

*А.А. ТИМОФЕЕВ, Е.П. ВЕСОВА*

## **СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ВТОРИЧНЫХ НЕВРОГЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

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

В своей повседневной практике стоматолог сталкивается с неврогенными поражениями, имеющими клинические проявления в области лица. Данные неврологические заболевания ветвей тройничного нерва имеют не только различные клинические проявления, зависящие от степени выраженности повреждения нерва, но и отличаются по механизму их возникновения и другим факторам [1, 2]. Попыток систематизации неврогенных поражений периферических ветвей тройничного нерва в стоматологической литературе мы не нашли. К сожалению, мы можем отметить, что многие неврогенные нарушения системы тройничного нерва, которые возникают как осложнения заболеваний, а также после травм, хирургических вмешательств, даже воспринимаются как клиническая симптоматика, которая может быть характерна для многих нозологических форм при этом не проводится адекватная медицинская неврологическая оценка, а следовательно, и соответствующее лечение.

### ***Материал и методы***

Под нашим наблюдением находилось около 2000 пациентов с вторичными неврогенными поражениями системы тройничного нерва, которые обратились для лечения в Центр челюстно-лицевой хирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.

У всех больных проводились общеклинические методы обследования, которые включали осмотр, пальпацию, сбор анамнеза, рентгенографию костей лицевого скелета и т.д. Кроме общеклинических методов обследования, мы применили 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 исследования осуществлялись в динамике лечения больных по поводу выявленного неврогенного осложнения.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В зависимости от механизма развития вторичных поражений системы тройничного нерва их нужно подразделить на те, что возникают при неопухолевых и опухолевых заболеваниях челюстно-лицевой области. К неопухолевым поражениям следует отнести неврогенные осложнения, которые развиваются при одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстей (периодонтиты, периоститы, остеомиелиты, одонтогенная подкожная гранулема, гайморит и т.д.), а также при неодонтогенных воспалительных заболеваниях (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 челюстей, переломы скулового комплекса) и околочелюстных мягких тканей (организовавшиеся гематомы, посттравматические рубцы и т.п.), при послеоперационных повреждениях периферических ветвей тройничного нерва (секвестрэктомия, гайморотомия, удаление ретенированных и дистопированных зубов, при костно-пластических и реконструктивных

операциях на костях лицевого скелета и т.д.), постпломбировочных повреждениях нервов (травма эндодонтическим инструментарием при лечении зубов, компрессионное и токсическое воздействие пломбировочным материалом при его выведении за верхушку корня зуба и т.п.), постимплантационных (сдавление нерва гематомой, участком сместившейся кости или дентальным имплантатом, травма хирургическим инструментом и др.) и при сужении костных каналов, где проходят периферические ветви тройничного нерва.

Нами обнаружено, что неврогенные нарушения возникают также при опухолевых заболеваниях костей лица и мягких тканей челюстно-лицевой области: при опухолеподобных образованиях челюстей (одонтогенных и неодонтогенных кистах, эпулидах, остеодисплазиях и т.д.), доброкачественных опухолях (фибромах, остеомах, остеобластомах, амелобластомах и др.), злокачественных опухолях (остеосаркомах, первичных формах рака челюсти, злокачественных невриномах и т.д.), а также после хирургических 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.

По клинической симптоматике вторичных поражений периферических ветвей тройничного нерва мы считаем, что их необходимо подразделить на четыре группы: невралгии, невриты, невралго-невриты и невропатии. Невралгии возникают при раздражении чувствительных волокон и характеризуются приступообразными интенсивными болями по ходу ствола нерва и его ветвей. Для неврита типичными являются изменения интерстиция, миелиновой оболочки и осевых цилиндров, что проявляется симптомами выпадения чувствительности в соответствующей зоне иннервации. Сочетание клинической симптоматики невралгии и неврита следует именовать как невралго-неврит. Невропатии – это поражение периферических нервов дистрофического характера, обусловленное различными длительно текущими причинами (интоксикацией пломбировочными материалами при эндо-

донтическом лечении, аутоиммунными процессами и т.п.). Они отличаются полиморфной клинической симптоматикой (двигательными и чувствительными нарушениями, трофическими расстройствами и др.).

В зависимости от остроты появления клинических неврологических симптомов эти заболевания можно подразделить на острые, подострые и хронические. Такое подразделение следует применить к неврогенным осложнениям, которые развиваются при одонтогенных и неодонтогенных заболеваниях, опухолеподобных образованиях и опухолях.

