

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

ОДОНТОГЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2018

УДК 616.833.15-009.7-02:616.31(075.9)

ББК 56.6я73

О 44

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 6 от 27.06. 2018

Авторы:

заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, профессор
д.м.н. *А.С. Артюшкевич*

доцент кафедры нервных и нейрохирургических болезней БГМУ, к.м.н.,
А.Г. Байда

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н. *Г.М. Руман*

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н. *Т.Б. Людчик*

ассистент кафедры стоматологии детского возраста БГМУ, к.м.н.
Н.Ф. Адащик

Рецензенты:

Логинов В.Г. доцент кафедры нервных и нейрохирургических болезней
БГМУ, к.м.н.

Глинник А.В. доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БГМУ, к.м.н.

О 44

Одонтогенный болевой синдром: учеб.-метод. пособие
/А.С. Артюшкевич, А.Г. Байда, Г.М. Руман, Т.Б. Людчик,
Н.Ф. Адащик – Минск: БелМАПО, 2018.-11с.

ISBN 978-985-584-263-8

В учебно-методическом пособии представлены современные данные по
этиологии, клинике, диагностике, принципам лечения одонтогенного болевого
синдрома.

Предназначено для врачей челюстно-лицевых хирургов, врачей
неврологов, студентов медицинских университетов, клинических ординаторов.

УДК 616.833.15-009.7-02:616.31(075.9)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985-584-263-8

© Артюшкевич А.С., [и др.], 2018

© Оформление БелМАПО, 2018

Болевые синдромы лица, обусловленные поражением системы тройничного нерва, разнообразны по клиническому проявлению, имеют тяжелое течение и носят хронический рецидивирующий характер. В клинической практике стоматологов и неврологов очень часто приходится сталкиваться с самыми разнообразными по выраженности, локализации, продолжительности болями в области лица. Такие болевые проявления, имеющие различную этиологию и патогенез, объединенные собирательной терминологией - прозопалгия, отражают анатомо-физиологические особенности вегетативной и соматической иннервации тканей лица.

