

МОЗ УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ

ПАРАЛІЧ МІМІЧНОЇ МУСКУЛАТУРИ,
АТРОФІЯ
ОБЛИЧЧЯ. СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ
ПЛАСТИЧНОЇ ТА РЕКОНСТРУКТИВНОЇ
ХІРУРГІЇ. ОСНОВИ ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-
ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ.

Лектор: доцент Локес К.П.

ПЛАН ЛЕКЦІЇ:

1. Актуальність теми.
2. Поняття про нейростоматологію.
3. Принципи протибольового менеджменту.
4. Невралгія трійчастого нерву: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, хірургічні та консервативні методи лікування.
5. Поняття про одонтогенний лицевий біль.
6. Парез і параліч лицевого нерву: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, хірургічні та консервативні методи лікування.
7. Ускладнення та шляхи їх попередження.

НЕЙРОСТОМАТОЛОГІЯ

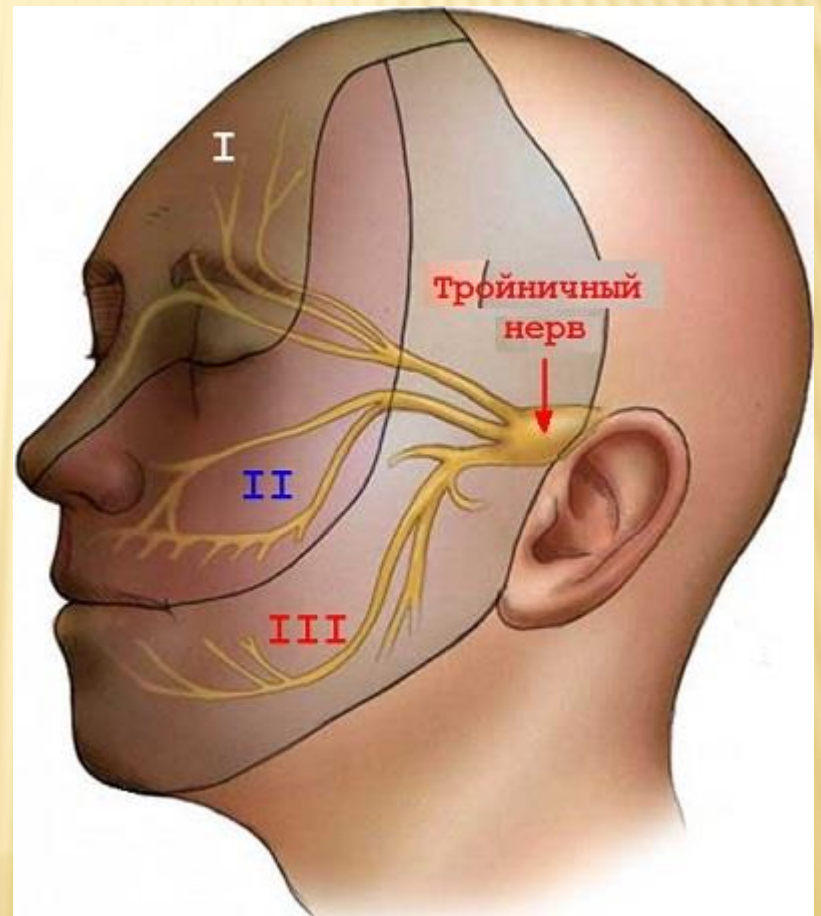
— це розділ медицини, який займається вивченням та лікуванням неврогенної патології ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки.

V – ТРІЙЧАСТИЙ НЕРВ.

Функція - змішаний нерв.

- Забезпечує чутливу інервацію шкіри обличчя, слизової лобних, решітчастих, гайморових порожнин та порожнини рота, твердої мозкової оболонки.
- Рухова функція нерва полягає в забезпеченні діяльності жувальної мускулатури.
- До розгалужень нерва приєднуються симпатичні волокна, які несуть вазомоторні, секреторні та трофічні імпульси.

Чутливі волокна
трійчастого нерва
починаються
від клітин трійчастого
(гассерового) вузла
(g. trigeminus), що
знаходиться на піраміді
скроневої кістки в
дуплікатурі твердої
мозкової оболони.



Всі сенсорні провідники складаються з волокон, що розрізняються між собою ступенем вираженості мієлінової оболонки.

- Волокна типу А (багато мієлінізовані) проводять глибоку і тактильну чутливість;
- Волокна типу В (слабо мієлінізовані) проводять больову і температурну чутливість;
- Волокна типу С (немієлінізовані) проводять нелокалізований, дифузний біль.

ГЕНЕЗ ЛИЦЕВОГО БОЛЮ:

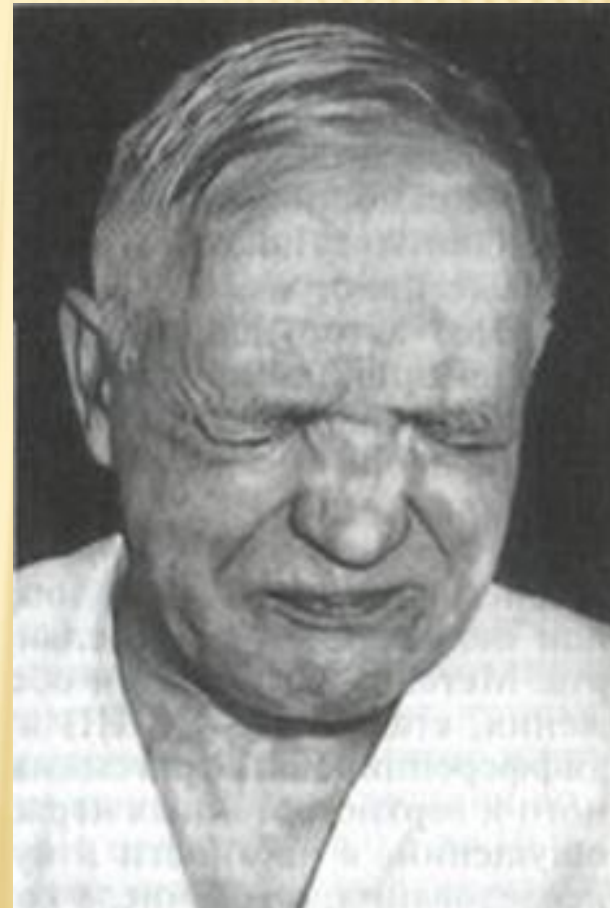
- ✗ Неврогенний:
- ✗ Соматичний:
- ✗ Міогенний:
- ✗ Судинний:
- ✗ Психогенний:

ПРИНЦИПИ ПРОТИБОЛЬОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

- ✗ Усунення джерела болю й відновлення ушкоджених тканин.
- ✗ Гальмування активності ноцицептивної системи.
- ✗ Активація антиноцицептивної системи.
- ✗ Вплив на процеси взаємодії ноцицептивної та антиноцицептивної систем (ворітний контроль болю).
- ✗ Вплив на психоемоційні компоненти болю.

