

ОСНОВНІ НЕЙРОСТОМАТОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

План лекції

1. Класифікація нейростоматологічних захворювань
2. Захворювання системи трійчастого нерва
3. Захворювання системи лицьового нерва
4. Захворювання систем язикоглоткового і блукаючого нервів
5. Захворювання системи під'язикового нерва
6. Синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (міофасціальний больовий синдром)
7. Геміфаціальний спазм

- **Нейростоматологічні хвороби**

Ураження різних відділів нервової системи, при яких симптоматика проявляється, в основному, в порожнині рота і в області обличчя.

Розпізнавання цих захворювань викликає значні труднощі навіть у досвідчених фахівців, як неврологів, так і стоматологів. Тому, на жаль, помилки в діагностиці цієї групи хвороб часті.

Класифікація нейростоматологічних хвороб

(Пузін М.Н., 1997р)

I. Соматичні форми

- 1 . Захворювання с - ми трійчастого нерва
- 2 . Захворювання с - ми лицьового нерва
- 3 . Захворювання с - м язикоглоткового і блукаючого нервів
- 4 . Захворювання с - ми під'язикового нерва

II . Вегетативні і вегетативно- судинні форми

- 1 . Синдром Мелькерсона - Розенталя
- 2 . Синдром Шегрена
- 3 . Стомалгії (глосалгія , глоссодинії)
- 4 . Ураження крило-піднебінного вузла
5. Ураження війкового вузла
- 6 . Ураження вушного вузла
- 7 . Ураження під'язикового і піднижньощелепного вузлів
- 8 . Ураження шийних симпатичних вузлів
- 9 . Мігрень

III.. Синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (міофасціальний больовий синдром обличчя).

IV.. Судоми і гіперкінези обличчя

Захворювання системи трійчастого нерва

Трічастий нерв

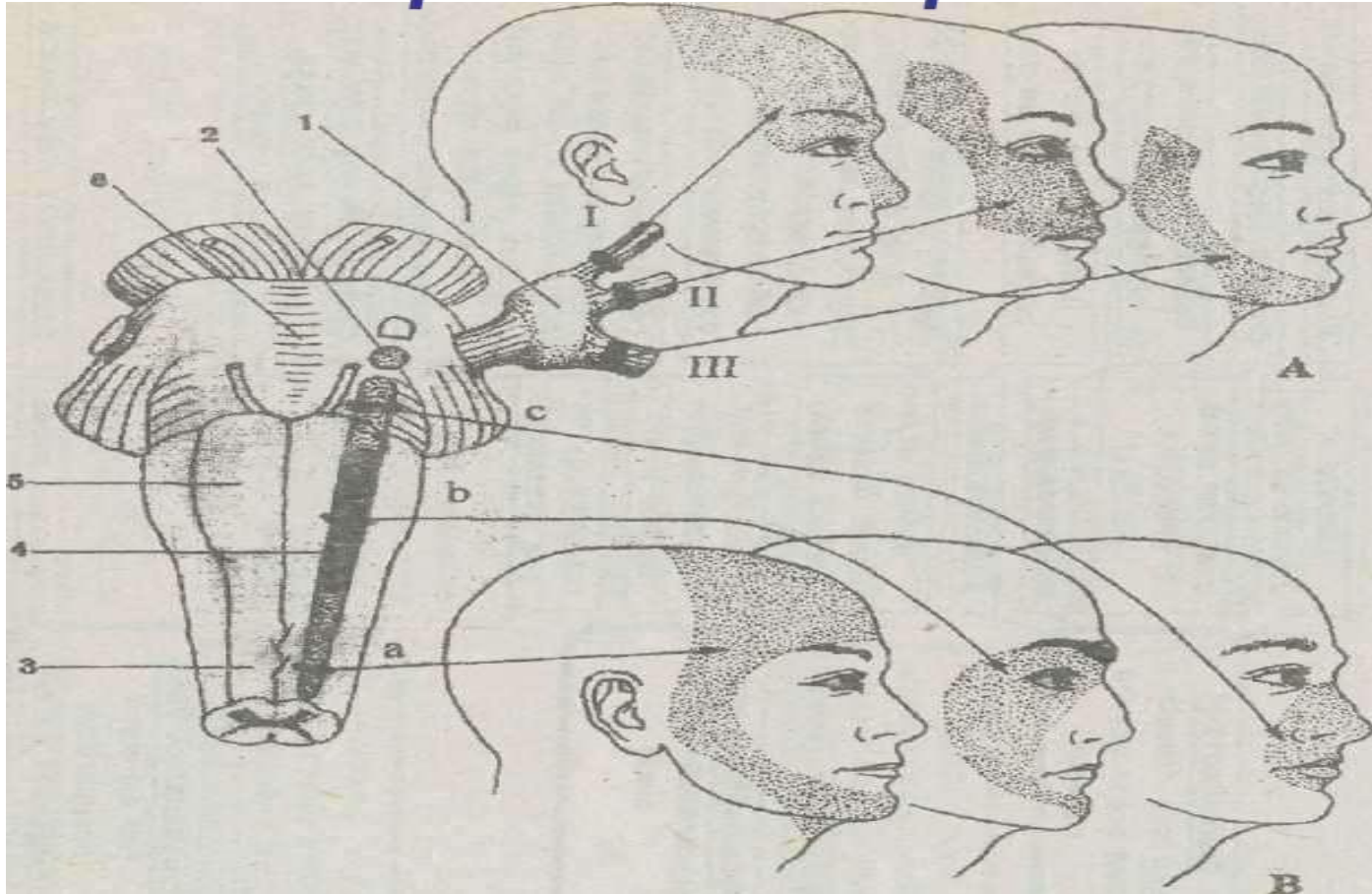
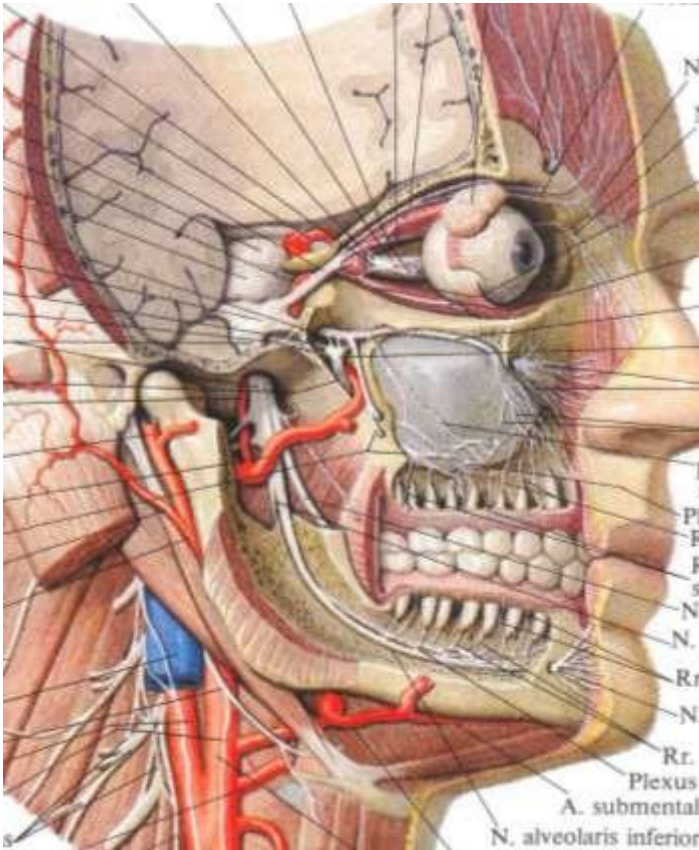


Рисунок 1.2 - Трійчастий нерв. Зони периферичної та сегментарної іннервації: А - ураження окремих гілок; В - ураження ядра спинномозкового тракту; 1 - трійчастий вузол; 2 - головне чутливе ядро; 3 - спинний мозок; 4 - ядро спинномозкового шляху; 5 - довгастий мозок

Трічастий нерв

Іннервація:

1. Шкіри обличчя і волосистої частини голови до вінцевого шва
2. Зубощелепного апарату
3. Порожнин (лобова і верхньощелепна пазухи, порожнину рота, частина порожнини носа)
4. Оболонок головного мозку
5. Органів лиця (очні яблука, язик)



