

Роль участкового врача в раннем выявлении нейрогенных расстройств челюстно-лицевой области

И.К. Луцкая

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь
lutskaja@mail.ru

Аннотация

Различные общие заболевания могут сопровождаться или сочетаться с нарушением чувствительности в челюстно-лицевой области. Пациенты в таких случаях жалуются на боль или парестезию, которые могут быть локального или центрального генеза. Нередко больные первично обращаются к участковому врачу. Терапевт не только ставит диагноз и назначает лечение в соответствии со своим профилем, но также определяется с алгоритмом дальнейшего обследования. Знание основных симптомов нейрогенных расстройств позволяет направить пациента к узким специалистам, а именно к стоматологу или неврологу, для проведения профессионально направленного диагностического поиска и терапии конкретных проявлений локальных или центральных нарушений нервной системы.

Ключевые слова: боль, парестезия, нейрогенные расстройства челюстно-лицевой области.

Для цитирования: Луцкая И.К. Роль участкового врача в раннем выявлении нейрогенных расстройств челюстно-лицевой области. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 1: 29–34. DOI: 10.47407/kr2022.3.1.00115

Role of local physician in the early detection of maxillofacial neurogenic disorders

Irina K. Lutskaya

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk, Belarus
lutskaja@mail.ru

Abstract

Various systemic diseases may be accompanied by or combined with sensory disturbances of maxillofacial region. In such cases the patients complain of pain or paresthesia, which could be local or central. The patients usually contact their local primary care physicians. The physician not only determines the diagnosis and prescribes treatment in accordance with his/her specialty, but also determines the algorithm for further examination. Knowledge of the main symptoms of neurogenic disorders makes it possible to refer the patient to specialty physician, such as dentist or neurologist, for the professionally directed diagnosis and treatment of certain manifestations of the local and central disorders, affecting the nervous system.

Key words: pain, paresthesia, maxillofacial neurogenic disorders.

For citation: Lutskaya I.K. Role of local physician in the early detection of maxillofacial neurogenic disorders. Clinical review for general practice. 2022; 1: 29–34. DOI: 10.47407/kr2022.3.1.00115

С болевыми и парестетическими симптомами, нарушением чувствительности различных отделов организма пациенты обращаются к врачу любого профиля, в частности к участковому терапевту, и нередко продолжают с ним общаться вплоть до установления точного диагноза [1, 2].

Такая ситуация характерна и при локализации жалоб в челюстно-лицевой области [3]. Пациенты связывают симптомы с поражением лор-органов, периферических нервных структур. В большинстве случаев врач-интернист направляет их к стоматологу для уточнения диагноза. Болезненность, зависящая от первичного поражения зубов, пародонта или слизистой оболочки полости рта подробно анализируется узким специалистом и устраняется методами местного воздействия [4, 5]. Проблему представляют заболевания периферической нервной системы или локальная симптоматика поражения центральных ее отделов [2, 3]. Клиническая ситуация бывает затруднительна как для врача-тера-

певта, так и стоматолога. Более того, для уточнения диагноза и назначения воздействий ни один, ни другой не имеют в своем распоряжении специализированных средств и способов.

В целях уточнения диагноза и назначения общей медикаментозной терапии пациент направляется для дополнительного лабораторного и клинического обследования.

Во многих случаях больные продолжают лечение у специалиста своего профиля. Чаще всего это бывает врач-невролог.

Знание основных проявлений в челюстно-лицевой области нейрогенных расстройств участковым терапевтом, врачом общей практики позволяет сократить период диагностического поиска и обеспечить назначение эффективного лечения, включая и стоматологические вмешательства [6, 7].

Нейростоматология изучает чувствительные, двигательные, секреторные и трофические расстройства челюстно-лицевой области.

Рис. 1. Свободное открывание рта.
Fig. 1. Mouth opening freely.



Рис. 2. Положение зубов при смыкании зубных рядов.
Fig. 2. Occlusal teeth positions.



Рис. 3. Нормальное расположение языка.
Fig. 3. Normal position of the tongue.