ТРИГЕМІНАЛЬНА НЕВРАЛГІЯ ПЕРЕВАЖНО ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

– КОМПРЕСІЯ КОРІНЦЯ
V НЕРВА В МОСТО-
МОЗОЧКОВОМУ КУТІ
АНОМАЛЬНО
РОЗТАШОВАНОЮ СУДИНОЮ
(АРТЕРІЄЮ АБО ВЕНОЮ),
СУДИННОЮ АНЕВРИЗМОЮ
АБО МАЛЬФОРМАЦІЄЮ,
РІДШЕ ПУХЛИНОЮ
(НЕВРИНОМА СЛУХОВОГО
НЕРВА).



G 50.0. КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА

Тригемінальна тріада:

- ✗ **Больові пароксизми** – больові простріли в зоні іннервації гілок трійчастого нерва, тривалість нападів від секунд до 1-2хв.
- ✗ **Больові тики** – гіперкінези м'язів обличчя (на ЕМГ виявляються завжди)
- ✗ **Тригерні пункти** – на шкірі обличчя частіше в ділянці губ, підборіддя, носа, а також в ротовій порожнині

НЕВРАЛГІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА.

Частіше зустрічається у жінок (співвідношення 3:2) у віці між 40 і 60 роками.

Характеризується короткочасними больовими нападами, які локалізуються в зоні іннервації однієї або декількох гілок трійчастого нерва та зазвичай виходять за межі іннервації ділянки тієї або іншої гілки трійчастого нерва.

Больові пароксизми продовжуються від декількох секунд до декількох хвилин. Припиняються вони раптово, різко обриваючись, і в періоді між нападу болів не буває.

Напад болів нерідко супроводжується вегетативними проявами у вигляді гіперемії особи, слъозотечі, підвищеного слиновиділення і т.д. Виникають рефлекторні скорочення мимічної і жувальної мускулатури.

НЕВРАЛГІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ПЕРЕВАЖНО ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА.

Під час нападу хворий застигає в страждальній позі, боїться ворухнутися.

Наявність тригерів - ділянок, механічне або температурне роздратування яких провокує виникнення больового пароксизму.

Тригери можуть бути одиничними і множинними.



Для розвитку больового пароксизму достатньо роздратування незначної сили.

У хворих може бути декілька зон тригерів.

Наявність зон тригерів надає вплив на психіку пацієнта.

Зазвичай больові пароксизми зустрічаються вранці і вдень, рідко — вночі.



Як правило, болі виникають
в зоні **II** і **III** гілки
трійчастого нерва або в
області обох цих гілок.

Невралгія I гілці
зустрічається у край рідко



При обстеженні хворих зазвичай не виявляють органічної симптоматики. Під час нападу може підвищуватися температура на декілька десятих градуса на стороні больового пароксизму і знижується реографічний індекс.



Болі при невралгії мають різний характер, частіше вони пекучі, такі, що стріляють, рвуть, ріжучі, такі, що колють, «б'ють струмом» і т.д.

Іноді больові напади сліднують один за одним з коротким інтервалом. Так, приблизно у половини хворих больові пароксизми виявляються неповним 5—10 хв, число нападів складає 15—30 в добу.



Необхідно пам'ятати, що у більшості хворих невралгією трійчастого нерва наголошуються різні невротичні розлади — від невротичних реакцій до астеноневротичного синдрому. Частіше розвивається депресивний синдром.



Інтенсивність больового пароксизму неоднакова у різних хворих і навіть у одного і того ж хворого. Приблизно у $\frac{1}{3}$ випадків біль нерізко виражений.



Ремісії виникають в результаті лікування і рідше спонтанно. Тривалість ремісій коливається від декількох місяців до декількох років. Швидко настає ремісія після алкоголізації периферичних гілок трійчастого нерва, а також будь-яких хірургічних втручань на обличчі, проте з кожною подальшою алкоголізацією тривалість ремісії скорочується, а терапевтична ефективність алкоголізації зменшується.



ДВОБІЧНА НЕВРАЛГІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ПЕРЕВАЖНО ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА.

Захворювання зустрічається у жінок в 2 рази частіше, ніж у чоловіків, виникає в основному у віці після 30 років, найчастіше — від 40 до 50 років, причому у чоловіків хвороба виникає в молодшому віці.

Як правило, болі починаються на одній стороні, а через якийсь час з'являються і на іншій.

ДВОБІЧНА НЕВРАЛГІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ПЕРЕВАЖНО ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА.

Пароксизми болю зазвичай з'являються поперемінно на різних сторонах обличчя. Лише у окремих хворих наголошується одночасний розвиток пароксизму з обох боків, але все таки з переважанням на якій-небудь з них. Однакової частоти і інтенсивності з обох боків вони досягають тільки у поодиноких хворих.

НЕВРАЛГІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ПЕРЕФЕРІЙНОГО ГЕНЕЗА.

Першочергово біль виникає в ділянці локалізації первинного патологічного процесу.

Тригемінальній невралгії часто передують тривалі больові відчуття.

Больовий синдром, нападopodobно підсилюючись, триває довго, поступово зменшуючись.

У випадках “невралгії трійчастого нерва”, коли:

- ✗ Хворий молодший за 40 років.
- ✗ При неврологічному обстеженні виявляється додаткова симптоматика.
- ✗ Больовий синдром змінив свій характер протягом останнього часу.

Треба призначити МРТ голови з детальним дослідженням задньої черепної ямки, щоб виключити розсіяний склероз або пухлину.

G 50.0. ЛІКУВАННЯ

- ✗ **Блокатори натрієвих каналів:**

Carbamazepine старт 100мг х 2-3р/д до 300мг х 5р/д;

Phenytoin (Dilantin) 100мг х 2р/д до 100мг х 4р/д;

Lamotrigine (Lamictal) 25мг х 2р/д до 200мг х 2р/д.