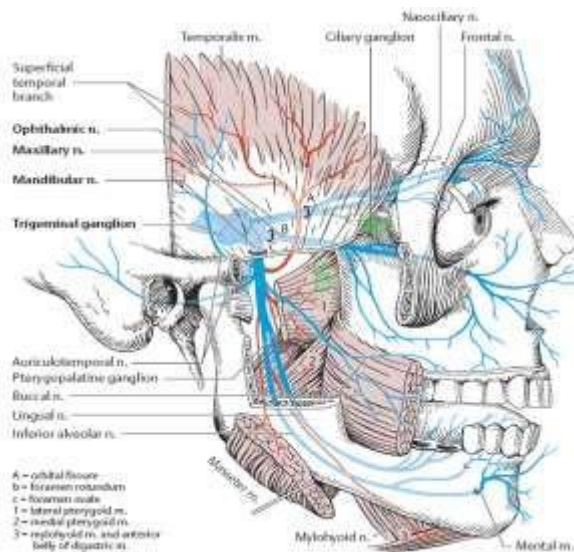
Патологія трійчастого нерва

Невропатія

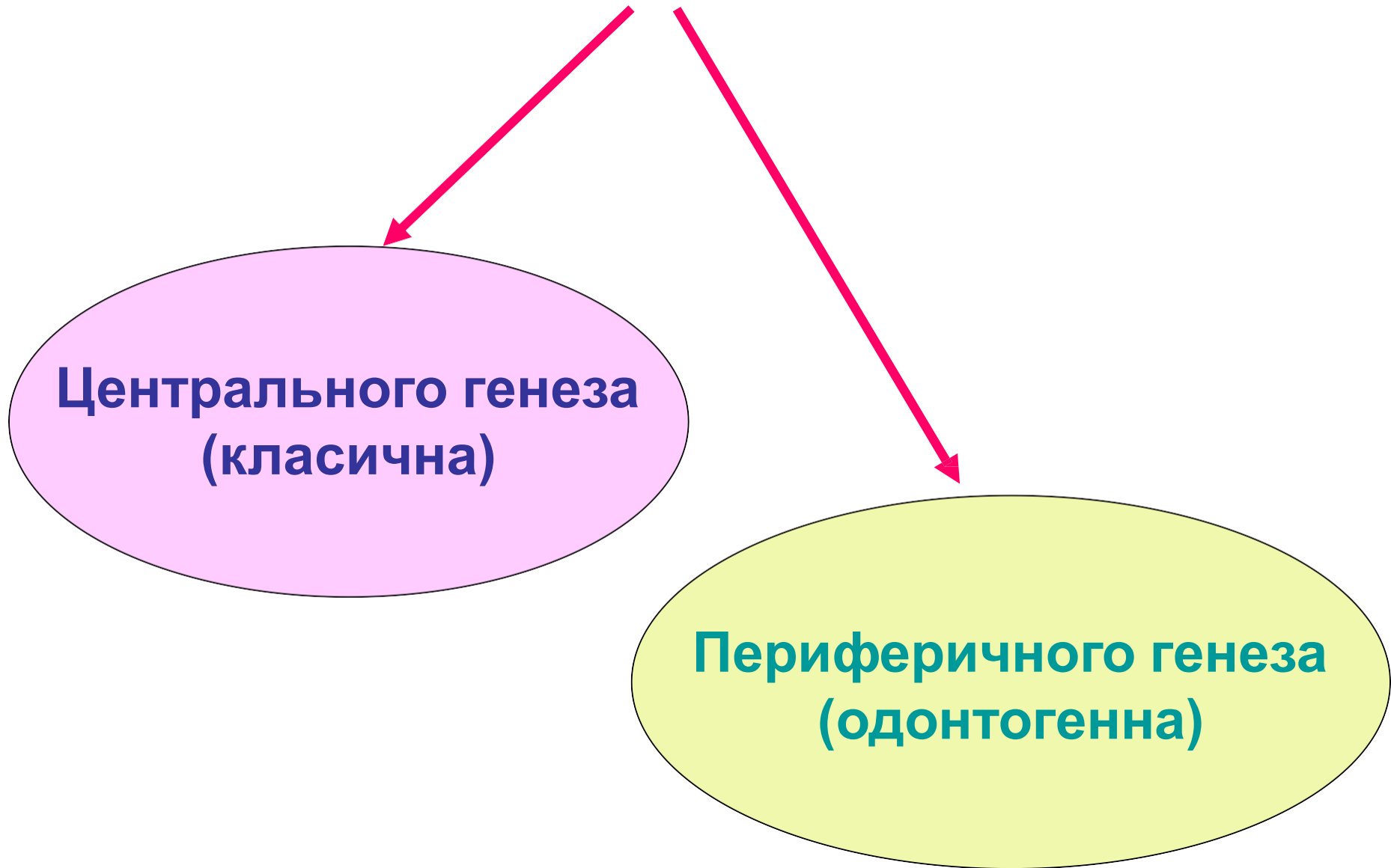
структурне ураження периферичного нерва з об'єктивними ознаками випадання його функцій (руховими, чутливими, вегетативними).

Невралгія

біль в області іннервації без об'єктивних ознак випадання функцій нерва



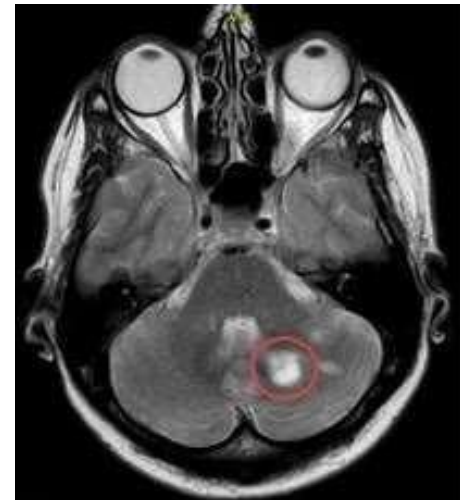
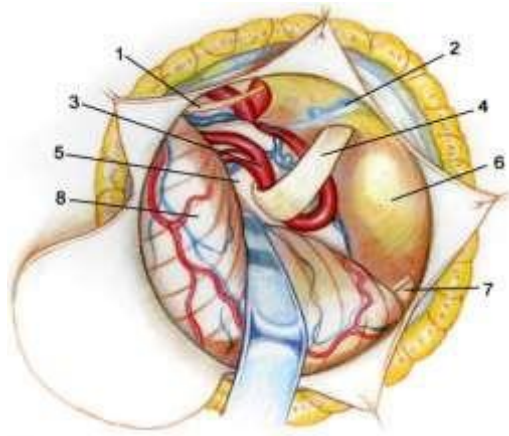
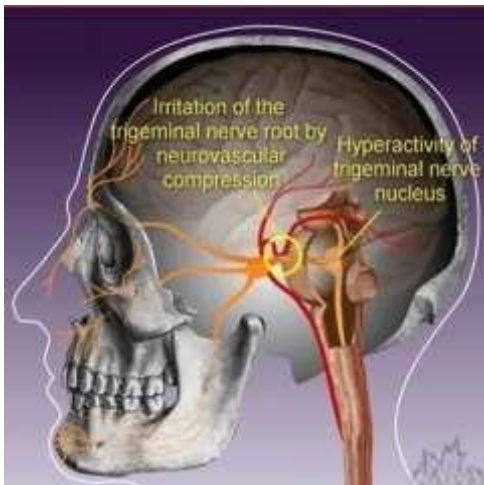
Невралгія трійчастого нерва (НТН)



У осіб похилого та старечого віку патологічно звита петля верхньої мозочкової артерії здавлює чутливий корінець ТН.

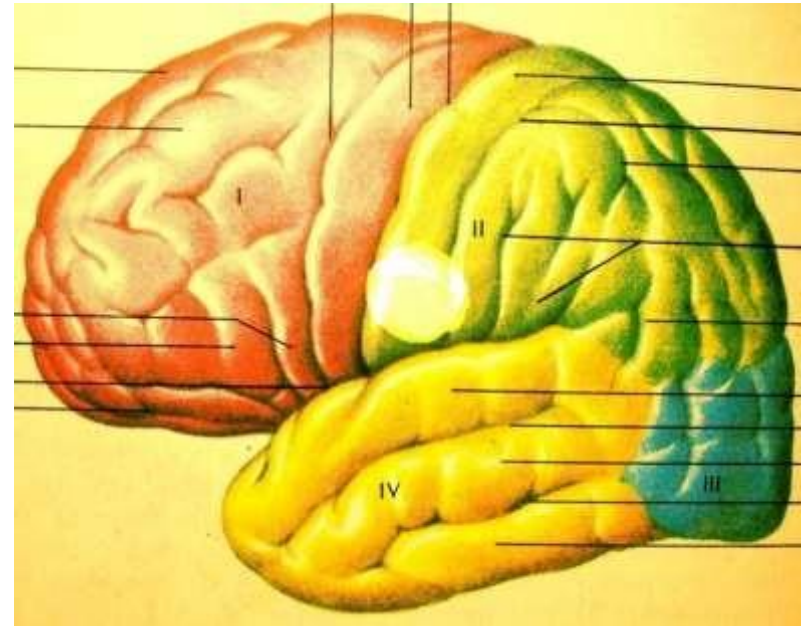
Внаслідок здавлення нерва виникає його демієлінізація або утворюється невринома.

Звідси виходить патологічна імпульсація в ядро (стовбур мозку), а потім в кору головного мозку.



Центральна НТН

Патогенез



В корі формується збудження у вигляді електричних розрядів (відповідь на подразнення периферичних гілок трійчастого нерва).

Збудження в корі мозку нагадує епілептичні розряди. Тому центральну НТН лікують протиепілептичними препаратами.

Центральна НТН

Клініка



БІЛЬ

- нападopodobний,
- короткочасний (кілька секунд),
- у вигляді удару електричного струму
- з тривалими світлими проміжками.

