

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

**БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ  
ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ГАНГЛИЕВ ЛИЦА**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО  
2020

УДК 616.834.1-009.7(075.9)

ББК 56.12я73

Б 79

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия  
НМС Государственного учреждения образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
протокол № 6 от 29.09.2020

#### **Авторы:**

*Байда А.Г.*, доцент кафедры нервных и нейрохирургических болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент

*Артюшкевич А.С.*, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, доктор медицинских наук, профессор

*Руман Г.М.*, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

*Адащик Н.Ф.*, ассистент кафедры стоматологии детского возраста УО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук

#### **Рецензенты:**

*Юдина Н.А.*, заведующий кафедрой общей стоматологии БелМАПО, доктор медицинских наук, профессор

*Кафедра нервных и нейрохирургических болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Б 79            **Болевые** синдромы при поражении вегетативных ганглиев лица :  
учеб.-метод. пособие /А.Г. Байда [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2020. – 12 с  
ISBN 978-985-584-496-0

В учебно-методическом пособии приводится описание клинических проявлений лицевых болей при поражении вегетативных ганглиев лица, такие как синдром носоресничного нерва, невралгии ушного узла, невралгия крылонебного нерва, невралгия ушно-височного нерва, других вегетативных прозопалгий, их диагностика и современные подходы к терапии.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Челюстно-лицевая хирургия», повышения квалификации врачей-стоматологов, врачей-челюстно-лицевых хирургов, врачей-неврологов. Может быть полезно врачам-интернам и клиническим ординаторам.

УДК 616.834.1-009.7(075.9)

ББК 56.12я73

ISBN 978-985-584-496-0

© А.Г. Байда [и др.], 2020

© Оформление БелМАПО, 2020

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Невралгия крылонёбного узла (синдром Сладера)	5
Синдром носоресничного нерва (невралгия Чарлина, невралгия Оппенгейма)	6
Герпетический ганглионит коленчатого узла (синдром Рамсея Ханта)	8
Невралгия ушного нерва	9
Аурикулотемпоральный синдром (невропатия ушно-височного нерва, синдром Фрея)	10
Ганглионит поднижнечелюстного и подъязычного узлов	10
Список литературы	12

## Введение

Лицо имеет исключительно обширную соматическую и вегетативную иннервацию. Симпатические, парасимпатические и соматические волокна образуют смешанные нервы лица, имеющие многочисленные анастомозы.

При поражении нервов, сплетений, ганглиев, ядерных образований и проводящих систем мозга могут появляться характерные боли, которые в клинической практике и получили название вегетативные прозопалгии (симпаталгии). В международной классификации головных болей (МКГБ – 3, 2018 г.) данная группа болезней рассматривается в третьей главе – болевые краниальные невралгии и другие лицевые боли. Как правило, боли в лице при поражении вегетативных ганглиев сопровождаются различной степени выраженности сосудистыми, секреторными, трофическими, мышечнотоническими, эмоциональными (астено-ипохондрическими, депрессивными и др.) проявлениями. Болям при симпаталгиях часто предшествует период парестезии в виде чувства ползания мурашек, жжения, похолодания, тепла, давления, распирающего.

Важной особенностью вегетативных прозопалгий является их склонность к пароксизмальному течению. От невралгии они отличаются более медленным развитием пароксизма и последующим также более медленным спадом. Механизм развития лицевых вегеталгий, очевидно, связан с раздражением соответствующих волокон на периферии (воспаление, аллергия, ишемия, сдавление, метаболические изменения). Нейрофизиологической основой является изменение баланса афферентного потока с преобладанием протопатических ощущений, угнетением антиноцицептивных систем на уровне ствола мозга, истощением нейротрансмиттерных механизмов нейронального торможения (ГАМК, глицин, таурин).

В основе некоторых вегетативных невралгий лежит генная мутация, при которой селективно страдают вегетативные нервные волокна или вегетативные ганглии.

## **Невралгия крылонёбного узла (синдром Сладера)**

**Клинические проявления.** Синдром Сладера может возникнуть вследствие воспалительных заболеваний пазух (в основном, клиновидной и верхнечелюстной), также в качестве возможных причин могут выступать тонзиллиты, болезни височно-нижнечелюстного сустава, травматическое повреждение и воспалительные процессы в челюсти (остеомиелиты).

