

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ульяновский государственный университет»
Институт медицины, экологии и физической культуры
Медицинский факультет им. Т.З. Биктимирова
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации

*Л. А. Белова, В. В. Машин, Н. В. Белова,
Е. Ю. Котова, Н. Е. Золотухина*

ОРОФАЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ

Учебное пособие

Электронное текстовое издание

Ульяновск
2026

УДК 616-009.7(075.8)

ББК 56.125.8я73

О-69

Издается по решению Ученого совета
Института медицины, экологии и физической культуры
Ульяновского государственного университета
(протокол № 4/275 от 17.11.2025)

Рецензент – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой
стоматологии медицинского факультета им. Т. З. Биктимирова ИМЭиФК
Ульяновского государственного университета *В. Н. Китаева*

О-69 **Орофациальные болевые синдромы** : учебное пособие :
электронное текстовое издание / Л. А. Белова, В. В. Машин,
Н. В. Белова, Е. Ю. Котова, Н. Е. Золотухина. – Ульяновск : УлГУ,
2026. – 61 с. – URL: <https://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/14686>. – Текст : электронный.

Учебное пособие составлено в соответствии с программой подготовки студентов медицинского факультета, клинических ординаторов и аспирантов по курсам неврологии, стоматологии, нейрохирургии, терапии, офтальмологии, оториноларингологии, психиатрии.

В пособии представлены современные данные о классификации, клинической картине, методах диагностики и лечения орофациальных болевых синдромов. Уровень изложения материала соответствует современным требованиям и позволяет оптимизировать организацию и управление самостоятельной работой обучающихся.

Издание предназначено для неврологов, стоматологов, нейрохирургов, терапевтов, офтальмологов, оториноларингологов, психиатров, клинических ординаторов, студентов медицинских вузов.

УДК 616-009.7(075.8)

ББК 56.125.8я73

© Белова Л. А., Машин В. В., Белова Н. В.,
Котова Е. Ю., Золотухина Н. Е., 2026

© Ульяновский государственный университет, 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВ.....	5
КЛАССИФИКАЦИЯ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ БОЛИ	9
Орофациальная боль, связанная с заболеваниями дентоальвеолярных и сопутствующих структур	11
Орофациальная боль, связанная с дисфункцией мышц	11
Орофациальная боль, связанная с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.....	13
Орофациальная боль, связанная с повреждением черепно-мозговых и других региональных нервов	19
Орофациальная боль в картине первичной головной боли (мигрень, головная боль напряжения, тригеминальные вегетативные цефалгии).....	28
Идиопатическая орофациальная боль.....	28
ЛЕЧЕНИЕ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	34
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	35
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	49
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	52
ПРИЛОЖЕНИЯ	55
Приложение 1. Визуально-аналоговая шкала боли.....	55
Приложение 2. Опросник SF-36	56

ВВЕДЕНИЕ

Боль является важнейшим защитным механизмом организма человека. Международная ассоциация по изучению боли (International Association for the Study of Pain, IASP) характеризует боль как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей или схожее с таковым» [1].

Боль является наиболее распространенной причиной обращения пациентов за медицинской помощью. Хроническая боль, определяемая как боль, длящаяся более 3 месяцев, затрагивает значительную часть населения и существенно ограничивает повседневную активность человека [2].

Орофациальные боли (ОФБ) представляют собой серьезную междисциплинарную проблему и встречаются во многих областях медицины, связанных с областью лица, головного мозга и шеи. ОФБ может исходить из полости рта, включает лицевую боль и охватывает область ниже орбитометальной линии, выше шеи и впереди от ушей. Высокая плотность анатомических структур краниофациальной области обуславливает иррадиацию боли из одной зоны в другую, в связи с чем ее сложно диагностировать. Распространенность ОФБ среди взрослого населения составляет до 10 %.

Развитие орофациальных болей (ОФБ) может быть обусловлено патологией черепных нервов, височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), зубов, глаз, ЛОР-органов и прочих органов. В связи с этим решение вопросов диагностики и дифференциальной диагностики орофациальных болевых синдромов, назначения адекватной этиопатогенетической терапии, предотвращения прогрессирования заболевания и развития осложнений, повышения качества жизни пациентов требует междисциплинарного подхода и участия врачей разных специальностей – неврологов, стоматологов, хирургов, окулистов, оториноларингологов и психиатров.

ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВ

Развитие ОФБ может быть связано с патологией черепных нервов, височно-нижечелюстного сустава, зубов, глаз, ЛОР-органов и прочих органов. Хронизация лицевых болей обусловлена сенситизацией тригемино-автономной и тригемино-цервикальной систем. Важнейшая роль в этом принадлежит тройничному нерву, так как именно он обеспечивает основную чувствительную иннервацию лица, ротовой полости и интракраниальных структур.

Тройничный нерв (*nervus trigeminus*) является V парой черепных нервов. Он представляет собой смешанный нерв, который содержит в своем составе одно двигательное и три чувствительных ядра, чувствительный и двигательный корешки, большой тройничный узел (*gangliontrigeminale*, полулунный узел, гассеров узел) на чувствительном корешке и, в соответствии со своим названием, три ветви, состоящие из чувствительных, двигательных и вегетативных (симпатических и парасимпатических) волокон (рис. 1).

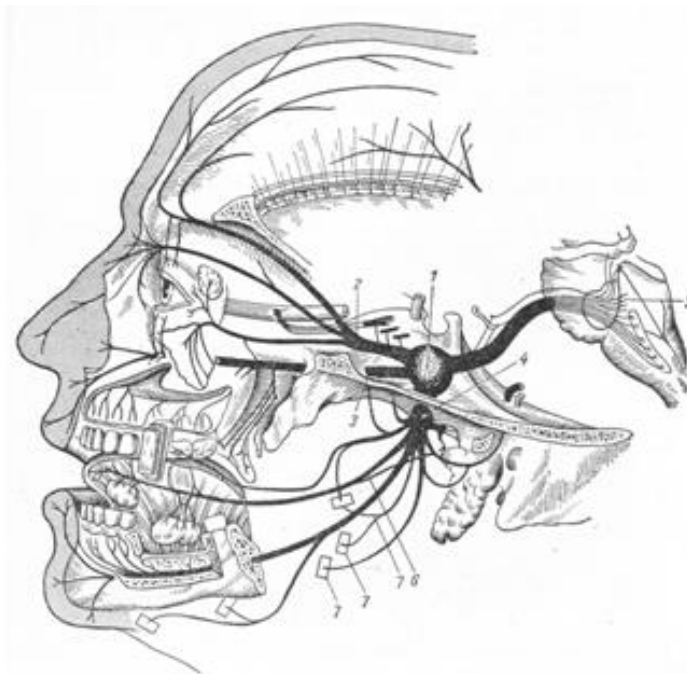


Рис. 1. Анатомия тройничного нерва: 1 – тройничный узел; 2 – глазничный нерв; 3 – верхнечелюстной нерв; 4 – нижнечелюстной нерв; 5 – дно IV желудочка; 6 – язычный нерв; 7 – нервы к жевательным мышцам

Тела первых нейронов чувствительной порции тройничного нерва (псевдоуниполярные клетки) находятся в тройничном узле, расположенном на верхней поверхности пирамиды височной кости у ее верхушки, в *cavum trigeminale*.

Дендриты псевдоуниполярных клеток тройничного узла входят в состав трех главных ветвей тройничного нерва: I ветвь – глазной нерв (*n. ophthalmicus*) – выходит из полости черепа через верхнюю глазничную щель, II ветвь – верхнечелюстной нерв (*n. maxillaris*) – выходит из полости черепа через круглое отверстие, III ветвь – нижнечелюстной нерв (*n. mandibularis*) – через овальное отверстие.

Аксоны псевдоуниполярных клеток составляют *radix sensoria* и идут к трем чувствительным ядрам тройничного нерва, где расположены тела вторых нейронов чувствительной порции тройничного нерва: мостовому ядру (*nucleus pontinus*), расположенному в мосту мозга; среднемозговому ядру (*nucleus mesencephalicus*), находящемуся в среднем мозге; спинномозговому ядру (*nucleus spinalis*), расположенному в нижней части моста и в продолговатом мозге. Аксоны клеток второго нейрона в составе медиальной петли направляются к таламусу, по пути частично совершая переход на противоположную сторону. В вентролатеральных ядрах таламуса расположены третьи нейроны чувствительной порции тройничного нерва. Аксоны нейронов таламуса в составе таламокоркового пути через заднюю ножку внутренней капсулы и лучистый венец направляются к клеткам постцентральной извилины коры головного мозга.

Двигательный нисходящий путь системы тройничного нерва начинается в пятом слое коры больших полушарий головного мозга, гигантских пирамидных клетках Беца нижней трети прецентральной извилины, где расположен первый центральный нейрон. Аксоны этих клеток проходят в составе лучистого венца и внутренней капсулы к двигательному ядру тройничного нерва (*nucleus motorius*), расположенному в задней части моста головного мозга. В *nucleus motorius* находится второй, периферический нейрон двигательного пути тройничного нерва. Аксоны второго нейрона выходят из моста на линии, отделяющей мост от средней ножки мозжечка и соединяющей место выхода тройничного и лицевого нервов (*linea trigemino facialis*), образуя двигательный корешок нерва (*radix motoria*). Рядом с ним в вещество мозга входит чувствительный корешок (*radix sensoria*). Оба

корешка составляют ствол тройничного нерва, часть нервных волокон переходит из одного корешка в другой.

По каждой из ветвей тройничного нерва расположены вегетативные (парасимпатические) узлы, которые образовались из клеток, выселившихся в процессе эмбриогенеза. Так, по ходу n. ophthalmicus выделяют ресничный узел, n. maxillaris – крылонебный узел, n. mandibularis – поднижнечелюстной, подъязычный и ушной узлы. Каждая из трех ветвей тройничного нерва дает три группы ветвей: к твердой мозговой оболочке головного мозга; внутренние ветви – к слизистой оболочке рта и носа, придаточных пазух носа, к слезной железе, глазу, слюнным железам, зубам; наружные ветви – к коже лица (рис. 2).

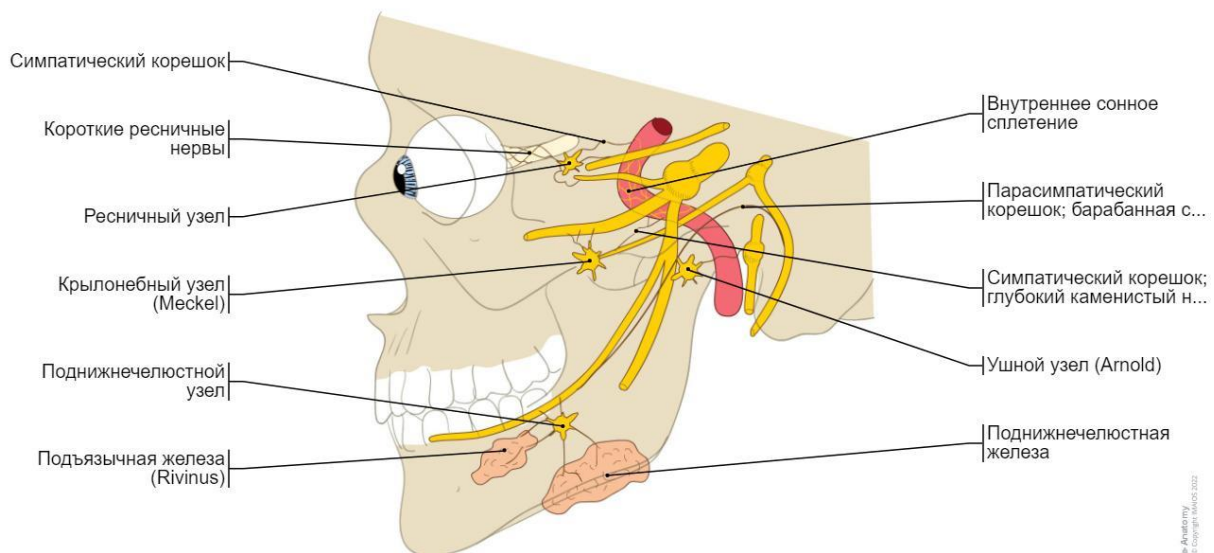


Рис. 2. Вегетативные (парасимпатические) узлы, расположенные по ходу ветвей тройничного нерва

Каждой ветви соответствует своя область иннервации: глазной нерв (чувствительный) иннервирует роговицу, ресничное тело, конъюнктиву, слизистую оболочку полости носа и околоносовых пазух, кожу лба, височной и теменной областей, верхнего века, спинки носа; верхнечелюстной нерв (чувствительный) – кожу крыльев носа, кожу нижнего века, кожу и слизистую оболочку верхней губы, слизистую оболочку полости носа, верхней челюсти, твердого и мягкого неба, миндалин; нижнечелюстной нерв (смешанный) осуществляет чувствительную иннервацию височной

области, кожи передней части ушной раковины и наружного слухового прохода, части внешней поверхности барабанной перепонки, кожи нижней губы, кожи подбородка, слизистой оболочки нижней челюсти, щеки, дна полости рта и передней 2/3 языка, а также двигательную иннервацию жевательных мышц.

