



БОФЕН 600 - потужно проти болю!

Склад: діюча речовина: ібупрофен; 1 таблетка містить ібупрофену 600 мг. **Лікарська форма:** таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група:** нестероїдні протизапальні і протиревматичні засоби. Похідні пропіонової кислоти. Код АТХ M01A E01. **Показання:** ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт (включаючи ювенільний ревматоїдний артрит або хворобу Стілла), остеоартрит та інші неревматоїдні (серонегативні) артропатії. Несуглобові ревматичні та періартикулярні ураження, такі як плечолопатковий періартрит (капсуліт), бурсит, тендиніт, тендосиновіт та біль у нижній частині спини; пошкодження м'яких тканин, наприклад розтягнення та напруження зв'язок. Для полегшення болю помірного та середнього ступеня, такого як біль при дисменорей, зубний та післяопераційний біль, а також для симптоматичного полегшення головного болю, у тому числі мігрені. **Протипоказання:** відома гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин. Астма, кропив'янка або алергічні реакції, що виникали після застосування ацетилсаліцилової кислоти або інших нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), в анамнезі. Тяжка серцева недостатність. Тяжка печінкова недостатність. Тяжка ниркова недостатність. Шлунково-кишкова кровотеча або перфорація, пов'язана із застосуванням НПЗЗ, в анамнезі. Стани, що супроводжуються підвищеним ризиком кровотеч або активна кровотеча. Гострий або перенесений раніше виразковий коліт, хвороба Крона, рецидивуюча виразка шлунка або шлунково-кишкова кровотеча. ІІІ триместр вагітності. **Спосіб застосування та дози:** для перорального застосування. *Дорослі та діти віком від 12 років:* рекомендовану добову дозу препарату, що становить 1200 – 1800 мг, слід застосовувати за 2 – 3 прийоми. Деяким пацієнтам може бути достатньо 600 – 1200 мг на добу. Загалом максимальна добова доза не повинна перевищувати 2400 мг, яку слід приймати за кілька прийомів. *Діти:* добова доза препарату дітям становить 20 мг/кг маси тіла, розділена на кілька прийомів. При ювенільному ревматоїдному артриті препарат можна застосовувати з розрахунку до 40 мг/кг маси тіла на добу, розділених на кілька прийомів. Індивідуально необхідно підбирати дозу у разі порушень функції печінки або нирок. **Побічні реакції:** інфекції та інвазії: риніт; асептичний менингіт. **З боку крові і лімфатичної системи:** лейкопенія, тромбоцитопенія, нейтропенія, агранулоцитоз, апластична анемія, гемолітична анемія. **З боку імунної системи:** анафілактична реакція. **З боку психіки:** безсоння, тривожні розлади; депресія, сплутаність свідомості. **З боку нервової системи:** головний біль, запаморочення; парестезія, сонливість; неврит зорового нерва. **З боку органа зору:** погіршення зору; токсична нейропатія зорового нерва. **З боку органів слуху і вестибулярного апарату:** погіршення слуху, дзвін у вухах, вертиго. **З боку дихальної системи:** бронхіальна астма, бронхоспазм, диспное. **З боку травної системи:** диспепсія, діарея, нудота, блювання, абдомінальний біль, метеоризм, запор, мелена, гематемезис, шлунково-кишкова кровотеча; гастрит, виразка дванадцятипалої кишки, виразка шлунка, виразковий стоматит, шлунково-кишкова перфорація; панкреатит; коліт та хвороба Крона. **З боку гепатобіліарної системи:** гепатит, жовтяниця, порушення функції печінки; печінкова недостатність. **З боку шкіри та підшкірної клітковини:** висип; кропив'янка, свербіж, пурпура, ангіоневротичний набряк, реакції фоточутливості; тяжкі форми шкірних реакцій; DRESS-синдром, гострий генералізований екзантематозний пустульоз. **З боку сечовидільної системи:** токсична нефропатія у різних формах, у тому числі тубулоінтерстиціальний нефрит, нефротичний синдром і ниркова недостатність. **Загальні порушення і зміни у місці введення:** стомлюваність; набряк. **З боку серцевої системи:** серцева недостатність, інфаркт міокарда. **З боку судинної системи:** дуже рідко – артеріальна гіпертензія. **Упаковка:** по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у паці. **Категорія відпуску:** За рецептом. **Повна інформація про лікарській засіб в інструкції для медичного застосування. РП № UA/10184/02/01 від 09.11.2021. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для лікарів та медичних установ. Виробник:** ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», Україна, 03134, м. Київ, вул. Миру, 17.