Невралгия крылонёбного узла проявляется приступообразной, интенсивной, жгучей, распирающей болью в области верхней челюсти, иррадиирующей в область внутреннего угла глаза и сопровождающейся местными вазомоторными и секреторными реакциями, в частности обильным выделением носового секрета, слезотечением, гиперемией кожи и слизистых оболочек, отеком тканей лица на стороне патологического процесса. Возможна распространенная форма пароксизма, при этом боль и вегетативные реакции охватывают половину лица, головы, шеи, иногда распространяясь на руку. В некоторых случаях приступы боли возникают на фоне перманентной локальной односторонней боли и болезненности в области верхней челюсти, носа и вегетативно-сосудистых нарушений в виде инъекции сосудов конъюнктивы, гиперемии и отека слизистой оболочки носа и верхней челюсти, отечности щеки, иногда и признаков синдрома Горнера - это ганглионевритическая форма. Боль и вегетативные нарушения, очевидно, обусловлены раздражением крылонёбного узла, выделением тканевых биологически активных веществ - серотонина, гистамина, кининов. Реперкуссивные нервные механизмы, а также накопление в крови биогенных аминов и нейрокининов могут обусловить развитие генерализованных вегетативно-сосудистых реакций, чаще смешанного характера. В связи с этим во время приступа возможны головокружение, тошнота, удушье. Приступ боли длится обычно около часа, иногда несколько часов.

**Лечение.** При комплексном лечении необходимы санация полости рта, носоглотки, лечение синусита. Для снятия болевого приступа при невралгии крылонёбного узла смазывают слизистую оболочку латеральной стенки полости среднего носового хода местным анестетиком. В межприступный период с целью профилактики очередных пароксизмов проводят повторные смазывания слизистой оболочки среднего носового хода анестетиком (до 10 дней), внутрь назначают антигистаминные средства, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) 5-7 дней, препараты для купирования нейропатической боли (прегабалин, габапентин). При обострении заболевания показаны физиотерапевтическое лечение, в частности интраназальный электрофорез с 0,5% раствором анестетика, иглорефлексотерапия. В случае неэффективности лечения решают вопрос о хирургическом лечении (ганглиоэктомии).

## **Синдром носоресничного нерва (невралгия Чарлина; невралгия Оппенгейма)**

*Клинические проявления.* Синдром Чарлина возникает при воспалительных процессах в околоносовых пазухах, заболеваниях зубочелюстной системы, васкулитах и др. Приступ боли длится от 30 минут до 2 часов. В период обострения приступы могут быть ежедневно, а иногда и 2 - 3 приступа в сутки. Возможны двусторонние болевые пароксизмы. Приступы мучительной жгучей боли у пациентов локализуются в области внутреннего угла глаза, надбровья, в соответствующей половине носа, боль сопровождается светобоязнью, гиперемией конъюнктивы, обильным слезоотделением, набуханием и гиперсекрецией слизистой оболочки полости носа, иногда иридоциклитом, кератитом, герпетическими высыпаниями на спинке носа и конъюктиве (синдром Оппенгейма). Этиологическими факторами, вызывающими синдром Оппенгейма, могут выступать инфекционно-воспалительные заболевания глаза (бактериальный кератит, хронический конъюнктивит, язва роговицы, эндофтальмит) и хронические инфекционные очаги лор-органов, отдаленные инфекционные очаги: остеомиелит, эмпиема плевры, пиелонефрит, гнойный холецистит, шейный лимфаденит, хронический цистит; инфекционные заболевания: туберкулез, дифтерия, сифилис, сепсис; эндогенные интоксикации при ХПН, циррозе печени, онкопатологии, гипертиреозе, диабете; токсические воздействия промышленных вредностей и бытовых ядов, лекарственных препаратов, алкоголя. Иногда синдром Оппенгейма развивается как послеоперационное осложнение хирургических вмешательств на глазном яблоке или в полости глазницы. Возможна компрессия цилиарного ганглия увеличивающейся в размерах опухолью орбиты.