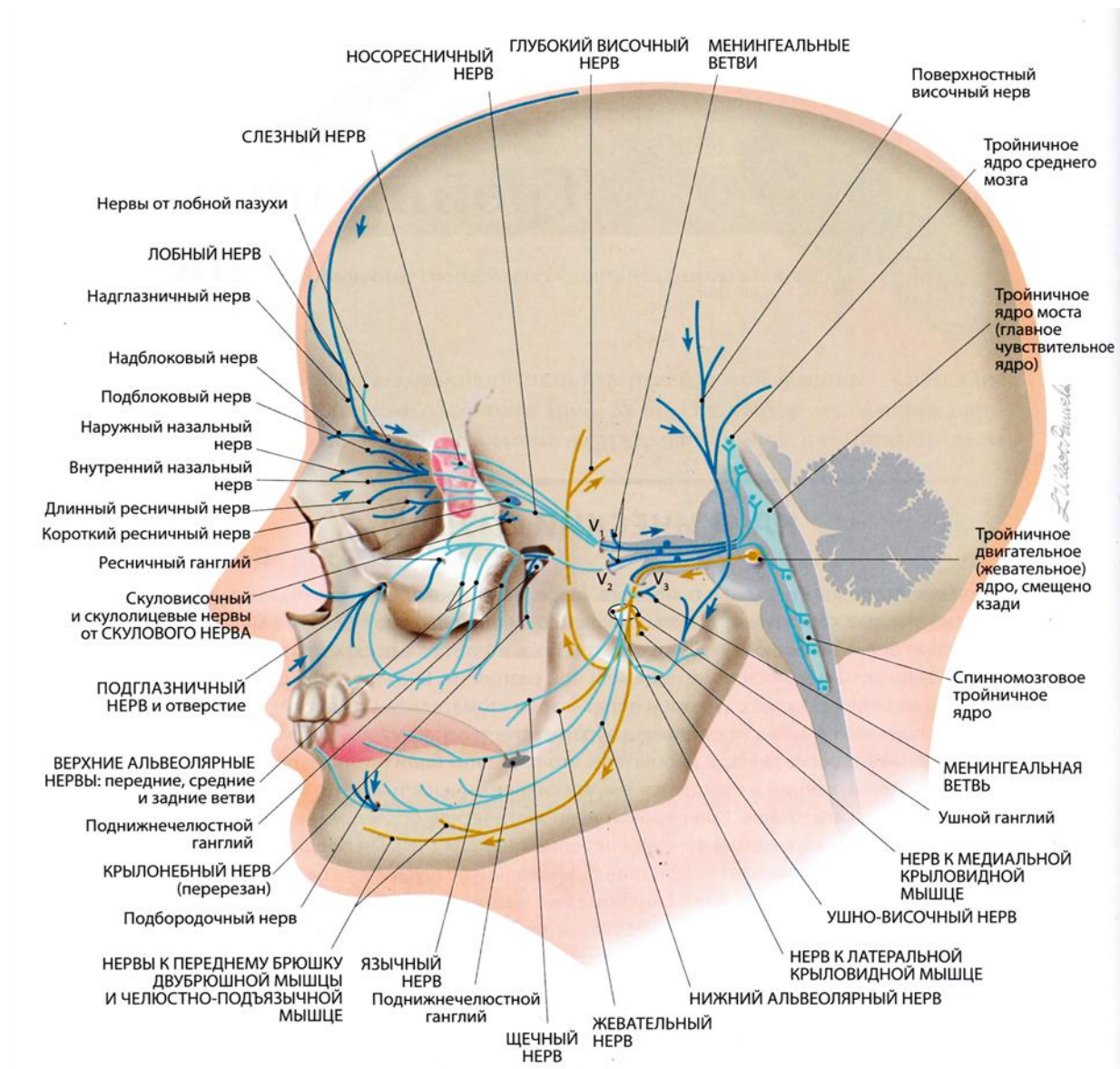


Рисунок 1. Общий вид тройничного нерва (рисунок из книги Л. Уилсон-Паувелс, П.А. Стюарт и др. «Черепные нервы. Функция и дисфункция»)

Тройничный нерв (рис. 1) является смешанным. Его основная, чувствительная, порция обеспечивает все виды чувствительности кожи лица и волосистой части головы до венечного шва, роговицы, конъюнктивы,

слизистых оболочек носа и его придаточных полостей, ротовой полости, зубов, твердой мозговой оболочки. Двигательная порция иннервирует жевательные мышцы. Кроме того, тройничный нерв имеет в своем составе симпатические и парасимпатические волокна.

Принципы клинической диагностики уровня поражения тройничного нерва.

Согласно канонам топической диагностики неврологических расстройств, при обследовании пациента необходимо определить уровень поражения, в частности системы тройничного нерва:

1-й уровень. Поражение одной из периферических ветвей тройничного нерва, а также в области крылонебной ямки.

2-й уровень. Поражение Гассерова узла в полости черепа.

3-й уровень. Поражение корешка тройничного нерва на уровне основания мозга.

4-й уровень. Поражение в области ядер ствола мозга.

5-й уровень. Надъядерное поражение. Клинически малозначим, т. к. при односторонности процесса никаких нарушений функций не наступает (за счет двусторонней корковой иннервации).

В настоящее время наиболее частой причиной тригеминальной невралгии считают компрессию ветвей тройничного нерва в костных каналах костей черепа, чаще справа, или раздражение, а возможно, и сдавление структур тройничного нерва другими тканями, в частности смещающимися петлеобразно извитыми и расширенными сосудами, обычно верхней или передней нижней мозжечковыми артериями.

Отмечено, что при врожденной узости подглазничного канала (узость канала без утолщения его стенок) тригеминальная невралгия развивается в пожилом возрасте, когда присоединяются сосудистые заболевания, при этом возможно проявление несоответствия диаметров костного канала и объема сосудисто-нервного пучка, что ведет к раздражению, возможной компрессии нерва и его ишемии. У большей части пациентов с невралгией второй (верхнечелюстной) ветви тройничного нерва сужение подглазничного канала вызвано утолщением его стенок (избыточный остеогенез, гиперостоз) в результате местных хронических воспалительных процессов, чаще риногенных (синуситы) или одонтогенных. Подобен патогенез и невралгии третьей (нижнечелюстной) ветви тройничного нерва, которая проходит по длинному узкому каналу в нижней челюсти.