Деякі питання діагностики та надання невідкладної допомоги в нейростоматології

І.С. Зозуля¹, А.О. Волосовець¹, Т.М. Волосовець¹, Я.В. Тростянський²

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Анотація. Відповідно до визначення експертів Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain), «біль — неприємне відчуття та емоційне переживання, що пов'язані з реальним або можливим ураженням тканин або описане в термінах такого ураження». У ньому вказано на те, що відчуття болю може виникати не тільки під час ураження тканин або за умови його ризику, але й у разі відсутності якого-небудь ураження, за наявності психічних розладів, які у цих випадках значною мірою змінюють відчуття людини і якість її життя. У практиці лікаря-стоматолога і невропатолога відмічають біль у ділянці обличчя, рота, причину якого дуже важко встановити, він поліетіологічний і має невропатичний компонент. У такому разі потрібна диференційна діагностика, консультація мультидисциплінарної бригади з включенням стоматолога, пародонтолога, невролога, оториноларинголога, офтальмолога, функціоналіста (проведення рентгенографії, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії). У лекції висвітлено питання діагностики та диференційної діагностики при деяких больових синдромах у ділянці обличчя і рота (невралгія трійчастого нерва, невралгія язикоглоткового нерва, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, глосодинія та ін.), надання екстреної медичної допомоги та лікування.

Ключові слова: нейростоматологія, етіопатогенетичні механізми, діагностика, надання медичної допомоги.

Біль — найбільш часта і складна із суб'єктивних причин скарга пацієнтів, яка спричиняє страждання багатьох мільйонів людей в усьому світі, значно погіршуючи якість їхнього життя [1]. За своїм біологічним походженням він розглядається як фізіологічне явище. Відчуття болю формує цілий комплекс захисних реакцій, спрямованих на зменшення або усунення ураження. Проте біль є позитивним тільки до того часу, поки не перетворюється на пошкоджувальний фактор, що викликає страждання. Такий біль уже є патологічним. Лікар має справу з патологічним болем, що порушує систему регуляції гомеостазу [2].

У практиці лікаря-стоматолога і невролога відмічають біль у ділянці обличчя, рота (невралгія трійчастого нерва, невралгія язикоглоткового нерва, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, синдром Толоса — Ханта, SUNCT-синдром, офтальмоплегічна мігрень, глосодинія, атипичний лицевий біль та ін.) [1, 8].

Наприкінці ХХ ст. встановлено роль вільних нервових волокон в сприйнятті стимулів ураження, виявлено чіткий зв'язок між функцією аферентних А-дельта і С-волокон і відчуттям болю у людини, прослідковано основні висхідні шляхи і нервові структури спинного мозку, стовбура мозку, проміжного мозку і кори великих півкуль, які здійснюють передачу, обробку і сприйняття інформації щодо болю. Продемонстровано психологічні фактори в оцінці болю [2].

Мета лекції: дослідження етіопатогенетичних механізмів деяких больових синдромів в ділянці обличчя і рота та розробка лікувально-профілактичних заходів, у тому числі екстреної медичної допомоги.