- ✗ **ГАМК-ергічні:**

Gabapentin (Нейралгін) 300мг х 3р/д до 900мг х 4р/д;

Baclofen (Lioresal) 10мг х 2р/д до 20мг х 4р/д;

Clonazepam 0,5мг х 2р/д до 2мг х 4р/д.

- ✗ **Антидепресанти:**

- ✗ ***Amitriptyline* 25-150мг/добу** (активація моноамінергічних механізмів антиноцицепції).

- ✗ **В резистентних випадках** вдаються до радіочастотної терморізотомії або мікроваскулярної декомпресії корінця трійчастого нерва.

G 50.8. НЕВРОПАТІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ТА ЙОГО ГІЛОК

– НА ВІДМІНУ ВІД НЕВРАЛГІЇ СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ МІЄЛІНОПАТІЄЮ, АКСОНОПАТІЄЮ АБО СУДИННИМИ ПОРУШЕННЯМИ СТОВБУРА НЕРВА. ЯК РЕЗУЛЬТАТ ВИНИКАЮТЬ НЕВРАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ, МОТОРНО-РЕФЛЕКТОРНІ ТА ВЕГЕТАТИВНО-ТРОФІЧНІ РОЗЛАДИ. БІЛЬ ТУПИЙ І ПОСТІЙНИЙ, ЧАСТО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ПАРЕСТЕЗІЯМИ І ВІДЧУТТЯМ ЗАТЕРПЛОСТІ.

НАЙЧАСТІШІ ПРИЧИНИ ТРАВМАТИЧНИХ НЕВРОПАТІЙ ГІЛОК ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА

- ✗ стоматологічні маніпуляції з ускладненнями (травматичне видалення зубів, проштовхування пломбувального матеріалу за верхівку кореня, травмування нервів під час анастезії та щелепно-лицевих операцій);
- ✗ травма щелепно-лицевої ділянки із залученням нерва;
- ✗ операції на приносових пазухах та підочноямковому каналі.

G 50.8. КЛІНІЧНІ ФОРМИ:

- ✗ Невропатія нижнього альвеолярного нерва.
- ✗ Невропатія підборідного нерва.
- ✗ Невропатія щічного нерва.
- ✗ Невропатія язикового нерва.
- ✗ Невропатія верхнього альвеолярного нерва.

Найчастіше травмується
нижньоальвеолярний нерв при
екстракції третього моляра,
підборідний – екстракція другого
премоляра.

Гострі токсико-травматичні невропатії під час стоматологічних маніпуляцій.

Клініка: Дуже сильний біль і затерпання.

Заходи невідкладної допомоги

1. негайно припинити введення
пломбувального матеріалу або іншу
маніпуляцію.

2. Для декомпресії нерва: преднізолону 40мг
+ еуфіліну 2,4% - 5,0 + глюкози 40% - 20,0
внутрішньовенно, димедролу 1% - 1,0 та
лазиксу 2,0 внутрішньомязово.

ПОСТГЕРПЕТИЧНА ТРИГЕМІНАЛЬНА НЕВРАЛГІЯ

– ЦЕ ЛИЦЕВИЙ БІЛЬ НЕВРОПАТИЧНОГО ТИПУ, КОТРИЙ
ПРОДОВЖУЄТЬСЯ БІЛЬШЕ
З МІСЯЦІВ ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ГЕРПЕТИЧНИХ ВИСИПАНЬ.

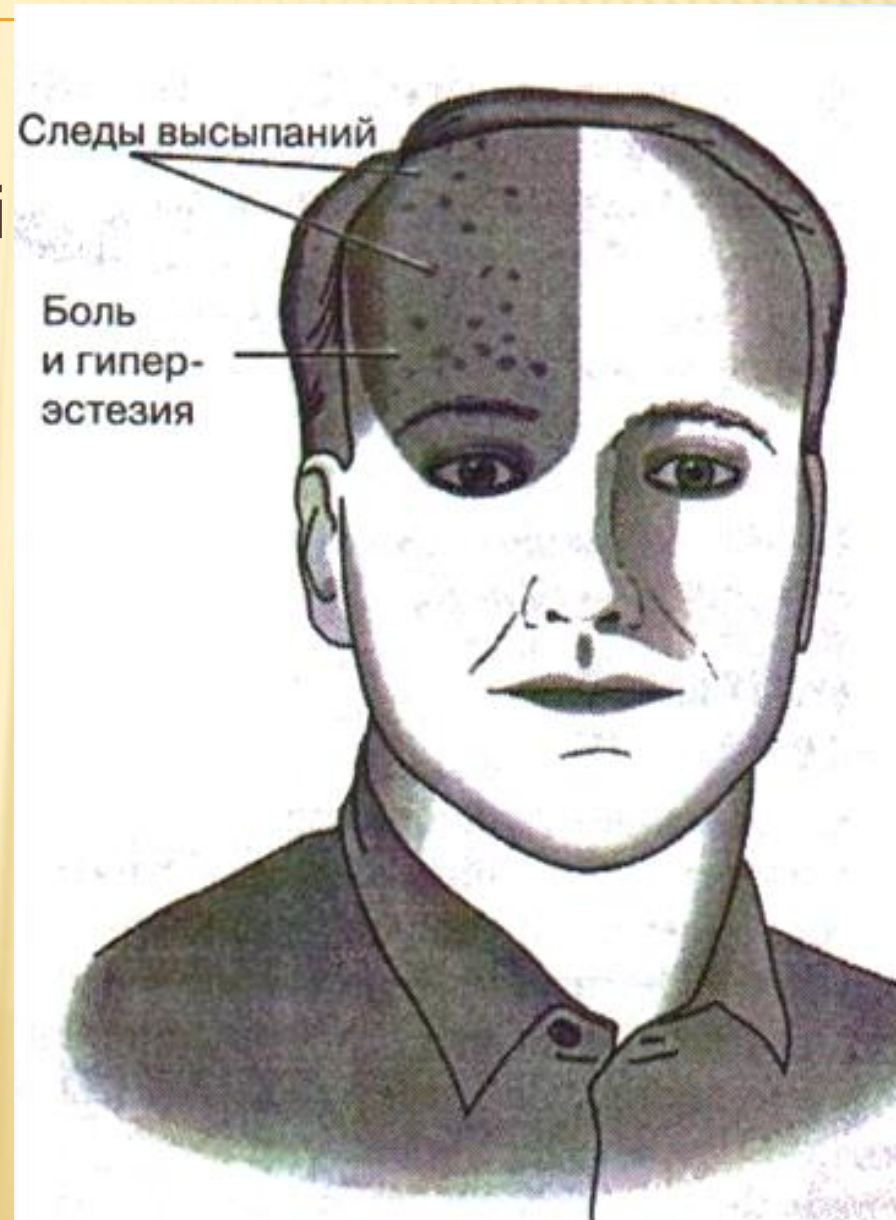
ЗАГАЛОМ ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО HERPES
ZOSTER – 9-14%,
У ХВОРИХ СТАРШЕ 70 РОКІВ – 70%.

