

Лицевая боль (прозопалгии) – одна из самых сложных проблем в современной медицине. Они могут быть обусловлены патологией нервной системы, ЛОР-органов, глаз, зубочелюстной системы и т.д. Поэтому лечение таких пациентов является совместным процессом врачей разных специальностей.

Лицевая боль может быть обусловлена невралгией тройничного нерва и другими



краниальными невралгиями, заболеваниями зубов и придаточных пазух носа, дегенеративными изменениями или травмой шейного отдела позвоночника, мигренью, кластерной головной болью, височным артериитом, синдромом височно-челюстного сустава, каротидинией, опухолями основания черепа, орбиты и носоглотки.



Причины и клинические проявления лицевой боли:

1. Для невралгии тройничного нерва характерны приступы односторонней боли в лице. Как правило, заболевание возникает в возрасте старше 40 лет. Боль обычно ограничена зоной иннервации второй и третьей ветвей тройничного нерва, носит приступообразный характер. Больные описывают стреляющую, очень интенсивную

боль, которую часто провоцируют приём пищи, разговор, умывание лица, чистка зубов, прикосновение к лицу или холодный ветер. Нередко приступы повторяются несколько раз в течение дня. Заболевание носит рецидивирующий характер с периодами обострения в течение нескольких дней или недель и периодами ремиссии. При неврологическом осмотре патологии не обнаруживают.

2. Невралгия языкоглоточного нерва встречается редко. Она проявляется интенсивной пароксизмальной болью в глубине полости рта, корне языка, области миндалин и провоцируется глотанием (особенно охлажденной жидкости), кашлем, жеванием, разговором, зевотой. Иногда боль иррадирует в ухо и шею. Изредка она ощущается только в ухе (оталгическая форма). Боль в лице можно спровоцировать прикосновением к мягкому небу или миндалинам, иногда давлением на козелок. Приступ продолжается несколько секунд или минут и может сопровождаться брадикардией, падением АД, иногда обмороком. Особенно часто обмороки возникают при невралгии, вызванной опухолью глотки. Снижения чувствительности или пареза не выявляется. Часто наблюдаются спонтанные ремиссии от нескольких месяцев до нескольких лет. Возможно сочетание с невралгией тройничного нерва, если оба нерва сдавлены удлинённым извитым сосудом. Иногда сходный болевой синдром отмечается при опухоли глотки (в том числе носоглотки), языка, задней черепной ямки, тонзиллите и перитонзиллярном абсцессе, гипертрофии шиловидного отростка. В последнем случае боль усиливается при повороте головы. Невринома языкоглоточного нерва наблюдается исключительно редко.
3. Невралгия верхнего гортанного нерва характеризуется пароксизмальными односторонними или двусторонними болями в области гортани и угла нижней челюсти, иррадирующими в область глаза, уха, грудную клетку и надплечье и сопровождающимися икотой, кашлем. Боли провоцируются глотанием, зевотой, кашлем, сморканием, движениями головы.
4. Невралгия крылонебного ганглия. Боль локализуется в области глаза, челюсти, зубов, языка, мягкого неба, уха, иррадирует в шейно-плечелопаточную зону. Характерно сочетание с вегетативными проявлениями (слезотечением, заложенностью носа, отеком лица, инъекцией склер на стороне боли).
5. Невралгия назоцилиарного ганглия - редкое состояние, проявляющееся приступами односторонней боли в области внутреннего угла глаза и корня носа, выделениями из носа, заложенностью носа, инъекцией конъюнктивы, блефароспазмом. Триггерные точки - в области выхода подглазничного нерва и наружных нервов носа.
6. Оталгия (боль в области уха) может быть вызвана опухолью носоглотки, аневризмой позвоночной артерии, тромбозом латерального венозного синуса. Если эти причины исключены, то боль можно связать с мигренью, кластерной головной болью, невралгией языкоглоточного нерва или идиопатической оталгией. Синдром красного уха характеризуется интенсивной жгучей болью в ухе, иногда иррадирующей в лоб, затылок, нижнюю челюсть, сопровождающейся покраснением и повышением температуры ушной раковины (вследствие расширения кожных сосудов). Причиной синдрома могут быть шейный спондилез, сопровождающийся раздражением третьего шейного корешка, дисфункция височно-челюстного сустава, атипичная невралгия языкоглоточного нерва, поражение таламуса, идиопатическая гиперчувствительность болевых волокон к нагреванию.
7. Дисфункция височно-челюстного сустава вызывает боль не только в области сустава (спереди от уха), но и в лице: в области лба, виска, нижней челюсти, щеке. Она сопровождается щелканьем или ограничением движений в суставе. Боль бывает

связана с миофасциальным синдромом в жевательной мускулатуре, аномальным прикусом, воспалительными или дегенеративными изменениями в суставе.