Если неврогенные осложнения возникают после травмы (посттравматические), после проведенных хирургических вмешательств (послеоперационные), то их, а также постимплантационные или постпломбировочные осложнения следует подразделять в зависимости от сроков обращения больных за медицинской помощью после появления симптомов неврогенного осложнения. Согласно этому принципу, всех пациентов мы подразделили на тех, у которых неврологическое лечение начато не позже, чем через 10 дней после действия повреждающего фактора (травмы, операции, компрессия нерва пломбировочным материалом и т.п.) и появления первых симптомов неврогенных осложнений. В этих случаях благоприятные исходы нами наблюдались не более, чем у 90 % обратившихся за помощью. Если больные обращаются за лечением на 11-30-е сутки после действия повреждающего фактора и появления первых клинических неврогенных симптомов, эффективность лечения снижается до 75 %, а при обращении через 1 мес и более благоприятные исходы бывают намного ниже и составляют до 50 %.

При травматических воздействиях (посттравматические или послеоперационные неврогенные поражения ветвей тройничного нерва) обязательно необходимо использовать систематизацию в зависимости от степени повреждения нерва. Согласно ранее сказанному, травмы нерва, в зависимости от степени повреждения следует подразделить на следующие группы: ушиб (контузия), растяжение (с разрывом и

без разрыва сосудистого пучка, который сопровождает нерв), неполный разрыв и полный разрыв нерва. Каждая из этих групп имеет свои особенности клинического проявления, течения, диагностики и лечения. Эффективность и своевременность примененного лечения находится в прямой зависимости от его адекватности. Поэтому и возникает необходимость в ранней дифференциальной диагностике степени тяжести повреждения нерва.

В соответствии с топической диагностикой (локализацией), т.е. в зависимости от названия пораженных чувствительных периферических нервов их повреждения следует подразделить на: повреждения глазничного (лобного, носоресничного, слезного и др.), верхнечелюстного (скулового, подглазничного, верхних альвеолярных нервов и др.) и нижнечелюстного (нижнего альвеолярного, ушно-височного, щечного и др.) нервов.

#### **Выводы:**

На основании ранее изложенного мы предлагаем следующую **систематизацию вторичных неврогенных поражений системы тройничного нерва** (рисунок).

**По патогенезу выделяются неопухлевые поражения** (при одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстей, не-одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстей, посттравматические, послеоперационные, после лечения зубов (постпломбирочные), постимплантационные, при сужении костных каналов), а также **опухлевые поражения** (при опухолеподобных образованиях, доброкачественных опухолях, злокачественных опухолях, послеоперационные).

**По клиническому проявлению** (клинической симптоматике) различаются невралгии, невриты, невралго-невриты, невропатии.

**По остроте появления клинических симптомов** вторичные неврогенные осложнения бывают острые, подострые, хронические.

**По срокам обращаемости за медицинской помощью** появление первых неврологических симптомов отмечается до 10 дней, на 11-30-е сутки и через 1 мес и более.

**По степени повреждения нерва** выделяется ушиб (контузия), растяжение (с разрывом и без разрыва сосуда), неполный разрыв, полный разрыв.

**По локализации пораженного нерва** бывают повреждения глазничного нерва и его ветвей, верхнечелюстного нерва и его ветвей, нижнечелюстного нерва и его ветвей.

На основании изучения клинической симптоматики нейропатических осложнений у челюстно-лицевых больных и учета фазы поражения нерва мы предлагаем классифицировать вторичные неврогенные поражения в системе тройничного нерва с учетом фазы (или стадии) развития патологии, а именно: фазы раздражения и фазы выпадения функции.

К фазе раздражения функции рекомендуем отнести одонтогенные алгии, гипералгезии и невралгии. (Фазу раздражения представляют клинические проявления в виде одонтогенных алгий, гипералгезий, невралгий).

К фазе выпадения функции относятся гипалгии, невриты, вторичные нарушения в двигательной и трофической функциях. (Фазе выпадения соответствуют невритические проявления с гипалгезиями, двигательными и трофическими нарушениями).

В фазе выпадения функции следует выделить подфазу, в которой сохраняются черты раздражения (к этой подфазе следует отнести невралго-неврит).

Проблема не однозначна, как многие её рассматривали. Мы считаем, что процесс нейропатических поражений един, но в нем существуют различные фазы (с наибольшей вероятностью, и подфазы) патофизиологических изменений в системе тройничного нерва. Эти фазы (подфазы) не являются статичными, а находятся в динамике, и поэтому возможен переход от одной фазы к другой.