Центральна НТН

Клініка

Тривалість
нападів 5-10 с

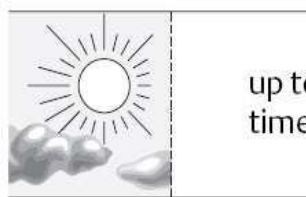
Буває до 100
нападів на день

Напади денні,
ніколи не
возникають
ввечері і вночі

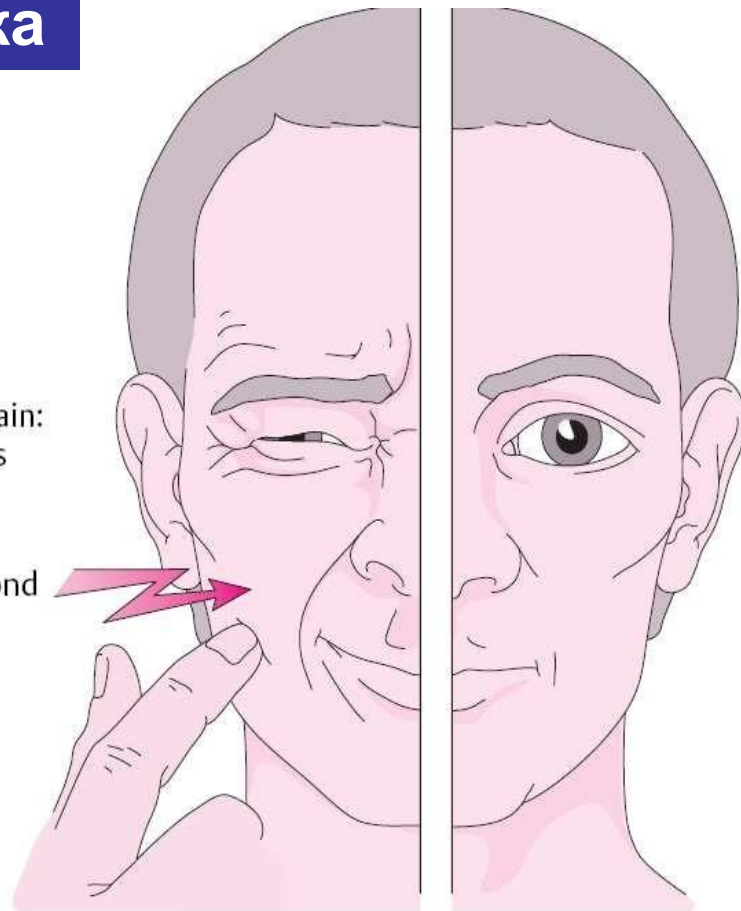


duration of pain:
5-10 seconds

maximum in 1 second



up to 100
times per day



Центральна НТН



Клініка



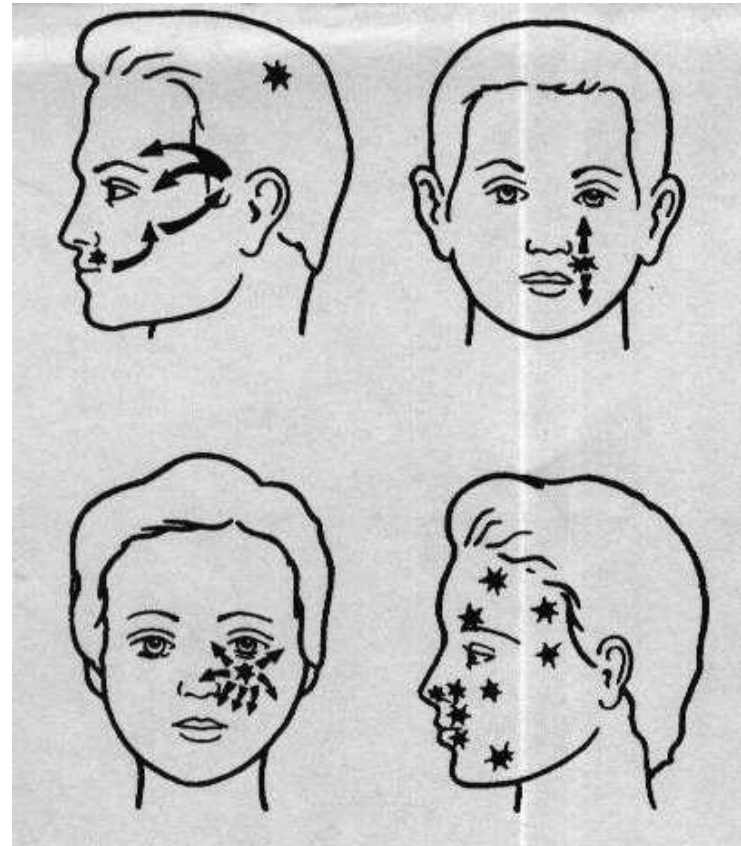
Під час нападу пацієнт завмирає на місці.

Зіниці розширюються.

У деяких випадках є анталгічна точка, при натисканні на яку напад проходить.

Характерна наявність **тригерних ділянок**, дотик до яких викликає біль.

При проханні показати цю точку, хворий до неї не доторкається.



Центральна НТН

Лікування

Застосування анагетиків не ефективне

Протисудомні препарати:

Карбамазепін (тегретол, фінлепсин, дилантин)

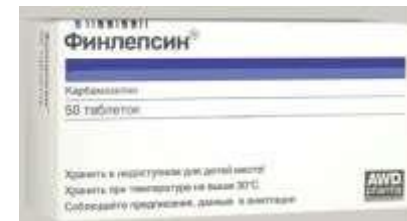
по 1/4 табл. через кожні 2-4 години (1 табл. перед відвідуванням стоматолога).

Габапентин (нейронтин) по 300 мг 3 рази/день

Ламотриджин (епілептал, ламіктал)

По 100 мг 2-3 рази/день

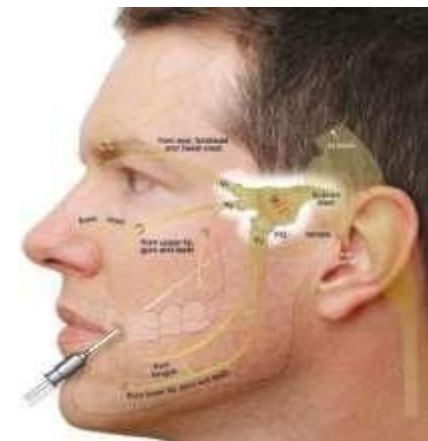
Антидепрессанти (амітриптилін)

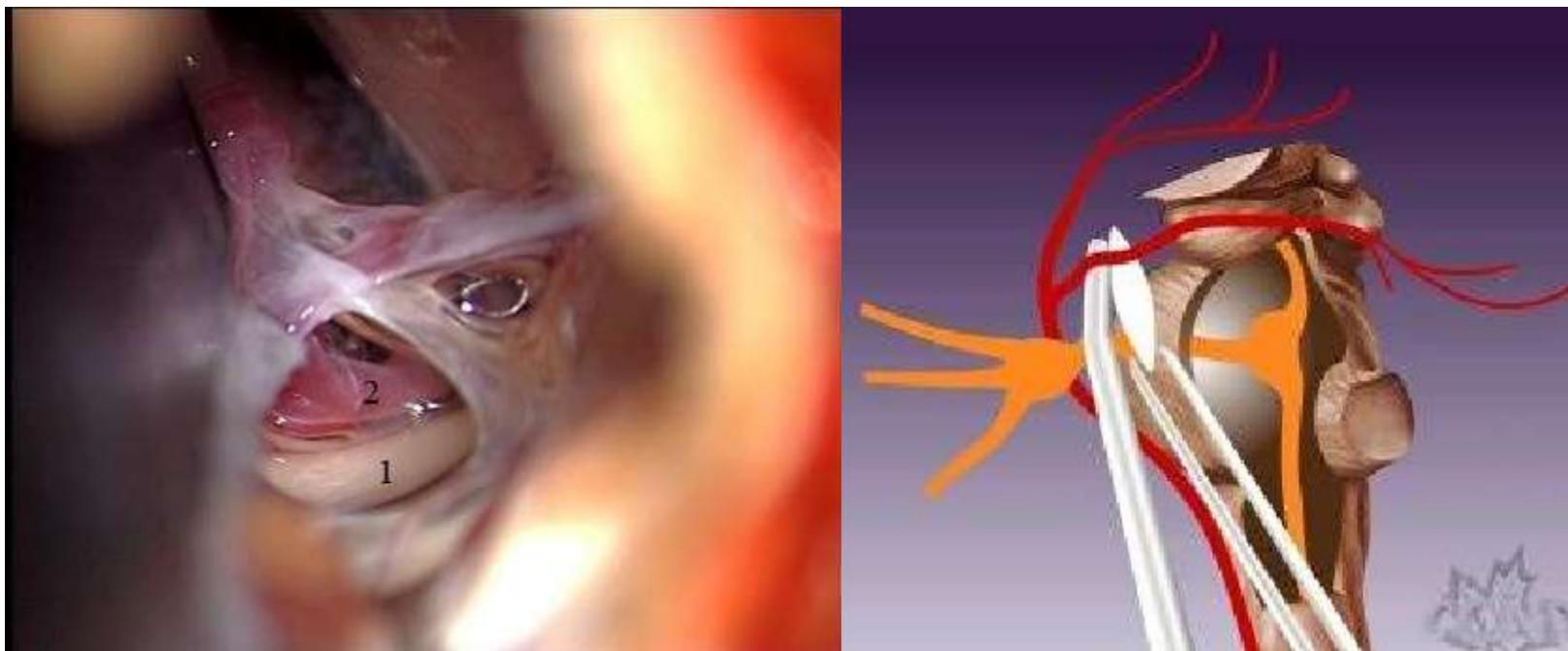


Центральна НТН

Лікування

- ★ Фізіотерапія - ДДТ, низькочастотний лазер на тригерні ділянки.
- ★ Не застосовувати електрофорез, фонофорез.
- ★ Рефлексотерапія.
- ★ Внутрішньокісткові блокади з місцевими анестетиками.
- ★ Спиртово-лідоканінові блокади в місця виходу нерва з черепа.
- ★ Черезшкірна радіочастотна нейромодуляція.





Звільнення корінця трійчастого нерва від компресії
верхньою мозочковою артерією
(прокладка між корінцем і судиною)

Одонтогенний біль

Одонталгія - зубний біль, пов'язаний з загостренням вогнищ інфекції в зубо-щелепній системі, який проходить після їх санації

Одонтогенна НТН
(периферичного генезу)
Зубний біль, який не проходить після санації вогнищ інфекції, Вимагає неврологічного лікування.