Возникновение патологической триггерной зоны в периферической части системы тройничного нерва может обусловить вторичное включение центральных механизмов этой системы, имеющей многочисленные связи, обеспечивающие ее сложное взаимодействие с другими стволовыми структурами, с лимбико-ретикулярным комплексом и с мозжечком, который способен подавлять пароксизмальную активность, а также с корой больших полушарий. Как считает В.А. Карлов, особенности морфофункциональной организации тройничного нерва таковы, что при сдавлении нерва на

периферии возникают предпосылки для формирования в центральных структурах альгогенной системы пароксизмального типа. В настоящее время доказано, что возникновение такой системы связано с инактивацией тормозных механизмов в ядре спинномозгового пути тройничного нерва, обеспечивающего «воротный контроль» за болевой импульсацией, идущей с периферии.

Пароксизмальность приступов невралгии в настоящее время нередко рассматривается как следствие гиперергических реакций немедленного типа в пораженной ветви тройничного нерва, обычно сопровождающихся раздражением этой ветви и гибелью части входящих в ее состав нервных волокон, которые вскоре замещаются соединительной тканью, при этом дистрофический процесс в тройничном нерве доминирует над репаративным.

Различают типичную и атипичную тригеминальную невралгию. При типичной тригеминальной невралгии у пациента отсутствует какая-либо симптоматика в состоянии между пароксизмами. При атипичной тригеминальной невралгии (тригеминальная невралгия с преобладанием периферического компонента) в межприступный промежуток отмечается «фоновая» ноющая или жгущая боль. При этом отмечается, что атипичный вариант тригеминальной невралгии может появляться в результате прогрессии «классической» формы невралгии. Развитие той или иной формы тригеминальной невралгии определяется уровнем поражения тригеминальной системы.

Невралгия тройничного нерва преимущественно периферического генеза (одонтогенный болевой синдром)

Одонталгия - зубная боль, связанная с обострением очагов инфекции в зубочелюстной системе, которая проходит после их санации.

Одонтогенный болевой синдром - боль в лице, связанная с наличием хронических одонтогенных очагов, которая не проходит после их санации и требует неврологического лечения. Такая боль и вызывает наиболее частые диагностические ошибки.

В пожилом возрасте частой причиной периферической невралгии может быть ущемление стволов нервов в каналах верхней или нижней челюсти - туннельный синдром. Он возникает в результате возрастных склеротических изменений в костной ткани (у многих женщин анатомически каналы справа уже, чем слева), после частых обострений хронического гайморита с развитием спаечного процесса в инфраорбитальном канале. Для визуализации инфраорбитального канала необходимо провести рентгенографию черепа в прямой проекции под наклоном вперед на 13°. Для выявления туннельного синдрома поражения нижнего альвеолярного нерва (сдавление нерва в склерозированном канале нижней челюсти) достаточно проведения панорамной рентгенографии лицевого черепа. Кроме

перечисленных методов обследования проводят компьютерную томографию, которая является наиболее информативной.

Клинические проявления одонтогенного болевого синдрома

Боль носит постоянный характер с волнообразным течением, пациенты могут описывать ее как приступообразную, в большинстве случаев с четкой локализацией; возникает в любое время суток, но усиливается вечером и ночью. Иррадирует боль вдоль периферических ветвей тройничного нерва. Триггерные участки отсутствуют, но можно отметить триггерные факторы, к которым относятся жевание, надкусывание, открывание рта, обострение очагов инфекции в полости рта. Антиконвульсанты не оказывают эффекта, но возникает четкое обезболивание при проведении местной анестезии. В анамнезе можно определить связь с патологией зубочелюстной системы в зоне локализации боли: лечение, удаление зубов, протезирование полости рта. Поэтому для исключения периферического генеза боли необходимо провести не только поверхностный осмотр коронковых частей зубов, но и выполнить рентгенографию (лучше панорамную) для выявления периодонтальных очагов инфекции (гранулемы, локальные остеомиелиты, периоститы). Часто причиной болевого синдрома могут быть погрешности эндодонтического лечения (недопломбирование каналов, выведение материалов через верхушку зуба, обламывание стоматологического инструментария).

Прежде чем диагностировать атипичную тригеминальную невралгию, необходимо исключить невропатию тройничного нерва. Невропатия тройничного нерва, в отличие от невралгии, проявляется главным образом симптомами выпадения: снижением чувствительности в зонах иннервации ветвей тройничного нерва, снижением вкусовой чувствительности, атрофией и слабостью жевательных мышц.