Клиническая симптоматика вторичных поражений в системе тройничного нерва проявляется в виде более разной степени выраженности и/или в виде нарушения чувствительности мягких тканей челюстно-лицевой области. Эти клинические проявления неврогенной симптоматики непосредственно связаны с нарушением функции нерва.

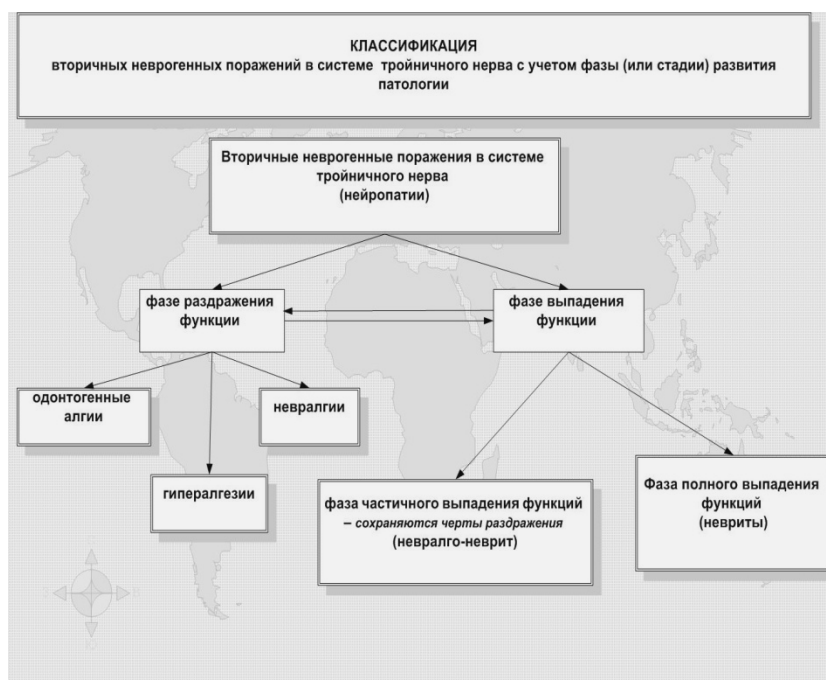


Схема классификации вторичных неврогенных поражений в системе тройничного нерва.

Базируясь на результатах комплексного обследования более 1096 больных с разнообразной челюстно-лицевой патологией, сопровождающейся признаками поражения структур в системе тройничного нерва, предлагаем учитывать в классификации соответствующих поражений клиничко-патологические подходы.

Представляя врачам эту классификацию, мы надеемся, что она окажет им помощь в ранней диагностике неврогенных поражений системы тройничного нерва у пациентов, поможет правильно оценить

степень повреждения нерва и своевременно назначить адекватное лечение, что значительно повысит благоприятные исходы лечения больных.

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: Червона Рута-Турс, 2012. – 1048 с.
2. Трещинский А.И., Динабург А.Д. Неврологические синдромы при поражении тройничного нерва. – Киев: Здоров'я, 1983. – 136 с.

Поступила в редакцию 16.01.14.

© А.А. Тимофеев, Е.П. Весова, 2014

### **СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ВТОРИННИХ НЕВРОГЕННИХ УРАЖЕНЬ ПЕРИФЕРИЧНИХ ГІЛОК ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА**

*Тимофєєв О.О., Весова О.П. (Київ)*

#### *Резюме*

Обстежено біля 2000 осіб з вторинними неврогенними ураженнями системи трійчастого нерва. Пропонується систематизація уражень гілок трійчастого нерва з урахуванням механізмів розвитку, плинну захворювання, вторинних ускладнень і локалізації. Систематизацію можна рекомендувати для лікарів з метою поліпшення діагностики захворювань системи трійчастого нерва.

### **THE SYSTEMATIZATION OF SECONDARY NEUROGENIC DEFEATS OF PERIPHERAL BRANCHES OF TRIGEMINAL NERVE**

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

#### *Summary*

There were near 2000 patients with secondary neurogenic defeats peripheral branches of trigeminal nerve. Systematization of defeats peripheral branches of trigeminal nerve with accounting mechanism of its development, course of the disease, secondary complications and localization was proposed. The systematization may be recommended for doctors to improve diagnostic of the disease of trigeminal nerve system.