Чтобы отличить невралгию тройничного нерва от других причин лицевой боли, необходимо знать области иннервации этих ветвей.

Также выделяют области сегментарной иннервации тройничного нерва в виде концентрических зон (зона Зельдера, луковичная зона) на лице. Каждой части спинномозгового ядра соответствует определенная зона Зельдера. Верхний отдел ядра обеспечивает сегментарную иннервацию центральных отделов лица вокруг рта и носа (внутренняя скобка Зельдера); нижний отдел ядра – сегментарную иннервацию боковых областей лица (наружная скобка Зельдера) (рис. 3).

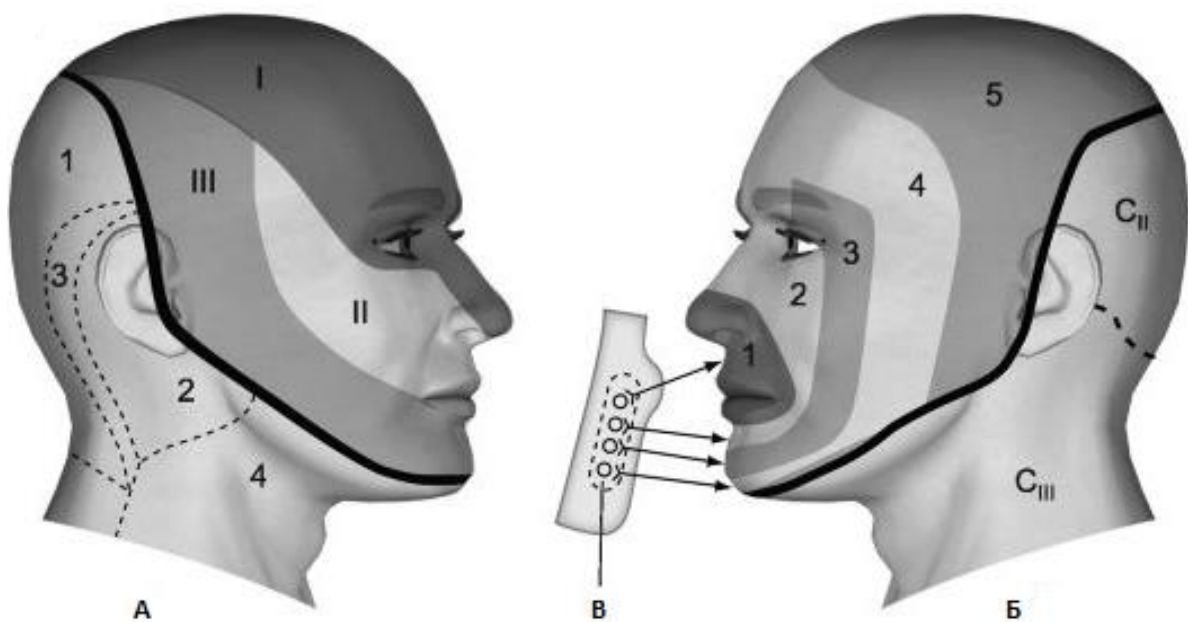


Рис. 3. Периферическая и сегментарная иннервация тройничного нерва.

- А) Периферическая иннервация: I, II, III – зоны иннервации соответственно I, II и III ветвей тройничного (V) нерва; 1 – большой затылочный нерв; 2 – большой ушной нерв; 3 – малый затылочный нерв; 4 – кожный шейный нерв.
- Б) Сегментарная иннервация: 1–5 – зоны Зельдера; CII и CIII – зоны верхних шейных сегментов спинного мозга.

В) Ствол мозга, ядро спинномозгового пути тройничного нерва

КЛАССИФИКАЦИЯ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ БОЛИ

ОФБ– это боль, локализованная ниже орбитомеатальной линии, выше шеи и перед ушами, в том числе боль в структурах полости рта.

Согласно Международной классификации орофациальной боли (ICOP), последняя может быть острой, если длится менее 3 месяцев, эпизодической, если возникает менее 15 дней в месяц независимо от того, длится она более 3 месяцев или нет, или хронической, если сохраняется более 3 месяцев и присутствует не менее 15 дней в месяц [3, 4].

Патогенетическая характеристика боли с позиции невролога, патофизиолога и других специалистов представлена тремя вариантами:

1) ноцицептивная боль, характеризующаяся как острая, хорошо локализованная, купируемая при удалении раздражителя и не вовлекающая структуры нервной системы;

2) нейропатическая боль, появляющаяся при поражении соматосенсорной нервной системы, чаще хроническая, без чёткой локализации, сопровождающаяся неврологической симптоматикой;

3) дисфункциональная (ноципластическая, психогенная) боль, связанная с нарушением социальной адаптации и не коррелирующая со степенью повреждения [5].

В международной классификации орофациальных болей [3] особо отмечается, что для всестороннего понимания орофациальной боли применяется биопсихосоциальная модель, которая включает психологические и социальные факторы. Главные психологические факторы, ассоциированные с болью, включают тревогу, катастрофизацию, депрессию, функциональные соматические симптомы, ограничительное поведение. У многих пациентов с данной проблемой выявляются коморбидные состояния, также встречаются психические или личностные расстройства, которые предрасполагают к хронизации боли и тем самым влияют на результат лечения. Основные социальные факторы – доступность медицинской помощи, стигматизирование, поддержка семьи и друзей. Все эти факторы тесно связаны с болевыми расстройствами, и биопсихосоциальная модель доказала свою ключевую роль как в понимании боли в целом, так и орофациальной боли в частности. Биопсихосоциальная модель в настоящий момент в ис-

следовательских и клинических целях применяется нерегулярно, но актуальная таксономия хронических болевых расстройств акцентирует необходимость оценки влияния психологических и социальных факторов в исследованиях.

Международная классификация орофациальной боли (ICOP)

1. Орофациальная боль, связанная с заболеваниями дентоальвеолярных и сопутствующих структур.
2. Орофациальная боль, связанная с дисфункцией мышц:
 - первичная миофасциальная боль;
 - вторичная миофасциальная боль.
3. Орофациальная боль, связанная с заболеваниями ВНЧС:
 - первичная артралгия;
 - вторичная артралгия на фоне артрита или дисфункции ВНЧС.
4. Орофациальная боль, связанная с повреждением черепно-мозговых и других региональных нервов:
 - а) повреждение тройничного нерва:
 - классическая тригеминальная невралгия (сосудисто-корешковый конфликт),
 - вторичная тригеминальная невралгия (рассеянный склероз, объемное образование, другие причины),
 - идиопатическая тригеминальная невралгия,
 - тригеминальная нейропатическая боль, не являющаяся тригеминальной невралгией (связанная с *Herpeszoster*, постгерпетическая, посттравматическая, связанная с другими причинами);
 - б) повреждение языкоглоточного нерва:
 - классическая невралгия языкоглоточного нерва,
 - вторичная невралгия языкоглоточного нерва,
 - идиопатическая невралгия языкоглоточного нерва,
 - нейропатическая боль, связанная с повреждением языкоглоточного нерва.
5. Орофациальная боль в картине первичной головной боли (мигрень, головная боль напряжения, тригеминальные вегетативные цефалгии).

6. Идиопатическая орофациальная боль:

- синдром пылающего рта;
- персистирующая идиопатическая лицевая боль;
- персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль [3].

Орофациальная боль, связанная с заболеваниями дентоальвеолярных и сопутствующих структур

Это ОФБ, вызванная заболеваниями, травмами или аномальным положением зубов и/или непосредственно окружающих их тканей, а также функцией пульпы зуба, пародонта, десны, поддерживающих структур: пульпы зуба, пародонта, слизистой оболочки полости рта, слюнных желез или костной ткани челюсти, или десны. Данный вид боли возникает и при нормальном функционировании пульпы зуба, сигнализирующем о риске повреждения зуба [4].

В период пандемии новой коронавирусной инфекции, по данным исследований, наиболее часто встречающимся клиническими проявлениями в полости рта у пациентов с COVID-19 были нарушения вкуса, язвы, волдыри, некротизирующий гингивит, оппортунистические коинфекции, изменения слюнных желез, белые и эритематозные бляшки. Как правило, поражения со стороны полости рта появлялись одновременно с потерей обоняния и вкуса. В многочисленных сообщениях описаны некротически/язвенные десны, волдыри в полости рта, гиперрост условно-патогенных микроорганизмов полости рта.

Орофациальная боль, связанная с дисфункцией мышц

Одним из ключевых симптомов является боль, усиливающаяся при движении челюсти. Также исследования подтверждают теорию о том, что боль и психологический дистресс взаимосвязаны [6].

Болевой синдром может быть локализован в аурикулярной, жевательной, височной, лобной и заушной областях и, как правило, иррадииру-

ет в различные области головы, лица, орбиты, ротовой полости, зубов и шеи. Широкая иррадиация болевого синдрома наводит клинициста на ошибочные диагнозы, которые в дальнейшем сопровождаются необоснованными врачебными манипуляциями. Пациенты могут сообщать, что интенсивность болевого синдрома повышается при жевании пищи, разговоре, психоэмоциональном напряжении, при поднятии тяжелых вещей или долговременном нахождении в вертикальном положении. Следует обращать внимание на пациентов со спазмом жевательных мышц, проявляющимся бруксизмом. Изначально возникает переутомление мышц на фоне чрезмерной нагрузки, осложняющееся впоследствии скованностью мышц в утреннее время и ограничением подвижности нижней челюсти, далее подключается миофасциальный болевой синдром [7].

- **Первичная миофасциальная боль**

Это боль в комплексе жевательных мышц с функциональными нарушениями или без них, не вызванная конкретной патологией. Конкретную этиологию или причину невозможно определить, то есть первичная миофасциальная боль является идиопатической, хотя ее патофизиологические механизмы могут быть известны [3]. Диагностическими критериями являются: миофасциальная боль, эпизодическая (один или несколько эпизодов) или непрерывная. Возникает в челюсти, виске, ухе и/или перед ухом, подтверждается при осмотре височных мышц и/или собственно жевательной мышцы, вызывается одним или обоими следующими действиями: пальпация височных мышц и/или жевательной мышцы; максимальное активное или пассивное открывание рта. Первичная миофасциальная боль изменяется при движениях челюстью, функцией или парафункцией (например, скрежетание или стискивание) [3].

- **Вторичная миофасциальная боль**

Симптоматическая миофасциальная боль, вызванная другой патологией (воспаление, инфекция или мышечный спазм) [3]. Диагностическими критериями являются: миофасциальная боль в любой жевательной мышце, при этом диагностирована патология, которая может вызывать миофасциальные боли. Боль возникает в челюсти, виске, ухе и/или перед ухом, подтверждается при осмотре в пораженных мышцах или сухожилиях, вызывается пальпацией пораженного сухожилия и/или максимальным пассивным или активным открыванием рта, изменяется за счет движения нижней че-

люсти, функцией или парафункцией (например, скрежетание или стискивание зубов). Прослеживается причинная связь с основным заболеванием (воспаление, инфекция или мышечный спазм) [3].