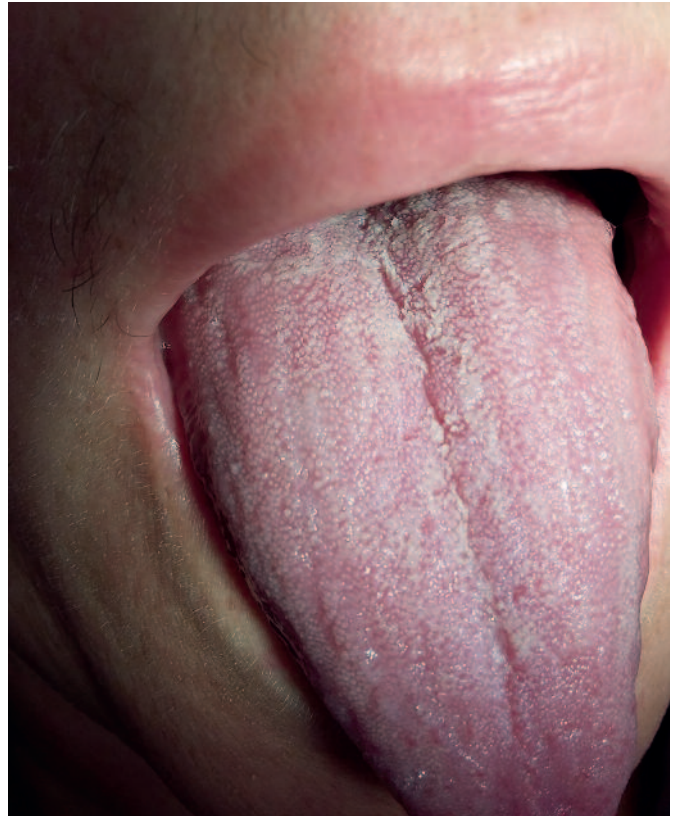


Рис. 4. Смещение языка в сторону при неврите лицевого нерва.
Fig. 4. Lateral displacement of the tongue associated with the facial nerve neuritis.



При многих стоматологических заболеваниях встречаются симптомы аллодинии и гипералгезии. При аллодинии болевые ощущения возникают в условиях нанесения ноцицептивных раздражений (т.е. тех, которые в естественных условиях не способны вызвать ощущения боли). При гипералгезии болевые ощущения усиливаются в условиях нанесения ноцицептивных раздражений. Возникает иррадиация боли, синестезии (ощущение раздражения не только в месте их нанесения, но и в других областях), полиестезии (когда возникает представление о нескольких раздражениях, хотя фактически наносилось одно) и т.д.

Патологические изменения, заметные при наружном осмотре (контрактуры, атрофии мышц лица), должны быть зарегистрированы в амбулаторной карте (с юридической точки зрения это важно, например, во избежание конфликтной ситуации).

Деформация зрачков может свидетельствовать об органическом поражении нервной системы. Необходимо оценить движение глазных яблок, наличие нистагма (подергиваний глазных яблок). Желательно попросить

пациента наморщить лоб, нос, широко открыть рот, показать зубы (рис. 1, 2). При параличе лицевого нерва наблюдаются тикообразные подергивания пораженных лицевых мышц, изменение ширины глазной щели, повышение механической возбудимости мышц (рис. 3, 4). После периферического паралича язычной мускула-

туры отмечаются фибриллярные подергивания с атрофией языка (это может быть симптомом синингобульбии или амиотрофического бокового склероза). Двусторонний парез языка вызывает расстройство речи типа дизартрии. Дефекты артикуляции, скандированная речь выявляются в процессе беседы и опроса больного.

Неврогенные заболевания заключаются в полиморфизме чувствительных нарушений, обусловленном избирательностью поражения регионарных соматических или вегетативных нервных образований, центральных или периферических участков, а также характером и степенью поражения (ирритативный или дистрофический процесс).

Чувствительные синдромы по клинической картине делятся на две большие группы – болевые и парестетические; болевые, в свою очередь, подразделяются по анатомическому субстрату на соматические и вегетативные. Парестетический синдром (глоссодинию) выделяют в самостоятельную нозологическую единицу.

Диагностика заболеваний включает опрос пациента, при котором необходимо выяснить характер болей или парестезий, их локализацию, нарушение слюноотделения и вкуса и другие жалобы (расстройства глотания, речи, изменение голоса, ограничение подвижности языка). Боль изучают с позиции феноменологии: характер, интенсивность, длительность, локализация, частота болевых приступов, факторы, провоцирующие боль. Исследование стомато-неврологического статуса включает исследование функций тройничного, промежуточно-лицевого, языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов (исследование поверхностной, глубокой и вкусовой чувствительности, объема движений языка), а также состояния регионарных соматических и вегетативных нервных образований методом скользящей, фиксирующей пальпации.

