОМЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ СТОМАТИТАХ

У больных воспалительным заболеванием слизистой ротовой полости определяется ряд болевых и вегетативных синдромов, в развитии которых играют роль инфекция, интоксикация, травма и др. Затруднения в диагностике могут вызвать отдельные формы с наличием болевой и вегетативной симптоматики на фоне не резко выраженных изменений в полости рта, в частности вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта (острый герпетический гингивостоматит и опоясывающий лишай).

Клиническая картина. Трудности в диагностике поражения, вызванного *вирусом простого герпеса*, могут возникнуть в начальной стадии заболевания. Обычно через 5–7 дней инкубационного периода в полости рта появляются неприятные ощущения и парестезии. Боли усиливаются при еде и разговоре, сопровождаются повышением температуры тела и общей слабостью. Затем во рту появляются мелкие везикулы, которые быстро лопаются, образуя эрозии, покрытые налетом. На этом этапе диагностика уже несложна.

Опоясывающий лишай является проявлением активации вируса *Varicella zoster*, латентно персистирующего в нервных ганглиях человека, переболевшего ветряной оспой. Возбудителем опоясывающего лишая является *Herpes zoster*, имеющий тесное родство с вирусом *Varicella zoster*. Подобно простому герпесу, *Herpes zoster* имеет проявления на коже и в полости рта, но отличается исключительной нейротропностью и доставляется к клеткам эпителия по нервным ветвям, вызывая образование везикул на гиперемизованном ос-

новании. Гиперемия в случае опоясывающего лишая проявляется полосами, соответствующими пораженным нервным ветвям. Заболевание обычно проявляется односторонним поражением кожи лица в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного (реже лицевого) нерва. Излюбленной локализацией высыпаний являются вторая и третья ветви тройничного нерва. Поскольку вирус доставляется к эпителиальным клеткам по нервным ветвям, отличительными особенностями опоясывающего лишая в продромальном периоде являются высокая общая интоксикация и нестерпимые боли невралгического характера по ходу пораженных нервных ветвей, лишаяющие пациента сна и покоя. Подобное состояние сохраняется и в период разгара болезни, так как миграция вируса по нервным волокнам продолжается. При тяжелом и затяжном течении болезни возможно развитие постгерпетической невралгии.

Лечение. При лечении данной патологии следует придерживаться основных принципов лечения вирусной патологии. Однако в продромальном периоде широко применяется противовоспалительная терапия, где особое внимание уделяют борьбе с болевым синдромом: ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, антидепрессанты, седативные снотворные средства. Особое внимание уделяют местному обезболиванию, применяя анестезирующие средства в виде аппликаций, ротовых ванночек.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ГЛОССИТАХ

Клиническая картина. В фазе выраженных воспалительных явлений диагностика несложна, однако в начале заболевания жалобы пациентов весьма разнообразны и могут быть подобны жалобам больных, страдающих стоматалгией (глоссодинией) или невритом тройничного нерва.

Дифференциальная диагностика. При дифференциальной диагностике с невритом язычного нерва учитывают односторонность боли при неврите, снижение болевой чувствительности слизистой оболочки правой или левой половины языка, отсутствие связи болевого синдрома с приемом пищи. В отличие от глоссодинии, при которой все неприятные ощущения в языке проходят во время еды, при глоссите боль усиливается при приеме пищи.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ХЕЙЛИТЕ

Воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ называется хейлитом.

Как правило, заболевание связано с развитием инфекционных процессов в полости рта.

Клиническая картина. Необходимо фиксировать внимание на отдельных формах заболевания, сопровождающихся болезненными явлениями в начальных стадиях, когда еще нет выраженных внешних изменений.

При актиническом (солнечном) хейлите затруднения в диагностике может вызвать сухая форма, характеризующаяся нерезко выраженными участками застойной гиперемии, покрытыми тонкими прозрачными чешуйками. Начало заболевания при сухой форме сопровождается жжением, зудом, болью.

Аналогичная клиническая картина развивается и при других формах хейлита: арибофлавинозный хейлит сопровождается чувством жжения в полости рта; при ангулярном инфекционном хейлите возникают боль при открывании рта, жжение и парестезии в области губ и слизистой оболочки полости рта.

Дифференциальная диагностика. Необходимо дифференцировать эти формы хейлита от стомалгии, при которой также наблюдаются чувство жжения и боль в области слизистой оболочки и красной каймы губ, распространение чувства жжения на другие участки слизистой оболочки полости рта.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ГАЛЬВАНИЗМЕ

Явления гальванизма встречаются нередко и являются причинами разнообразных локальных и общих патологических проявлений.

Основными этиологическими факторами заболевания являются электрохимические процессы, возникающие при наличии во рту протезов и пломб из разнородных металлов или большого количества коронок из нержавеющей стали.

В результате электрохимических процессов в полости рта в слюну попадает из сплавов металлов (особенно припоя) большое количество микроэлементов. При исследовании слюны определяется достоверное увеличение количества ионов железа, меди, марганца, никеля, хрома и др. Их токсическое действие на рецепторный аппарат слизистой оболочки полости рта способствует развитию местных процессов, а при попадании слюны в желудочно-кишечный тракт и действию микроэлементов на слизистую оболочку желудка и кишечника — обострению хронических желудочно-кишечных заболеваний.

При обследовании пациентов определяется резкое повышение электрохимической активности в полости рта: от 7–12 до 50–120 мА.

