

*А.А. ТИМОФЕЕВ, Е.П. ВЕСОВА*

## **ВТОРИЧНЫЕ НЕВРОГЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВТОРОЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

*Каф. челюстно-лицевой хирургии (зав. – проф. А.А. Тимофеев)  
Киев. мед. академии последиплом. образования им. П.Л. Шупика*

Стоматологу и отоларингологу в своей повседневной практической деятельности нередко приходится сталкиваться с неврогенными поражениями, возникающими в зоне лица, как осложнением при некоторых заболеваниях ЛОР-органов и челюстно-лицевой области (А.А. Тимофеев, 2004; А.И. Трещинский, А.Д. Динабург, 1983; В.А. Карлов, 1991). Данные неврологические нарушения периферических ветвей тройничного нерва имеют не только различные клинические проявления, зависящие от степени выраженности повреждения нерва, но и различаются по механизму их развития и другим факторам. С сожалением, мы даже можем отметить, что многие неврогенные расстройства в средней зоне лица, которые возникают как осложнения заболеваний, а также после травм, при хирургических ЛОР- или стоматологических вмешательствах, врачами воспринимаются как клиническая симптоматика, которая может быть характерна для многих нозологических форм, но не проводится адекватная медицинская неврологическая оценка, а следовательно, и соответствующее лечение.

Цель данной работы – провести систематизацию вторичных неврогенных поражений II ветви тройничного нерва.

### ***Материал и методы обследования***

Под нашим наблюдением находилось 398 обследуемых с вторичными неврогенными нарушениями II ветви тройничного нерва при неопухолевых заболеваниях верхнечелюстной кости (периостит, гайморит, осложнения, связанные с удалением зубов и эндодонтическим лечением, переломами костей средней зоны лица), лечив-

шихся в клинике челюстно-лицевой хирургии Киевской медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.

У всех больных нами применялись общеклинические методы обследования, которые включали: осмотр, пальпацию, сбор анамнеза, рентгенографию челюстей и других костей и т.д. Кроме этого, мы использовали специальные методы: изучение электрофизиологических показателей периферических ветвей тройничного нерва на аппаратурно-программном комплексе „ДИН-1”, а также исследование болевой, тактильной и температурной чувствительности. Все специальные методы обследования проводились в динамике лечения лиц с выявленным неврогенным осложнением.

### ***Полученные результаты и их обсуждение***

В зависимости от патогенеза (механизма развития) вторичных поражений верхнечелюстной ветви тройничного нерва их нужно подразделить на те, что возникают при неопухолевых и опухолевых заболеваниях челюстно-лицевой области. К неопухолевым следует отнести неврогенные осложнения, которые развиваются при одонтогенных (периодонтит, периостит, остеомиелит, одонтогенная подкожная гранулема, гайморит и т. д.) и при неодонтогенных воспалительных заболеваниях челюстей (синусит, артрит височно-нижнечелюстных суставов, неспецифические и специфические неодонтогенные воспалительные заболевания челюстей и т.д.), при травматических повреждениях костей лица (посттравматические – переломы

верхней и нижней челюсти, переломы скулового комплекса) и околочелюстных мягких тканей (организовавшиеся гематомы, посттравматические рубцы и т. п.), послеоперационные поражения периферических ветвей тройничного нерва (секвестрэктомия, гайморотомия, удаление ретенированных и дистопированных зубов, при костнопластических и реконструктивных операциях на костях лицевого скелета и т. д.), постпломбировочные повреждения нервов (травма эндодонтическим инструментарием при лечении зубов, компрессионное и токсическое воздействие пломбировочного материала при его выведении за верхушку корня зуба и т. п.), постимплантационные (сдавление нерва гематомой, участком сместившейся кости или дентальным имплантатом, травма хирургическим инструментом и др.), а также при сужении костных каналов, где проходят периферические ветви тройничного нерва.

Нами установлено, что неврогенные заболевания выявляются также и при опухолевых образованиях костей лица и мягких тканей челюстно-лицевой области. К этой группе следует отнести неврогенные нарушения при опухолеподобных заболеваниях челюстей (одонтогенных и неодонтогенных кистах, эпулидах, остеодисплазиях и т. д.), доброкачественных опухолях (фибромах, остеомах, остеобластомах, амелобластомах и др.), при злокачественных новообразованиях (остеосаркомах, первичных формах рака челюсти, злокачественных невриномах и т. д.), а также после оперативных вмешательств, которые проведены по поводу удаления опухолеподобных образований и опухолей. В зависимости от патогенеза неврогенных осложнений они имеют свои особенности клинического течения, лечения и исхода.

Мы считаем, что по клиническому проявлению (клинической симптоматике) вторичных поражений периферических ветвей тройничного нерва их необходимо подразделить на 4 группы: невралгия, неврит, невралго-неврит и невропатия. Невралгия, возникает при раздражении чувствительных волокон и характеризуется приступообразными интенсивными болями по ходу ствола нерва и его ветвей. Неврит отличается изменениями интерстиция, миелиновой обо-

лочка и осевых цилиндров и проявляется симптомами выпадения чувствительности в соответствующей зоне иннервации. Сочетание клинической симптоматики невралгии и неврита следует именовать как невралго-неврит. Невропатия – это поражение периферических нервов дистрофического характера, обусловленное различными длительно действующими причинами (интоксикацией пломбировочными материалами при эндодонтическом лечении; аутоиммунными процессами и т. п.). Она характеризуется полиморфной клинической симптоматикой (двигательными и чувствительными нарушениями, трофическими расстройствами и др.).