Дифференциальный диагноз синдрома Чарлина проводят с невралгией тройничного нерва, синдромом Сладера, острой глаукомой, синуситом лобной или верхнечелюстной пазух, синдромом Градениго (сочетание симптомов гнойного воспаления среднего уха с парезом наружной прямой мышцы глаза, болями по ходу тройничного нерва, а также с тугоухостью). Дифференциальная диагностика болевых синдромов в орбито-гайморо-назальной области представлена в таблице 1.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика болевых синдромов в орбито-гайморо-назальной области

синдром	зона боли	характер боли
синусогенные боли	Проекция верхнечелюстной пазухи	Постоянные: распирающие, переливающие при наклоне головы; 6-7 баллов ВАШ*
невралгия верхнечелюстного нерва	Половина верхней челюсти	Приступы, стреляющие, жгучие, триггер под глазом; 10 баллов ВАШ
ганглионит крылонебного узла (синдром Сладера)	Верхняя челюсть, твердое нёбо, глазное яблоко, корень носа; иррадиация половина лица или всего тела	Жгучая, разрывная, с вегетативной бурей, без триггеров; герпетическая сыпь на твердом нёбе; 10 баллов ВАШ
ганглионит ресничного узла (синдром Оппенгейма)	Глазное яблоко, иррадиация – лоб, висок, корень носа, твердое нёбо, затылок, шея, надплечье.	Приступы: жгучие, светобоязнь, слезотечение, гиперемия конъюнктивы, триггеры (внутренний и наружный углы глаз, надбровье), болезненность глазного яблока, герпетическая сыпь на конъюнктиве; 10 баллов ВАШ
невралгия носоресничного нерва (синдром Чарлина)	В области глазного яблока, спинки и половине носа.	Приступы: жгучие, слезотечение, выделение из одной ноздри жидкого секрета, триггеры во внутреннем углу глаза и у крыла носа; 10 баллов ВАШ

\* - визуальная аналоговая шкала боли

**Лечение.** Лечение синдрома Чарлина направлено на причинное заболевание. Симптоматически применяют НПВС 5 – 7 дней (кетопрофен, лорноксикам, мелоксикам и др.). При приступах боли назначают ненаркотические анальгетики, карбамазепин до 800 мг в сутки, прегабалин до 300 мг в сутки. Дифференциально-диагностическое значение при синдроме Чарлина имеет быстрый регресс симптомов при смазывании слизистой оболочки носа на стороне поражения раствором анестетика.

При синдроме Оппенгейма в схему терапии необходимо включить противовирусную терапию. Назначение противовирусных препаратов наиболее эффективно первые в первые часы развития клинических проявлений заболевания: ацикловир 800 мг 5 раз в сутки перорально в течение 7 дней или валацикловир 1000 мг 3 раза в сутки перорально в течение 7 дней.

## Герпетический ганглионит коленчатого узла (синдром Рамсея Ханта)

Синдром манифестирует общим недомоганием, повышением температуры тела до субфебрильных цифр, цефалгией, чувством общей слабости. Через несколько дней на коже ушной раковины, передних 2/3 языка, мягком нёбе с поражённой стороны появляются герпетические высыпания. Наблюдается периферический парез лицевого нерва. Прозопалгия возникает с первых дней болезни или спустя несколько дней после появления высыпаний. Боли локализуются в области уха, иррадируют в затылок, шею, периорбитальную зону. Выявляется гиперестезия слухового прохода, околоушной области, сменяющаяся гипестезией. В ряде случаев сенсорные нарушения охватывают всю половину лица. Вовлечение в патологический процесс слуховой части преддверно-улиткового нерва приводит к развитию тугоухости, появлению звона в ушах. При распространении герпетического поражения на вестибулярный нерв к клинической симптоматике присоединяются проявления вестибулярной атаксии: головокружение, неустойчивость, горизонтальный нистагм.

J.R.Hunt описал четыре варианта синдрома: 1) без неврологических симптомов;

2) с поражением VII нерва;

3) с поражением VII нерва и нарушением слуха;

4) с поражением VII нерва, нарушением слуха и лабиринтными симптомами.