Орофациальная боль, связанная с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава

ВНЧС участвует в процессе жевания и речи, смягчая при этом удары и нагрузку на челюсти, а также поддерживает нижнюю челюсть, что важно для правильного положения зубов и общего строения лица.

Структуры ВНЧС включают: суставную полость, которая находится между височным отростком и головкой нижней челюсти, заполнена суставной жидкостью и снижает трение и обеспечивает плавное движение сустава; хрящевой диск, который смягчает нагрузку и повышает стабильность сустава; связки, обеспечивающие стабильность и ограничение нежелательных движений в суставе.

- **Первичная артралгия**

Первичная артралгия – боль, локализованная в ВНЧС, возникающая в покое, во время движения челюстью или при пальпации челюсти и не связанная с заболеванием, которое может вызывать такую боль. При первичных болевых состояниях определить конкретную причину невозможно, то есть они являются идиопатическими, хотя могут быть выяснены их патофизиологические механизмы [3].

- **Вторичная артралгия на фоне артрита или дисфункции ВНЧС**

Основные патологии, которые служат причиной вторичных болей в ВНЧС, включают артрит, смещение диска, дегенеративные заболевания суставов и подвывих [8].

Диагностические критерии:

А. Боль в челюсти, виске, ухе и/или в передней части уха, отвечающая критериям С и D.

В. Была диагностирована основная патология, которая может вызывать боли в ВНЧС.

С. Боль имеет все три следующие характеристики:

- 1) локализуется в области ВНЧС, что подтверждается при осмотре;
- 2) вызывается одним или обоими следующими действиями:
 - а) пальпация вокруг латерального полюса нижнечелюстного мышечка;
 - б) максимальное пассивное или активное открывание рта, движение нижней челюстью вправо или влево;
- 3) изменяется при движениях челюстью, парафункциональной активности (например, стискивание или скрежетание зубов).

Д. Причинная связь боли в ВНЧС подтверждается как минимум двумя из следующих критериев:

- 1) боль развилась в тесной временной связи с началом или значительным прогрессированием предполагаемой причинной патологии либо привела к ее обнаружению;
- 2) боль значительно усилилась одновременно с прогрессированием предполагаемой причинной патологии;
- 3) боль значительно уменьшилась или разрешилась одновременно с улучшением или разрешением предполагаемой причинной патологии.

Е. Не соответствует другому диагнозу МКОБ [3].

Боль в ВНЧС, связанная с артритом, характеризуется как боль в области ВНЧС, вызванная стойким воспалением суставных тканей (например, вследствие травмы, инфекции, отложения кристаллов или аутоиммунного заболевания) [3]. Артрит ВНЧС – это воспалительное заболевание, поражающее сустав, соединяющий височную кость и нижнюю челюсть. Артрит ВНЧС в большинстве случаев сопровождается болью, но может протекать и без нее.

В острый период заболевания появляется резкая боль в области поврежденного ВНЧС, которая также может ощущаться в области висков и ушей. Больные также предъявляют жалобы на ограничение подвижности сустава, хруст и треск при движении челюсти, отёк окружающих тканей.

В случае боли в ВНЧС, связанной с несистемным артритом, у пациента не диагностировано ревматологическое заболевание, либо есть симптомы ревматологического заболевания, но боль в ВНЧС с ним не связана.

В случае боли в ВНЧС, связанной с системным артритом, у пациента существуют свидетельства системного воспалительного заболевания суставов, боль развилась в тесной временной связи с другими симптомами

и/или клиническими либо биологическими признаками возникновения системного воспалительного заболевания суставов или привела к его обнаружению; боль усиливается одновременно с усугублением основного заболевания и уменьшается или разрешается одновременно с разрешением основного заболевания или во время его лечения [3].

При подозрении на артрит ВНЧС рекомендуется обратиться к ревматологу или стоматологу-хирургу. Диагностика включает сбор анамнеза, осмотр, инструментальные и лабораторные методы. К инструментальным методам относятся: рентгенография, компьютерная томография или магнитнорезонансная томография, диагностическая артроскопия, что позволяет получить детальное представление о состоянии сустава и обнаружить возможные повреждения.

Боль в ВНЧС, связанная со смещением диска, обусловлена нарушениями механики сустава, в отсутствие артрита ВНЧС.

Боль в ВНЧС, связанная со смещением диска с вправлением

Критерии смещения диска ВНЧС с вправлением:

- 1) любой звук ВНЧС при движении или функции челюсти за последние 30 дней и/или во время обследования;
- 2) щелкающий, хлопающий и/или трескающий шум (шумы), обнаруживаемый при пальпации в течение по крайней мере одного из трех повторений при открывании и закрывании рта или при движениях челюстью вправо или влево.

Боль характеризуется тем, что точно совпадает с шумом, развивается в тесной временной связи со смещением диска или приводит к его обнаружению, значительно усиливается одновременно с усугублением смещения диска, либо уменьшается или разрешается одновременно с лечением смещения [3].

Боль в ВНЧС, связанная со смещением диска без вправления

Критерии смещения диска ВНЧС без вправления:

- 1) ограничение подвижности нижней челюсти;
- 2) ограничение открывания рта, которое мешает принимать пищу.

Боль характеризуется тем, что развивается в тесной временной связи со смещением диска или приводит к его обнаружению, значительно усиливается одновременно с ухудшением причинной патологии и уменьшается

или разрешается одновременно с улучшением состояния при лечении причинной патологии [3].

Боль в ВНЧС, связанная с дегенеративным заболеванием сустава, – боль, вызванная дегенеративным заболеванием суставов (остеоартроз, остеоартрит) в отсутствие артрита ВНЧС.

Критерии дегенеративного заболевания ВНЧС:

1) любой звук ВНЧС при движении челюстью в течение последних 30 дней и/или во время обследования;

2) крепитация, обнаруженная при пальпации во время максимального активного или пассивного открывания рта, движений вбок и вперед.

Боль характеризуется тем, что развивается в тесной временной связи с дегенеративным заболеванием ВНЧС или приводит к его обнаружению, значительно усиливается одновременно с ухудшением дегенеративного заболевания ВНЧС и уменьшается или разрешается одновременно с улучшением состояния при лечении причинной патологии.

Боль в ВНЧС, связанная с подвывихом, обычно острая, в отсутствие артрита ВНЧС, вероятно, связана с чрезмерным растяжением тканей.

Критерии подвывиха ВНЧС:

1) ограничение подвижности нижней челюсти за последние 30 дней с ограничением открывания рта;

2) затруднения при закрывании рта без выполнения специальной манипуляции.

Боль характеризуется тем, что развивается в тесной временной связи с подвывихом или приводит к его обнаружению, значительно усиливается одновременно с ухудшением причинной патологии и уменьшается или разрешается одновременно с облегчением состояния при лечении причинной патологии [3].

В рамках комплексного междисциплинарного подхода к диагностике необходимо использование диагностических методов исследования с соответствующей доказательной базой с целью верификации преобладания болевых нейромышечных или окклюзионно-артикулярных синдромов, а также оценки их системного влияния на биомеханические взаимоотношения всех элементов челюстно-лицевой системы [9].

Для диагностики нарушений жевательной функции мышц при нарушениях осанки могут использоваться:

- Методы измерения силы жевательных мышц (гнатодинамометрия) – позволяют оценить силу сжатия мышц.
- Функциональные методы исследования – электромиография для оценки состояния жевательных мышц (мышечной активности).
- Визуальный анализ деформации – позволяет оценить тяжесть деформации костных и хрящевых элементов сустава.

При комплексном обследовании данной категории пациентов обязательной является оценка состояния височно-нижнечелюстного сустава с помощью комплекса инструментальных и лабораторных методов диагностики. Обязательную часть стандартного обследования составляет также пальпация шейных мышц. Наиболее эффективным в решении проблемы орофациальной боли и патологии ВНЧС является сочетание стоматологического, ортопедического и остеопатического лечения. В план лечения включают: коррекцию осанки – тренировки, мануальная терапия, массаж, дыхательные упражнения; ортодонтическое лечение, которое может быть не только эстетическим, но и терапевтическим, устраняя причину мышечного дисбаланса – брекетты, элайнеры или каппы, иногда – миофункциональная терапия; миофункциональные упражнения – укрепляют мышцы лица и нормализуют дыхание.

В ряде случаев первостепенное значение имеют методы психодиагностики и психокоррекции. Необходимо минимизировать влияние установленных конструкций на состояние центральной нервной системы пациентов. Сделано заключение о том, что в рамках комплексного междисциплинарного подхода к диагностике и лечению пациентов с адентией необходимо использование методов, подтвержденных соответствующей доказательной базой, с целью верификации преобладания болевых нейромышечных или окклюзионно-артикулярных синдромов, а также оценки их системного влияния на биомеханические взаимоотношения всех элементов челюстно-лицевой системы. В последние годы отмечаются большие достижения в области развития технологий стоматологической ортодонтической помощи, в том числе в отношении лечения орофациальной боли, височно-нижнечелюстной патологии и нарушений окклюзии в процессе проведения ортодонтического, ортопедического и восстановительного лечения. Междисциплинарная многопрофильная помощь стала практической реальностью в условиях современного интегративного здравоохранения.

Мультифакториальность проблемы в значительной степени определяет структуру необходимых диагностических и лечебных мероприятий при планировании стоматологического и ортодонтического лечения и реабилитации пациентов.

Орофациальная боль, о которой сообщают дети и подростки, в значительной степени связана с тревожностью, депрессией, соматическими симптомами и социальными проблемами, а частота тревожности, депрессии и соматических расстройств была значительно выше у детей и подростков, страдающих от расстройств височно-нижнечелюстного сустава. Вероятность того, что у детей и подростков будет диагностировано тревожное расстройство с соматическими симптомами, в 1,4 раза выше при пограничном и клиническом диагнозе в области тревожности и депрессии, связанной с отказом от общения, и в 2,6 раза выше в области соматических симптомов. Кроме того, тревожное расстройство с соматическими симптомами в два раза чаще встречается у девочек, чем у мальчиков. Основываясь на установленной значимой связи между психосоциальной нагрузкой и наличием само-диагностированных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, можно сделать вывод о необходимости раннего выявления и диагностики у детей и подростков тревожности, депрессии, соматических симптомов в сочетании с проблемами в челюстно-лицевой области. В совокупности эти исследования подчёркивают важность раннего выявления и обследования пациентов с орофациальными болями как среди детей и подростков, так и среди взрослых не только для уменьшения боли, но и для снижения риска психосоциальных последствий, приводящих к ухудшению качества жизни. Они также указывают на то, что могут существовать генетические факторы, влияющие как на наличие и интенсивность боли, так и на психологический дистресс, и подтверждают теорию о том, что эти состояния тесно связаны. Наконец, боль при движении челюстью и снижение подвижности челюсти, по-видимому, являются важными аспектами при обследовании пациентов с мышечными болями в орофациальной области [6].

Орофациальная боль, связанная с повреждением черепно-мозговых и других региональных нервов

А) Повреждение тройничного нерва

Распространенность невралгии тройничного нерва составляет 100–200 случаев на 1 млн населения. Заболеваемость достигает 3,4 случая на 100 000 в год у мужчин и 5,9 – у женщин. Пик заболеваемости приходится на пятое-шестое десятилетие жизни [10]. Это тяжёлое заболевание, приводящее к потере трудоспособности, которое характеризуется очень сильными, кратковременными и похожими на удар током повторяющимися приступами лицевой боли. Эпизоды боли локализируются в зоне иннервации по крайней мере одной из ветвей тройничного нерва, и даже незначительные стимулы вызывают боль. В некоторых случаях пароксизмальная боль может возникать одновременно с фоновой непрерывной или почти непрерывной болью в зоне иннервации пораженных ветвей тройничного нерва [11, 12].