Клиническая картина. У пациентов возникают неприятные ощущения в ротовой полости и языке (жжение, саднение, металлический привкус, вкус соли, горечи, кислоты), особенно усиливающиеся при употреблении острой и кислой пищи, а нередко при касании металлической ложкой протезов.

Жжение и боль могут появляться также и в слизистой оболочке губ, щек, твердого неба, иногда в глотке и в области пищевода.

Парестезии могут сопровождаться головной болью, раздражительностью, плохим сном, аллергическими реакциями. Клинические проявления гальванизма полости рта могут быть весьма разнообразными.

При обследовании у пациентов выявляются изменения слизистой оболочки ротовой полости в виде гиперемии, гиперкератоза, потемнения металлических коронок и припоя. При осмотре язык выглядит отечным с отпечатками зубов на его боковых поверхностях, отмечаются изменения нитевидных сосочков языка в виде гипо- или гипертрофии, частичная десквамация эпителия слизистой оболочки языка (явления десквамативного глоссита), хронический гингивит.

Сухость полости рта (ксеростомия) — одно из важнейших проявлений гальванизма, обусловленное уменьшением выделения слюны или изменением ее состава: слюна становится густой, тягучей, пенистой. Нередко отмечается изменение вкусовой чувствительности на сладкое, соленое, кислое.

Некоторые авторы считают гальванизм причиной нейрососудистых и чувствительных расстройств общего характера, вызываемых рефлекторными влияниями. Помимо местных проявлений, у пациентов, страдающих гальванизмом полости рта, отмечают лабиринтные, слуховые расстройства, аэрофагию, кардиоспазм, различные вазомоторные дисфункции.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Зачастую многочисленные жалобы пациентов, выраженные вегетативные реакции затрудняют диагностику гальванизма и трактуются как проявление невротических или истерических реакций. Между тем сразу после ликвидации истинной причины заболевания общее состояние пациента нормализуется.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику гальванизма и стомалгии. Основным признаком можно считать характерное для стомалгии полное исчезновение парестезии и боли или резкое их уменьшение во время еды. При гальванизме неприятные ощущения во время еды не проходят и, помимо этого, определяются выраженные изменения слизистой оболочки полости рта и внешнего вида протезов. При обследовании выявляется увеличение количества микроэлементов в слюне и силы микротоков.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЛОСТИ РТА

Кандидоз вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida* (чаще *C. albicans* и *C. tropicalis*).

Клиническая картина. Проявления кандидоза слизистой оболочки рта разнообразны и зависят от формы заболевания. Наиболее характерными признаками являются гиперемия, отек, образование налета белого цвета, на-

поминающего «творожистые массы», появление плотно спаянных с подлежащими тканями бляшек, образующих неровную поверхность («булыжную мостовую»), могут появиться трещины и эрозии. Пациенты могут жаловаться на чувство увеличения языка, постоянные саднящие боли, чувство жжения.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Для подтверждения диагноза кандидоза необходимо проведение микробиологического исследования. В отличие от глоссалгии, когда жжение в языке проходит во время еды, при кандидозе не наблюдается связи неприятных ощущений на слизистой оболочке с процессом еды.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Заболевания* слизистой оболочки полости рта / Л. Ю. Орехова [и др.] ; под ред. Л. Ю. Ореховой. Санкт-Петербург : Человек, 2016. 210 с.
2. *Нейростоматология* : учеб. пособие / В. М. Назаров [и др.]. Москва : Академия, 2008. 256 с.
3. *Нейростоматология* : учеб. пособие / Е. С. Демидов. Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2015. 154 с.
4. *Нейростоматологические* заболевания и синдромы. Методы хирургической коррекции. Неотложная помощь : учеб. пособие / В. И. Ларькин [и др.] ; под ред. В. И. Ларькина. Омск : Издательство ОмГТУ, 2017. 80 с.
5. *Терапевтическая* стоматология : учеб. : в 4 т. / Н. Ф. Данилевский [и др.]. Киев : Медицина, 2013. Т. 4 : Заболевания слизистой оболочки полости рта. 632 с.
6. *Сёмченко, И. М.* Заболевания губ и языка. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение : учеб.-метод. пособие / И. М. Сёмченко, О. Н. Пронорович, О. В. Макарова. Минск : БГМУ, 2018. 28 с.
7. *Сильвермен, С.* Заболевания полости рта / С. Сильвермен, Л.-Р. Эверсоул, Э.-Л. Трулав ; пер. с англ. О. Н. Лукинской. Москва : МЕДпресс-информ, 2010. 472 с.
8. *Яворская, Е. С.* Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области / Е. С. Яворская. Киев : Медкнига, 2007. 56 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Клиническая анатомия челюстно-лицевой области	5
Классификация нейростоматологических заболеваний	11
Поражения системы тройничного нерва	12
Поражения системы языкоглоточного нерва	16
Глоссодиния	17
Синдромы ротовой полости	21
Неврологические симптомы при стоматитах	21
Неврологические симптомы при глосситах	22
Неврологические синдромы при хейлите	22
Неврологические симптомы при гальванизме	23
Неврологические симптомы при грибковых поражениях полости рта ...	24
Список использованной литературы	26

Учебное издание

Андреева Василина Анатольевна
Сёмченко Ирина Михайловна
Пронорович Ольга Николаевна

НЕЙРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск В. А. Андреева
Старший корректор А. В. Царь
Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 17.03.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,42. Тираж 80 экз. Заказ 145.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.