Найбільш часті причини:

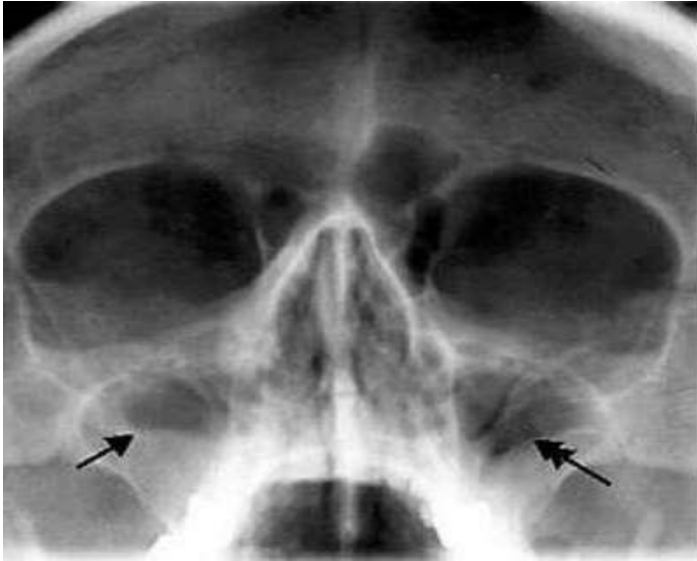
Хронічний пульпіт
(гангренозний,
конкрементозний)

Множинний карієс

Хронічний періодонтит:

токсичний, травматичний,
гранулематозний,
причиною якого можуть
бути погіршеності
ендодонтії





Після частих загострень
хронічного гаймориту -
звуження інфраорбітального
каналу



У літньому віці - затиснення
стовбурів нерва в каналах
щелеп внаслідок вікових
склеротичних змін кісткової
тканини

- ★ Біль постійного характеру, в більшості випадків з чіткою локалізацією
- ★ Хвилеподібний характер болю
- ★ Тригерні ділянки відсутні
- ★ Зв'язок з патологією зубощелепної системи
- ★ Іррадіює біль вздовж іннервації гілок трійчастого нерва
- ★ Біль виникає в будь-який час доби, але посилюється вночі
- ★ Антikonвульсанти не чинять ефект, але виникає чіткий позитивний ефект від місцевої анестезії
- ★ Практично ніколи не уражається I гілка
- ★ На рентгенограмі зубів або придаткових пазух є патологічні осередки

Лікування

- Санація вогнищ інфекції
- Нестероїдні протизапальні препарати (німесіл до 300 мг на добу)
- Вітаміни групи В (Нейровітан 3 табл. на день)
- Фізіотерапія - електрофорез калій йоду,
· Фонофорез гідрокортизонової мазі)

Невропатія трійчастого нерва та окремих його гілок

- **Невропатія** – незапальне структурне ураження периферичного нерва з об'єктивними ознаками порушення його функції:
 - руховими,
 - чутливими,
 - вегетативними.
- **Неврит** - те ж саме запального генезу.

Невропатія ТН

Етіологія

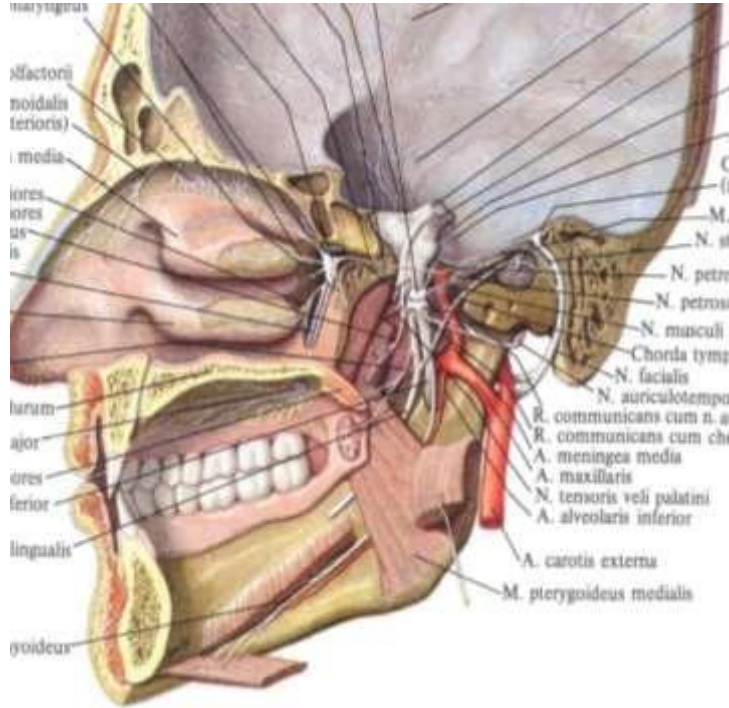
- ✿ Травми нерва, в т.ч. під час проведення стоматологічних маніпуляцій, операцій на тканинах обличчя
- ✿ Інфекції (частіше - герпес)
- ✿ Алергічні реакції на стоматологічні матеріали (виведення за верхівку матеріалів, постановка металевих коронок на не депульповані зуби), завищення прикусу з тиском коронок на зону проекції сплетіння
- ✿ Запальні процеси ЩЛД з залученням в запальний процес стовбурів нерва (абсцес, флегмона)
- ✿ Енцефаліт
- ✿ Ураження корінців нерва

Клініка невропатії ТН

- Біль тупий, постійний, хвилеподібно змінюється, неінтенсивний чітко в зоні іннервації
- Затерпання, парестезії
- Гіпестезія або анестезія в зоні іннервації
- Біль у точках виходу нерва
- Трофічні порушення
- Може бути болюче зведення щелеп
- Парез жувальних м'язів



Язиковий нерв



- ✓ Є гілочкою нижньощелепного нерва
- ✓ Лягає в язичну вирізку нижньої щелепи в області 3 моляра, де може травмуватися
- ✓ Проходить під латеральним і медіальним крилоподібними м'язами, якими може утискатися
- ✓ Підходить до язика через дно порожнини рота разом барабанною струною, яка забезпечує смак на передніх 2/3 язика та слиновиділення

Невропатія язикового нерва

Етіологія

- Травмування нерва при проведенні мандибулярної анестезії або під час атипового видалення 3 моляра
- Залучення нерва в запальний процес при періодонтиті в області 3 молярів
- Здавлення нерва під крилоподібними м'язами при перерозподілі жувального навантаження (нераціональне протезування, часткова адентія, звичка їсти тверду їжу, порушення прикусу)
- Процеси дна порожнини рота (пухлини, кісти, флегмони)
- Операції в області дна порожнини рота, що супроводжуються травмуванням язичної артерії

Клініка невропатії язикового нерва

- Постійний тупий біль в половині язика (передніх 2/3), може бути стріляючий
- Ущільнення і підвищення тонусу жувальних м'язів на стороні болю (у разі локалізації там процесу). При пальпації м'язів біль виникає у язиці.
- Сухість у роті і агевзія на солодке, кисле, солоне на передніх 2/3 половини язика (якщо процес локалізований в області дна порожнини рота з залученням барабанної струни)
- Тригерні фактори - жування, розмова, дотик до зубів кінчиком язика
- Об'єктивно: гіпестезія на половині язика

Лікування нейропатії ТН

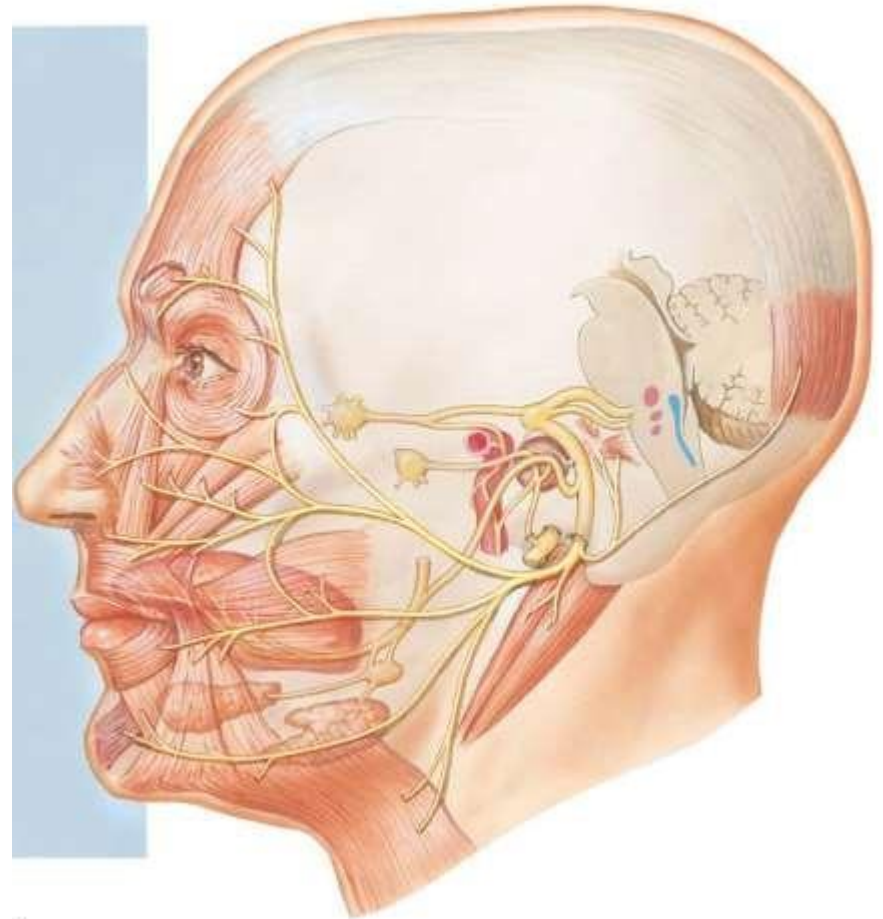
- НПЗЗ
- Вітаміни групи В
- Судинні препарати: нікотинова кислота, трентал, які покращують кровообіг в vasa nervorum)
- Фізіотерапія
- У разі хронічного болю (більше 3 місяців) - антидепресанти (флуоксетин, амітриптилін)

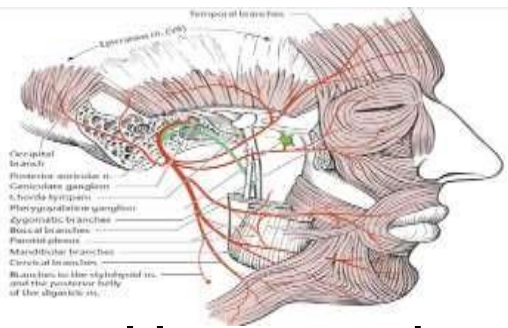
Захворювання системи лицевого нерва

Лицевий нерв

Лицевий нерв іннервує м'які м'язи обличчя.