Следует использовать новые диагностические критерии, которые подразделяют невралгию тройничного нерва на подтипы в зависимости от наличия тригеминального нейроваскулярного конфликта или основного неврологического расстройства, поскольку они позволяют лучше охарактеризовать состояние пациентов и помогают принимать решения о медикаментозном и хирургическом лечении [11].

Классическая тригеминальная невралгия (сосудисто-корешковый конфликт)

Один из наиболее частых этиологических факторов тригеминальной невралгии связан с компрессией нерва сосудом (артерией или веной), проходящим через препонтинные отделы цистерны вблизи тройничного нерва и пересекающим базальные цистерны мозга в непосредственной близости от места выхода нервных корешков [13, 14].

При компрессии чувствительного корешка тройничного нерва патологически извитой петлей верхней мозжечковой артерии (или соответствующей веной) демиелинизации подвергаются, из-за особенностей в топографических соотношениях чувствительного корешка и сосуда, в основном быстропроводящие волокна (проводники глубокой чувствительности, волокна типа А) от верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов. Частич-

ная демиелинизация волокон типа А вызывает снижение потока сигналов, идущих по этим волокнами возбуждающих нейроны желатинозной субстанции. Со временем возникает контакт между медленно проводящими безмиелиновыми болевыми волокнами (проводники поверхностной чувствительности, волокна типа С) и волокнами глубокой чувствительности в области чувствительного корешка, происходит раздражение волокон глубокой чувствительности, например при движении челюстями, жевании и глотании, что приводит к усилению притока болевых импульсов к спинномозговому ядру тройничного нерва и способствует возникновению приступа боли. В формировании болевого приступа принимают участие и другие стволовые, подкорковые и корковые структуры, но вышеописанный механизм, по-видимому, является ведущим. Таким образом, по современным представлениям, с точки зрения этиологии и патогенеза невралгия тройничного нерва может быть отнесена к компрессионным радикулоневропатиям с первичным периферическим генезом заболевания [10].

Вторичная тригеминальная невралгия (рассеянный склероз, объемное образование, другие причины)

Данное состояние сопровождается сильными, рецидивирующими пароксизмами односторонней боли, подобной электрическому разряду, стреляющей, колющей или острой, продолжительностью до 2 минут, спровоцированными безобидными стимулами в зоне иннервации пораженного тройничного нерва, с сопутствующей непрерывной или почти непрерывной болью или без нее, при наличии основного заболевания, которое может вызвать или объяснить наличие невралгии [4]. Патофизиология вторичной невралгии тройничного нерва аналогична патофизиологии идиопатической или классической невралгии тройничного нерва [15]. Признанными причинами вторичной невралгии тройничного нерва являются опухоли мостомозжечкового угла, артериовенозные мальформации и рассеянный склероз [4].

Рассеянный склероз является частым хроническим аутоиммунным заболеванием центральной нервной системы. В мире выявлено около 2 млн больных РС. В нашей стране в различных областях количество заболевших РС колеблется от 2 до 70 больных на 100 000 человек, причём значительно реже болезнь встречается в Средней Азии и Закавказье. В крупных промышленных районах и городах заболеваемость выше, чем в сельской

местности, у лиц мужского и женского пола она одинакова. Характерным является начало болезни в молодом возрасте, обычно между 20 и 35 годами (в отдельных случаях заболевают люди и более молодого, и более старшего возраста). При рассеянном склерозе иммунная система ошибочно атакует и разрушает миелиновую оболочку нервных волокон. В области повреждения миелина образуется рубцовая ткань, которая может исказить либо полностью заблокировать передаваемые импульсы. Для клинической картины заболевания характерным является много-симптомность, полиморфизм проявлений, прогрессирующее течение с склонностью к ремиссиям и новым обострениям.

В патогенезе тригеминальной невралгии при рассеянном склерозе могут принимать участие два основных механизма: первичная демиелинизация корешка, связанная с формированием понтинной бляшки в области между зоной входа корешка нерва и его ядром, и вторичная демиелинизация, обусловленная нейроваскулярным конфликтом (компрессией корешка артерией); эти механизмы могут присутствовать как по отдельности, так и в сочетании, взаимно потенцируя друг друга. Часто первый приступ невралгии при рассеянном склерозе происходит на фоне прогрессирования других неврологических нарушений. В связи с этим, при ремиттирующей форме рассеянного склероза невралгию тройничного нерва рассматривают как симптом рецидива. В дальнейшем боль сохраняется уже независимо от обострений или ремиссии и может стать самым значимым проявлением рассеянного склероза.

До 10 % случаев невралгии тройничного нерва являются вторичными по отношению к основной опухоли головного мозга [12]. Гистологические исследования показали, что опухоль может вызывать частичное повреждение тройничного нерва или ганглия. Это способствует образованию очаговых зон аксональной демиелинизации, дисмиелинизации или ремиелинизации, которые могут регенерировать спонтанные потенциалы действия или вызывать аномальное взаимодействие между первичными афферентами [15]. Хотя сенсорная или двигательная дисфункция нервов, нарушения походки и другие неврологические признаки могут существовать одновременно и быть тревожным сигналом внутричерепной патологии, пациенты часто предъявляют только боль как предвестник основной опухоли головного мозга. В связи с этим все пациенты с подозрением на

невралгию тройничного нерва должны пройти МРТ головного мозга в рамках диагностического обследования [12].

Опухоли мосто-мозжечкового угла – новообразования, локализующиеся в области углубления между варолиевым мостом, продолговатым мозгом и мозжечком. Эта область часто поражается новообразованиями, которые сдавливают проходящие там нервы, сосуды и ликворные пути. Большинство опухолей мосто-мозжечкового угла (свыше 95%) имеют доброкачественную природу. Из злокачественных опухолей данную область поражают метастазы, чаще всего меланомы.

Клиническая картина зависит от локализации и размеров опухоли. Частыми клиническими проявлениями являются: кохлеовестибулярный синдром – расстройства слуха и симптомы поражения вестибулярного аппарата; синдромы компрессии других черепных нервов - лёгкая недостаточность или парез лицевого нерва на стороне поражения, ослабление роговичного рефлекса, гипестезия в полости носа на стороне опухоли; синдром компрессии ствола головного мозга — слабовыраженные пирамидные симптомы на стороне опухоли. Для диагностики опухолей мосто-мозжечкового угла используют магнитно-резонансную томографию мосто-мозжечковых углов головного мозга.

Идиопатическая тригеминальная невралгия

Это тригеминальная невралгия без значимых изменений по данным нейрофизиологических тестов и МРТ. Диагностическими критериями являются повторяющиеся пароксизмы односторонней лицевой боли, отвечающие критериям «тригеминальной невралгии, только пароксизмальной либо сопровождающейся постоянной или почти постоянной болью». Не отвечает критериям «классической тригеминальной невралгии» и «вторичной тригеминальной невралгии», что подтверждается надлежащим обследованием.

Тригеминальная нейропатическая боль, не являющаяся тригеминальной невралгией (связанная с Herpes zoster, постгерпетическая, посттравматическая, связанная с другими причинами)

Лицевая боль в области одной или более ветвей тройничного нерва, вызванная другим заболеванием и указывающая на повреждение нерва. Основная боль обычно постоянная или почти постоянная, описывается как жжение или сжатие, либо подобная уколам булавок и игл. Могут присо-

единяться короткие болевые пароксизмы, но данный тип боли не преобладает. Такое сочетание отличает болевую тригеминальную невралгию от других подтипов невралгии тройничного нерва. При наличии сенсорных нарушений в области тройничного нерва широко распространены механическая аллодиния и холодовая гипералгезия, отвечающие критериям нейропатической боли. Как правило, области аллодинии более обширны, чем триггерные зоны при невралгии тройничного нерва [3].

Инфекция *Herpes zoster* поражает тройничные ганглии в 10–15 % случаев, при этом поражение офтальмической ветви может быть у 80 % пациентов. Диагностическими критериями тригеминальной нейропатической боли, связанной с *Herpes zoster*, является односторонняя лицевая боль в области одной или нескольких ветвей тройничного нерва продолжительностью менее 3 месяцев и один или несколько из следующих критериев: 1) герпетические высыпания в области пораженного тройничного нерва; 2) обнаружение вируса *Varicella zoster* в спинальной жидкости при помощи полимеразной цепной реакции; 3) положительный прямой иммунофлюоресцентный анализ на антиген вируса *Varicella zoster* или положительная полимеразная цепная реакция на ДНК вируса *Varicella zoster* в клетках, полученных из основания повреждений. В редких случаях боль протекает без герпетических высыпаний (*zoster sineherpete*). Диагноз в таких случаях подтверждается выделением ДНК вируса *Varicella zoster* при помощи полимеразной цепной реакции из цереброспинальной жидкости [3].

Хроническая нейропатическая боль, обусловленная травмой периферического нерва, – это постоянная или рецидивирующая боль, вызванная повреждением периферического нерва. К возникновению боли может привести неврома, образовавшаяся в месте повреждения. Для правильной диагностики необходимо выявление травмы нерва в анамнезе, а также определение интервала времени между травмой и началом боли. Все негативные и позитивные сенсорные симптомы должны соответствовать зоне иннервации поврежденного нерва [16].

Б) Повреждение языкоглоточного нерва

Языкоглоточный нерв (*nervus glossopharyngeus*) – IX пара черепных нервов. Является смешанным, содержит двигательные, парасимпати-

ческие и чувствительные волокна, отходящие соответственно от трёх ядер: двойного ядра (*nucleus ambiguus*), нижнего слюноотделительного ядра (*nucleus salivatorius inferior*) и ядра одиночного пути (*nucleus tractus solitarii*).

Языкоглоточный нерв выходит из головного мозга на нижней поверхности 4-6 корешками позади оливы, ниже преддверно-улиткового нерва (VIII пары черепных нервов). Он направляется наружу и вперёд и выходит из полости черепа через передний отдел яремного отверстия. В области отверстия нерв несколько утолщается за счёт расположенного здесь верхнего ганглия (*ganglion superius (rostralis)*). Выйдя через яремное отверстие, языкоглоточный нерв вторично утолщается за счёт нижнего ганглия (*ganglion inferius (caudalis)*), залегающего в каменистой ямочке (*fossula petrosa*) на нижней поверхности пирамиды височной кости.

От основания черепа языкоглоточный нерв направляется вниз, идёт между внутренней сонной артерией и внутренней яремной веной, а затем образуя дугу, следует вперёд, несколько вверх и входит в толщу корня языка (рис. 4).

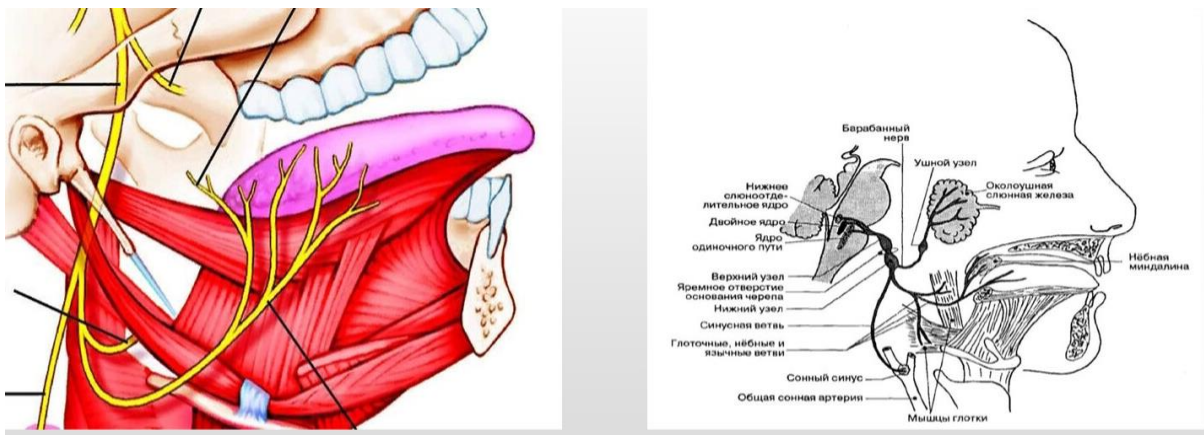


Рис. 4. Анатомия языкоглоточного нерва

Языкоглоточный нерв отдаёт ряд ветвей:

I. Ветви от нижнего ганглия:

Барабанный нерв (*n. tympanicus*) по своему составу является афферентным и парасимпатическим. Барабанный нерв входит в барабанную полость и идёт по её медиальной стенке, где образует небольшой барабанный узел

(*ganglion tympanica*), а затем распадается на ветви, которые в слизистой оболочке среднего уха составляют барабанное сплетение (*plexus tympanicus*).