**Лечение.** В остром периоде обязательно проведение этиотропной противовирусной терапии (ацикловир 800 мг 5 раз в сутки перорально или валацикловир 1000 мг 3 раза в сутки перорально в течение 7 - 10 дней). В нейропатическом периоде проводится комплексное лечение прозопалгии, включающее антиконвульсанты (карбамазепин; прегабалин; габапентин), антидепрессанты, витамины группы В, препараты для улучшения микроциркуляции (пентоксифиллин, никотиновая кислота), физиотерапия.

## Невралгия ушного узла

**Клинические проявления.** Невралгии ушного узла проявляется приступами вегеталгии, возникающими в околоушной области и в ухе на стороне поражения. Интенсивная жгучая или пульсирующая боль иррадирует в нижнюю челюсть, за ухо, в затылок, шею и надплечье соответствующей стороны. Рефлекторный механизм иррадиации боли приводит к ее распространению на верхние отделы груди и руку. Спровоцировать болевой пароксизм может прием горячей еды или напитков, переохлаждение лица, психоэмоциональное перенапряжение, чрезмерная физическая нагрузка. Длительность приступа вегеталгии, как правило, составляет несколько минут, но может быть час и больше.

Зависимость функционирования вегетативной нервной системы от внешних факторов (освещения, барометрического давления, перепадов температуры, влажности воздуха и т. п.) обуславливает характерную ритмичность вегеталгии – её возникновение преимущественно вечером и ночью, обострение в осенний и весенний период.

В некоторых случаях невралгии пароксизм боли сопровождается заложенностью уха или ощущениями щелчков в нем. Последнее обусловлено периодическим рефлекторным спазмом мышц слуховой трубы. Зачастую во время приступа пациенты отмечают заметное усиление слюнообразования, тогда как в межприступном периоде гиперсаливация не наблюдается. Слуховая функция не страдает.

**Лечение.** Новокаиновая блокада точки между наружным слуховым проходом и височно-нижнечелюстным суставом купирует болевой пароксизм.

Неотложная помощь, направленная на купирование пароксизмов вегеталгии, включает применение противовоспалительных и анальгезирующих средств. Дополнительный обезболивающий эффект дает электрофорез с новокаином или фонофорез с гидрокортизоном на область ушного узла, рефлексотерапии с использованием методов акупунктуры, магнитоакупунктуры, лазеропунктуры.

Основополагающее значение в лечении имеет устранение первопричины заболевания: санация ротовой полости, лечение отоларингологических заболеваний и патологии ротовой полости, коррекция эндокринных нарушений, терапия хронических болезней соматических органов. По показаниям проводятся хирургические вмешательства: удаление опухолей и камней околоушной железы, рассечение спаек, saniрующая операция на среднем ухе, этмоидотомия, гайморотомия, фронтотомия и пр.

## **Аурикулотемпоральный синдром (невропатия ушно-височного нерва, синдром Фрея)**

**Клинические проявления.** Вегетативная прозопалгия проявляется жгучей, ноющей, пульсирующей болью в области виска, в ухе, в зоне нижнечелюстного сустава, нередко иррадиирующей в нижнюю челюсть. Обязательным проявлением приступа являются гиперемия кожи и усиленное потоотделение в околоушно-височной области. Возникновение приступов обычно провоцируется приемом пищи, физической работой, общим перегреванием, курением, иногда эмоциональным перенапряжением. Аурикулотемпоральный синдром может быть осложнением гнойного паротита, сопровождающегося деструкцией паренхимы околоушной слюнной железы и поражением иннервирующего ее ушно-височного нерва. В связи с этим нарушается как рефлекторная, так и гуморально-обусловленная саливация околоушной слюнной железы. Характерен гипергидроз в околоушной области во время еды.

**Лечение.** Рекомендуются холинолитики: атропин 0,5 мг или платифиллин 5 мг 3 раза в сутки перед едой. Проводят электрофорез лидазы или калия йодида, парафиновые аппликации, грязелечение на область околоушной железы.

### **Ганглионит поднижнечелюстного и подъязычного узлов**

**Клинические проявления.** Этиология, может быть различной. Обычно это локальные воспалительные процессы челюстно-лицевой локализации, травматические поражения вегетативных узлов, в частности, вследствие оперативных вмешательств.