В зависимости от остроты проявления клинических неврологических симптомов заболеваний их можно подразделить на острые, подострые и хронические. Это деление следует отнести к неврогенным осложнениям, которые развиваются при одонтогенных и неодонтогенных поражениях, опухолеподобных образованиях и опухолях.

Если неврогенные осложнения возникают после травмы (посттравматические), после проведенной операции (послеоперационные), а также развиваются постимплантационные или постпломбировочные, то к ним следует применить деление в зависимости от сроков обращения больных за медицинской помощью после появления симптомов неврогенного осложнения. Согласно этому принципу всех пациентов мы подразделили на тех, которым неврологическое лечение назначено не позже, чем через 10 дней после действия повреждающего фактора (травма, операция, компрессия нерва пломбировочным материалом и т. п.) и появления первых симптомов неврогенных осложнений, когда благоприятные исходы нами наблюдались не более, чем у 90% обратившихся за помощью, и тех лиц, которые обращаются за лечением на 11-30-е сутки после действия повреждающего фактора и появления первых клинических неврогенных симптомов. У них эффективность терапии снижается до 75%. А при обращении через 1 мес и более благоприятные исходы отмечаются намного реже и составляют до 50%.

При травматических воздействиях (посттравматическое или послеоперационное неврогенное поражение ветвей трой-

ничного нерва) обязательно необходимо использовать систематизацию в зависимости от степени повреждения нерва. Согласно ранее сказанному, травмы нерва, в зависимости от степени его нарушения, следует подразделить на следующие группы: ушиб (контузия), растяжение (с разрывом и без разрыва сосудистого пучка, который сопровождает нерв), неполный и полный разрыв нерва. Каждая из этих групп имеет свои особенности клинического проявления, течения, диагностики и лечения. Эффективность и своевременность примененной терапии находится в прямой зависимости от её адекватности. Поэтому и возникает необходимость в ранней дифференциальной диагностике степени тяжести повреждения нерва.

Для топической диагностики (локализации) неврогенных нарушений в средней зоне лица, т.е. в зависимости от названия пораженного чувствительного периферического нерва, их следует подразделить на повреждения глазничного (лобного, носоресничного, слезного и др.) и верхнечелюстного (скулового, подглазничного, верхних альвеолярных нервов и др.) нерва.

### **Выводы**

На основании ранее изложенного мы предлагаем следующую **классификацию вторичных неврогенных неопухолевых поражений верхнечелюстной ветви тройничного нерва.**

#### **По патогенезу:**

- вследствие одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей;
- после неодонтогенных воспалительных заболеваний челюстей;

- посттравматические;
- послеоперационные;
- после лечения зубов (постпломбировочные);
- постимплантационные;
- при сужении костных каналов.

По клиническому проявлению (клинической симптоматике):

- невралгия;
- неврит;
- невралго-неврит;
- невропатия.

#### **По остроте проявления клинических симптомов:**

- острые;
- подострые;
- хронические.

#### **По срокам обращаемости за медицинской помощью после появления первых неврологических симптомов:**

- до 10 дней;
- на 11-30-е сутки;
- через 1 мес и более.

#### **По степени повреждения нерва:**

- ушиб (контузия);
- растяжение (с разрывом и без разрыва сосуда);
- неполный разрыв;
- полный разрыв.

Данная систематизация будет способствовать ранней дифференциальной диагностике вторичных неврогенных поражений периферических ветвей тройничного нерва у больных, поможет правильно оценить степень повреждения нерва и своевременно назначить адекватное лечение, что значительно повысит его эффективность.

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии (4-е изд., перераб. и доп). – Киев: ООО "Червона Рута-Турс", 2004. – С. 584-594.

2. Трещинский А.И., Динабург А.Д. Неврологические синдромы при поражении тройничного нерва. – Киев: Здоров'я, 1983. – 136 с.

3. Неврология лица / Под ред. В.А. Карлова. – М.: Медицина, 1991. – С. 109-123.

Поступила в редакцию 17.01.06.

**ВТОРИННІ НЕВРОГЕННІ УРАЖЕННЯ  
ДРУГОЇ ГІЛКИ  
ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА**

*Тимофєєв О.О., Весова О.П. (Київ)*

*Резюме*

На підставі клініко-лабораторних, електрофізіологічних обстежень 398 хворих з непухлинними утвореннями та захворюваннями середньої зони обличчя, ускладненими неврогенними розладами, запропонована систематизація вторинних неврогенних уражень другої гілки трійчастого нерва.

**SECONDARY NEUROGENIC DEFEATS OF  
PERIPHERAL BRANCHES OF NERVI  
TRIGEMINI**

*Tymofyeyev O.O., Vesova O.P. (Kiev)*

*Summary*

Based on clinico-laboratorien and electrophysiological investigations of 398 patients with tumorless and other diseases of middle zone of face, which were complicated with neurogenic disorders, it was proposed a systematization of secondary neurogenic disorders of peripheral branches of nerve trigeminal.