Також у складі лицевого нерва проходить проміжний нерв відповідальний за іннервацію слізної залози, стременного м'яза і смакової чутливості передніх двох третин язика (барабанна струна)





Невропатія лицевого нерва - це порушення функцій лицевого нерва у зв'язку з його здавленням або запаленням

отит,
перелом скроневої кістки,
пухлина мозку,
переохолодження,
інфекційні захворювання нервової системи
(поліомієліт, бореліоз).

Невропатія лицевого нерва

Клініка:

- Біль за вухом
- Параліч мимічної мускулатури: - хворий не може підняти брову, заплющити очей, а при оскалі зубів ротова щілина перетягується в здорову сторону.
- Може бути відсутнім слюзовиділення і відзначатися втрата смаку з боку паралічу.



Невропатія лицевого нерва

Лікування:

Глюкокортикоїди (преднізолон 60-90 мг / добу).

Нікотинова кислота всередину і внутрішньовенно (компламин).

При больовому синдромі використовують НПЗЗ.

Ультразвук з гідрокортизоном на уражену половину обличчя і область соскоподібного відростка.

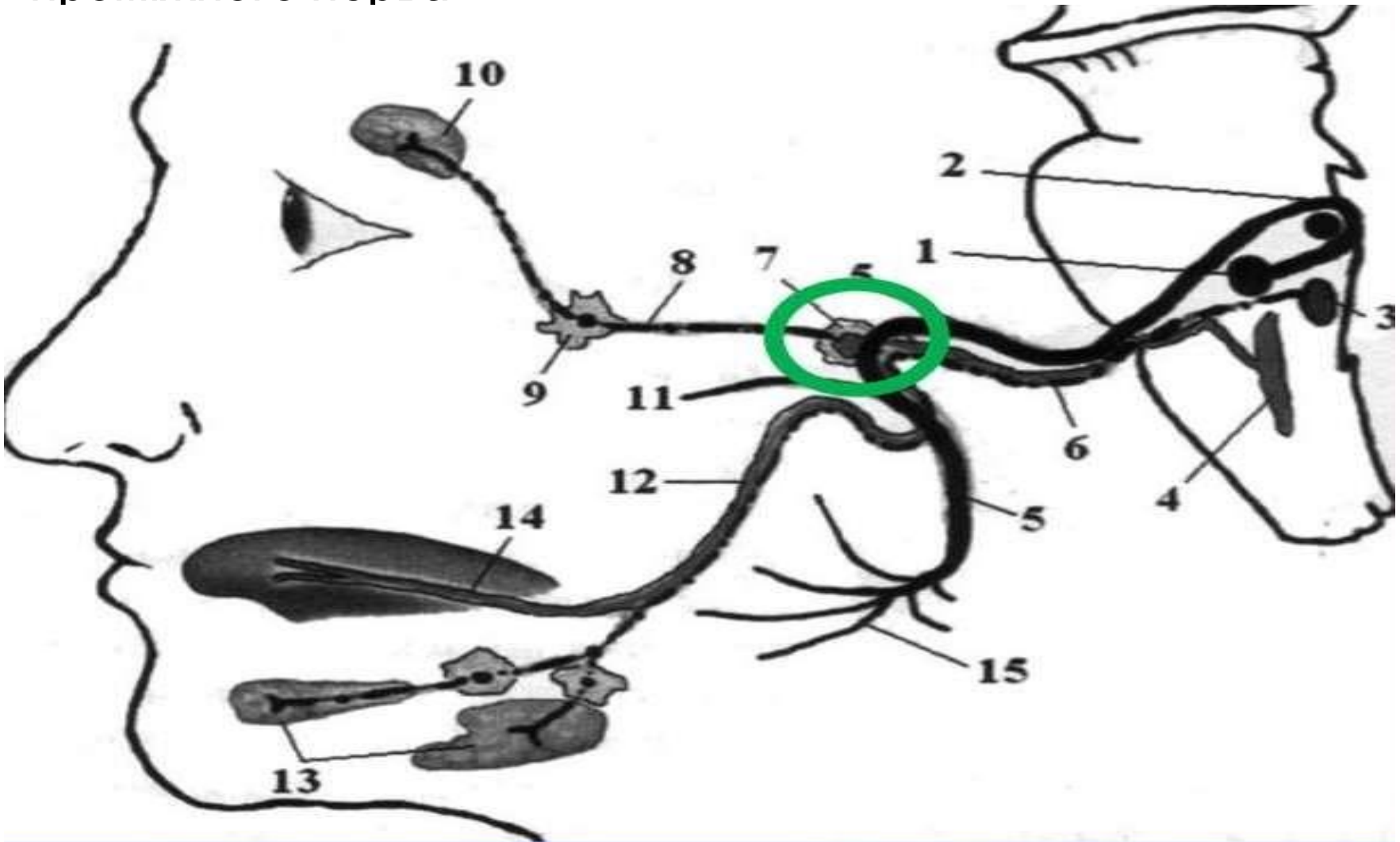
Голкорексфлексотерапія



Синдром вузла колінця

Синдром вузла колінця

Колінчастий вузол- скупчення нейронів у фалопієвому каналі, аксони яких прямують до ЦНС у складі проміжного нерва



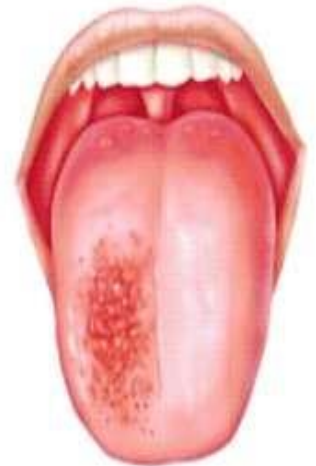
Синдром вузла колінця

Ураження вірусом герпесу вузла
лицевого нерва (синдром
Рамсея Ханта, 1907р)

Зазвичай починається з
загальноінфекційних
симптомів, появи висипу і
бульбашок (навколо вуха і
барабанних перетинок, іноді
на піднебінні чи язиці

Біль у вусі, запаморочення,
сухість очей, зміни смаку

Параліч лицевих м'язів на
тому ж боці обличчя



Синдром вузла колінця

- 1) герпетичний висип без неврологічних проявів;
- 2) герпетичний висип разом із прозопарезом;
- 3) поєднання герпетичного висипу, прозопарезу та порушення слуху;
- 4) усі вищенаведені клінічні ознаки одночасно з вестибулярними порушеннями.

Синдром вузла колінця

Лікування

- Протівірусні засоби:
ацикловір (400 мг 5 р/д),
валацикловір (1 г 3 р/д),
фамацікловір один тиждень
- Кортикостероїди (преднізолон)
- НПЗЗ (знеболюючі засоби)
- Антikonвульсанти
- Вітаміни групи В
- Покращення мікроциркуляції
- Антихолинестеразні препарати



Захворювання систем язикоглоткового і блукаючого нервів

Невралгія язикоглоткового нерва

Причини:

первинна (ідіопатична) і
вторинна:

Тонзиліт, ангіна, грип

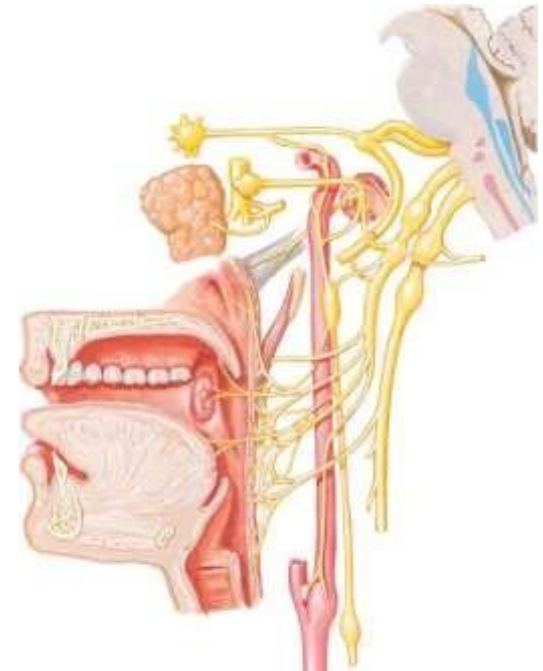
Інтоксикації (тетраетилсвинець)

Пухлина мостомозжечкового кута

Аневризми, звивистість артерій основи мозку

Травма ложа мигдалини надмірно подовженим
шиловидним відростком

Окостеніння шило-під'язикової зв'язки



Невралгія язикоглоткового нерва

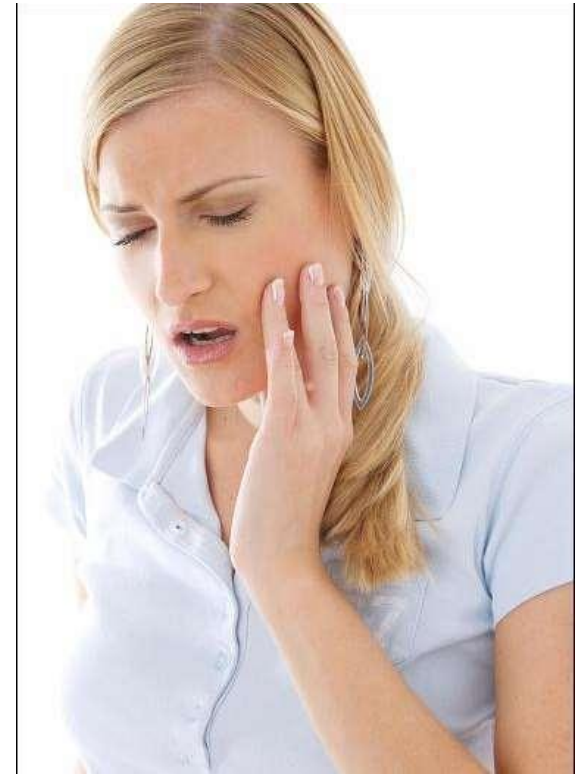
Клініка:

Пароксизмальні однобічні болі в області кореня язика, глотки і м'якого піднебіння при прийомі гарячої, холодної або твердої їжі, розмові, позіханні або кашлі.