Среди невралгий тройничного нерва с преобладанием периферического компонента патогенеза основными формами являются: одонтогенные невралгии тройничного нерва, дентальная плексалгия, постгерпетическая невралгия.

Одонтогенные невралгии тройничного нерва

Основными этиологическими факторами, приводящими к развитию одонтогенных невралгий, оказываются патологические процессы зубочелюстной системы и неэффективные или неправильные методы их лечения. Наиболее частыми причинами являются: травматические (сложные) удаления зубов, в том числе остатков корней в лунке; пульпиты и периодонтиты; остеомиелит; явления гальванизма при использовании разных металлов при изготовлении зубных протезов; некачественные протезы, травмирующие слизистую оболочку рта или нарушающие высоту прикуса; гингивит и другие заболевания периодонта. Может наблюдаться сочетание вышеуказанных факторов. В клинической картине заболевания преобладают упорные боли с выраженным болевым синдромом и вегетативными

нарушениями. Боли, как правило, локализуются в зоне патологического очага, приступообразно усиливаясь, длятся от нескольких часов до нескольких суток, постепенно снижаясь по интенсивности. Отличительной чертой одонтогенных невралгий является длительное течение, несмотря на устранение этиологического фактора заболевания.

Дентальная плексалгия

Наиболее часто к развитию плексалгий приводят одонтогенные факторы с преимущественным поражением терминальных ветвей сплетения. Это возможно при затрудненном удалении премоляров, моляров чаще зубов мудрости, проведении проводниковой анестезии, оперативных вмешательствах на челюстях, выведении пломбирочного материала за верхушки корневых каналов, удалении большого числа зубов в течение короткого периода времени при подготовке к протезированию полости рта, а также при инфекционных поражениях вследствие остеомиелита лунок и т.д. Травмы, переохлаждение, интоксикации могут быть провоцирующими факторами.

Особенности клинических проявлений: для дентальной плексалгии характерны постоянные тупые мучительные боли, временами усиливающиеся, локализующиеся в зоне иннервации зубного сплетения на стороне поражения с реперкуссией на здоровую сторону. Доминантный очаг боли при дентальной плексалгии локализуется в области альвеолярного отростка, десен и зубов. Боль носит мучительный, упорный, постоянный, жгучий характер. При поражении зубного сплетения постоянные местные жгучие боли временами приступообразно усиливаются, интенсивность их нарастает. Даже удаление пораженных зубов не снимает боль, а у части пациентов она возникает в соседних зубах. У некоторых пациентов боль уменьшается во время приема пищи, а под влиянием неблагоприятных метеорологических факторов или эмоций усиливается. Приступ, как правило, начинается с легкой тупой боли, через 20-30 минут на высоте пароксизма она приобретает выраженный симпаталгический характер, возникают вазомоторные расстройства. При купировании приступа остается тупая боль в альвеолярном отростке челюсти. При поражении верхнего зубного сплетения боль может иррадиировать по ходу второй ветви тройничного нерва и сопровождаться выраженными вегетативными расстройствами. При обследовании пациентов с дентальной плексалгией определяется резкая болезненность в области проекции пораженного зубного сплетения. При пальпации в проекции зубного сплетения отмечается болезненность (при надавливании как на слизистую десны, так и в области кожи лица). У значительного числа пациентов отмечается гиперестезия слизистой десен и слизистой внутренней поверхности щеки и зубов в зоне пораженного зубного сплетения. Как правило, у больных с дентальной плексалгией наблюдается уменьшение болей во время приема грубой пищи и их усиление под влиянием эмоций, переохлаждения, неблагоприятных метеорологических

факторов. При поражении верхнего зубного сплетения, во время болевого пароксизма, боли могут иррадиировать в твердое небо, скуловую, щечную, подглазничную область, висок, ухо, затылочную область, захватывать всю половину головы и верхнюю треть шеи. При поражении нижнего зубного сплетения боль распространяется на дно полости рта, щечную, околоушно-жевательную области, верхний отдел шеи. Приступы сопровождаются разнообразными вегетативными симптомами, которые обусловлены связями сплетения с вегетативными ганглиями (крылонебным узлом и верхним шейным симпатическим узлом). При дифференциальной диагностике с невралгией тройничного нерва важными признаками дентальной плексалгии могут служить: отсутствие курковых зон; отсутствие болей при пальпации в точках выхода тройничного нерва на лицо; наличие болезненности при пальпации области зубного сплетения; приступы болей при дентальной плексалгии носят более длительный характер (до 20 минут и более); при дентальной плексалгии в межприступном периоде остается локализованная боль в альвеолярном отростке в проекции зубного сплетения; иррадиация болей чаще не соответствует анатомическому расположению ветвей тройничного нерва.