**У РАЗІ ГЕРПЕТИЧНОГО ГАНГЛІОНЕВРИТУ
ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА, ЯК ПРАВИЛО,
УРАЖУЄТЬСЯ ПЕРША ГІЛКА.**

Така вибірковість пояснюється тим, що у людини трійчастий нерв утворився в результаті злиття двох нервів тварин – *n.ophthalmicus profundus* і *n.maxillomandibularis*. Тому у людини трійчастий вузол часто буває подвійним.

G 53.0. КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА

- ✗ Біль у зоні ураження певної гілки V нерва
- ✗ Порушення чутливості
- ✗ Зниження рефлексів (рогівковий, надбрівний)
- ✗ Вегетативно-трофічні розлади (ангіотрофоалгічний синдром)
- ✗ Можуть утворюватись ерозії рогівки за рахунок порушення мигального рефлексу



G 53.0. ЛІКУВАННЯ

- ✗ В гострому періоді показаний **Acyclovir** 800мг х 5р/д протягом 7-10 днів. Це може запобігти розвитку постгерпетичної невралгії.
- ✗ **Антиконвульсанти:** **Carbamazepine** старт 100мг х 2-3р/д до 300мг х 5р/д; **Phenytoin** 100мг х 2р/д до 100мг х 4р/д.
- ✗ ГАМК-ергічні: **Gabapentin (Нейралгін)** старт 300мг х 3р/д до 900мг х 4р/д.
- ✗ Антидепресанти: **Amitriptyline** 25-150мг/добу (активація моноамінергічних механізмів антиноцицепції).
- ✗ Аплікації локальних анестетиків: 2,5% **Lidocaine** мазь тощо.
- ✗ Крем з **Capsaicin** (виснаження запасів субстанції Р в сенсорних волокнах).
- ✗ В резистентних випадках вдаються до щотижневого ендолюмбального введення метилпреднізолону.

ОДОНТОГЕННИЙ ЛИЦЕВИЙ БІЛЬ – ТОБТО ОБУМОВЛЕНИЙ ПАТОЛОГІЄЮ ЗУБО-ЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ

Якщо виключені діагнози “**G 50.1.** Атипова невралгія трійчастого нерва” або “**G 50.8.** Невропатія трійчастого нерва та його гілок”, мова йде про **СИМПТОМАТИЧНИЙ ОДОНТОГЕННИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ**

NB! Завдяки багатству іннервації зубів, участі соматичних і вегетативних волокон, зубний біль один з найбільш тяжких і нестерпних.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННОЇ ПРОЗОПАЛГІЇ

- ✗ Тригемінальна тріада відсутня.
- ✗ Постійний біль, часто пульсівний, продовжується годинами, провокується температурними подразненнями, переходом в горизонтальне положення, настанням ночі. Больові напади не обриваються, а стихають поступово.
- ✗ У більшості випадків хворі вказують місце, з якого біль поширюється.
- ✗ Зміна характеру болю залежно від загострення патологічного процесу в зубо-щелепній системі.
- ✗ Відсутність ефекту від антиконвульсантів.

М 79.1. МІОФАСЦІАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ОБЛИЧЧЯ

(Больова дисфункція скронево-
нижньощелепного суглоба, синдром
Костена, arthralgia mandibularis)

– проявляється ниючим одностороннім болем в
привушно-жувальній ділянці, підсилюється під час
жування, відкривання рота, може іррадіювати у
вухо, скроневу, підщелепну ділянку, шию.

JAMES COSTEN (АМЕРИКАНСЬКИЙ ЛОР-ЛІКАР) ВВАЖАВ, ЩО ЦЕ АРТРАЛГІЧНИЙ І НЕВРАЛГІЧНИЙ СИНДРОМ (ARTRALGIA MANDIBULARIS) ВНАСЛІДОК НЕПРАВИЛЬНОГО ПРИКУСУ. ПІЗНІШЕ БУЛА ПІДТВЕРДЖЕНА ПРИЧИНА ЦІЄЇ ПАТОЛОГІЇ, АЛЕ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ВІЯВИВСЯ М'ЯЗОВОГО ПОХОДЖЕННЯ. НА БОЦІ ПЕРЕДЧАСНОГО КОНТАКТУ ЗУБІВ ВРАЖАЮТЬСЯ КРИЛОПОДІБНІ М'ЯЗИ, А НА ПРОТИЛЕЖНОМУ – ЖУВАЛЬНИЙ І СКРОНЕВИЙ.

М 79.1. ДІАГНОСТИКА

- ✗ Локалізація болю залежить від уражених м'язів.
- ✗ Біль підсилюється при рухах нижньої щелепи.
- ✗ Відкривання рота обмежене, хоча сам хворий про це може і не знати (трьохфаланговий тест)
- ✗ При пальпації жувальних м'язів виявляються МФТП, які дають локальний біль, судомну реакцію (тризм), а також типовий відбитий біль.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ІНАКТИВАЦІЇ МФТП

- ✗ Кріотерапія + розтягування м'яза
- ✗ Ін'єкція анестетика + розтягування м'яза
- ✗ Ішемічна компресія
- ✗ Лінійно-точковий масаж
- ✗ ПІРМ
- ✗ Акупунктура
- ✗ Ультрасонопунктура

М 31.6. СКРОНЕВИЙ (ГІГАНТОКЛІТИННИЙ) АРТЕРІІТ

– ЦЕ СИСТЕМНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКЕ ВИНΙΚАЄ У СТАРШОМУ ВІЦІ ТА ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ ЗАПАЛЬНИМИ ІНФІЛЬТРАТАМИ З ЛІМФОЦИТІВ І ГІГАНТСЬКИХ КЛІТИН В СТІНКАХ АРТЕРІЙ ГОЛОВИ. ЯК РЕЗУЛЬТАТ МОЖЕ ВИНΙΚАТИ ЇХ СТЕНОЗУВАННЯ АБО НАВІТЬ ОКЛЮЗІЯ.