8. Каротидиния характеризуется приступами боли и верхней части шеи, лице, ухе, нижней челюсти, зубах, продолжающейся несколько часов. Боль иногда усиливается при глотании. Ее можно спровоцировать пальпацией сонной артерии на шее. Иногда аналогичные симптомы возникают при мигрени, височном артериите, расслоении сонной артерии или смещении ее опухолью.
9. Одонтогенная боль - одна из частых причин лицевой боли. Боль в области верхней и нижней челюсти часто возникает вследствие раздражения нервов при кариесе, заболеваниях пульпы зуба, периодонтальных абсцессах. Обычно боль усиливается по ночам, имеет пульсирующий характер и сопровождается локальной болезненностью в области корня зуба. Боль провоцируется холодом, теплом, сладким. После экстракции зуба или стоматологических операций может возникать невралгия тройничного нерва, проявляющаяся снижением чувствительности в области нижней губы, слабостью жевательных мышц.
10. Атипичная лицевая боль (атипичная прозопалгия) - часто встречающийся синдром, возникающий преимущественно у женщин 30-60 лет. Его диагностируют, если, несмотря на тщательное обследование, органических причин боли выявить не удалось. Боль обычно носит постоянный характер. У части больных она ограничивается определенной частью лица, но иногда распространяется на всю половину лица и шеи. Чаще боль бывает односторонней, но может быть и двусторонней (как правило, асимметричной). Как вариант атипичной лицевой боли рассматривают жгучие боли в полости рта (глоссалгия или атипичная одонталгия). Интенсивность боли может колебаться (нередко она усиливается стрессом или тепловым воздействием), но четко очерченные приступы отмечаются редко. Боль чаще определяют как поверхностную, жгучую, давящую, пульсирующую, ноющую или сверлящую. Многие больные затрудняются ее точно локализовать и описать. Боль редко беспокоит ночью. Иногда она сопровождается парестезиями, но объективно никаких чувствительных или вегетативных нарушений, триггерных зон в области лица не выявляется. Иногда боль затихает на несколько недель или месяцев, но затем обычно возвращается вновь. Боль часто служит поводом для стоматологических или оториноларингологических манипуляций (экстракция зуба, проколы придаточных пазух, манипуляции на тройничном нерве), которые не приносят облегчения, но лишь усиливают боли и способствуют их хронизации. У таких больных часто выявляются признаки депрессии, и в конце концов боли признают «психогенными» («психалгией»). Прежде чем диагностировать это состояние, важно исключить невралгию или опухоль тройничного нерва, рассеянный склероз, опухоли основания черепа.
11. Очень часто мышечная лицевая боль ошибочно трактуется как невралгия тройничного нерва. Мышечная боль связана с постоянным чрезмерным напряжением мышц, участвующих в жевании, мимике и некоторых мышц шеи. Такую боль называют «Миофасциальный болевой синдром лица». Возможные причины:
 - Изменения прикуса,
 - Особенности реакции на стресс (склонность сжимать зубы при переживании некоторых эмоций);
 - Непроизвольное напряжение мышц при нервном истощении и депрессии, сопровождающихся изменением соотношения в головном мозге веществ-регуляторов мышечного тонуса;
 - Рефлекторное напряжение мышц при остеохондрозе шейного отдела

позвоночника;

- Перенесенная травма височно-нижнечелюстного сустава (удар в челюсть), перенесенный перелом челюсти.

При этом заболевании боли постоянные, монотонные, иногда отдающие в ухо, могут сопровождаться шумом в ушах. В мышцах лица обнаруживаются точки, особенно болезненные при надавливании (триггерные точки).

Боль в любой зоне лица может являться тревожным симптомом какого-либо серьезного заболевания. Поэтому необходимо без промедления обратиться специалисту.

Лечением лицевых болей занимаются челюстно-лицевые хирурги, неврологи и стоматологи, ЛОР-врачи. При необходимости пациентам могут быть назначены консультации других врачей.



Врач неврологического отделения ТОГБУЗ «ГКБ №4 г. Тамбова» Татаринцева Т.А.