Синдромы альвеолярных нервов

В отличие от одонталгии, они развиваются при заболеваниях зубов, реже десен, неба, подчелюстных слюнных желез, при операциях на верхней или нижней челюсти, гайморите, после удаления зубов, сопровождающегося развитием инфильтрата в области десен и др. В процесс вовлекается верхний или нижний альвеолярный нерв.

Появляются боль, болевые или температурные парестезии, чувство стягивания или распираания в зубах, десне, а иногда и в языке, губах, подбородке, что мешает при разговоре, глотании и пр. В последующем присоединяется гиперестезия, гиперпатия, любые раздражения воспринимаются как боль, жжение, которые переходят на область щеки. Боль иррадирует в другую челюсть, иногда в ухо.

В формировании синдрома участвуют не только тройничный нерв, но и вегетативные узлы. Верхнее и нижнечелюстные нервы образуют зубное сплетение в области верхней и нижней челюсти, которое наиболее часто страдает при заболевании зубов и челюстей.

При прогрессировании процесса может развиваться лицевая каузалгия, появление которой часто связано с удалением зуба, но нередко она возникает через несколько недель или месяцев после экстракции. Характерна интенсивная, нарастающая боль, которая в последующем становится трудно переносимой из-за сверлящего, режущего, жгучего оттенка. Болевой каузалгический синдром сопровождается дисциркуляторными и трофическими расстройствами (местные отеки, уплотнение десен, кожи, участки пигментации, гипертрихоза на коже щек, подбородка, гипергидроз).

Постгерпетическая невралгия тройничного нерва

Опоясывающий герпес является инфекционным заболеванием, которое вызывается нейротропным фильтрующимся вирусом. В настоящее время установлено, что при заболевании герпесом страдают различные отделы нервной системы, в основном ганглии и чувствительные корешки, а также оболочки головного мозга, где наблюдаются явления инфильтрации с геморрагическими очагами. Поражение тригеминального ганглия возникает у 15 % пациентов с опоясывающим герпесом; у 80 % из них отмечается вовлечение зрительной ветви.

Постгерпетическая невралгия представляет собой персистирующую или периодически возникающую лицевою боль в течение не менее 3 месяцев после начала инфекции herpes zoster. В зоне поражения нередко обнаруживаются гипестезия или гипералгезия, а также аллодиния.

Клинические проявления постгерпетической невралгии на лице. Характерны две локализации боли - лобная область и верхняя челюсть. При лобной локализации - постоянная глубокая боль давящего, ломящего характера в указанной области. К концу 4-й недели после высыпаний, как правило, наблюдается трансформация боли, она становится поверхностной, жгучей, зудящей. В средней части лица и вдоль верхней челюсти - односторонние, приступообразные боли стреляющего, жгучего характера (могут напоминать удары током) в полости рта. Иррадируют в височную область, угол нижней челюсти. Отмечаются снижение чувствительности (онемение), парестезии (ползание мурашек), аллодинии на коже лица и в полости рта с одной стороны. Приступы возникают спонтанно, четких провоцирующих факторов нет. Триггерных точек на коже лица, на слизистой ротовой полости нет. Заболевание может носить ремиттирующий характер. Обострения провоцируются переохлаждением. В анамнезе: частые герпетические высыпания на слизистой ротовой полости вдоль верхней челюсти. Частая локализация: в проекции 7-го, 8-го зубов, по переходной складке, либо на коже лица: область крыла носа, слизистая носового хода, над верхней губой. Назначение финлепсина малоэффективно.