Приступ острой боли в поднижнечелюстной области обычно 1-2 раза в сутки, продолжается от нескольких минут до часа. Провоцируются боли только приемом острой или обильной пищи. Боли иррадиируют в нижнюю челюсть и губу, затылок, шею. Может наблюдаться повышенное слюноотделение. Припухлости мягких тканей в поднижнечелюстной области нет. Из протока поднижнечелюстной железы выделяется прозрачная слюна. Ганглиопатия поднижнечелюстного узла характеризуется постоянной ноющей болью в нижнечелюстной области, на фоне которой возможны пароксизмы острой боли с вегетативным компонентом продолжительностью от 10 мин до нескольких часов. Во время приступа боль иррадиирует в подъязычную область, соответствующую половину языка. Обычна

гиперсаливация, реже отмечается ощущение сухости во рту. Характерно наличие болезненной точки в подчелюстном треугольнике.

Приступ острой боли в поднижнечелюстной области и языке продолжительностью от нескольких минут до часа. Болевые пароксизмы нечастые (1-2, реже 3 раза в сутки). Боли иррадируют в разные отделы нижней части лица и, особенно, в кончик языка, а также подъязычную область. Провоцируются приемом острой и обильной пищи. Припухлости мягких тканей подъязычной области нет. При поражении подъязычного узла наблюдается сходная клиническая картина, однако боли отмечаются преимущественно в подъязычной области и иррадируют главным образом в кончик языка. Болевая точка обычно выявляется медиальнее нижнечелюстного гребешка.

Чаще встречается сочетанное поражение обоих вегетативных ганглиев. Локализация болевых ощущений зависит от преимущественного поражения одного или другого узла. Связь болевых ощущений с приемом пищи не прослеживается. В процессе заболевания могут проявиться дистрофические изменения слизистой оболочки в передних 2/3 языка по типу десквамативного глоссита, возникают расстройство вкуса, повышенная мышечная утомляемость языка. Обычны психоэмоциональные расстройства.

**Лечение.** Необходима санация полости рта (лечение периодонтита патологии слюнных желез.). НПВС, препараты для купирования нейропатической боли, антидепрессанты, физиотерапия.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вегетативные лицевые боли и тригеминальные вегетативные цефалгии : учеб.-метод. пособие / А.С. Артюшкевич, Г.М. Руман, А.С. Федулов, А.Г. Байда, Н.Ф. Адащик. – Минск, 2013. – 20 с.
2. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. А.М. Вейна. – М. : МЕДпресс-информ, 2001. – 368 с.
3. Грицай, Н.Н. Классическая невралгия тройничного нерва и одонтогенный болевой синдром / Н.Н. Грицай, Н.А. Кобзистая // Новости медицины и фармации, 2009. – № 299. – С. 23–25.
4. Клинические рекомендации по неврологии Европейской федерации неврологических сообществ ; 2-е издание. – М. : «АБВ-пресс», 2012. – Т. 1. – С. 223–237.
5. Логинов, В.Г. Лицевые боли / В.Г. Логинов, А.Г. Байда. – Минск : БГМУ, 2017. – 26 с.
6. Лицевая боль / К.А. Махинов, А.Н. Баринов, М.Г. Жестикова, Л.Р. Мингазова, Е.В. Пархоменко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2015. – Т. 115. – № 7. – С. 79–88.
7. Фокина, Н.М. Лицевая боль. Частные аспекты лечения / Н.М. Фокина // Consilium Medicum, 2017. – Т. 19. – № 9. – С. 44–48.
8. Яворская, Е.С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области / Е.С. Яворская. – К. : Наукова думка, 2000. – 80 с.

Учебное издание

**Байда Алла Григорьевна**  
**Артюшкевич Александр Сергеевич**  
**Руман Григорий Менделевич**  
**Адащик Наталья Федоровна**

**БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ  
ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ГАНГЛИЕВ ЛИЦА**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 29.09.2020. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 0,75. Уч.- изд. л. 0,57. Тираж 70 экз. Заказ 142.

Издатель и полиграфическое исполнение –  
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская  
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.