

УДК 616. 833.17 – 002.2 – 071

**Рибалов О.В., Іваницька О.С., Іваницький І.О., Буханченко О.П.,
Ратанчук В.О.**

**КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРОЯВІВ НЕВРАЛГІЇ
ТРИЙЧАСТОГО НЕРВА У ВИПАДКУ ЇЇ ТРИВАЛОГО ПЕРЕБІГУ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

e-mail – greentea80@mail.ru

Дана робота є фрагментом комплексної теми кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї «Алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворих, що мають косметичні дефекти тканин щелепно-лицевої ділянки, інволюційний птоз шкіри обличчя та шиї, бальові синдроми обличчя, та профілактики утворення патологічних рубцевозмінених тканин» (№ державної реєстрації 0114U001910)

Проблема діагностики та лікування невралгії трійчастого нерва (НТН) становить значний теоретичний та практичний інтерес для лікарів-стоматологів. Її актуальність пояснюється, зокрема, існуючою тенденцією до невпинного зростання кількості хворих, що звертаються за медичною допомогою з приводу чутливих порушень у щелепно-лицевій області [1,2,5,11]. При цьому саме тригемінальну невралгію фахівці вважають однією з найбільш розповсюджених та тяжких лицевих прозопалгій [3,4].

Клінічні ознаки цього захворювання у вигляді нападів спонтанного, інтенсивного, стріляючого болю в зонах іннервації трійчастого нерва позбавляють хворих можливості працювати, значно знижують якість їх життя та можуть стати причиною серйозних психічних розладів [6,10]. Незважаючи на те, що вивченю НТН присвячена досить велика кількість робіт, до цього часу це нейростоматологічне захворювання продовжує викликати значні труднощі у діагностиці та лікуванні. Це нерідко призводить до проведення необґрутованих стоматологічних маніпуляцій, відсутності

позитивного результату лікування та виникнення рецидивів [7,9,11]. Тому потреба у розробці ефективних способів лікування НТН вимагає детального вивчення її патогенезу та клінічних проявів, особливо у випадках тривалого перебігу.

Метою нашого дослідження стало комплексне вивчення особливостей клініко-функціональних проявів невралгії трійчастого нерва у випадку її тривалого перебігу.

Об'єкти та методи дослідження. В основу нашого дослідження були покладені результати обстеження 27 хворих з НТН (19 жінок та 8 чоловіків) віком від 42 до 75 років. Тривалість захворювання перевищувала 4 роки. Клінічне обстеження пацієнтів здійснювалось за єдиним алгоритмом, спрямованим на визначення місцевих і загальних факторів, що сприяли розвитку захворювання, та ступеня його тяжкості. Вивчення стоматоневрологічного статусу пацієнтів із НТН включало оцінку бальзових відчуттів за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), визначення гігієнічного індексу за Green-Vermillion, папілярно-альвеолярного (РМА) індексу за C. Parma, пародонтального індексу (CPITN). Крім того, спільно з спеціалістом-психологом всім пацієнтам проводилось вивчення їх психоемоційного статусу за допомогою опитувальника «МІНІ-МУЛЬТ», що являє собою скорочений варіант Мінесотського багатоаспектного особистісного опитувальника [8]. Клінічні обстеження доповнювались електроміографією власне жувальних м'язів (апарат «Нейро-ЕМГ-Мікро» «Нейрософт»).

Результати власних досліджень. Всі хворі, що перебували під нашим спостереженням, у якості основної скарги вказували на однобічні пароксизми гострого, різкого, обпікаючого болю у зоні іннервації другої та третьої гілок трійчастого нерва, що виникали спонтанно або в результаті подразнення тригерних зон. У 19 хворих (70,4%) болі локалізувались справа, у 8 (29,6%) – зліва. Тривалість нападів коливалась від декількох секунд до 1-3 хвилин. Інтенсивність такого болю, що визначалась за

допомогою візуально-аналогової шкали, складала 7-10 балів. Окрім пароксизмального болю 16 хворих (59,3%) відмічали наявність відчуття «стягування» у м'язах, що посилювалось при емоційному напруженні і місцевому переохолодженні та міжнападовий помірний біль на «ураженому» боці, який вони оцінили у 3-4 бали за ВАШ.

Поряд з цим всі пацієнти у зв'язку з тривалим перебіgom захворювання та неефективністю його лікування вказували на певні порушення з боку психоемоційної сфери, зокрема, пригнічений настрій, дратівливість, порушення сну, а також відчуття тривоги та підоозри на новоутворення у головному мозку.

Вивчення анамнезу невралгії трійчастого нерва засвідчило, що 9 пацієнтів (33,3%) вважали причиною її виникнення емоційний стрес, викликаний як соціально-побутовими, так і психологічними факторами (сімейними та професійними негараздами, наявністю тяжких супутніх захворювань, втратою близьких тощо). Розвиток захворювання 5 осіб (18,5%) пов'язували із стоматологічними маніпуляціями (місцеве знеболення, видалення зуба, неадекватне протезування), 2 (7,4%) – із травмою щелепно-лицевої ділянки, інші хворі (11 осіб – 40,8%) не могли пояснити виникнення захворювання будь-якою конкретною причиною. Після появи перших проявів захворювання хворі неодноразово звертались за медичною допомогою до різних спеціалістів, однак результати їх попереднього лікування виявились недостатньо ефективними.