Этиологическими факторами глоссодинии являются заболевания внутренних органов и систем; функциональные неврозы; скрытая депрессия; климакс.

Страдают в основном женщины от 30 до 60 лет. В 90% случаев на слизистой оболочке языка появляются симптомы парестезии: боли разлитые без четких контуров. Начинаясь в кончике языка, они перемещаются на боковую и дорсальную поверхность. Характер ощущений – жжение, покалывание, пощипывание, чувство жара; боли – ломящие, давящие. В 10% случаев распространяются на слизистую дна полости рта, губ, щек и неба. Во время еды, при разговоре ощущения исчезают, что является важным диагностическим признаком. Неприятные ощущения могут усиливаться ночью. Ощущения в языке бывают настолько интенсивны, что выступают на первое место в жалобах пациентов с тяжелыми поражениями сердечно-сосудистой или нервной системы.

Нередко развивается канцерофобия, тщательно скрываемая пациентом, который стремится многократно общаться с врачом. Необходимо профессиональное умение, такт и тщательный опрос для выявления страха больного перед опасным заболеванием.

Из объективных признаков отмечается ксеростомия, особенно ночью, но может быть и гиперсаливация. Кроме того, наблюдаются различные нарушения сна; больные раздражительны, плаксивы, чувствительны к яркому свету, громкому разговору. При осмотре обнаруживается, что слизистая полости рта и языка не изменена, если не присоединяются симптомы сопутствующих заболеваний (например, десквамация эпителия при патологии желудочно-кишечного тракта).

Дифференциальная диагностика проводится с глоссалгией, причиной которой является заболевание центральной нервной системы инфекционного, травматического, сосудистого происхождения. Локализация – передние 2/3 языка, весь язык, корень языка. Характер ощущений: набухание, тяжесть, неловкость, невнятная речь, симптом «щажения языка». Боль во время еды не исчезает. Наблюдаются вегетативные расстройства: гиперемия или побеление слизистой языка, полости рта; отечность языка и щек. Боль исчезает после новокаиновой блокады регионарных ганглиев, вегетативных или соматических нервных образований.

Глоссит отличается причиной возникновения: механическая, физическая, химическая травмы, инфекция. Локализуется боль в месте повреждения, носит ноющий характер, усиливается при приеме пищи, под влиянием механических, физических, химических факторов. Вегетативных расстройств нет (иногда гиперсаливация).

Ганглионит поднижнечелюстного и подъязычного вегетативного узлов отличается от глоссодинии этиологическим фактором: инфекция, интоксикация. Боль при ганглионите носит жгучий характер, усиливается при приеме пищи, разговоре от соприкосновения языка с зубами. Зона возникновения боли – передние 2/3 языка, подъязычная и поднижнечелюстная области, соответственно области иннервации пораженного ганглия. Отек языка, нарушение слюноотделения бывают почти постоянно. Очень болезненны пальпации языка, проекционных точек подбородочного нерва, подъязычного и поднижнечелюстного узлов.

Лечение глоссодинии проводят стоматолог, невропатолог, терапевт.

Этиологическими факторами *невралгии тройничного нерва* являются: сужение костных каналов; воспалительные процессы придаточных пазух носа, зубочелюстной области; опухоли; сосудистая патология; различные инфекции; в пожилом и старческом возрасте – нарушение питания Гассерова узла.

Клинически проявляется приступами острой боли в зоне иннервации тройничного нерва. Боли длятся от нескольких секунд до нескольких минут, носят мучительный характер, вызываются жеванием, разговором и пр. Приступы могут провоцироваться прикосновением к триггерным, или «курковым» зонам, которые чаще всего локализуются у крыла носа, на слизистой полости рта, в углах рта, в месте выхода ветвей тройничного нерва. Болевые пароксизмы сопровождаются вегетативными нарушениями в виде слезотечения,

ринореи, гиперсаливации. Во время приступа нередко наблюдаются рефлекторные тонические или клонические судороги мышц.

Невралгия II ветви отличается выраженностью курковых зон, продолжительностью боли до нескольких минут. Вегетативные нарушения выражены слабо. Смазывание слизистой раствором дикаина приступы не купирует. Характерным признаком невралгии III ветви тройничного нерва является наличие курковых зон и отсутствие симптомов выпадения чувствительности.