М 31.6. КЛІНІКА

- ✗ Варіабельність клінічних проявів: швидка стомлюваність, зниження апетиту, підвищення температури тіла, міалгії, артралгії тощо.
- ✗ Можливий біль у скроневій ділянці.
- ✗ Погіршення зору.
- ✗ Часто єдина скарга – біль під час жування (pain on mastication) – це ішемічний біль жувальних м'язів за типом “переміжної кульгавості”.

-
- ✗ Найбільш небезпечні ускладнення:
 - сліпота (ураження *a.ophthalmica*);
 - інсульт.

Виникають в 10-40% нелікованих випадків.

М 31.6. КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ

- ✗ Дебют хвороби у віці 50 років і старше.
- ✗ Локалізований головний біль іншого характеру ніж той, що був раніше.
- ✗ Аномальна скронева артерія:
болюча, звивиста, ущільнена,
пульсація знижена.
- ✗ ШОЕ ≥ 50 мм/год.
- ✗ Діагноз повинен підтверджуватись
біопсією скроневої артерії.

М 31.6. ЛІКУВАННЯ

- ✗ Для попередження втрати зору негайно призначають великі дози кортикостероїдів:
преднізолон 60мг/добу протягом в середньому 4 тижнів з поступовим зменшенням до 5-10мг/добу.

F 45.4. АТИПОВИЙ (ПСИХОГЕННИЙ) ЛИЦЕВИЙ БІЛЬ

**– ЦЕ РІЗНОВИД ПСИХОГЕННОГО БОЛЮ,
У РАЗІ ЯКОГО ВІДСУТНІ ПЕРИФЕРИЧНІ
МЕХАНІЗМИ ЙОГО РЕАЛІЗАЦІЇ,
ОСНОВНЕ ЗНАЧЕННЯ НАБУВАЮТЬ
ЦЕНТРАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ БОЛЮ, КОТРІ
ТІСНО ПОВ'ЯЗАНІ З ДЕПРЕСІЄЮ.**

**ДЕПРЕСІЯ МОЖЕ БУТИ ЯК
НЕВРОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ, ТАК І ПРИ
ЕНДОГЕННІЙ ПСИХІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ.**

F 45.4. ПАТОГЕНЕЗ

Остаточно не з'ясований. Припускають, що депресія обумовлює зниження активності антиноцицептивних систем мозку за рахунок змін нейротрансмітерної регуляції в ЦНС.

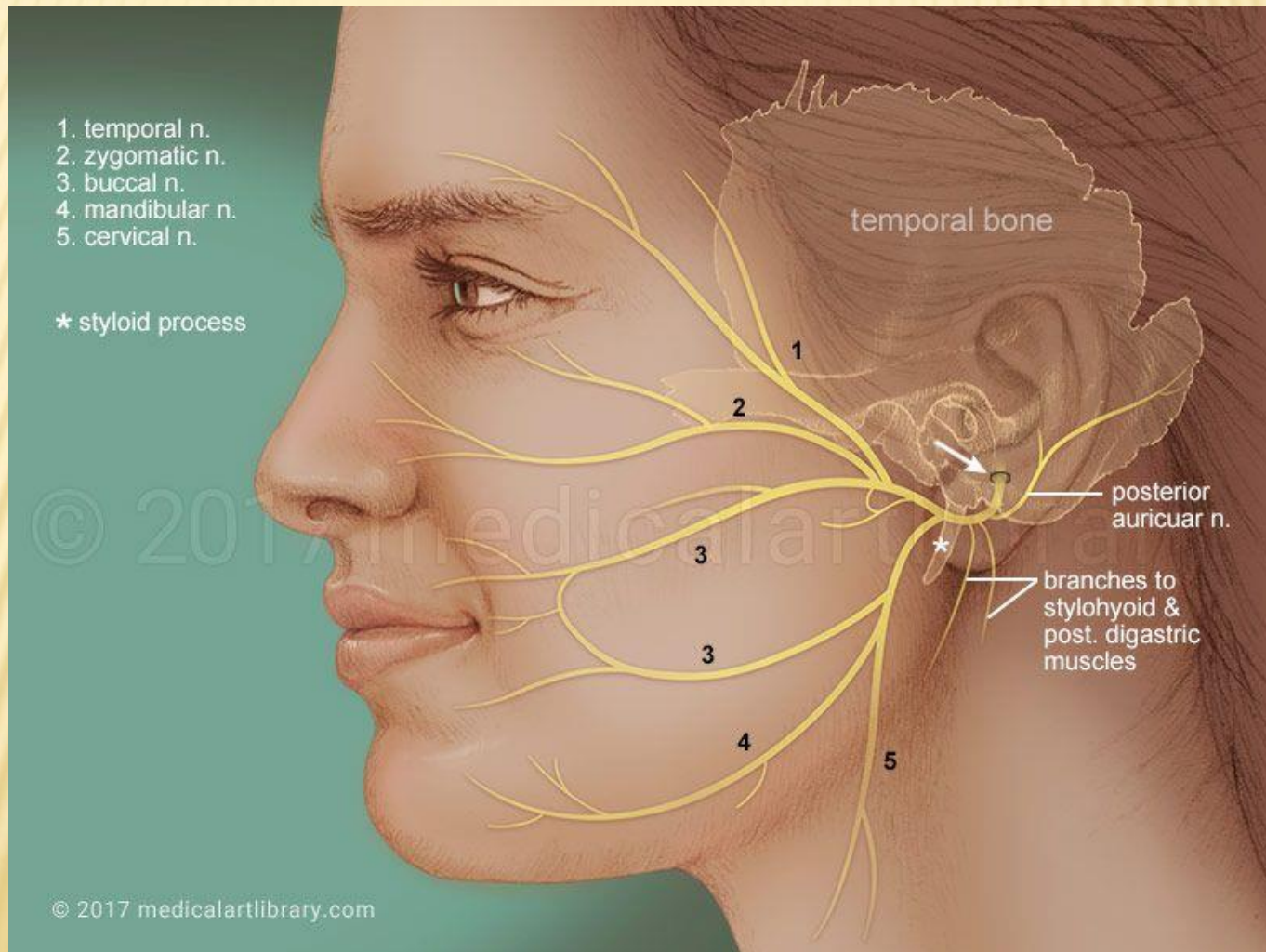
ґ 45.4. КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ.