Невралгія трійчастого нерва

Невралгія трійчастого нерва — форма краніальної невралгії, яка виникає найчастіше. Напади невралгії розви-

ваються спонтанно або провокуються розмовою, жуванням, ковтанням, чищенням зубів, умиванням. Пускові зони розміщуються на передній поверхні обличчя, у ділянці кінчика носа і губ. Інколи на початку нападу біль строго локалізований, часто в зоні зубів, ясен. З цього приводу хворі звертаються до стоматолога. У нашій практиці у деяких пацієнтів все ж таки була наявна патологія з боку зубів (карієс, гранульома) і після лікування наставала ремісія. Взагалі для захворювання характерний ремітуючий перебіг. Наявність неврологічних порушень з більшою вірогідністю вказує на вторинний характер невралгії. В основі патології пароксизмального больового синдрому лежить формування ектопічних зон збудження. Дуже вірогідним є функціональне залучення до патологічного процесу ядерних утворень трійчастого нерва з розвитком феномену центральної сенситизації над'ядерних структур [4].

У якості екстреної допомоги призначають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) (декскетопрофен 50 мг внутрішньом'язово, кеторолак 25 мг внутрішньом'язово, німесулід, ібупрофен, ацетилсаліцилова кислота). З лікувальною метою застосовують карбамазепін. Починають терапію зі 100 мг на добу, кожні 2 дні дозу підвищують по 100 мг до отримання позитивного ефекту або досягання терапевтичної дози 200 мг 3 рази на добу. Є дані про позитивну дію баклофену 15–30 мг у поєднанні з клоназепамом у дозі 2–6 мг на добу.

Використовують місцево блокади відповідної гілки трійчастого нерва або анестезію біля круглого або овального отвору черепа. Запропоновано призначення прегабаліну в дозі 75–150 мг, габапентину 300 мг на добу [1, 5].

Хірургічні методи лікування: мікроваскулярна декомпресія трійчастого нерва, черезшкірна селективна ризотомія (механічна, хімічна, термічна) Гассероного вузла або корінців трійчастого нерва.

Невралгія язикоглоткового нерва

Невралгія язикоглоткового нерва (глософарингеальна невралгія) відмічається у 10–15% випадках в нейростоматології і проявляється нападаподібним болем, що локалізується на бічній поверхні кореня язика, у ділянці ретромолярного простору, піднебінних дужок і глотки, іррадіює у вухо і нижню щелепу. Інколи напади болю поширюються на горло, вухо, кут нижньої щелепи, скроню, око. Важливу роль у провокуванні болю відіграють тригерні точки. У разі відсутності нападу болю у пацієнтів визначають дисгевзію (порушення смаку), гіпергевзію до гіркого, болючість спереду від козелка вуха, спазм глоткової мускулатури під час ковтання, гіпер- або гіпосалівацію. Можуть спостерігатися синкопальні стани. У незначній кількості пацієнтів може бути знижений глотковий рефлекс. Спочатку захворювання має ремітуючий характер, згодом набуває постійного, супроводжується болем у корені язика, верхньому відділі глотки, губах. Перебіг захворювання характеризується загостреннями і ремісіями, у подальшому біль може бути постійним і підсилюватися під впливом різних факторів. Можуть мати місце симптоми випадіння функції черепних нервів, що вказує на розвиток невропатичної стадії невралгії язикоглоткового нерва [6].

Схожою клінічною картиною може проявлятися гангліоніт верхнього і нижнього вузлів IX пари черепного нерва. Діагноз гангліоніту підтверджується наявністю висипу на обличчі.

Глософарингеальний неврит може бути двох типів: тимпанічний, за якого біль іррадіює в зону козелка, зовнішнього слухового ходу (оталгія), і орофарингеальний, за якого біль локалізується в орофарингеальній ділянці [1, 6]. Описано глософарингеальну невралгію, яка може викликати кардіальні ускладнення. Причиною їх є патологічний процес блукаючого нерва за механізмом зворотного зв'язку між ураженим язикоглотковим нервом і вазомоторними центрами стовбура мозку і супроводжується артеріальною гіпотензією, аритмією, брадикардією аж до асистолії і синкопальних станів. Невралгію язикоглоткового нерва відмічають у 5 разів рідше за невралгію трійчастого нерва, але у них є багато спільних рис.