Малый каменистый нерв (*n. petrosus minor*), который является продолжением барабанного сплетения, выходит из барабанной полости через расщелину канала малого каменистого нерва (*hiatus canalis n. petrosi minoris*). К малому каменистому нерву подходит соединительная ветвь от большого каменистого нерва (*n. petrosus major*). Выходя из полости черепа через каменисто-клиновидную щель (*fissura sphenopetrosa*), малый каменистый нерв подходит к ушному ганглию, где происходит переключение парасимпатических волокон.

Все 3 отдела: барабанный нерв, барабанное сплетение и малый каменистый нерв — связывают нижний ганглий языкоглоточного нерва с ушным ганглием.

Чувствительные волокна барабанного нерва вместе с симпатическими сонно-барабанными нервами из внутреннего сонного сплетения, а также соединительной ветвью лицевого нерва образуют барабанное сплетение, от которого и отходит малый каменистый нерв.

II. Ветви, начинающиеся, от ствола языкоглоточного нерва:

1. Глоточные ветви (*rr. pharyngei*) — это 3-4 нерва, начинаются от ствола языкоглоточного нерва там, где последний проходит между наружной и внутренней сонными артериями. Ветви направляются к боковой поверхности глотки, где, соединяясь с одноимёнными ветвями блуждающего нерва образуют глоточное сплетение

2. Сонная ветвь (*r. sinus carotici*) — 1-2 тонкие ветви, проникает в стенку сонного синуса и сонного клубочка синокаротидной зоны, участвует в регуляции артериального давления.

3. Ветвь шилоглоточной мышцы (*r. musculi stylopharyngei*) идёт к соответствующей мышце и вступает в неё несколькими ветвями

4. Ветви миндалин (*rr. tonsillares*) отходят от основного ствола 3-5 ветвями в том месте, где он проходит возле миндалины. Ветви эти короткие, направляются вверх и достигают слизистой оболочки нёбных дужек и миндалины.

5. Язычные ветви (*rr. linguales*) являются концевыми ветвями языкоглоточного нерва. Они прободают толщу корня языка и разделяются в нём на более тонкие, соединяющиеся между собой ветви. Концевые разветвления этих нервов, несущих как вкусовые, так и волокна общей чув-

ствительности, заканчиваются в слизистой оболочке задней трети языка, занимая область от передней поверхности надгортанника до желобовидных сосочков языка включительно. Не доходя до слизистой оболочки, эти ветви соединяются по средней линии языка с одноимёнными ветвями противоположной стороны, а также с ветвями язычного нерва от тройничного нерва).

К функциям языкоглоточного нерва относятся:

- Двигательная иннервация мышцы, поднимающей глотку (шилоглоточная мышца).
- Парасимпатическая иннервация околоушной железы, обеспечивающая её секреторную функцию;
- Обеспечение чувствительности глотки, миндалин, мягкого неба, евстахиевой трубы, барабанной полости.
- Вкусовая чувствительность задней трети языка.

Повреждение языкоглоточного нерва характеризуется односторонней болью по типу удара ножом, имеет резкое начало и конец в области не только языкоглоточного нерва, но и аурикулярной и фарингальной ветвей блуждающего нерва. Боль локализуется в области уха, основания языка, миндалин и/или под углом челюсти. Обычно провоцируется глотанием, разговором или кашлем и может меняться и вновь возникать по аналогии с невралгией тройничного нерва [3].

Классическая невралгия языкоглоточного нерва

Расстройство, характеризующееся кратковременной эпизодической односторонней болью острого и колющего характера с внезапным началом и прекращением, возникающей в области иннервации языкоглоточного нерва (угол челюсти, ухо, ямка миндалин и основание языка). В процесс также вовлечены глоточная и ушная ветви языкоглоточного нерва. Боль обычно возникает при кашле, разговоре и глотании. Боль при глоссофарингеальной невралгии носит рецидивирующий характер. Она относится к категории G52.1 Международной классификации болезней [10]. Диагноз классической невралгии языкоглоточного нерва основывается на ассоциации предполагаемой клинической картины и выявлении нервно-сосудистого сдавления корешка языкоглоточного нерва на МРТ или во время операции [17]. Боль может сопровождаться вазомоторными, трофическими или нейровегетативными расстройствами; может наблюдаться

поражение центральных или периферических нервов. Иногда отмечаются брадикардия, асистолия, судороги и даже опасные для жизни синкопальные эпизоды у некоторых пациентов. Данный вид невралгии встречается довольно редко, и его диагностика представляет определенные трудности, учитывая разнообразие клинической картины.

Терапия первой линии при невралгии языкоглоточного нерва является фармакологической, используются нейромодуляторы: карбамазепин, окскарбазепин, габапентин, прегабалин. Для пациентов с рефрактерной к медикаментозной терапии глоссофарингеальной невралгией альтернативой является хирургическое лечение: микроваскулярная декомпрессия, ризотомия языкоглотки и блуждающего нерва, хирургия гамма-ножом, ризолизис спиртом или глицерином и импульсная радиочастотная абляция.

Языкоглоточная невралгия составляет лишь 0,2–1,3 % лицевых болевых синдромов, что требует тщательного обследования для постановки точного диагноза [17].

Вторичная невралгия языкоглоточного нерва

Вызывается основным заболеванием, таким как травма шеи, рассеянный склероз, миндаликовые или регионарные опухоли, опухоли мостомозжечкового угла и мальформация Арнольда – Киари [4], синдром Игла (шиловидно-глоточный синдром, шилоподъязычный синдром), компрессия аневризмой, поражение парафарингеального пространства, пороки развития, синдром гиперактивной дисфункции или послеоперационные повреждения [17].

Идиопатическая невралгия языкоглоточного нерва

Диагностическими критериями являются: 1) рецидивирующие пароксизмы односторонней боли, отвечающие критериям невралгии языкоглоточного нерва; 2) отсутствие нейроваскулярного конфликта и основного заболевания, которое могло бы вызвать вторичную невралгию языкоглоточного нерва [3].

Нейропатическая боль, связанная с повреждением языкоглоточного нерва

Односторонняя постоянная или почти постоянная боль с сопутствующими кратковременными пароксизмами боли или без них в области иннервации языкоглоточного нерва, вызванная другими выявленными расстройствами, при этом причинно-следственная связь подтверждается дву-

мя следующими критериями: 1) боль находится на стороне пораженного языкоглоточного нерва; 2) боль развилась после начала заболевания или привела к его выявлению [3].

Орофациальная боль в картине первичной головной боли (мигрень, головная боль напряжения, тригеминальные вегетативные цефалгии)

Впервые появившиеся приступы лицевой боли, напоминающие характеристиками, продолжительностью, интенсивностью и сопутствующими симптомами один из видов первичной головной боли, локализованные только в области лица, при отсутствии боли в области головы [3]. Головные боли могут локализоваться исключительно в орофациальной области и вызывать значительные диагностические трудности, тогда как орофациальные боли, которые относятся к голове, представляют собой сложные клинические фенотипы [3].

Идиопатическая орофациальная боль

Односторонняя или двусторонняя боль в полости рта или лицевая боль в зоне (зонах) иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва (нервов) неизвестной этиологии. Боль обычно персистирующая, средней интенсивности, без четкой локализации и описывается как тупая, давящая или жгучая [3].

Синдром пылающего рта

Относится к незубной орофациальной боли, сопровождается мучительной для пациента жгучей болью или зудом в языке и слизистой оболочке полости рта, парестезиями, нарушением вкусовой чувствительности при отсутствии видимых повреждений слизистой оболочки ротовой полости (могут возникать сенестопатические ощущения) [18]. Пациенты описывают свои неприятные ощущения как жжение, покалывание, пощипывание, зуд, онемение, ползание мурашек. Примерно у половины больных

жжение сочетается с болями в языке ломящего или давящего характера различной интенсивности. Симптомы обычно двусторонние и локализуются в передних 2/3 и на боковых поверхностях языка, на губах, деснах, внутренней поверхности щеки. Но наиболее частой локализацией жжения является кончик языка. Более 70 % больных испытывают нарушения вкуса, ощущение горького и/или металлического привкуса. До 2/3 пациентов предъявляют жалобы на сухость полости рта. Клиническая картина, как правило, динамично меняется на протяжении всей болезни и зависит как от местных, системных и психогенных факторов, так и от коморбидного фона (менопауза, дефицит сывороточного железа и витаминов, сахарный диабет, гипотиреоз, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, аутоиммунные заболевания, прием лекарственных препаратов, психические расстройства) [19–21].

Персистирующая идиопатическая лицевая боль

Ранее называлась атипичной головной болью. Ключевым критерием диагностики персистирующей идиопатической лицевой боли является невозможность связи боли с каким-либо другим заболеванием. Следовательно, она считается диагнозом исключения, и его следует дифференцировать от атипичной невралгии тройничного нерва, миофасциальной боли, болезненных травматических невропатий тройничного нерва и др. [22]. Более распространена среди женщин, чем среди мужчин (3 : 1); средний возраст начала заболевания составляет 45,5 лет [23].

Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль

Постоянная односторонняя (реже двусторонняя) внутриротовая дентоальвеолярная боль с различной клинической картиной, повторяющаяся ежедневно более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев при отсутствии каких-либо предшествующих причин и не сопровождающаяся соматосенсорными нарушениями [3].

ЛЕЧЕНИЕ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ

Рекомендуется три подхода к лечению тригеминальной невралгии: консервативная терапия, малоинвазивные интервенции и хирургические вмешательства.

Консервативное лечение включает профилактическую терапию и купирование приступов острой боли. Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5) [24].

Профилактическое лечение лекарственными препаратами

Профилактическая терапия рекомендуется всем пациентам с установленным диагнозом тригеминальной невралгии с целью уменьшения частоты пароксизмов лицевой боли. Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Для профилактической терапии тригеминальной невралгии применяют противоэпилептические препараты и миорелаксанты центрального действия:

– Рекомендуется прием Карбамазепина пациентам с невралгией тройничного нерва для профилактического лечения.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

– Рекомендуется прием Окскарбазепина пациентам с невралгией тройничного нерва для профилактического лечения.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

– Рекомендуется прием Ламотриджина пациентам с тригеминальной невралгией для профилактического лечения.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

– Рекомендуется прием Баклофена пациентам с тригеминальной невралгией для профилактического лечения.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

– Рекомендуется прием Габапентина пациентам с тригеминальной невралгией для профилактического лечения.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

– Рекомендуется прием Прегабалина пациентам с тригеминальной невралгией для профилактического лечения.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

– Не рекомендуется профилактическая терапия опиоидами/опиоидными препаратами пациентам с тригеминальной невралгией с целью уменьшения частоты пароксизмов лицевой боли.

Общие рекомендации по ведению пациентов с невралгией тройничного нерва

Для оценки переносимости лечение следует начинать с монотерапии. При необходимости назначения комбинированной терапии – назначать препараты поочередно для оценки переносимости каждого. К препаратам первой линии лечения относят Карбамазепин и Окскарбазепин, остальные составляют вторую линию терапии. Препараты второй линии могут быть применены в качестве монотерапии или в сочетании с препаратами первой линии. При непереносимости Баклофена возможно рассмотреть назначение Клоназепама. При достижении ремиссии, то есть отсутствии боли в течение не менее 4 недель, следует медленно снижать дозу принимаемых препаратов согласно инструкции к ним и, возможно, отменить консервативное лечение полностью. При рецидиве болевого синдрома следует постепенно возобновить лекарственное лечение до минимальной эффективной дозы.