Напади тривають 1-3 хв.

Під час нападу хворі скаржаться на сухість у горлі; після нападу з'являється гіперсалівація.

Іноді буває зниження глоткового рефлексу, ослаблення рухливості м'якого піднебіння, гіпергевзія до гіркого в задній третини язика



Невралгія язикоглоткового нерва

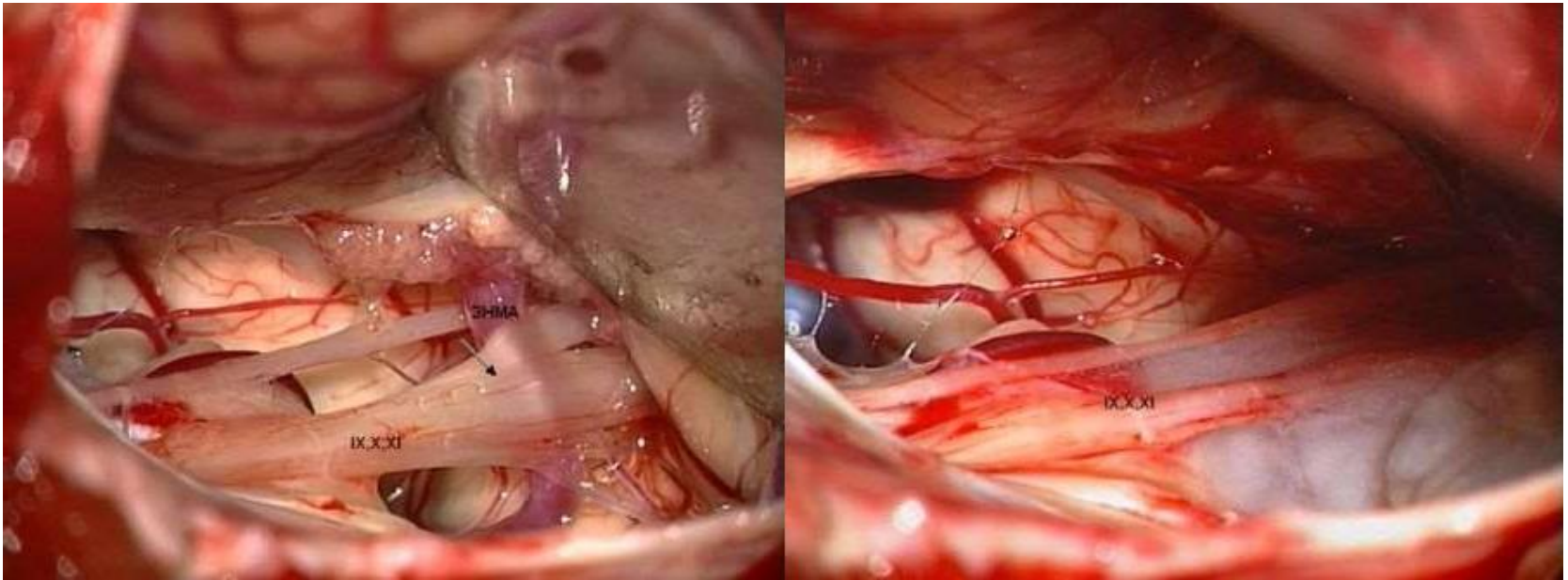
Лікування

- Для усунення больового пароксизму змащують корінь язика і зіву 10 % розчином кокаїну.
- У важких випадках роблять ін'єкції новокаїну (в корінь язика вводять 2-5 мл 1-2% розчину , блокаду новокаїном області розгалуження каротид.
- НПЗЗ.
- ДДТ або СМТна задньо-щелепну область, мигдалини, гортань.
- Нейролептики (аміназин).
- Протиепілептичні (дифенін , финлепсин) .

Невралгія язикоглоткового нерва

Хірургічне лікування

При збільшенні шиловидного відростка проводять його резекцію. При відсутності ефекту вдаються до радікотомії на рівні задньої черепної ямки



Декомпресія язикоглоткового нерва при звитості задньої нижньої мозочкової артерії

Захворювання системи під'язикового нерва

Невропатія під'язикового нерва (рухові розлади м'язів язика)

Причини:

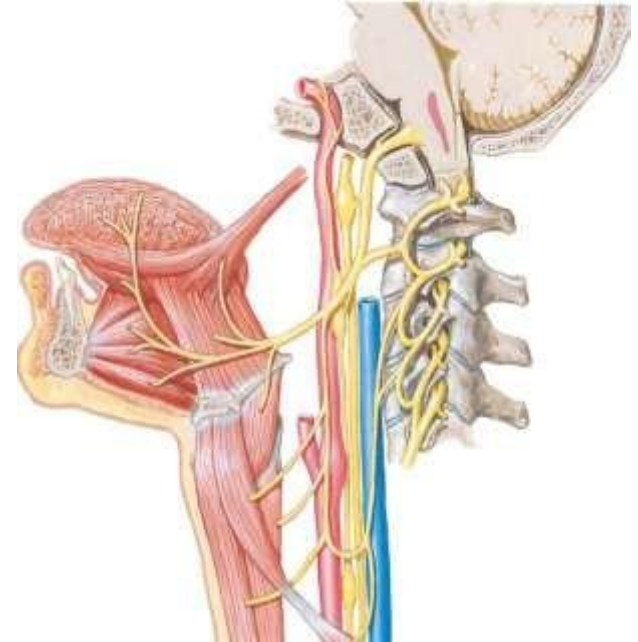
Травми і операції на дні порожнини рота

Камені піднижньощелепної слинної залози

Інтоксикації (алкоголізм)

Пухлини і кісти дна порожнини рота

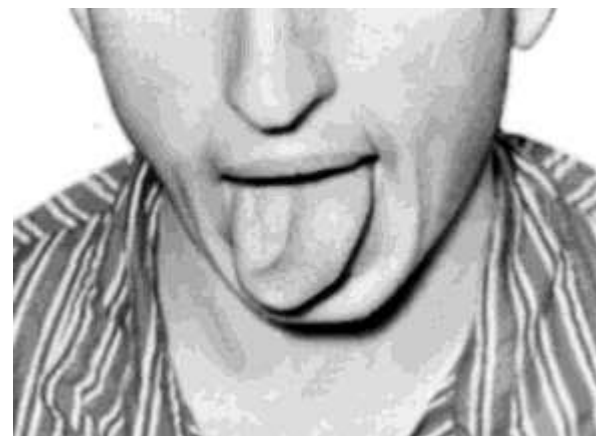
Інфекції (ангіна, туберкульоз, запалення порожнини рота, менінгіт, енцефаліт)



Невропатія під'язикового нерва

Клініка:

- Парез м'язів половини язика
- Язик при висуванні відхиляється у бік парезу
- Атрофія половини язика
- Дизартрія



Невропатія під'язикового нерва

Лікування:

Лікування основного
захворювання

Прозерин 0,05% 1 мл п/ш

Вітаміни B1, B12

УВЧ-терапія

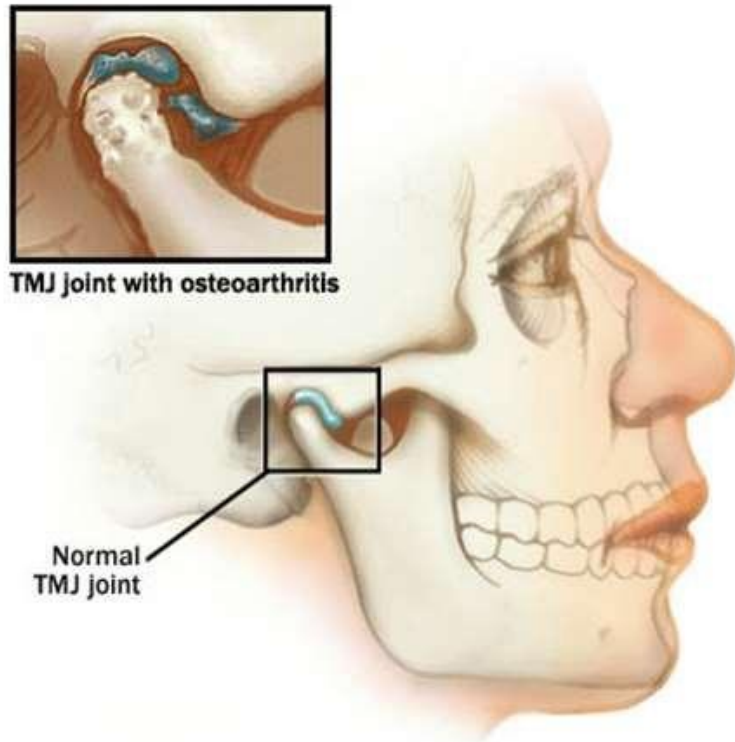


Синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СБД СНЩС)

Синоніми:

- синдром Костена**
- міофасціальний больовий
синдром обличчя.**

СБД СНЩС



Причини:

- Захворювання суглоба (артрит артроз)
- Часткова адентія
- Порушення прикусу або нераціональне протезування

СБД СНЩС

Клініка

- Частіше хворіють жінки після 50
- Напади болю в суглобі з іррадіацією в н/щелепу, шию, горло, за вухо, скроню, половину язика
- Тригерні фактори - будь-яке навантаження на жувальні м'язи
- Об'єктивні зміни в суглобі (клатання при відкриванні рота, біль при пальпації голівки суглоба, порушення прикусу)
- Ущільнення в жувальних м'язах



СБД СНЩС

Лікування

- Рациональне протезування з відновленням нормальної оклюзії
- Зігріваючі компреси на м'язи (спиртово-водний з використанням димексиду)
- Препарати, що сприяють розслабленню м'язів (мідокалм 150-300 мг/доб., сирдалуд 8 мг/доб.)
- Антидепресанти (амітриптилін, флуоксетин)
- Імобілізаційна пов'язка на нижню щелепу з сухим теплом

Геміфаціальний спазм

Геміфаціальний спазм (лицевий геміспазм, фаціальний геміспазм) - захворювання, що проявляється безболісними мимовільними односторонніми тонічними або клонічними скороченнями лицьової мускулатури.