- ✗ Відсутні клінічні прояви характерні для інших видів прозопалгій (тригемінальна тріада, порушення чутливості, міофасціальні, судинні розлади тощо).
- ✗ Невідповідність ділянок болю анатомічним зонам іннервації.
- ✗ Незвичайність скарг і примхливість характеру болю.
- ✗ Виражені емоційні прояви, особливо депресивної спрямованості.
- ✗ Фіксація на неприємних і больових відчуттях.

ґ 45.4. ЛІКУВАННЯ

- ✕ Психотерапія.
- ✕ Антидепресанти.

VII – ЛИЦЕВИЙ НЕРВ

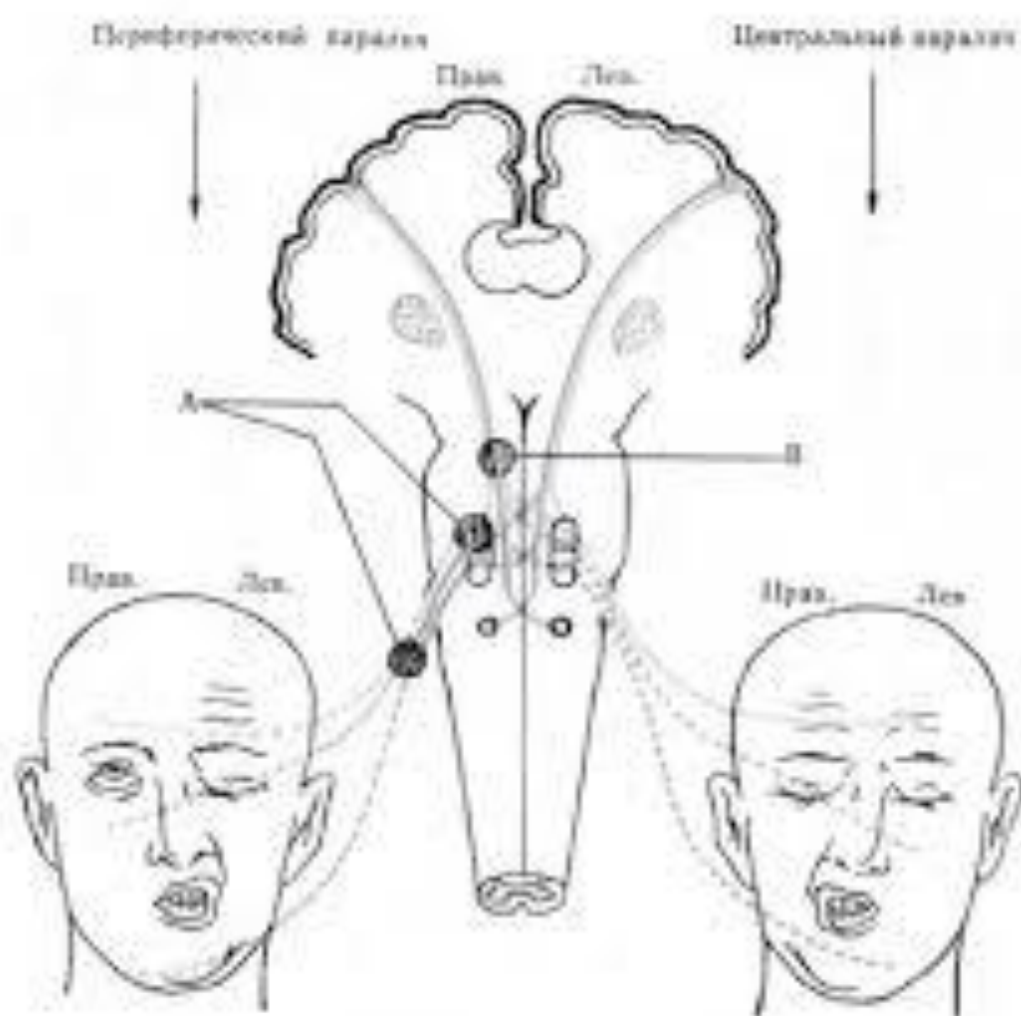


ФУНКЦІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ

- ✗ Нерв є змішаним,
- ✗ складається з чутливих, парасимпатичних і рухових волокон.