У діагностиці невралгії язикоглоткового нерва важливим є огляд стоматолога (патологія зубів), оториноларинголога (гайморит, фронтит, тонзиліт), невролога, вегетолога, кардіолога (електрокардіографія, ехокардіографія), проведення комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії (МРТ), інтракраніальної ангіографії.

Під час надання невідкладної допомоги застосовують НПЗП, антиконвульсанти, змащування кореня язика і прилеглої ділянки 2–5%-розчином тетракаїну гідрохлориду або 10%-розчином лідокаїну [4]. Непогані результати дає оперативне втручання у вигляді мікрovasкулярної декомпресії. У 15–45% хворих з ідіопатичною невралгією язикоглоткового нерва наявна компресія за рахунок задньої нижньої мозочкової артерії в зоні виходу корінця з порожнини черепа. Можливо, момент компресії має місце і для блукаючого нерва шилоподібним відростком, переломом або кальцифікацією зв'язки. Причиною може бути пухлина мосто-мозочкового кута, карцинома парафарингеального простору, карцинома глотки або артеріовенозна мальформація задньої черепної ямки [1, 3, 4].

Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба характеризується поширенням помірного болю в скроневій, потиличній, шийній і плечовій ділянках. На патологію суглоба вказує підсилення болю під час руху нижньої

щелепи та/або стискання зубів, зменшення об'єму руху нижньої щелепи, звуковий феномен при рухах нижньої щелепи в суглобі, біль під час пальпації цього суглоба. Захворювання є досить поширеним (10–15% усього населення) і розвивається у віці 15–45 років, частіше у жінок. Деякі автори розглядають дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба як міофасціальний больовий синдром з локалізацією в жувальних м'язах. Причиною може бути патологія самого суглоба, така як остеоартритична невралгія, ревматичний артрит, дегенеративні, травматичні зміни, невдале протезування зубів [1–3]. Значну роль відіграє психічний фактор (психопатологічні симптоми, включаючи тривогу, депресію, іпохондричні розлади). Не виключається нейрогенний компонент в патогенезі захворювання з формуванням периферичної і центральної сенситизації. Біль може локалізуватися навколо вуха. Під час жування, позіхання часто виникають напади сильного болю з м'язевою судомою за типом «заклякання щелепи». Під час огляду пацієнта спостерігають неповне відкриття рота, що може бути результатом м'язевого спазму та/або зміщення суглобового диску, який проявляється стуком. Може спостерігатися втомлюваність жувальних м'язів, викривлення щелепи при відкритті рота, стискання зубів вдень і скрегіт зубами під час сну [7, 9].

Диференційний діагноз слід проводити з пухлинами, синовіальним хондроматозом, гіперплазією вінцевого відростка, артритом, травмою, одонтогенною і неодонтогенною інфекцією, середнім отитом, паротитом.

Надання допомоги: НПЗП, міорелаксанти, специфічні інгібітори циклооксигенази-2, антидепресанти. Показані блокади 0,5%-розчином новокаїну, стоматологічна допомога.

Глосодинія

Глосодинія — синдром «палаючого рота». Частіше хворіють жінки віком >50 років. Хворих турбує постійне або епізодичне відчуття печіння в язичку, піднебінні, нижній губі. Може бути порушений смак і нюх, спостерігається сухість у роті, утруднення ковтання. Частіше хворі пов'язують симптоми зі стоматологічними процедурами, реакцією на лікарські препарати. Нерідко глосодинії передують емоційні розлади. Деякі автори пов'язують цю патологію з дисфункцією периферичних і центральних відділів тригемінальної системи. Але найчастіше глосодинія виникає при системних стоматологічних захворюваннях.

Під час надання невідкладної допомоги призначають НПЗП, кеторолак, декскетопрофен, нейролептики, транквілізатори, протиепілептичні препарати (карбамазепін, прегабалін, габапентин).