На фоне регулярного приема противоэпилептических препаратов важно контролировать показатели крови каждые 3–6 месяцев: проводить общий (клинический) анализ крови (тромбоциты, лейкоциты, нейтрофилы, эозинофилы) и анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, ЩФ, АЛТ, АСТ, общий билирубин), определять электролиты сыворотки крови (натрий, калий). При необходимости –осуществлять контроль ЭКГ и проводить оценку концентрации антиконвульсантов в сыворотке крови (исследование уровня лекарственных препаратов в крови).

При отсутствии обезболивающего эффекта от любого лекарственного лечения на фоне хорошей переносимости следует рекомендовать консультацию психиатра для уточнения генеза болевого синдрома.

Для направления на нейрохирургическое лечение нет необходимости назначать каждый из приведенных препаратов. Важно своевременно информировать пациента о возможностях хирургического лечения.

Иное профилактическое лечение

В лечении тригеминальной невралгии у взрослых допустимо применять ботулинотерапию и транскраниальную магнитную стимуляцию.

– Рекомендуется назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы пациентам с тригеминальной невралгией в качестве дополнительного профилактического лечения.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: применяют препараты «Ботулинический токсин типа А» и «Ботулинический токсин типа А-гемагглютинин комплекс» в дозе по 1,25–5 ЕД внутрикожно на расстоянии 15–20 мм друг от друга по триггерным точкам до 25–100 ЕД.

– Рекомендуется высокочастотная ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция пациентам с тригеминальной невралгией в качестве дополнительного профилактического лечения.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Купирование эпизодов острой боли

– Для купирования острой боли у пациентов с тригеминальной невралгией рекомендуется применение местных анестетиков.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: частое применение спрея «Лидокаин» сопряжено с риском повреждения слизистой оболочки из-за наличия в составе раствора этилового спирта. Перед проведением блокады ветвей тройничного нерва необходимо выполнить кожную пробу в соответствии с инструкцией к препарату [24].

При НТН в рамках диагностического обследования следует проводить магнитно-резонансную томографию, в том числе с тригеминальными последовательностями высокого разрешения.

Если боль плохо купируется или медикаментозное лечение плохо переносится, следует рассмотреть возможность хирургического вмешательства. Микрососудистая декомпрессия тройничного нерва является операцией первой линии для пациентов с нейрососудистым конфликтом тройничного нерва, в то время как нейроаблативное хирургическое лечение может быть предложено, если МРТ не выявила нейрососудистого контакта или если пациент слишком слаб для микрососудистой декомпрессии или не хочет рисковать [11]. МРТ является наилучшим методом выявления первопричины вторичной невралгии тройничного нерва [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выделение орофациальной боли важно в практическом аспекте, поскольку она является частой жалобой лиц, страдающих самыми разными заболеваниями, и нозологическая идентификация этого клинического феномена часто весьма затруднительна.

Для определения предположительного диагноза и выбора тактики лечения болевого синдрома необходимо использовать междисциплинарный подход, выделить тип лицевой боли, собрать подробный анамнез заболевания, выполнить полное физикальное обследование на предмет боли [25].

Анамнез боли должен включать такие ключевые моменты, как дата и время появления боли, определение времени возникновения боли (она беспокоит больше в утреннее время, в течение дня или ближе к ночи), определение длительности и частоты появления болевого синдрома (боль беспокоит в течение часа, дня, недели, месяца). При хорошей осведомленности врача о дерматомах распределения чувствительной иннервации орофациальной области, решающими факторами в определении источника боли могут быть ее локализация и иррадиация. Затем необходимо оценить качество и силу боли. Качество обычно подтверждается такими параметрами, как «пульсирующая», «колющая», «тупая» или «острая» боль ит.д. Степень тяжести можно оценить с помощью шкалы боли, такой как визуально-аналоговая шкала (ВАШ) (Приложение 1). Также следует установить факторы, облегчающие и усугубляющие боль, оценить влияние боли на качество жизни (Опросник SF 36, Приложение 2).

Мультидисциплинарный подход в ведении больных данной патологией с привлечением невролога, стоматолога, терапевта, психиатра и врачей других специальностей является наиболее приемлемым и позволяет комплексно оценить клиническую ситуацию, разработать оптимальный алгоритм диагностики и лечения, что существенно повышает качество жизни у пациентов с таким непростым заболеванием.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Пожалуйста, выберите ОДИН правильный ответ.

1. Ядра тройничного нерва расположены:
 - а) чувствительные ядро – в варолиевом мосту, с распространением в продолговатый мозг, двигательное ядро – в варолиевом мосту
 - б) чувствительные ядра – на уровне среднего мозга, двигательные ядра – на уровне моста
 - в) в продолговатом мозге
 - г) в среднем мозге
 - д) в передних рогах спинного мозга

2. Сегментарные нарушения чувствительности на лице (по зонам Зельдера) возникают:
 - а) при поражении гассерова узла
 - б) при поражении корешка тройничного нерва
 - в) при неполном поражении длинного нисходящего ядра тройничного нерва (чувствительного)
 - г) при поражении моторного ядра тройничного нерва
 - д) при поражении заднего продольного пучка

3. При поражении верхних отделов ядра тройничного нерва отмечается:
 - а) гипестезия в области I ветви тройничного нерва
 - б) гипестезия в латеральных зонах Зельдера
 - в) гипестезия в медиальных зонах Зельдера
 - г) гипестезия в области I и II ветвей тройничного нерва
 - д) ничего из перечисленного

4. При поражении тройничного нерва не выпадает:
 - а) роговичный рефлекс
 - б) надбровный рефлекс
 - в) нижнечелюстной рефлекс
 - г) глоточный рефлекс
 - д) ничего из перечисленного

5. Через какое отверстие основания черепа проходит языкоглоточный нерв?
- а) остистое
 - б) яремное
 - в) рваное
 - г) круглое
 - д) ничего из перечисленного
6. Тройничный узел V пары расположен:
- а) в передней черепной ямке
 - б) в задней черепной ямке
 - в) в меккелевой полости, на передней поверхности пирамиды височной кости
 - г) на нижней поверхности пирамиды височной кости, в каменистой ямочке
7. Через какое отверстие из полости черепа выходит I ветвь тройничного нерва?
- а) круглое
 - б) овальное
 - в) яремное
 - г) верхнюю глазничную щель
 - д) ничего из перечисленного
8. Где расположены ядра IX пары черепных нервов?
- а) в среднем мозге
 - б) в мосту
 - в) в спинном мозге
 - г) в продолговатом мозге, в ромбовидной ямке
 - д) ничего из перечисленного
9. Языкоглоточному нерву принадлежат следующие чувствительные узлы:
- а) верхний и нижний
 - б) латеральный и медиальный
 - в) латеральный и верхний
 - г) медиальный и нижний
 - д) ничего из перечисленного

10. Через какое отверстие из полости черепа выходит III ветвь тройничного нерва?

- а) круглое
- б) овальное
- в) яремное
- г) верхнюю глазничную щель
- д) ничего из перечисленного

11. С первой ветвью тройничного нерва связан:

- а) крылонебный узел
- б) ушной узел
- в) ресничный узел
- г) подъязычный узел
- д) поднижнечелюстной узел

12. Назовите место выхода корешка тройничного нерва из мозга:

- а) на границе моста и продолговатого мозга
- б) варолиев мост
- в) продолговатый мозг
- г) средний мозг
- д) мостомозжечковый угол

13. Через какое отверстие из полости черепа выходит II ветвь тройничного нерва?

- а) круглое
- б) верхнюю глазничную щель
- в) яремное отверстие
- г) рваное отверстие
- д) нижнюю глазничную щель

14. От гассерова узла отходят следующие ветви:

- а) отводящий, блоковый, лицевой нервы
- б) добавочный, лицевой, слуховой нервы
- в) подъязычный, обонятельный, языкоглоточный нервы
- г) глазной, верхнечелюстной, нижнечелюстной нервы
- д) ничего из перечисленного

15. Со II ветвью тройничного нерва связан:

- а) подъязычный узел
- б) ушной узел
- в) ресничный узел
- г) поднижнечелюстной узел
- д) крылонебный узел

16. При классической невралгии тройничного нерва наблюдается:

- а) перманентный болевой синдром
- б) гипалгезия на лице в области иннервации II и III ветвей V нерва
- в) пароксизмальный характер боли и курковые зоны на лице
- г) психомоторное возбуждение во время приступа
- д) отек лица

17. Лечение невралгии тройничного нерва:

- а) пирацетам (ноотропил)
- б) карбамазепин (финлепсин)
- в) кавинтон (винпоцетин)
- г) прозерин
- д) калимин

18. Характерными для пациентов с центральной невралгией тройничного нерва являются жалобы:

- а) на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
- б) на короткие пароксизмы интенсивной боли по типу прохождения электрического тока, провоцирующиеся легким прикосновением к курковым зонам
- в) на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюнотечением
- г) на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения
- д) на боли в одной половине лица, сопровождающиеся головокружением

19. Причиной невралгии тройничного нерва являются:

- а) заболевания придаточных пазух носа
- б) аневризма мостомозжечкового угла
- в) Herpeszoster
- г) рассеянный склероз
- д) все перечисленное

20. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

- а) анальгетиков
- б) спазмолитиков
- в) противосудорожных препаратов
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

21. Дополнительный метод исследования для исключения органической патологии при орофациальной боли:

- а) ЭЭГ
- б) ЭХО-ЭГ
- в) МРТ головного мозга с контрастным усилением и МРА
- г) ДУС МАГ
- д) КТ головного мозга

22. Причиной вторичной невралгии языкоглоточного нерва являются:

- а) травма шеи
- б) опухоли мостомозжечкового угла
- в) рассеянный склероз
- г) аневризма мостомозжечкового угла
- д) все перечисленное

23. Приступы интенсивной боли в области глазного яблока и корня носа, сопровождающиеся светобоязнью, слезотечением, наличием на коже носа герпетической сыпи, характерны для:

- а) синдрома Толоса – Ханта
- б) невралгии тройничного нерва

- в) глазной формы мигрени
- г) синдрома крылонебного узла
- д) синдрома ресничного узла

24. С третьей ветвью тройничного нерва связаны все узлы, кроме:

- а) поднижнечелюстного узла
- б) ушного узла
- в) подъязычного узла
- г) крылонебного узла
- д) ничего из перечисленного

25. Локализация первого нейрона тройничного нерва, осуществляющего глубокую чувствительность:

- а) добавочное ядро
- б) спинномозговое ядро
- в) тройничный узел
- г) главное ядро
- д) ничего из перечисленного

26. Выраженная боль в области иннервации первой ветви тройничного нерва в сочетании с вегетативными нарушениями (синдромом Горнера) характера для:

- а) синдрома Сладера
- б) синдрома Толоса – Ханта
- в) синдрома Костена
- г) синдрома Редера
- д) синдрома Чарлина

27. Критерии для диагностики синдрома Толоса – Ханта:

- а) эпизоды односторонней глазничной боли в течение 8 недель при отсутствии лечения
- б) развитие парезов III, IV, VI пар черепных нервов, возникших одновременно или в течение 2 недель с момента появления боли
- в) уменьшение боли в течение 72 часов с момента начала приема стероидов

- г) другие причины болезненной офтальмоплегии исключены с помощью нейровизуализации
- д) все перечисленное

28. Для какого синдрома характерна клиническая триада симптомов: жжение языка, сухость полости рта и изменение вкуса при отсутствии видимых повреждений слизистой оболочки ротовой полости:

- а) синдрома Редера
- б) синдрома Сладера
- в) синдрома Толоса – Ханта
- г) синдром «пылающего рта»
- д) синдрома Чарлина

29. Для невралгии языкоглоточного нерва характерны:

- а) приступы стреляющих болей в миндалинах
- б) приступы стреляющих болей в корне языка
- в) наличие курковых зон в корне языка
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

30. Где проходит чувствительный путь во внутренней капсуле?