Учитывая вышеизложенное, обобщим клинические критерии одонтогенной боли: 1) упорные, односторонние боли в области лица или полости рта; 2) локализация - в проекции верхней или нижней челюстей с характерной зоной иррадиации; 3) характер боли - ноющая, ломящая, жгучая; 4) интенсивность боли варьирует от монотонной, малоинтенсивной до высокой; 5) возможна реакция на холодную и горячую пищу; 6) боль может усиливаться ночью, пробуждать пациента; 7) эффективность препаратов из группы НПВС. В связи с этим пациенты вынуждены ежедневно принимать эти средства. Длительность обезболивающего эффекта - от 4 до 12 часов; 8) неэффективность препаратов из группы антиконвульсантов и антидепрессантов.

Отдельного внимания заслуживает клиническая картина ***ятрогенного повреждения периферических ветвей тройничного нерва.*** Чаще всего

встречается в стоматологической, а также эстетической практике (косметология, пластическая хирургия).

Клинические характеристики ятрогенной нейропатической боли: односторонняя жгучего, ломящего, ноющего характера; как правило, быстро переходит в хроническую, ежедневную. Интенсивность боли варьирует от 3 - 4-х баллов до 10 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Сопровождающие симптомы: чувствительные расстройства - гипестезия, парестезии, аллодиния (встречается чаще при поражении I и II ветвей тройничного нерва). При поражении III ветви часто отмечаются признаки поражения глубокой чувствительности в полости рта на стороне поражения в виде нарушения восприятия, затрудненной эвакуации пищевого комка. НПВС и другие обезболивающие препараты, как правило, неэффективны. Применение антиконвульсантов и антидепрессантов также малоэффективно.

Лечение невралгии тройничного нерва преимущественно периферического генеза

Прежде всего, необходимо санировать все одонтогенные очаги инфекции. Специализированная помощь включает стоматологическое обследование пациента желательно проводить в многопрофильной стоматологической поликлинике с использованием рентгенографии, электроодонтодиагностики и др. При выявлении патологии пульпы, краевого или апикального пародонта, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, неправильно изготовленных протезов, а также новообразований проводят соответствующее лечение. Неврологическое лечение включает в себя нестероидные противовоспалительные препараты, витамины группы B, антидепрессанты, транквилизаторы. Хороший положительный эффект оказывают физиотерапевтические процедуры: при недлительном течении болевого синдрома или выявлении воспалительных одонтогенных изменений предпочтение отдают фонофорезу гидрокортизоновой мази, при развитии хронических гранулематозных процессов - электрофорезу йодида калия. Восстановительный период может длиться долго, поэтому в лечение резонно включить рефлексотерапевтическое и психотерапевтическое воздействие.

Литература

1. Еремина Н.В., Арутюнов В.А., Боднева С.Л. Клинические аспекты тригеминальной невралгии. //Клиническая неврология. – 2016. - №1. – с.14-18.
2. Логинов В.Г., Байда А.Г. Лицевые боли. //Учебно-метод. пособие. - Минск: БГМУ - 2017. - 26 с.
3. Мингазова Л.Р., Орлова О.Р., Сойхер М.Г., Сойхер М.И., Федюшина Е.Ю. Тригеминальные боли: топическая диагностика, клинические проявления. //Журнал. – 2017. – Т.25. - №24. – с.1745-1749.
4. Оганесян Г.Р., Медведева Л.А., Загорулько О.И., Гнездилов А.В. Одонтогенные болевые синдромы: комплексный подход к обезболиванию. //Анестезиология и реаниматология. – 2013. - №3. – с.54-58.
5. Оганесян Г.Р., Медведева Л.А., Загорулько О.И., Гнездилов А.В., Картавенко С.С. Комплексная терапия одонтогенных болевых синдромов. //Российский журнал боли. – 2013. - №1 (38). – с.80-81.
6. Пузин М.Н., Боднева С.Л., Кипарисова Е.С., Симакова Т.Г. Клинические симптомы одонтогенной невралгии. //Российский стоматологический журнал. – 2010. - №2. – с.36-38.

Учебное издание

Артюшкевич Александр Сергеевич
Байда Андрей Георгиевич
Руман Григорий Михайлович
Людчик Татьяна Борисовна
Адащик Наталья Федоровна

ОДОНТОГЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А.С. Артюшкевич

Подписано в печать 27. 06. 2018. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 0,75. Уч.- изд. л. 0,58. Тираж 50 экз. Заказ 154.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

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

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