Основна причина - здавлення корінця лицевого нерва в місці його виходу із стовбура головного мозку прилеглою артерією.

Геміфаціальний спазм

Первинний

Здавлення лицевого нерва
артерією
(передня нижня мозочкова,
задня нижня мозочкова,
хребетна або
базилярна)

Вторинний

Об'ємні утворення мосто-
мозочкового кута
Розсіяний склероз
Лакунарний інфаркт в
області мосту
Запальні захворювання
середнього вуха
Деформації кісток черепа
(при хворобі Педжетта)

Геміфаціальний спазм

Приступ геміфаціального спазму починається зі скорочень кругового м'яза ока, потім, поступово прогресуючи, приступ спазму зачіпає всю половину обличчя, частота скорочення м'язів зростає. Клонічні рухи поступово прогресують до стійких тонічних скорочень залучених м'язів.

Пристипи спазму виникають спонтанно або при розмові, провокуються перевтомою, стресом, тривожним станом.



Патогномонічний симптом:
піднімання брови під час
змикання очної щілини

Консервативна терапія

Антиконвульсанти: карбамазепін, клоназепам, габапентин, леветірацетам.

Міорелаксанти: баклофен.

Потрібен постійний прийом медикаментів в досить високих дозах, у всіх цих препаратів виражена седативна побічна дія.

Ботулотоксин типу А (ботокс) вводять в уражені м'язи.

Ін'єкції необхідно виконувати в середньому кожні 3-4 місяці.

Ефективність лікування 70-75%

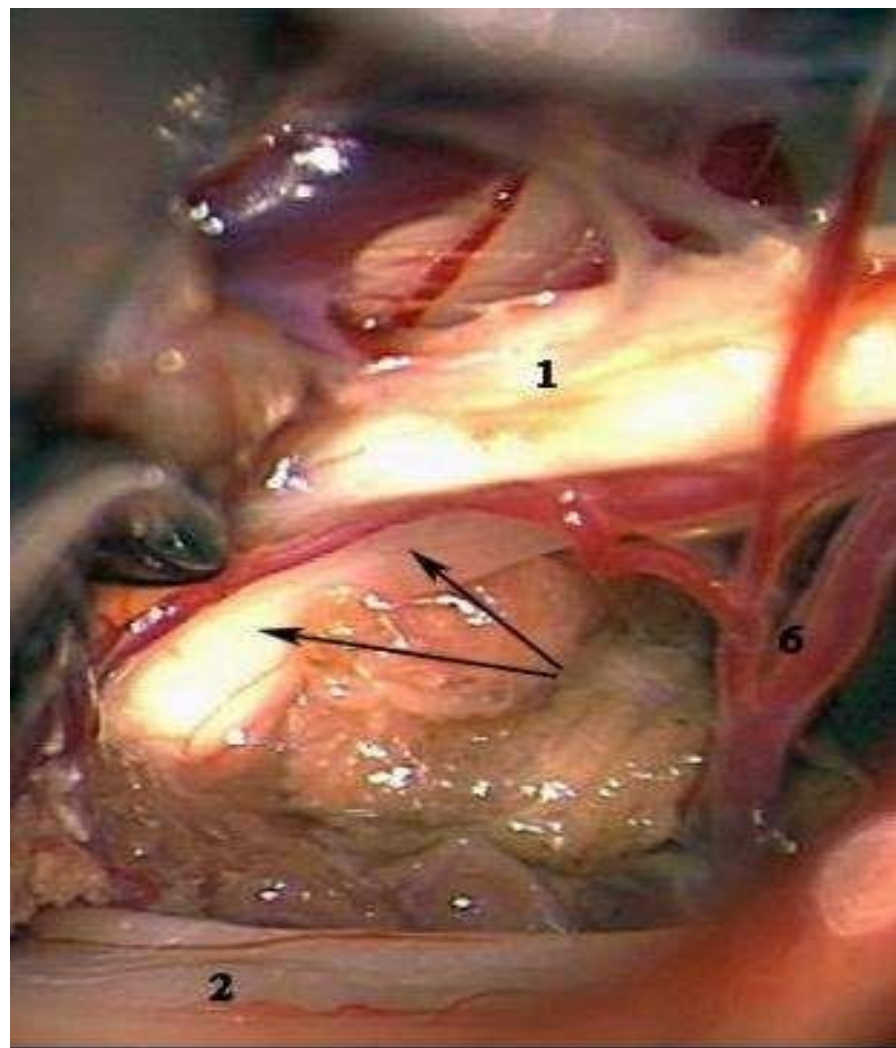


Геміфаціальний спазм

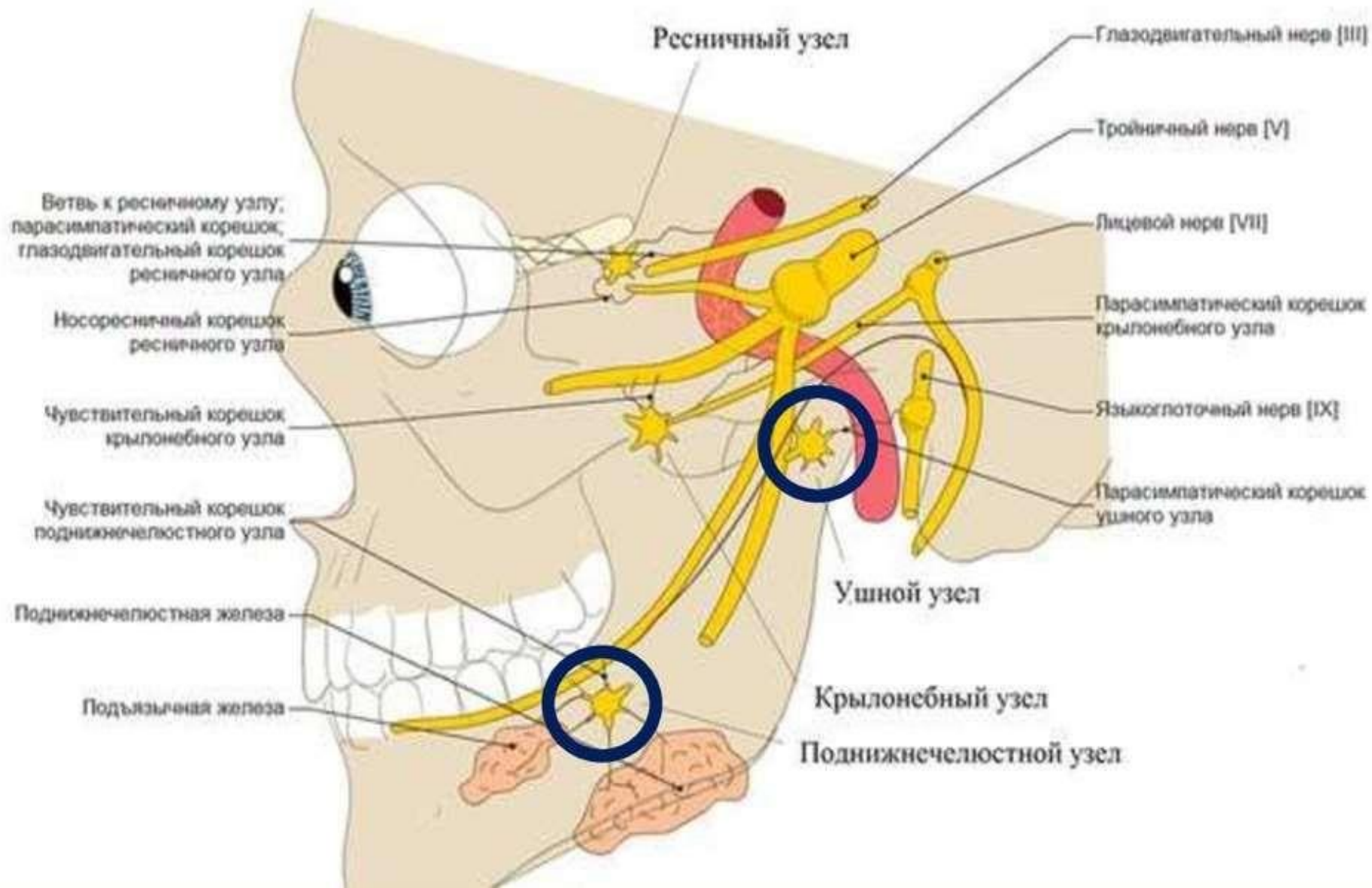
Хірургічне лікування

Мікрovasкулярна декомпресія

Операція полягає в установці протектора (тефлонового) між судиною і нервом, таким чином усувається ланцюг патологічної імпульсації