У значної кількості хворих в анамнезі життя були встановлені раніше перенесені хірургічні втручання у ЩЛД, часті простуди та загальні супутні захворювання, такі як гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, холецистит. На нашу думку, та обставина, що пацієнти були соматично ослабленими, могла сприяти більш тяжкому та тривалому перебігу НТН.

При неврологічному обстеженні симptomів осередкового ураження нервової системи виявлено не було. У 12 осіб (44,4%) було встановлено

ураження другої і третьої гілок, у 9 випадках (33,3%) у патологічний процес була залучена лише третя гілка, у 6 пацієнтів (22,2%) спостерігались зміни переважно у другій гілці трійчастого нерва. Звертала на себе увагу поведінка хворого при спробі лікаря здійснити подразнення тригерної зони. Хворі різко ухилялись від руки лікаря, уникаючи дотику до тригерної зони.

У 16 пацієнтів (59,3%), які вказували на наявність бальових відчуттів у міжнападовим період, у ділянці власне жувального м'яза на боці НТН визначався болісний «тугий тяж» та осередок підвищеної чутливості у межах цього тяжа. Необхідно зазначити, що болісні відчуття на ураженому боці зменшувались при розтягненні м'язів. Клінічна картина захворювання у цих пацієнтів, на нашу думку, відповідала симптомам міофасціального бальового синдрому обличчя (МФБСО), що характеризується м'язовою дисфункцією з формуванням хворобливих ущільнень в уражених м'язах.

При вивченні стоматологічного статусу у 14 хворих (51,9%) були встановлені аномалії прикусу та розташування окремих зубів, у 7 осіб (25,9%) зафікована вторинна адентія. Наявність каріозного процесу та його ускладнень відмічалась у всіх пацієнтів. Невідповідність ортопедичних конструкцій вимогам, що пред'являються до них, зафікована у 8 хворих (29,6%). Вивчення гігієнічного стану порожнини рота за Green-Vermillion вказало на те, що у пацієнтів із НТН він здебільшого оцінювався як незадовільний та поганий. Визначення індексів РМА та СРІТН засвідчили, що у всіх осіб наявними були захворювання пародонту, представлені хронічним катаральним гінгівітом та генералізованим пародонтитом.

Такі дані про гігієну порожнини рота та стан тканин пародонту можна пояснити тим, що пацієнти з НТН аби запобігти бальовому пароксизму часто утримуються від терапевтичного та ортопедичного лікування у стоматолога, а також уникають активного чищення зубів та достатньо обережно приймають тверду їжу, що викликає порушення

самоочищення порожнини рота. З іншого боку, саме захворювання щелепно-лицевої ділянки виступають як фактор, що може ускладнити перебіг тригемінальної невралгії.

При оцінці психоемоційного стану пацієнтів із НТН було встановлено симптоми психоневротичних порушень. На основі клінічних проявів та даних, отриманих за допомогою опитувальника «МІНІ-МУЛЬТ», у 9 пацієнтів (33,3%) спостерігались знижений фон настрою у поєднанні з вираженою емоційною лабільністю, тривога, вередливість, компонент боротьби з хворобою у них був знижений; у 8 хворих (29,6%) виявлені нетерпеливість, несприйняття ситуації очікування, невпевненість у сприятливому завершенні хвороби; у 6 осіб (22,2%) зафіковані часті зміни настрою, театральність поведінки, проте компонент боротьби з хворобою виражений; у 4 пацієнтів (14,8%) наявними були нав'язливі страхи та сумніви щодо захворювання, при цьому компонент боротьби з хворобою був знижений.

Результати електроміографічного дослідження власне жувальних м'язів дозволили встановити відсутність у пацієнтів із НТН, що проявлялась виключно пароксизмальними болями, значних змін електроміограм жувальних м'язів не виявлено. Що стосується пацієнтів із вторинним МФБС, то у них при функціональних навантаженнях були виявлені характерні зміни електроміографічних показників жувальних м'язів, зокрема, зниження амплітуди біоелектричної активності на боці невралгії та підвищення амплітуди на протилежному боці.

Вказані зміни, скоріше за все, пов'язані з тривалою гіпофункцією м'язів на ураженому боці (у зв'язку з однобічним жуванням) на фоні спазмування, що з часом призводить до змін скоротливої функції м'язів. При цьому функції жування, ковтання, мовлення практично повністю беруть на себе м'язи протилежного боку. Отримані результати електроміографічних досліджень у пацієнтів із НТН та вторинним МФБС можна пояснити тим, що під час нападу тригемінальної невралгії в результаті сенсомоторного

рефлексу виникає спазм жувальної мускулатури. Намагання ж пацієнтів якомога обережніше ставитись до «ураженого» боку аби не спровокувати напад під час жування пояснює те, що спастична активність жувальних м'язів з'являється на фоні постійної гіпофункції. Такий характер активності є негативним для м'язу і сприяє розвитку дегенеративних змін із утворенням типових м'язових вузликів.

Отже, результати обстеження дозволили з'ясувати деякі особливості клініко-функціональної картини невралгії трійчастого нерва у випадку її тривалого існування. Ми вважаємо, що отримані дані допоможуть розробити комплексне лікування пацієнтів із бальовими синдромами обличчя, яке має впливати не тільки на нервове волокно, але й покращувати стоматологічний статус, здійснювати корекцію психоемоційного фону та нормалізувати тонус жувальних м'язів.

Література

1. Балязина Е.В. Диагностика классической невралгии тройничного нерва / Е.В. Балязина // Бюллетень Сибирской медицины. – 2010. – Т.9, №4. – С. 94-99.
2. Балязина Е.В. Возрастные особенности клиники классической невралгии тройничного нерва / Е.В. Балязина, О.В. Тарнопольская // Неврологический журнал. – 2011. – №4. – С. 39-43.
3. Балязина Е.В. Этиология и патогенез невралгии тройничного нерва / Е.В. Балязина // Неврологический журнал. – 2012. – №4. – С. 4-9.
4. Грачев Ю.В. Пароксизмальная тригеминальная боль / Ю.В. Грачев // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2011. – Том 111, №7. – С. 84-87.
5. Грицай Н.М. Нейростоматологія / Н.М. Грицай, Н.О. Кобзиста. – К.: Здоров'я. – 2001. – 144 с.

6. Клинические симптомы одонтогенной невралгии / М.Н. Пузин, С.Л. Боднева, Е.С. Кипарисова, Т.Г. Симакова // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 2. – С. 36-38.
7. Манвелов Л. Тригеминальная невралгия: эпидемиология, этиология, патоморфология, патогенез, диагностика / Л. Манвелов, В. Тюрников, А. Кадыков // Врач. – 2013. - №4. – С. 6-8.
8. Психологические тесты / Пер. с англ. Е.А. Дружининой. – Харьков. – 1994. – 320 с.
9. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания / М.Н. Пузин. – М. Медицина, 1997. – 367 с.
10. Скрипнікова Т.П. Прояви нейростоматологічних захворювань у щелепно-лицевій ділянці, труднощі діагностики, лікування / Т.П. Скрипнікова, Л.Я. Богашова, А.І. Панькевич // Новини стоматології – 2012. – №3. – С. 17-18.
11. Яворская Е.С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области / Е.С. Яворская – К.: Наукова думка, 2005. – 88 с.

Резюме

Рибалов О.В., Іваницька О.С., Іваницький І.О., Буханченко О.П.,

Ратанчук В.О.

Клініко-функціональний аналіз проявів невралгії трійчастого нерва у випадку її тривалого перебігу

У статті представлені результати комплексного обстеження пацієнтів з тригемінальною невралгією на основі клінічного аналізу функціонування периферичного відділу нерва, встановлення стоматологічного та психоемоційного статусів, а також вивчення електрофізіологічних параметрів роботи власне жувальних м'язів. Отримані дані дозволили виявити деякі особливості клініко-функціональної картини невралгії трійчастого нерва у випадку її тривалого існування. В подальшому це дасть змогу

запропонувати лікування, здатне адекватно впливати на всі ланки патологічного процесу.

Ключеві слова: трійчастий нерв, невралгія, міофасціальний боловий синдром, електроміографія.

Резюме

**Рыболов О.В., Иваницкая Е.С., Иваницкий И.А., Буханченко О.П.,
Ратанчук В.А.**

Клинико-функциональный анализ проявлений невралгии тройничного нерва в случае длительного ее течения

В статье представлены результаты комплексного обследования пациентов с тригеминальной невралгией на основе клинического анализа функционирования периферического отдела нерва, установления стоматологического и психоэмоционального статусов, а также изучения электрофизиологических параметров работы собственно жевательных мышц. Полученные данные позволили выявить некоторые особенности клинико-функциональной картины невралгии тройничного нерва в случае длительного течения заболевания. В дальнейшем это сделает возможным разработать лечение, способное адекватно влиять на основные звенья патологического процесса.

Ключевые слова: тройничный нерва, невралгия, миофасциальный болевой синдром, электромиография.

Summary

**Rybalov O.V., Ivanyts'ka O.S., Ivanyts'ky, Buhanchenko O.P.,
Ratanchuk V.O.**

Clinical-functional analysis of trigeminal neuralgia manifestations in case of its long duration

Article deals with the results of a complex examination of patients with trigeminal neuralgia based on clinical analysis of the functioning of the peripheral nerve, on evaluation of a stomatological and psycho-emotional status, as well as

the study of electrophysiological parameters of proper masticatory muscles. Obtained data revealed several features of clinical-functional display of trigeminal neuralgia in case of its long duration. In future, this will make it possible to develop treatments that can adequately influence the main elements of the pathological process.

Key words: trigeminal nerve, neuralgia, myofascial pain syndrome, electromyography.