- а) в переднем бедре
- б) в колене внутренней капсулы
- в) в задней трети заднего бедра
- г) в заднем бедре
- д) ничего из перечисленного

31. Где находятся клетки третьего чувствительного нейрона?

- а) во внутренней капсуле
- б) в стволе головного мозга
- в) в передних рогах спинного мозга
- г) в вентролатеральных ядрах таламуса
- д) в задних рогах спинного мозга

32. Пароксизмы боли при невралгии тройничного нерва длятся:
- а) несколько часов
 - б) около 1 часа
 - в) от 1–2 до 10–15 минут
 - г) 30 минут
 - д) от нескольких секунд до 1–2 минут
33. Для поражения какой структуры нервной системы характерно возникновение болевых проявлений?
- а) зрительного перекреста
 - б) зрительного бугра
 - в) зрительной зоны коры
 - г) зрительного тракта
 - д) зрительного нерва
34. Ресничный узел расположен:
- а) на вершущке пирамиды височной кости
 - б) в ямке турецкого седла
 - в) в жировой клетчатке глазницы латеральнее зрительного нерва
 - г) в задней черепной ямке
 - д) ничего из перечисленного
35. Синдром Горнера обычно присутствует при:
- а) синдроме Костена
 - б) синдроме Игла
 - в) синдроме Редера
 - г) синдроме Фрея
 - д) ничего из перечисленного
36. Место расположения крылонебногоузла (ганглия):
- а) в крылонебной ямке у крылонебного отверстия
 - б) в задней черепной ямке
 - в) в крылонебной ямке у овального отверстия
 - г) рядом с поднижнечелюстной железой, ниже язычного нерва
 - д) в крылонебной ямке у круглого отверстия

37. Боли, снижение всех видов чувствительности в области лба и верхнего века справа характерны для поражения:

- а) правого Гассерова узла
- б) I ветви тройничного нерва
- в) II ветви тройничного нерва
- г) правой половины моста
- д) теменной доли

38. Местонахождение ушного ганглия:

- а) выше овального отверстия с латеральной стороны нижнечелюстного нерва
- б) ниже овального отверстия с медиальной стороны нижнечелюстного нерва
- в) выше круглого отверстия с латеральной стороны верхнечелюстного нерва
- г) выше круглого отверстия с медиальной стороны верхнечелюстного нерва
- д) ничего из перечисленного

39. Тройничный нерв участвует в осуществлении рефлекса:

- а) Маринеску – Радовичи
- б) глоточного
- в) с мягкого нёба
- г) корнеального
- д) Янишевского – Бехтерева

40. Местонахождение поднижнечелюстного ганглия:

- а) в теле поднижнечелюстной железы
- б) на нижней поверхности поднижнечелюстной железы в толще под-кожной клетчатки
- в) рядом с поднижнечелюстной железой, ниже язычного нерва
- г) ниже овального отверстия с медиальной стороны нижнечелюстного нерва
- д) выше круглого отверстия с медиальной стороны верхнечелюстного нерва

41. Локализация первого нейрона тройничного нерва, осуществляющего поверхностную чувствительность:

- а) ядро Бурдаха
- б) спинномозговое ядро
- в) тройничный узел
- г) ядро Голля
- д) среднемозговое ядро

42. Резкая кратковременная боль, возникающая спонтанно или вследствие определенных действий (разговор, глотание, жевание, сморкание) в области небной миндалины или в области корня языка и иррадиирующая в ухо на той же стороне, характерна для:

- а) невралгии тройничного нерва
- б) синдрома Сладера
- в) синдрома Толоса – Ханта
- г) синдрома Редера
- д) невралгии языкоглоточного нерва

43. На лицо концевые нервы основных ветвей тройничного нерва выходят через:

- а) надглазничную вырезку, подглазничный канал, подбородочное отверстие
- б) овальное отверстие, нижнюю глазничную щель, яремное отверстие
- в) круглое отверстие, верхнюю глазничную щель, яремное отверстие
- г) надглазничную вырезку, верхнюю глазничную щель, яремное отверстие
- д) овальное отверстие, круглое отверстие, нижнюю глазничную щель

44. При каком синдроме пациент предъявляет жалобы на боли в правом глазном яблоке, слезотечение, покраснение глаза, герпетические высыпания в области кожи лба, болезненность глазного яблока при пальпации?

- а) синдром Оппенгейма
- б) синдром Чарлина
- в) синдром Сладера
- г) синдром Шегрена
- д) синдром Костена

45. При каком синдроме во время еды у пациента начинает потеть щека?
- а) Редера
 - б) Бриссо – Сикара
 - в) Сладера
 - г) Фрея
 - д) Толоса – Ханта
46. При дисфункции височно-нижнечелюстного сустава наблюдается:
- а) невралгия тройничного нерва
 - б) болезненность при пальпации височной мышцы
 - в) ограничение подвижности нижней челюсти
 - г) гиперемия околоушной области
 - д) ничего из перечисленного
47. При синдроме Толоса – Ханта визитной карточкой является:
- а) боль в области глазницы, диплопия, офтальмоплегия
 - б) агевзия
 - в) парестезии в области выхода подглазничного нерва
 - г) слезотечение
 - д) ничего из перечисленного
48. Миофасциально-артрогенная лицевая боль возникает на фоне:
- а) острого пульпита
 - б) поражения височно-нижнечелюстного сустава
 - в) острого гайморита
 - г) демиелинизации тройничного нерва
 - д) ничего из перечисленного
49. К критериям дисфункции височно-нижнечелюстного сустава относятся:
- а) тупая упорная меняющаяся во времени боль в области челюсти или лица, в ушной или височной области, которая сочетается с болезненностью жевательных мышц или височно-челюстного сустава при пальпации

- б) объективные симптомы при открывании рта: ограничение объема движений или девиация нижней челюсти, иногда суставной щелчок или крепитация
- в) диагноз первичного заболевания височно-нижнечелюстного сустава подтверждается при помощи компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии: выявляются дегенеративные изменения сустава или смещение диска
- г) диагноз первичного поражения мышц подтверждается, если боль усиливается при пальпации соответствующих мышц и боль может уменьшаться при инъекции анестетика в соответствующую болезненную мышечную точку
- д) все перечисленное

50. Агевзия является патогномичным симптомом при:

- а) болезни Фотергилла
- б) синдроме «горящего рта»
- в) синдроме Костена
- г) синдроме Толоса – Ханта
- д) синдроме Чарлина

51. У пациента, страдающего хроническим синуситом, появились приступы сильной боли в области крыла носа, верхней челюсти, сопровождающиеся ринореей, слезотечением, гиперемией соответствующей половины лица, длящиеся в течение 30 мин. Какой диагноз наиболее вероятен?

- а) синдром Сладера
- б) невралгия тройничного нерва
- в) невралгия языкоглоточного нерва
- г) мигрень
- д) синдром Толоса – Ханта

52. У пациента появилась боль, локализуемая в глотке, распространяющаяся на дужки, корень языка, затруднение и боль при глотании. Назовите предположительный диагноз:

- а) невралгия языкоглоточного нерва
- б) ассоциированная мигрень

- в) синдром Сладера
- г) невралгия тройничного нерва
- д) заглочный абсцесс

53. Для лечения классической невралгии тройничного нерва применяют:

- а) карбамазепин
- б) габапентин
- в) прегабалин
- г) ничего из перечисленного
- д) все из перечисленного

54. У пациента после гриппа появились боли в нижней челюсти справа приступообразного характера, продолжительностью 2–3 секунды. Приступы возникают при разговоре, жевании, умывании. В неврологическом статусе: болезненность в точке выхода III ветви V нерва справа, курковая зона в области угла рта справа. Назовите предположительный диагноз:

- а) синдром Сладера
- б) невралгия языкоглоточного нерва
- в) синдром Сладера
- г) невралгия III ветви тройничного нерва справа
- д) синдром Толоса – Ханта

55. Причиной орофациальных болей являются:

- а) патология черепных нервов
- б) заболевания зубов и глаз
- в) патология височно-нижнечелюстного сустава
- г) заболевания ЛОР-органов
- д) все перечисленное

56. Крылонебный ганглий лежит:

- а) в области рваного отверстия
- б) в пирамидке височной кости
- в) в жировой клетчатке глазницы
- г) в жировой клетчатке крылонебной ямки
- д) ничего из перечисленного

57. К диагностическим критериям постгерпетической невралгии тройничного нерва относятся:

- а) лицевая боль в зоне иннервации или разветвления нерва
- б) герпетические кожные высыпания в зоне иннервации этого нерва
- в) появление герпетических высыпаний не позднее чем через 7 дней после появления боли
- г) сохранение боли в течение более 3 месяцев
- д) все перечисленное

58. Нижнечелюстной нерв содержит:

- а) только чувствительные волокна
- б) только двигательные волокна
- в) чувствительные и двигательные волокна
- г) чувствительные и симпатические волокна
- д) ничего из перечисленного

59. Ушной узел расположен:

- а) в жировой клетчатке глазницы
- б) в крылонебной ямке
- в) на передней поверхности пирамидки височной кости
- г) на основании черепа около овального отверстия
- д) в области рваного отверстия

60. При невралгии тройничного нерва характерно:

- а) перманентный болевой синдром
- б) гипалгезия на лице в области иннервации II и III ветвей тройничного нерва
- в) курковые зоны на лице
- г) психомоторное возбуждение во время приступа
- д) все перечисленное

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Пациентка Л., 49 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразные боли в области нижней челюсти справа, по типу прохождения электрического тока. Больна с 2022 г., когда впервые стала беспокоить острая боль в нижней челюсти справа во время умывания, затем при приеме пищи и разговоре. Был удален 7-й коренной зуб, который ее не беспокоил. После удаления зуба приступы болей на 3 месяца исчезли, однако затем вернулись и стали беспокоить больную чаще и интенсивнее.

Объективно: внутренние органы без патологий.

В неврологическом статусе: гипестезия в области иннервации III ветви тройничного нерва справа. Курковые зоны в области края нижней губы, нижней десны справа. Болезненность точки выхода III ветви тройничного нерва справа. В момент приступа больная замирает.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Определите тактику лечения.

Задача 2

Пациент П., 60 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянную боль в области лба и левого глаза, покраснение кожи левой половины лба, пузырьковые высыпания на левой половине лба. Считает себя больным с 15 сентября 2025 г., когда стал отмечать недомогание, разлитую головную боль и повышение температуры до 37,3–37,5°C.

В неврологическом статусе: отмечается резкая болезненность при пальпации точки выхода I ветви тройничного нерва слева, гипестезия всех видов чувствительности в этой же области, роговичный рефлекс слева снижен, гиперемия склеры левого глаза.

Кожа левой половины лба слегка отечна, на ней выявляются группы пузырьков, наполненные серозной жидкостью.

Вопросы:

1. Поставьте топический диагноз и обоснуйте его.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Определите тактику лечения.

Задача 3

Пациентка В., 50 лет, обратилась к участковому врачу в связи с болями в области левой половины лба и левого глаза. Боль носит постоянный характер, но периодически усиливается до очень интенсивной. Пациентка вспомнила, что полгода назад в этой области отмечались высыпания в виде нескольких пузырьков, которые сопровождалась болями и онемением. К врачу она не обращалась и через две недели все прошло.

Объективно: в области лба несколько пятен депигментации.

В неврологическом статусе: без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Задача 4

Пациент Д., 49 лет, предъявляет жалобы на приступообразные боли, которые начинаются с корня языка и в области правой миндалины, иррадиируют в правое ухо. Приступ боли возникает при глотании, приеме пищи или разговоре. Длятся приступы несколько минут. Во время приступа боли появляется сухость в горле.

В неврологическом статусе: без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Задача 5

Пациент Н., 52 лет, предъявляет жалобы на интенсивные боли в перiorбитальной области слева, в левом глазном яблоке, в области корня носа слева, верхней и нижней челюстях слева, иррадиирующие в височную область и в ухо слева.

Объективно: во время лицевой боли выявляется гиперемия и отечность кожи половины лица слева, слезотечение и ринорея слева. Определяется гиперемия и отечность слизистой оболочки заднего отдела носовой полости слева. Болевой приступ прекращается после проведения аппликационной анестезии 10 % раствором лидокаина заднего отдела носовой полости.

Вопрос:

1. Поставьте предварительный диагноз.

Задача 6

Больная С., 35 лет, жалуется на жгучие боли в правой половине лица, преимущественно в области верхней и нижней челюсти. Боли носят приступообразный характер, длятся 1–3 секунды. Приступы болей возникают при жевании, разговоре, умывании, прикосновении к лицу, чистке зубов. Впервые боли появились 3 месяца назад после перенесенного гриппа.

В неврологическом статусе: болезненность при пальпации в точках выхода II и III ветвей правого тройничного нерва. Курковая зона около крыла носа справа и на слизистой полости рта справа.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Определите тактику лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises / S. N. Raja, D. B. Carr, M. Cohen, N. B. Finnerup, H. Flor, S. Gibson, F. J. Keefe, J. S. Mogil, M. Ringkamp, K. A. Sluka, X. J. Song, B. Stevens, M. D. Sullivan, P. R. Tutelman, T. Ushida, K. Vader // *Pain*. – 2020. – Vol. 161, No. 9. – P. 1976–1982. – DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
2. Lucas J.W. Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain in U.S. Adults, 2023 / J. W. Lucas, I. Sohi// *NCHS Data Brief*. – 2024. – No. 518. – DOI: 10.15620/cdc/169630.
3. Международная классификация орофациальной боли, 1-е издание (ICOP). Адаптированная русскоязычная версия // Альманах клинической медицины. – 2022. – Т. 50 (Приложение). – С. 1–82. – DOI: 10.18786/2072-0505-2022-50-005.
4. International classification of orofacial pain, 1st edition (ICOP) // *Cephalalgia*. – 2020. – Vol. 40, No. 2. – P. 129–221. – DOI: 10.1177/0333102419893823.
5. Яхно Н.Н. Боль : практическое руководство / Н. Н. Яхно. – Москва : МЕДпресс-информ, 2022. – 416 с.
6. Christidis N. Editorial: Orofacial Pain of Muscular Origin – From Pathophysiology to Treatment / N. Christidis, E. A. Al-Moraissi // *Front. Oral Health*. – 2022. – Vol. 2. – P. 825490. – DOI: 10.3389/froh.2021.825490.
7. Aljuboori Z. Multiple recurrences of trigeminal neuralgia caused by deformation of the trigeminal nerve / Z. Aljuboori, H. J. Nauta // *Cureus*. – 2019. – Vol. 11, No. 12. – P. e6433. – DOI: 10.7759/cureus.6433.
8. Alstergren P. Clinical diagnosis of temporomandibular joint arthritis / P. Alstergren, M. Pigg, S. Kopp // *J Oral Rehabil*. – 2018. – Vol. 45, No. 4. – P. 269–281. – DOI: 10.1111/joor.12611.
9. Междисциплинарный подход в лечении орофациальной боли и патологии височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с полным или частичным отсутствием зубов (обзор литературы) / Ф. К. Дзалаева, С. О. Чикунов, А. С. Утюж, М. В. Михайлова, М. К. Будунова // *Актуальные проблемы медицины*. – 2020. – Т. 43, № 1. – С. 102–112.

10. Пирадов М. А. Неврологические орофациальные заболевания и синдромы: руководство для врачей / М. А. Пирадов, М. Ю. Максимова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 216 с. – (Библиотека врача-специалиста). – ISBN 978-5-9704-7157-9.

11. Lambriu G. Trigeminal neuralgia: a practical guide / Giorgio Lambriu, Joanna Zakrzewska, Manjit Matharu // *Pract Neurol*. – 2021. – Vol. 21, No. 5. – P. 392–402. – DOI: 10.1136/practneurol-2020-002782.

12. Nasir K.S. Secondary Trigeminal Neuralgia: A Case Report and Literature Review of Red Flags / K. S. Nasir, M. A. Naveed // *J Cancer Allied Spec*. – 2022. – Vol. 8, No. 1. – P. e455. – DOI: 10.37029/jcas. v8i1.455.

13. Kadian N. G. Optimization of diagnosis, treatment and prediction trigeminal neuralgia / N. G. Kadian // *Journal of Neuroscience*. – 2023. – Vol. 14, No. 4. – P. 25–29.

14. Роль нейроваскулярного конфликта в патогенезе классической невралгии тройничного нерва и динамика подходов к его визуализации / Е. В. Балязина, О. М. Евусяк, В. А. Балязин, Н. Г. Кадян // *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. – 2021. – Т. 2, № 1. – С. 24–31. – DOI: 10.21886/2712-8156-2021-2-1-24-31.

15. Advances in diagnosis, classification, pathophysiology, and management of trigeminal neuralgia / L. Bendtsen, J. M. Zakrzewska, T. B. Heinskou, M. Hodaie, P. R. L. Leal, T. Nurmikko, M. Obermann, G. Cruccu, S. Maarbjerg // *Lancet Neurol*. – 2020. – Vol. 19, No. 9. – P. 784–796. – DOI: 10.1016/S1474-4422(20)30233-7.

16. Koriachkin V.A. Neuropathic pain / V. A. Koriachkin, A. P. Spasova, V. V. Khinovker // *Innovative Medicine of Kuban*. – 2021. – No. 2. – P. 58–64. – DOI: 10.35401/2500-0268-2021-22-2-58-64.

17. Clinical and physiopathological aspects of the glossopharyngeal neuralgia / Victor Souza, Maria Passerini, Bianca Sobral, Vinicius Baiardi, Hilton Mariano, da Silva Junior // *Headache Medicine*. – 2021. – Vol. 12, No. 1. – DOI: 10.48208/HeadacheMed.2021.2.

18. Фокина Н.М. Синдром «пылающего рта» / Н. М. Фокина, О. А. Шавловская // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2019. – № 1. – С. 76–79. – DOI: 10.17116/jnevro201911901176.

19. Пархоменко Е.В. Синдром горящего рта. Трудности диагностического поиска / Е. В. Пархоменко, К. В. Лунев, Е. А. Сорокина // *РМЖ*.

Медицинское обозрение. – 2020. – Т. 4, № 9. – С. 560–565. – DOI: 10.32364/2587-6821-2020-4-9-560-565.

20. Burning mouth syndrome: a diagnostic challenge / J. E. Freilich, M. Kuten-Shorrer, N. S. Treister, S. B. Woo, A. Villa // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. – 2020. – Vol. 129, No. 2. – P. 120–124. – DOI: 10.1016/j.oooo.2019.09.015.

21. Anemia, hematinic deficiencies, hyperhomocysteinemia, and serum gastric parietal cell antibody positivity in 884 patients with burning mouth syndrome / C. P. Chiang, Y. H. Wu, Y. C. Wu, J. Y. Chang, Y. P. Wang, A. Sun // J Formos Med Assoc. – 2020. – Vol. 119, No. 4. – P. 813–820. – DOI: 10.1016/j.jfma.2019.10.013.

22. Gerwin R. Chronic facial pain: trigeminal neuralgia, persistent idiopathic facial pain, and myofascial pain syndrome-an evidence-based narrative review and etiological hypothesis / R. Gerwin // Int J Environ Res Public Health. – 2020. – Vol. 17, No. 19. – P. 7012. – DOI: 10.3390/ijerph17197012.

23. Ananthan S. Chronic orofacial pain / S. Ananthan, R. Benoliel // J Neural Transm (Vienna). – 2020. – Vol. 127, No. 4. – P. 575–588. – DOI: 10.1007/s00702-020-02157-3.

24. Краниальные мононейропатии у взрослых : клинические рекомендации (одобрены Минздравом России). – 2024. – URL: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-kranialnye-mononeiropatii-u-vzroslykh-odobreny-minzdravom-rossii>.

25. Лицевые боли: клинико-анатомические особенности. Лекция 1: Классификация орофациальных болей, повреждение тройничного нерва / Ю. Н. Васильев, И. А. Буланкина, Ю. Н. Быков, И. Н. Герасимова // Байкальский медицинский журнал. – 2025. – Т. 4, № 1. – С. 75–83. – DOI: 10.57256/2949-0715-2025-4-1-75-83.

ПРИЛОЖЕНИЯ

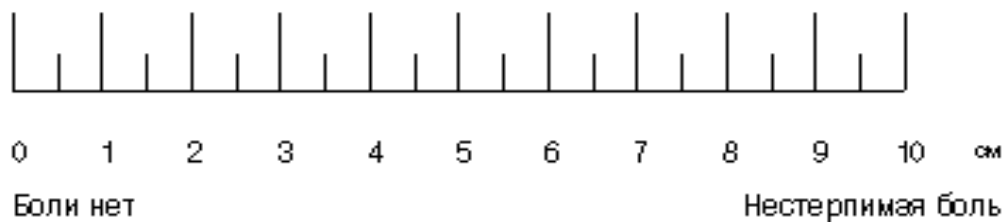
Приложение 1

Визуально-аналоговая шкала боли

ВАШ боли используется для оценки интенсивности боли без учета ее причин и локализации. Она является субъективным инструментом оценки боли.

Оценка по ВАШ боли проводится только если пациент способен понять задание.

Так 0 баллов ставиться, когда у больного нет неприятных ощущений и переживаний, связанных с болью и хорошее настроение. 10 баллов – это очень сильная боль, которую невозможно терпеть. Она настолько сильная, что не позволяет пациенту шевельнуться или говорить.



Локализация боли	Оценка интенсивности боли по ВАШ	
	Поступление	Выписка
Головная боль		
Боль в грудной клетке		
Боль в плече		
Боль в руке		
Боль в ноге		
Боль в шее		
Боль в низу спины		
Боль в половине тела		

Опросник SF-36

Ф. И. О.

Дата заполнения _____

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья (обведите одну цифру).

Отличное 1

Очень хорошее..... 2

Хорошее..... 3

Посредственное 4

Плохое 5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад (обведите одну цифру).

Значительно лучше, чем год назад 1

Несколько лучше, чем год назад..... 2

Примерно так же, как год назад..... 3

Несколько хуже, чем год назад..... 4

Гораздо хуже, чем год назад 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени (обведите одну цифру в каждой строке)?

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие. Дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе (обведите одну цифру)?

- Совсем не мешало 1
- Немного 2
- Умеренно 3
- Сильно 4
- Очень сильно 5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели (обведите одну цифру)?

- Совсем не испытывал(а) 1
- Очень слабую 2
- Слабую 3
- Умеренную 4
- Сильную 5
- Очень сильную 6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому) (обведите одну цифру)?

- Совсем не мешала 1
- Немного 2
- Умеренно 3
- Сильно 4
- Очень сильно 5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям (обведите одну цифру).

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.) (обведите одну цифру)?

- Все время..... 1
 Большую часть времени 2
 Иногда..... 3
 Редко 4
 Ни разу..... 5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений (обведите одну цифру в каждой строке)?

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
А. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Опросник имеет следующие шкалы:

- Физическое функционирование (PF).
- Роловое (физическое) функционирование (RP).
- Боль (P).
- Общее здоровье (GH).
- Жизнеспособность (VT).
- Социальное функционирование (SF).
- Эмоциональное функционирование (RE).
- Психологическое здоровье (MH).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1–4 шкалы) и психический (5–8 шкалы).

Учебное издание

*Белова Людмила Анатольевна,
Машин Виктор Владимирович,
Белова Наталья Вячеславовна,
Котова Елена Юрьевна,
Золотухина Наталья Евгеньевна*

ОРОФАЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ

Учебное пособие

Электронное текстовое издание

Издается в авторской редакции

Подготовка оригинал-макета Е. П. Мамаевой
Подписано к выпуску 16.02.2026. Заказ № 2