

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

Адащук 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, отека 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, магнитопунктуры, 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.