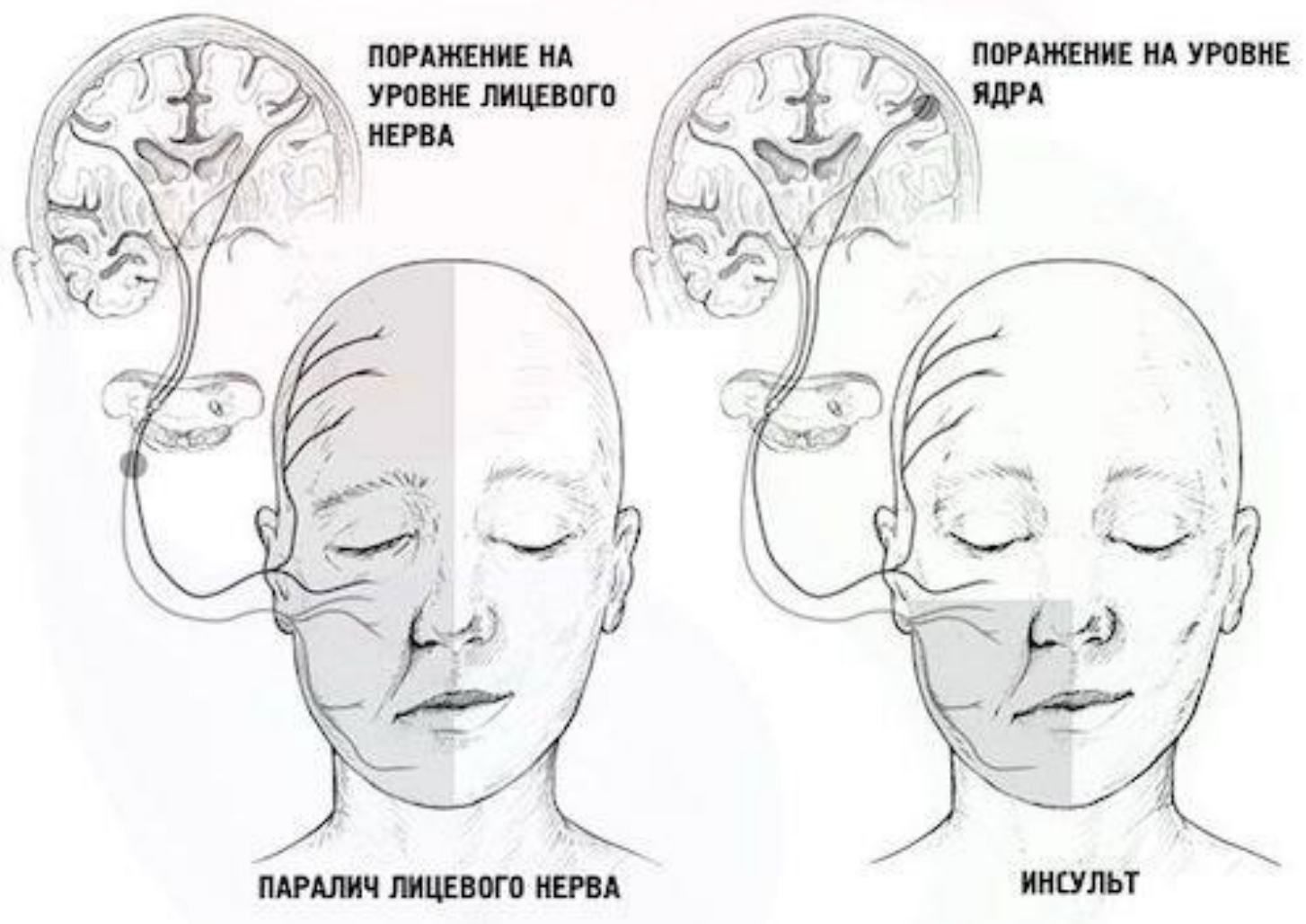
Парез — це зниження м'язової сили з обмеженням обсягу довільних рухів.

Параліч — це повна нездатність до виконання рухів.



ЧАСТОТА УРАЖЕНЬ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

- ✗ Параліч Белла 53%
- ✗ Перелом основи черепа 21 %
- ✗ Герпетична інфекція 8%
- ✗ Пухлини 7%
- ✗ Інфекційні ураження 4%
- ✗ Перинатальні патологія 3%
- ✗ Лицевий геміспазм 2%
- ✗ Захворювання ЦНС 1%
- ✗ Інші причини 2%



СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ

- ✗ - гостра стадія – до двох тижнів
- ✗ - підгострий період – до чотирьох тижнів
- ✗ - хронічна стадія – більше 4 тижнів.

СИМПТОМИ ПАРАЛІЧУ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

- ✗ Гострий початок, з різким погіршенням стану.
- ✗ Перші ознаки можна виявити ще на початковій стадії паралічу, за 1-2 доби до візуальних проявів. Це можуть бути такі симптоми:
 - ✗ Болісність за вушної раковиною, що іррадіює в потиличну ділянку
 - ✗ Біль в оці з боку ураження
 - ✗ Перші ознаки пов'язані з наростаючим набряком нервового стовбура і його поступовим стисненням.

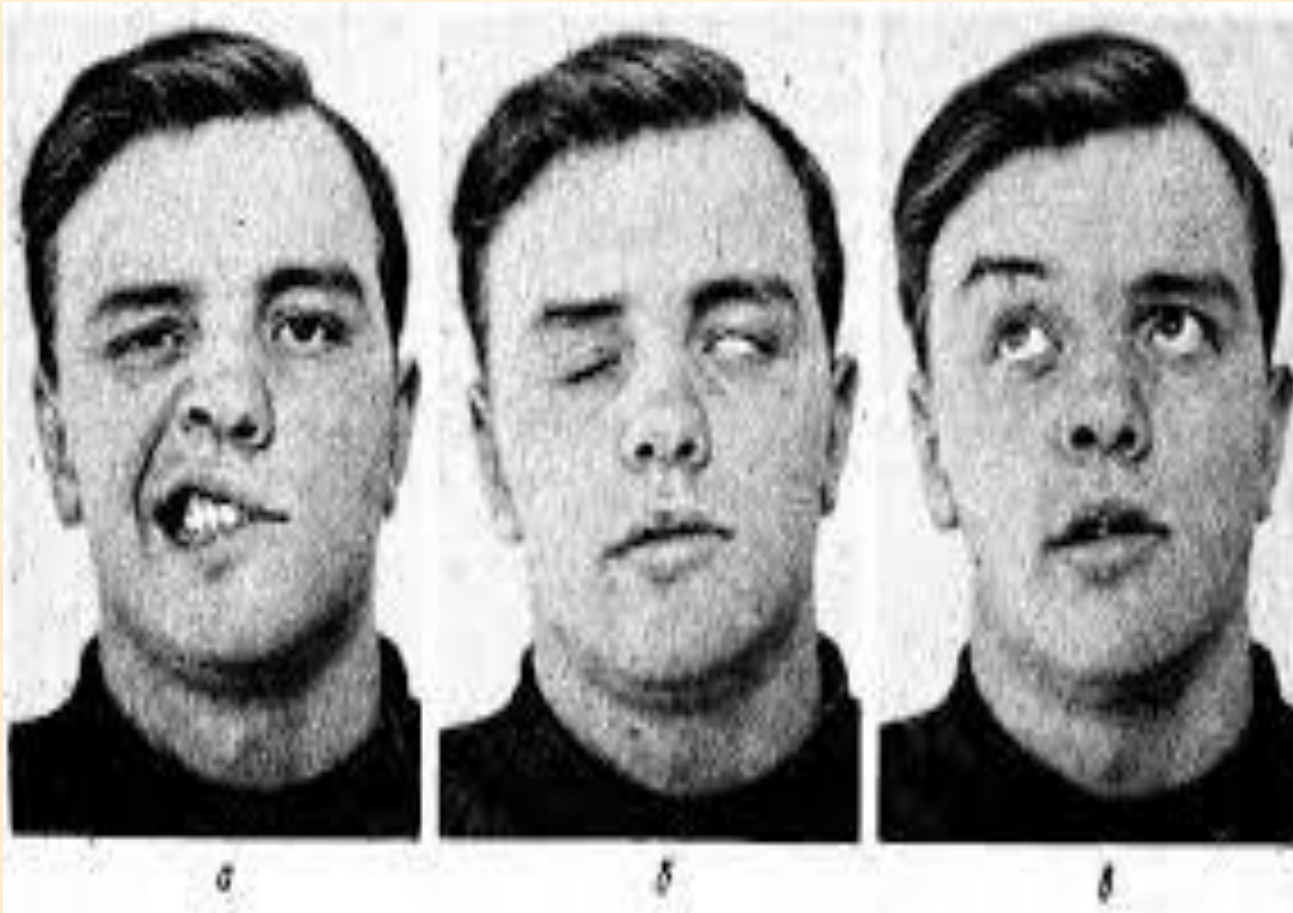
- ✗ - згладжена шкірних складок на ураженій стороні особи, опущений кут рота
- ✗ - здуття щоки («симптом вітрила») при видиху і розмові на боці ураження
- ✗ - хворий не може підняти брову, наморщити лоб, заплющити очей, надути щоку, свиснути, при оскаліванні зубів ротова щілину перетягує в здорову сторону