ГАНГЛІОНІТИ



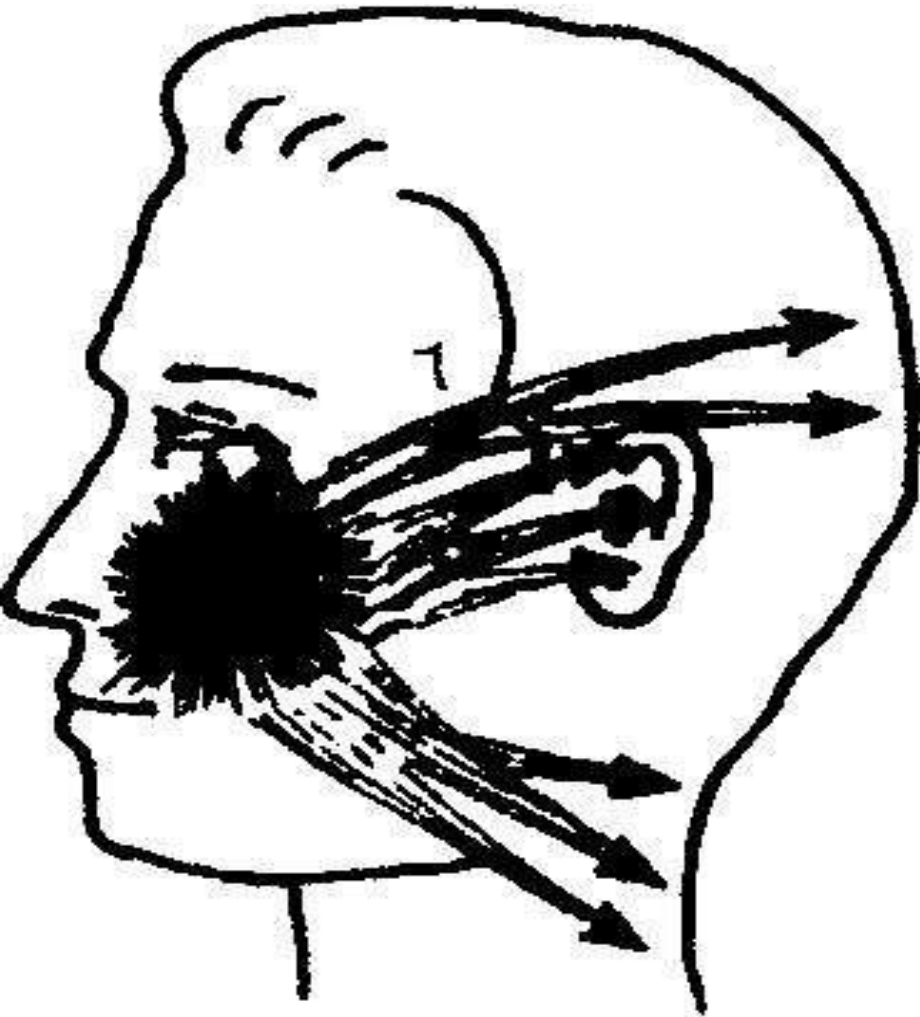
СИНДРОМ СЛЮДЕРА (ГАНГЛІОНІТ КРИЛОПІДНЕБІННОГО ВУЗЛА)

**Найчастіше зустрічається серед
вегетативних гангліонітів**

Етіологія:

- **Хронічні запальні процеси зубо-щелепної системи, параназальних синусів, крилопіднебінної ямки, скронево-нижньощелепного суглоба**
- **Тонзиліт**
- **Ускладнений карієс**
- **Травма**

СИНДРОМ СЛЮДЕРА КЛІНІКА



- Пароксизмальний пекучий, розривний біль високої інтенсивності в половині обличчя
- Біль домінує в автономній зоні іннервації крило-піднебінного вузла: верхній щелепі, твердому піднебінні, очному яблуці, корні носа
- Інколи біль ірадіює в шию, потилицю чи в половину тіла (гемітип)

СИНДРОМ СЛЮДЕРА

КЛІНІКА

- **Характерна ознака - вегетативне забарвлення приступа - «вегетативна буря»:**
- **Почервоніння і набряк обличчя**
- **Сльозотеча**
- **Надмірне виділення секрета з відповідної половини носа**
- **Місцеве підвищення температури**
- **Гіперсалівація (слини інколи буває так багато, що вона майже витікає з порожнини рта, хворі вимушені постійно змінювати рушник)**

СИНДРОМ СЛЮДЕРА КЛІНІКА

- **Характерно нічне виникнення болю.**
- **Тривалість нападу може бути різною - від декількох хвилин до декількох днів.**
- **Захворювання може тривати роками, періодично загострюватися навесні і восени, під час зміни погодних умов, стресів, при зниженні імунітету**

СИНДРОМ СЛЮДЕРА ДІАГНОСТИКА

- **Важливою діагностичною ознакою захворювання є припинення нападу після змазування задніх відділів носової порожнини 0,1% розчином дикаїну з адреналіном.**

СИНДРОМ СЛЮДЕРА

ЛІКУВАННЯ

- **З метою знеболення використовують гангліоблокатори (бензогексоній) під контролем АТ**
- **нейролептики (аміназин), транквілізатори (сибазон по 2 мл внутрішньом'язово 2 рази на день, феназепам або гідазепам по 1 таблетці (20 мг) 2 рази на день), десенсибілізуючі препарати (димедрол по 1 мл внутрішньом'язово 2 рази на день, супрастин, тавегіл по 2 мл внутрішньом'язово)**
- **для зменшення парасимпатичної активності призначають холінолітики (белласпон по 1 таблетці 3 рази на день, спазмолітин по 0,1 г 2 рази на день)**

СИНДРОМ СЛЮДЕРА ЛІКУВАННЯ

- **3 фізіотерапевтичних процедур застосовують фонофорез новокаїну і гідрокортизону на область крилопіднебінного вузла, ендоназальний електрофорез 2% розчину новокаїну, УВЧ-терапію**

СИНДРОМ ОПЕНГЕЙМА (ГАНГЛІОНІТ ВІЙКОВОГО ВУЗЛА)

Етіологія:

**Захворювання параназальних
синусів, очей, вух.**



СИНДРОМ ОПЕНГЕЙМА (КЛІНІКА)

- **Захворювання характеризується больовими пароксизмами в області очного яблука або позаду нього, що супроводжується слъозотечею, гіперемією кон'юнктиви, світлобоязню.**
- **Приступ триває від 30 хв до декількох годин.**
- **При пальпації спостерігається болючість очного яблука.**
- **У зв'язку з тим, що причиною гангліоніта найчастіше буває герпетична інфекція, на шкірі носа і чола з'являється герпетична висипка.**

СИНДРОМ ОПЕНГЕЙМА (ЛІКУВАННЯ)

- **Невідкладна допомога - закапують в око 0,25 % розчин лідокаїну гідрохлориду з додаванням 0,1% розчину адреналіну гідрохлориду (на 10 мл лідокаїну 3-5 крапель адреналіну) по 2 краплі 1 раз на день протягом 5-7 днів.**
- **У разі вираженого больового синдрому - комбінований порошок (дибазол - 0,005 г, тіамін - 0,005 г, нікотинова кислота - 0,03 г, аскорбінова кислота - 0,3 г, глутамінова кислота - 0,3 г, спазмоїтин - 0,1 г). Приймають по 1 порошку 2 рази на день або 2 порошка на ніч.**

При наявності герпетичної висипки доцільно призначити протівірусні препарати (ацикловір, неомідантан) та індуктори інтерферону (циклоферон, аміксин).

Ефективний ціанокобаламін (по 1000 мкг внутрішньом'язово щоденно протягом 10 днів).

З фізіотерапевтичних процедур найбільш ефективні діодинамічні струми, фонофорез новокаїну на ділянку над бровою.

Невралгія носовійкового нерва (синдром Чарліна)

Носовійковий нерв-гілка очноямкового нерва

- напади болю у ділянці очного яблука, брови та половини носа.
- біль виникає ввечері і вночі і супроводжується вираженою слъозотечею, гіперемією, гіперестезією, набуханням слизової оболонки порожнини носа на боці ураження можуть виявлятися зміни у передньому відділі ока у вигляді кератокон'юнктивіту, іридоцикліту.
- особливостями перебігу є ранній початок захворювання (середній вік 38 років), значна тривалість болю, стійкість клінічних проявів, відсутність тригерних ділянок, практично завжди є чіткий зв'язок з етіологічними чинниками.
- під час пальпації внутрішнього кута ока виникає біль.

Невралгія носовійкового нерва (синдром Чарліна)

- Диференціальною ознакою є зникання болю після змазування переднього відділу носової порожнини 5% розчином дикаїну або лідокаїну з додаванням 5 крапель 0,1 % розчину адреналіну (або мезатону, ефедрину, нафтизину).

Невралгія вушно-скроневого нерва (синдром Фрей)

- належить до III гілки трійчастого нерва
- у його складі чутливі та секреторні волокна для вушного ганглія, пов'язаний анастомозами з лицевим та іншими нервами
- частіше починається після перенесених запальних захворювань привушної слинної залози (паротит, актиномікоз тощо) або за наявності різних травм привушної ділянки (у тому числі й післяопераційних).

Невралгія вушно-скроневого нерва (синдром Фрей)

- пароксизмальний больовий синдром з ознаками вегетативної дисфункції під час вживання твердої, пряної, кислої, гострої, солодкої їжі, у разі дії емоційних та фізичних чинників (тютюнопаління, переохолодження або перегрівання організму, стресові стани, функціональні розлади нервової системи).
- біль пекучого, ниючого, розривного характеру локалізується у ділянці скроні, вуха, скронево-нижньощелепного суглоба, інколи іррадіює у нижню щелепу.
- виражені вегетативні реакції: гіперемія шкіри навколо вуха та поява крапель поту у ділянці іннервації вушно-скроневого нерва, підвищення слиновиділення, зміни розміру зіниці на однойменному боці
- наявність стереотипних нападів з яскравими вегетативними проявами.

Невралгія вушно-скроневого нерва (синдром Фрей)

- Диференціальна діагностика больового синдрому від невралгії нижньощелепного нерва, больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба базується на характерному вегетативному забарвленні нападу при синдромі Фрей.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ !

