

УДК 616.31-617.51/53 +616.716.1/4) -009.7

*Ніколішин А.К., Рибалов О.В., Короленко І.А.*

## ОДОНТАЛГІЇ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

### Актуальність

Одонтогенні ураження системи трійчастого нерва (неврити, невралгії, одонталгії), які схильні до довготривалого, хронічного перебігу, частіше трапляються в середньому й похилому віці. Причиною їх можуть бути дефекти пломбування й ускладнене видалення зубів, запальні й травматичні процеси зубощелепно-лицьової ділянки тощо. Лікар-стоматолог має розрізняти терміни «одонталгія» і «одонтогенна невралгія трійчастого нерва». Одонтогенні невралгії залишаються після усунення основного одонтогенного патологічного вогнища (1;2;4). Якщо після санації порожнини рота біль припиняється, то мова йде про одонталгію.

Інколи дуже важко знайти причину захворювання, біль у обличчі й потиличній ділянці голови може виникати при остеохондрозі шийного відділу хребта і провокувати біль у системі трійчастого нерва. Задній шийний симпатичний синдром, синдром хребтового нерва, синдром симпатичного сплетення хребтової артерії, шийна мігрень, синдром Барре-Льєу – це своєрідний симптомокомплекс, який діагностують невропатологи і який виникає в людей середнього й похилого віку (1;3;5). Захворювання характеризується поєднанням чутливих, зорових, кохлеовестибулярних і вегетативно-судинних розладів у одній половині голови. Виникають біль і парестезії в потиличній ділянці голови й шиї, які потім поширюються на тім'яну, скроневу, вилично-скроневу ділянку або ж на всю половину обличчя. Частіше біль іррадіює в лобну ділянку, очну ямку, вухо. Може виникати і зворотний розвиток синдрому: больові відчуття починаються з обличчя й поширюються на шийно-потиличну ділянку.

Біль може бути тупим, ниючим, пекучим, гострим, пароксизмальним або довготривалим. У деяких хворих виникає біль пульсуючого характеру. Оскільки часто біль локалізується в одній половині обличчя, хворим помилково встановлюють діагноз невралгії трійчастого нерва.

### Мета роботи

Ознайомити читачів з особливостями клінічних проявів, діагностикою, лікуванням одонталгій щелепно-лицьової ділянки.

### Матеріал і методи

Під нашим спостереженням перебував хворий з одонталгією щелепно-лицьової ділянки, який у зв'язку зі складністю діагностики, тактики

лікаря і результатами лікування, на наш погляд, заслуговує на увагу практичних лікарів-стоматологів, невропатологів, магістрів, інтернів. Наводимо витяг з історії хвороби стоматологічного хворого. У клініку терапевтичної стоматології 8. 05. 2017 звернувся пацієнт Д. 1944 року народження зі скаргами на біль у лівій потиличній ділянці, що переходить на очну ямку; відчуття розпирання очного яблука, біль у лівій верхній щелепі, що повільно слабшає. Біль гострий, нападоподібний, із дією термічних подразників не пов'язаний.

Вважає себе хворим близько 3-х років, коли вперше став відчувати подібні больові напади. Напади болю раніше повторювалися близько одного разу за три місяці. Останнім часом біль почастишав і турбує пацієнта майже щодня. Знеболювальні препарати не дають бажаного ефекту. Напади починаються в післяобідній час і тривають кілька годин, а інколи – цілу ніч.

Спостерігається в невропатолога з приводу остеохондрозу шийного відділу хребта. Курить протягом 50 років. Гіпертонічна хвороба; періодично лікується в кардіологічному диспансері. Алергічні реакції на медикаменти заперечує. ВІЛ, туберкульоз та інші інфекційні хвороби заперечує.

Об'єктивно. Обличчя асиметричне за рахунок нерівномірного відкриття лівої очної ямки. Шкірні покриви природного кольору; елементів ураження на шкірі обличчя не виявлено. Пальпація виходу гілок трійчастого нерва зліва – слабо больюча в точці виходу n. Infraorbitalis. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені, неболючі при пальпації. Хворий із надмірною вагою. Дихання важке, пацієнта турбує постійний кашель. АТ 170/100 мм рт.ст.

Червона облямівка губ синюшного кольору, чітко контурована, помірно волога. Глибина при-сінка порожнини рота в межах норми (5-6 мм). СОПР блідо-рожева, помірно волога, без видимих патологічних змін. Обстеження зубних рядів: верхня зубна дуга має форму напівеліпса, нижня – параболи; прикус фіксований, 18, 17, 27, 38, 37, 47, 48 – відсутні.

На правій верхній щелепі (рис.1,2) наявний суцільнолитий мостоподібний протез із опорою на 16, 13, що заміщує відсутні 15 і 14. На нижній щелепі наявні три суцільнолиті мостоподібні протези: зліва з опорою на 34, 35 для заміщення відсутнього 36, у фронтальній ділянці з опорами на 32, 42 для заміщення відсутніх центральних різців, справа з опорою на 45 і 43 для за-

міщення 46 і 44. Коронкова частина 23 повністю зруйнована, корінь збережений. На жувальній поверхні 25 наявна пломба. Жувальна поверхня 26 уражена вторинним карієсом. На медіальній поверхні 26 – глибока каріозна порожнина, виповнена щільним шаром слабо пігментованого дентину. Зондування дна й емалево-дентинної межі неболюче. Перкусія й пальпація верхівки

кореня 26 слабо болючі. Реакція на термічні подразники – неболюча. Перкусія зуба – неболюча. Перехідна складка застійно гіперемована. Коронка 23 повністю зруйнована, перкусія, пальпація в ділянці верхівки кореня неболючі. Слизова оболонка по проєкції верхівки кореня без особливостей.

A	A	Cd	<u>ar</u>	<u>ar</u>	Cd					R	C	Pl	C	A	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
A	A	<u>ar</u>	Cd	<u>ar</u>	Cd	Cd	<u>ar</u>	<u>ar</u>	Cd		Cd	Cd	<u>ar</u>	A	A

Рис. 1. Зубна формула хворого Д.



Рис. 2. Ортопантомограма хворого Д.

На ортопантограмі порожнина 26 не простежується. Біля верхівки

піднебінного кореня – невелике вогнище деструкції з нечіткими контурами. Коронка 23 зруйнована; кореневий канал контурується, не пломбований; і біляверхівкової зоні – періодонтальна щілина не проглядається, деструкція кісткової тканини відсутня.

В усті кореневого каналу 35, який служить опорою мостоподібного протеза, простежується смужка матеріалу півмісяцевої форми; 2/3 кореневого каналу не запломбовано.

Попередній діагноз. Загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 26; Загострення хронічного пульпіту 26? Хронічний фіброзний періодонтит 23 зуба. Хронічний генералізований пародонтит, I-II ступеня тяжкості. Остеохондроз шийного відділу хребта?

План обстеження. Електроодонтодіагностика 26; Прицільна рентгенограма 26; Загальний аналіз крові; Консультація невропатолога.

Результати обстеження. Електроодонтодіаг-

ностика. ЕОД 26 зуба понад 115 мкА.

На прицільній рентгенограмі 26 (рис. 3) порожнина зуба й кореневі канали не простежуються, виявляється деструкція кісткової тканини піднебінного кореня з нечіткими контурами; резорбція міжальвеолярної перегородки в межах 1/3 довжини кореня. На медіальній поверхні контуруються навислі краї малопомітної неконтрастної пломби, прокладковий матеріал не проглядається, кореневі канали не пломбовані. Альвеолярний відросток у ділянці відсутнього 27 зуба резорбований на 1/2 довжини кореня.

Загальний аналіз крові. У межах вікової норми.

Консультація невропатолога. Остеохондроз шийного відділу хребта, порушення мозкового кровообігу. Рекомендовано проводити щоденну ранкову зарядку для шийного відділу хребта. Призначено препарати: детралекс – по 1 таб. вранці протягом 10 днів; стугерон – по 1 таб. 3 рази за добу протягом 10 днів.



Рис 3. Прицільна рентгенограма 26

Остаточний стоматологічний діагноз. Хронічний пульпіт 26, ускладнений періодонтитом. Хронічний фіброзний періодонтит 23. Хронічний генералізований пародонтит, I-II ступеня тяжкості.

Примітка. Етіологія больових нападів до проведення терапія *ex juvantibus* остаточно не була встановлена.

План лікування. Лікування загострення хронічного пульпіту 26. Ендодонтичне лікування 23 із наступним відновленням зруйнованої коронки зуба. Проведення курсового лікування хронічного генералізованого пародонтиту.

Під провідниковою анестезією Sol. Ultracaini 2% 1,0 мл проведено лікування 26 зуба. Спочатку був видалений неконтрастний пломбувальний матеріал, на устях кореневих каналів виявлено той же неконтрастний (мабуть, композитний) пломбувальний матеріал. Повноцінного розкриття порожнини зуба й устя кореневих каналів провести не вдалося через їх облітерацію. Тому на дні порожнини зуба, по проєкції кореневих каналів, залишено антисептичну пов'язку у вигляді пасти. Наступного відвідування через 3 дні, на наше здивування, пацієнт не мав жодних скарг. На дні порожнини зуба залишена та ж антисептична паста, фосфат-цементна прокладка, постійна пломба з фотополімерного КМ.

Наступного дня з метою санації порожнини рота проведено ендодонтичне лікування 23 зуба за методикою Step-Back із тримірним пломбуванням кореневого каналу ендометазоном із гутаперчевим штифтом. Коронка зуба відновлена фотокомпозиційним матеріалом.

Проведено курс лікування хронічного генералізованого пародонтиту за Протоколом. Хворого взято на диспансерний облік.

На наступному огляді хворого через 3 місяці скарги відновилися. Періодично, через 2-3 тижні, як до, так і після проведення санації порожнини

рота у хворого виникав біль у лівій потиличній ділянці й переходив на очну ямку; були відчуття розпирання очного яблука, біль у лівій верхній щелепі, що повільно слабшає. Біль гострий, нападopodobний, не пов'язаний із дією термічних подразників. Отже, клінічні прояви захворювання практично не змінились. Призначене невропатологом лікування не дало бажаних результатів. У зв'язку з продовженням больових нападів, не характерних для невралгії гілок трійчастого нерва, тяжким станом і за наполяганням хворого після лікарського консиліуму було запропоновано видалити 26 зуб.

23.12.2017 під туберальною й палатинальною анестезією Sol. Ultracaini 2% 1,0 був видалений 26 зуб. Стан хворого покращився. Біль поступово припинився. Повторний огляд хворого через 6 місяців свідчив про повне зникнення симптомів захворювання, стан хворого був задовільний. Зі слів хворого, після видалення зуба біль припинився й характерні для одонталгії симптоми захворювання не відновилися.

Наведений випадок характеризує провідні клінічні прояви одонталгії: біль постійного характеру – здебільшого хворі локалізують місце, з якого біль поширюється; частіше біль має хвилеподібний характер; відсутні або неяскраво виражені тригерні ділянки; характер болю змінюється залежно від загострення патологічних процесів у зубощелепній системі; біль локалізується в ділянці іннервації основних гілок трійчастого нерва й дуже рідко іррадіює зонами Зельдера.

### Результати й обговорення

У пульпі зуба й періодонті з віком у хворих виникають дегенеративні (деструктивні) зміни. Детальний аналіз клінічних, рентгенологічних і лабораторних даних, консультація невропатолога спонукали нас до пошуків причини в органах

порожнини рота. Наявність пломби, яка виповнює порожнину зуба, відсутність контрастної прокладки, непломбовані й непрохідні кореневі канали (після видалення пломбувального матеріалу з порожнини зуба, видалений композит, прокладкового матеріалу не було виявлено). Можна думати, що після пломбування зуба смола Біс-ГМА та інші хімічні складові композитного матеріалу сприяли хімічному подразненню рецепторного поля пульпи, що поступово призвело до характерного невралгічного болю (одонталгій), які передавалися гілками трійчастого нерва в потиличну ділянку, очне яблуко й ліву половину обличчя (проекція іннервації II гілки трійчастого нерва). На жаль, повноцінного повторного ендодонтичного лікування 26 зуба нам не вдалося провести через облітерацію системи кореневих каналів, причина захворювання не була усунена, і тільки після видалення зуба (усунення причини) характерний для одонталгії біль припинився повністю. Можна думати, що періодичні больові напади в лівій потиличній ділянці, що переходять на очну ямку, відчуття розпирання очного яблука, біль у лівій половині верхньої щелепи, що повільно припиняється й не пов'язаний із дією термічних подразників, були спровоковані патологічним станом пульпо-періодонтального комплексу 26 зуба, що не піддавався ендодонтичному лікуванню. Видалення зуба зумовило повне зникнення неврологічних ознак захворювання, що характерно для одонталгій щелепно-лицьової ділянки.

#### Резюме

Діагностика й лікування нейростоматологічних синдромів викликають значні труднощі. Захворювання зубів, тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота (СОПР) часто спричиняють больові синдроми щелепно-лицьової ділянки (ураження гілок трійчастого нерва, язико-глоткового, крилопіднебінного вузла й інших).

У статті висвітлено особливості клінічних проявів, діагностики, диференційованої діагностики, тактики лікаря й лікування одонталгій щелепно-лицьової ділянки, які становлять практичний інтерес для стоматологів і невропатологів.

**Ключові слова:** одонталгія щелепно-лицьової ділянки, діагностика, диференційована діагностика, лікування.

UDC 616.31-617.51 / 53 + 616.716.1 / 4) -009.7

## ODONTALGIA IN MAXILLOFACIAL REGION

*Nikolishin A.K., Rybalov O.V., Korolenko I.A.*

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

#### Summary

Odontogenic lesions of the trigeminal nerve branch system (neuritis, neuralgia, odontalgia) that tend to have a long chronic course are more common in middle and old age. They can be caused by defects in the treatment and restoration of teeth, inflammatory and traumatic processes in the maxillofacial region, and others. The dentist should distinguish between the terms: "odontalgia" and "odontogenic trigeminal neuralgia". Odontogenic neuralgias do not disappear after the elimination of the main odontogenic pathological focus. If after the sanitation of the oral cavity pain disappears, then we are talking about odontalgia.

Sometimes it is very difficult to find the cause of the disease. Pain in the facial area and occipital region of the head can also occur with osteochondrosis of the cervical ridge and provoke pain in the system of the trigeminal nerve branches. Pain and paresthesias can occur in the occipital region of the head and neck, and then spread to the parietal, zygomatic region or the entire face. More often the pain radiates to the frontal re-

#### Література

1. Голубева ВЛ, редактор. Болевые синдромы в неврологической практике. Москва: МЕДпрессинформ; 2010. 336 с.
2. Пузин МН. Нейростоматологические заболевания. Москва: Медицина; 1997. 368 с.
3. Трошин ВД. Болевые синдромы в практике стоматолога. Нижний Новгород: НГМА; 2002. 421 с.
4. Яворская ЕС. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области. Київ: Наукова думка; 2007. 88 с.
5. Burket LW, Greenberg MS, Glick M. Burket's oral medicine: diagnosis & treatment. Pmph Bc Decker; 2003. 658 p.

#### References

1. Golubeva VL, redaktor Bolevye sindromy v nevrologicheskoy praktike. Moskva: MEDpressinform; 2010. 336 s. (Russian).
2. Puzin MN. Nejrostomatologicheskie zabojevanija. – Moskva: Medicina; 1997. 368 s. (Russian).
3. Troshin VD. Bolevye sindromy v praktike stomatologa. Nizhnij Novgorod: NGMA; 2002. 421 s. (Russian).
4. Javorskaja ES. Bolevye i paresteticheskie sindromy cheljstno-licevoj oblasti. Kiiv: Naukova dumka; 2007. 88 s. (Russian).
5. Burket LW, Greenberg MS, Glick M. Burket's oral medicine: diagnosis & treatment. Pmph Bc Decker; 2003. 658 p.

**Стаття надійшла:**  
**22.03.2021 р.**

gion, orbit, or ear. The reverse development of the syndrome may also occur: pain sensations begin in the face and spread to the cervico-occipital region.

The article presents a case of odontalgia of the maxillofacial region that arose after the treatment of complicated caries of the 26th tooth. The pain periodically appeared in the left occipital region, and then passed to the orbit; a feeling of distension in the eyeball appeared, then the pain passed to the left upper jaw and gradually subsided. The patient described pain as acute, appeared in the form of seizures, and was not associated with the action of thermal stimuli. After clinical and laboratory examination, the oral cavity was sanitized, including the course of treatment of generalized periodontitis, restoration of the destroyed crown of tooth 23, and root canal therapy of previously treated tooth 26 for chronic pulpitis complicated by periodontitis. An old filling was removed from the tooth (no R-contrast lining material was found at the bottom of the tooth cavity). After the preparation of the tooth cavity, an attempt was made to carry out high-quality endodontic treatment, but the root canals were completely obliterated. Endodontic retreatment of the tooth 26 was unsuccessful. An antiseptic solution was left at the bottom of the tooth cavity, then a paste and a phosphate cement pad were placed; after that a photocomposite restoration was done. In parallel, a course of the treatment for osteochondrosis of the cervical spine was carried out by a neurologist. The performed oral sanitation and the treatment of cervical osteochondrosis failed to be effective. Pain in the back of the head and maxillofacial area practically did not change, continued with the same frequency and intensity. Additional clinical, laboratory and X-ray examination did not allow us to establish an obvious cause of the disease. Therefore, after the medical consultation with doctors of related specialties (oral surgeons, neurologists), we decided to perform *therapija ex juvantibus*, i.e. to remove the "causal" tooth. After the 26 tooth was removed, the pain completely disappeared.

The above case testifies that sometimes it can be very difficult to establish the cause of neurological pain, and thus, to make correct diagnosis and to prescribe proper treatment. It is possible to presume that recurrent pain attacks in the left occipital region that move to the orbit of the eye, a feeling of distension of the eyeball, pain in the left upper jaw, slowly subsiding and not associated with the action of thermal stimuli were provoked by the painful condition of the pulp-periodontal complex of tooth 26, which did not respond to endodontic treatment. The extraction of the tooth led to the complete disappearance of neurological pain, which is characteristic of odontalgia of the maxillofacial region.

**Key words:** odontalgia of the maxillofacial region, diagnosis, differential diagnosis, treatment.