- при зажмуріванні повіки не замикаються повністю, а в результаті того, що очне яблуко відводиться догори (феномен Белла), залишається видна біла смужка склери (лагофтальм).
- може бути невиразною мова
- у великої частини хворих відзначається біль в привушно-жувальній ділянці.



Параліч гілок лівого лицевого нерва



ДОДАТКОВІ СИМПТОМИ УРАЖЕННЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ

- ксерофтальмія;
- слъозотеча;
- гіперакузія (посилене сприйняття звуків на ураженому боці);
- зниження смаку на передніх 2 \ 3 язика.

ШКАЛА ХАУС-БРААКМАНА

ступінь	функція	клінічна картина
1	норма	нормальна функція усіх гілок
2	легка дисфункція	а) легка слабкість, що виявляється при детальному обстеженні, можуть відзначатися незначні сінкінезії б) симетричне обличчя в спокої. в) рухи: 1) лоб - незначні помірні рухи, 2) очі - повністю закриваються із зусиллям, 3) рот - незначна асиметрія
3	помірна Дисфункція	а) очевидна, але не спотворююча асиметрія. Виявляється, але не виражена синкинезия б) рухи: 1) лоб - незначні помірні рухи, 2) очі - повністю закриваються із зусиллям, 3) рот - легка слабкість при максимальному зусиллі
4	середня Дисфункція	а) очевидна слабкість і / або спотворююча асиметрія б) рухи: 1) лоб - рухи відсутні, 2) очі - в повному обсязі закриваються, 3) рот - асиметрія при максимальному зусиллі
5	Важка дисфункція	а) ледь помітні рухи лицевої мускулатури б) обличчя в спокої асиметричне в) рухи: 1) лоб - рухи відсутні 2) очі - в повному обсязі не закриваються
6	тотальний параліч	Немає рухів

УСКЛАДНЕННЯ:

- ✗ М'язова атрофія
- ✗ Стоншення і слабкість м'язів внаслідок тривалої дисфункції і порушення трофіки тканин. Даний процес вважається незворотним, атрофовані м'язи не відновлюються
- ✗ Мімічні контрактури
- ✗ Втрата еластичності м'язів з ураженої сторони, м'язові спазми, спастичний укорочення м'язових волокон.
- ✗ Тік лицьових м'язів
- ✗ Сінкінезії - виникають в результаті порушення ізоляції біострумів в нервовому стовбурі.
- ✗ Запалення кон'юнктиви або рогівки ока

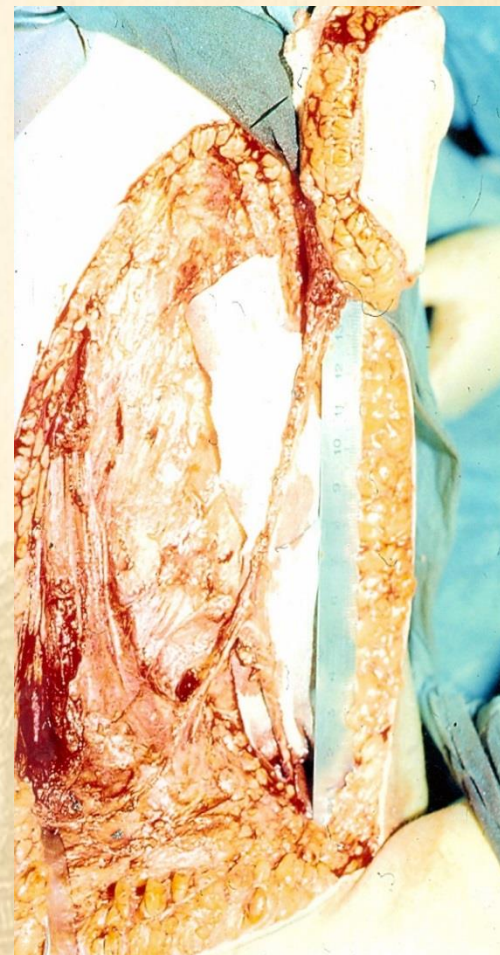
ПРОГНОЗ ТА УСКЛАДНЕННЯ

- ✖ При паралічі Белла повне спонтанне відновлення відбувається приблизно в 60-70% випадків.
- ✖ Відновлення відсутня лише в 3% випадків.
- ✖ В інших випадках відновлення буває частковим.
- ✖ Несприятливими прогностичними факторами є гіперакузія, сухість ока, похилий вік, наявність цукрового діабету та артеріальної гіпертензії, груба м'язова атонія з вираженою асиметрією особи.

Клінічний випадок



КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК (ПРОДОВЖЕННЯ)



ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ ЛЕКЦІЇ

1. Які основні завдання стоять перед сучасною нейростоматологією?
2. Які переваги та недоліки основних методик протиболевого менеджменту?
3. Які особливості хірургічного лікування невралгії трійчастого нерву?
4. Які особливості проведення динамічної та статичної підтяжки шкіри при лікуванні паралічів лицевого нерву?
5. Які ускладнення можливі під час та після проведення оперативного втручання з приводу лікування паралічу лицевого нерву?

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!