Дифференциальная диагностика проводится с ганглионитом крыло-небного узла, при котором продолжительность болей сохраняется от нескольких часов до суток, курковые зоны отсутствуют, вегетативные нарушения выражены. Смазывание раствором дикаина слизистой купирует приступ боли. При мигрени характерны продолжительные боли. Бывают тошнота и рвота, курковые зоны отсутствуют.

Этиологические факторы невралгии *языкоглоточного нерва*: хронический тонзиллит, тонзилэктомия, хронические синуситы, гипертрофия шиловидного отростка, аневризма сонной артерии, опухоли яремного синуса, атеросклероз.

Клиника характеризуется приступами односторонних жгучих болей в области миндалин, корня языка, которые распространяются на небную занавеску, горло, ухо. Иногда боли иррадиируют в глаз, нижнюю челюсть, шею. Во время приступа появляется сухость в горле или гиперсаливация. «Курковые» зоны располагаются в области миндалин, корня языка (больные избегают приемов пищи). Болевая точка определяется за углом нижней челюсти. Достоверным признаком является гиперчувствительность к горькому в задней трети языка (все вкусовые раздражители воспринимаются как горькие), снижение глоточного рефлекса, ослабление подвижности мягкого неба, затруднение глотания. У отдельных больных могут появляться симптомы выпадения, соответствующие зоне иннервации языкоглоточного нерва (невротическая стадия невралгии). В отдельных случаях во время приступа развиваются пресинкопальные или синкопальные состояния (головокружения, потеря сознания, падение артериального давления). Смазывание корня языка, зева, миндалин местными анестетиками купирует болевую приступ.

Невралгия тройничного нерва отличается тем, что триггерные зоны располагаются на лице, боли в зоне иннервации тройничного нерва, терапевтический эффект достигается от применения антиконвульсантов. Аппликация местных анестетиков эффекта не дает. При невралгии верхнегортанного нерва боль локализуется в гортани, болевая точка в области щитовидного хряща на стороне поражения, во время приступа характерны приступы кашля.

Лечение невралгии включает терапию основного заболевания, выполнение назначений невролога.

Этиологическими причинами невралгии язычного нерва служат инфекции (хронический тонзиллит, ан-

гина, грипп и др.); травма язычного нерва протезом, острым краем зуба, хирургическим инструментом; атеросклеротические изменения сосудов.

Клиника характеризуется приступами жгучих болей в передних 2/3 соответствующей поражению половине языка. Приступы самопроизвольные или провоцируются едой, разговором и пр. Боли длятся несколько секунд или минут. Количество приступов разнообразное. «Курковые» зоны локализуются на языке. При переходе невралгии в неврит определяются выпадение болевой и вкусовой чувствительности соответствующей половине языка.

Дифференциальная диагностика проводится с глоссодинией, при которой острых болей нет, беспокоит двустороннее жжение в языке. «Курковые» зоны отсутствуют. Неприятные ощущения, жжение проходит или уменьшается во время приема пищи.

При болезни Аддисона–Бирмера парестезии и боли в языке двусторонние. «Курковые» зоны отсутствуют. Анализ крови указывает на пернициозную анемию.

Лечение аналогично лечению невралгии тройничного нерва.

Невралгия носоресничного нерва может возникать вследствие этмоидита, гипертрофии носовых раковин, искривления носовой перегородки, сдавливания нерва при отеке слизистой оболочки носа, гриппа, хронических инфекций.

Клиническими признаками служат приступы острых болей в глазном яблоке, боковой поверхности носа с иррадиацией в лобную область, которые провоцируются жеванием, разговором, глотанием, сморканием (длительность приступа 20–30 с). Боли сопровождаются вегетативными нарушениями: гиперемией и набуханием слизистой носа с выделением обильного жидкого секрета, гиперемией век, слезотечением. Боли чаще возникают ночью. Характерны герпетические высыпания на коже носа, лба, конъюнктивиты, кератиты, язвы роговицы (изменения в глазу сочетаются с поражениями носа). Отмечается наличие «курковых» зон.

Дифференциальная диагностика с невралгией I ветви тройничного нерва: боли чаще днем, герпетических высыпаний нет, изменений со стороны глаз нет. При ганглионите крылонебного узла боль длится часы, сутки, «курковые» зоны отсутствуют, герпетических высыпаний нет. Заболевания ресничного узла вызывают изменения только со стороны глаз.

Этиологические факторы невралгии ушно-височного нерва – воспалительные процессы в околоушной железе; оперативное повреждение ушно-височного нерва; состояние после экстракции околоушной железы; аномалии и воспаление височно-нижнечелюстного сустава.

Клиника представляет пароксизмы жгучих болей в области виска, височно-нижнечелюстного сустава, наружного слухового прохода. Приступы продолжаются 20–30 мин, сопровождаются локальным потоотделением, покраснением кожи в околоушно-височной области. Боль чаще возникает в связи с приемом пищи, спо-

собствующей обильному слюноотделению: кислой, соленой. «Холостые» жевательные движения подобных явлений не вызывают. «Курковых» зон нет.

Дифференциальная диагностика проводится с невралгией нижнечелюстного нерва, когда приступы длятся секунды, минуты; потоотделение и покраснение в околоушной области не наблюдается; характерно наличие «курковых» зон; заболевание околоушных желез в анамнезе чаще не отмечается.

Этиологическими факторами неврита тройничного нерва служат инфекции, интоксикация, местные воспалительные процессы, травмы, длительное течение невралгий.

Клиника характеризуется парестезиями, болями, расстройствами чувствительности и симптомами выпадения в зоне иннервации пораженной ветви. При невритах, возникающих на фоне невралгии или алкоголизации, сохраняются характерные для тригеминальной невралгии пароксизмы болей, но они развиваются на фоне постоянных тупых болей или жжения в зоне пораженной ветви.

При неврите I ветви боли локализуются в области лба, корня носа, верхнего века, глазного яблока, носят постоянный характер, но периодически изменяют свою интенсивность. Наблюдаются нарушения различных видов чувствительности (прежде всего болевой и тактильной). Выпадают корнеальный и надбровный рефлекс. Может развиваться ксерофтальмия (неврогенный кератит). При неврите II ветви боли локализуются в области щеки, крыла носа, верхней губы, неба, верхней челюсти и верхних зубов. В этих областях выявляются расстройства чувствительности. При неврите III ветви боли локализуются в области нижней челюсти, половине языка и подбородка, в этих же участках наблюдаются и нарушения чувствительности, при поражении двигательных волокон, входящих в состав III ветви, наблюдается парез жевательной мускулатуры. Он выражается в атрофии жевательных мышц, смещении челюсти в «большую» сторону, при раздражении наблюдается тризм.

Консервативное лечение аналогично лечению при невралгии.

Этиологическими факторами *ганглионита крыло-небного узла* являются хроническое воспаление придаточных пазух носа, сосудистая патология, инфекционные процессы.

Приступы боли, начинающиеся чаще всего в области корня носа, глазного яблока, распространяются на верхнюю и нижнюю челюсть соответствующей половины лица, языка, висок, ухо. Иррадиируют в затылок, лопатку. Характер боли жгучий, невыносимый. Боль усиливается под влиянием света, звуков, эмоций. Приступ всегда сопровождается вегетативными нарушениями: гиперемией или отеком половины лица, слезотечением, ринореей, гиперсаливацией, отеком слизистой оболочки носа. Может наблюдаться головная боль, шум в ушах. Длительность приступа – часы, сутки. «Курковые» зоны отсутствуют. Приступы прово-

цируются переохлаждением, курением, отрицательными эмоциями. Дифференциальная диагностика проводится с невралгией II ветви тройничного нерва, когда боль длится секунды, минуты, иррадиации нет или она незначительна, вегетативные нарушения выражены слабо, отмечается наличие «курковых» зон, дикаин не снимает приступ.

Лечение включает санацию придаточных полостей; ганглиоблокаторы, по показаниям – сосудорасширяющие, антигистаминные, витамины группы В, физиотерапия.

Нозогенные депрессии – депрессивные реакции у пациентов с соматическими и неврологическими заболеваниями, в основе которых лежат факторы, включающие объективные признаки телесных страданий, характерны и для стоматологических больных.

Чрезмерная фиксация внимания на отдельных анатомических особенностях способствует появлению психогенных расстройств, которые могут быть результатом появления идеи «утраты своей физической привлекательности», ущербности в глазах близких людей. Они могут формироваться вследствие болезней или состояний, сопровождающихся изменением внешности. Например, удаление передних зубов влечет нарушение прикуса (снижение нижней трети лица), речи, ухудшение эстетики зубных рядов. Пациент старается меньше говорить, перестает улыбаться, развивается несвойственная ему замкнутость. К подобным проявлениям могут приводить дефекты мягких тканей в околоушной области. В ряде случаев больные считают, что изменения характера вследствие эстетического дефекта влияют на общение с близкими людьми или карьерный рост.

Особую группу представляют пациенты, у которых стоматологические заболевания могут влиять непосредственно на их профессиональную деятельность: актеры, певцы, педагоги, врачи. Их реакции нередко носят бурно эмоциональный или истерический характер, как правило, имеет место несоответствие тяжести состояния психоэмоциональному поведению больного. Самооценка человеком собственных морфологических признаков зависит от пола, возраста, конституции. На эстетические изъяны реагируют острее молодые люди, а также неуравновешенные лица.

Дифференцировать нозогенные депрессии следует с психогенными, когда первичные нарушения психического состояния влекут отказ от общения с врачом.

Комплексное лечение нозогенных депрессий осуществляет психолог или психоневролог: медикаментозное, рефлексотерапия, физиотерапия (электросон). От участкового врача требуется соблюдение врачебной этики и деонтологии, внимательное отношение к пациенту, умение убедить его в эффективности современных методов лечения в медицине.

Заключение

Неврогенные расстройства челюстно-лицевой области могут выявляться участковым врачом при обра-

нии индивида с общими заболеваниями. Такие пациенты должны получать лечение не только по поводу нарушений внутренних органов, но и рекомендации невролога, а также стоматолога (при наличии патологии органов полости рта). Знание врачом-терапевтом основных проявлений патологических процессов в области «голова – шея» позволит сократить период диагно-

стического поиска и правильно выбрать алгоритм дополнительных обследований и методов комплексного лечения со смежными специалистами.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The author declares that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Антонов И.П. Заболевания нервной системы. Минск: Наука і тэхніка, 1992.
[Antonov I.P. Zabolevaniya nervnoi sistemy. Minsk: Navuka i tekhnika, 1992 (in Russian).]
2. Лихтерман Л.Б. Морфологический субстрат и клиническое проявление нейрохирургической патологии. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 8: 27–31.
[Lihberman L.B. Morphological substrate and clinical manifestations of neurosurgical conditions. Clinical review for general practice. 2021; 8: 27–31 (in Russian).]
3. Походенько-Чудакова И.О., Кабак Ю.С., Кабанова С.А. Семiotика поврежденных черепно-мозговых нервов. Витебск, 2009.
[Pohodenko-Chudakova I.O., Kabak Yu.S., Kabanova S.A. Semiotika povrezhdenii cherepno-mozgovykh nervov. Vitebsk, 2009 (in Russian).]
4. Луцкая И.К. Диагностический справочник стоматолога. Москва: Медицинская литература, 2010.
[Lutskaya I.K. Diagnosticheskij spravochnik stomatologa. Moscow: Medicinskaya literatura, 2010 (in Russian).]
5. Луцкая И.К., Кульчицкий В.А. Диагностика и лечение неврогенных заболеваний языка. Клиническая имплантология и стоматология. 2000; 1–2: 45–50.
[Lutskaya I.K., Kulchickii V.A. Diagnostika i lechenie neurogennykh zabolevanij yazyka. Klinicheskaya implantologiya i stomatologiya. 2000; 1–2: 45–50 (in Russian).]
6. Функциональный больной между психиатрией и неврологией. Тревожно-депрессивные расстройства: диалог невролога и психиатра (обзор конференции). Клинический разбор в общей медицине. 2021; 10: 35–40.
[Patient with functional disorder at the interface of psychiatry and neurology. Anxiety and depressive disorders: dialogue between neurologist and psychiatrist (conference overview). Clinical review for general practice. 2021; 10: 35–40 (in Russian).]
7. Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology. Third edition. World Health Organization, Geneva, 1995.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Луцкая Ирина Константиновна – проф., д-р мед. наук, проф. каф. терапевтической стоматологии, ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО). E-mail: lutskaja@mail.ru

Irina K. Lutskaya – Full Prof., D. Sci. (Med.), Belarusian medical academy of postgraduate education. E-mail: lutskaja@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 25.02.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 28.02.2022