SUNCT-синдром

SUNCT-синдром — короткочасний односторонній біль за невралгічним типом з кон'юнктивальною ін'єкцією і слъозотечею. Характеризується короткостроковими неврологічними пароксизмами (нападами) з почервонінням кон'юнктиви і слъозотечею, інколи ринореєю. Напад триває 10–20 с в окоруховій або лобно-скроневій ділянці. Біль частіше виникає у денний час, без зміни боку. Інколи співпадає з місцем виходу І гілки трійчастого нерва. Частота нападів варіює в межах 3–100 на добу.

Ремісія може тривати від декількох тижнів до 1 року. Описано випадки цього синдрому, пов'язані з судинною мальформацією мосто-мозочкового кута, трансформаці-

єю тригемінальної невралгії. Однаково часто його виявляють у чоловіків та жінок. Факторами, що провокують розвиток захворювання, може бути патологія зубів, гайморит, фронтит, доторкання до перегородки носа або повік, надорбітальної ділянки, інтенсивне носове дихання, швидке переміщення очних яблук (наприклад відведення, приведення під час погляду в транспорті). Етіологія і патогенез незрозумілі. Рекомендують консультація стоматолога, офтальмолога, оториноларинголога, невролога, проведення комп'ютерної томографії, МРТ, орбітальна флебографія на боці болю під час нападу. Слід виключити невралгію трійчастого нерва і патологію задньої черепної ямки.

Надання допомоги та лікування є малоефективними, має місце резистентність до медикаментів. Показана місцева анестезія. У деяких випадках допомагають НПЗП (ібупрофен), коксиби, карбамазепін, прегабалін, кортикостероїди.

Синдром Толоса — Ханта

Синдром Толоса — Ханта (больова офтальмоплегія) характеризується болем в орбітальній ділянці з паралічем одного або декількох окоорухових нервів (III, IV, VI) [2]. Окоорухові явища розвиваються водночас з больовим синдромом. Напад може продовжуватися до 72 год. Причинами можуть бути: гранулематоз інтракавернозної частини внутрішньої сонної артерії (показані МРТ, біопсія), можливість залучення трійчастого нерва (офтальмічного відділу), зорового, лицьового, слухового нервів.

У рамках диференційного діагнозу потрібно виключити пухлинний процес, гранулематозні розростання в кавернозному синусі, верхній очній щілині або порожнині орбіти, васкуліт, базальний менінгіт, саркоїдоз, цукровий діабет, офтальмоплегічну мігрень.

У лікуванні застосовують кортикостероїди у високих дозах (60–120 мг на добу), симптоматичну терапію.

Офтальмоплегічна мігрень

Офтальмоплегічна мігрень характеризується повторними нападами мігреноподібного головного болю (однобічного в лобно-скроневій, заочній ділянках) і парезом одного або декількох окоорухових нервів за відсутності ознак їх інтракраніального ураження. Напади можуть повторюватися 1–4 дні протягом 1 тиж і довше. Офтальмоплегічну мігрень не можна розглядати, як захворювання мігрень (варіант рецидивної демієлінізуючої невропатії).

Рекомендована консультація невролога, офтальмолога, оториноларинголога, МРТ ділянки задньої черепної ямки.

У лікуванні певною мірою допомагають НПЗП, глюкокортикоїди, протимігренозні засоби.

Постгерпетична невралгія трійчастого нерва

Постгерпетична невралгія трійчастого нерва виникає після герпетичного запалення ганглія трійчастого нерва [2, 4]. Біль у зоні трійчастого нерва може зберігатися до 3 міс, має виснажливий характер. Частота збільшується з віком і сягає 50% у хворих >60 років. Характеризується висипаннями в ділянці I, II, III гілок трійчастого нерва, частіше (25%) в офтальмічній частині. За 2–4 дні до висипки з'являється пекучий біль у цій ділянці. Герпетичні висипання можуть охоплювати зовнішній слуховий хід, м'яке піднебіння, та-

кож можуть уражати III, IV, VI пари черепних нервів. Аллодинію (біль під час дотику) спостерігають у 87% випадків постгерпетичної невралгії офтальмічної гілки трійчастого нерва при поширенні на верхньощелепний відділ. Має місце порушення всіх сенсорних модальностей.

У лікуванні призначають анагезивні препарати, вітаміни групи В, противірусні лікарські засоби — ацикловір у дозі 10 мг/кг кожні 8 год або внутрішньо 800 мг 5 разів на добу. Можна також застосовувати фамцикловір 250 мг 3 рази на добу протягом 7–10 днів. Рекомендують щоденне застосування преднізолону у дозі 60 мг протягом 1 тиж з поступовим зниженням дози протягом 2 тиж. При вже сформованій постгерпетичній невралгії призначають амітрипілін 75–150 мг на ніч щоденно, антидепресанти, антиконвульсанти (карбамазепін) у дозі 600 мг на добу, габапентин, прегабалін в індивідуально ефективному дозуванні.

Окрім вищезазначеного, в нейростоматологічній практиці відмічають багато інших важливих синдромів, які можуть викликати невропатичний біль та знижувати якість життя пацієнтів. Так, виокремлюють **невралгію носовийкового нерва**, яка проявляється нестерпним болем в ділянці очного яблука, надбрів'я, половини носа. Біль з'являється вночі, визначається виражений вегетативний синдром. **Невралгія вушно-скроневого нерва (синдром Фрея)** характеризується болем у ділянці скроні, скронево-нижньощелепного суглоба, всередині вуха. **Невралгія язикового нерва** супроводжується болем у ділянці передніх $2/3$ язика. **Ураження напівмісяцевого вузла** характеризується тупим болем у ділянці ураженого трійчастого нерва з іррадіацією в половину голови на тому самому боці. В етіопатогенетичних механізмах має значення вірусна інфекція, травма, інтоксикація, судинні ураження. **Стийке порушення чутливості губ і зубів (парестезія нижньощелепного нерва)** може виникати після мандибулярної, ментальної анестезії, складного видалення зубів відповідної щелепи при ушкодженні нерва, тризму щелепи. Найчастіше спостерігають при запальному процесі в клітковинних просторах жувальних м'язів, рідше — в результаті ушкодження нервових стовбурів і м'язів. **Пролежень слизової оболонки (пролежнева виразка)** виникає під протезом у разі неправильного вибору його конструкції, дефектного виготовлення або виходу з ладу. **Підвищена чутливість зубів (гіперестезія твердих тканин)** виникає при підвищеній згладженості, ерозії, клиноподібних дефектах зубів, карієсі, пародонтозі, відкритих шийках і коренях зубів, функціональній недостатності емалі зубів.

При всіх цих синдромах рекомендується огляд стоматолога, невролога, оториноларинголога, рентгенографія зубів, МРТ головного мозку, шийного відділу хребта.

При больовому синдромі показане застосування НПЗП, карбамазепіну, прегабаліну, габапентину. У разі невралгії язикоглоткового нерва рекомендовано змащувати корінь язика і прилеглих ділянок 2–5%-розчином тетракаїну гідрохлориду, 10%-розчином лідокаїну, санация порожнини рота. При вірусній інфекції — противірусні препарати (ганцикловір, інтерферон, інтерферон α -2b). За необхідності — заміна конструкцій протезів [8].

Висновок

У нейростоматології спостерігають велику кількість захворювань обличчя, ротової порожнини, очей, вух, носа, які часто поєднуються або стають етіопатогенетичними механізмами з вираженим больовим синдромом за типом невралгії, невропатії, супроводжуються функціональними

змiнами м'язiв, порожнини рота, суглобiв. Можуть мати мiсце й iнфекцiйнi ураження (герпетична iнфекцiя), гайморит, фронтит, кон'юнктивiт i т.iн.

За умови зазначених синдромiв i захворювань має бути проведено скрупульозне обстеження пацiєнта мультидисциплiнарною бригадою у складi невролога, стоматолога, пародонтолога, оториноларинголога, офтальмолога, вiзуалiзуючi обстеження (комп'ютерна томографiя, МРТ, рентгенографiя).

Пiсля встановлення дiагнозу (диференцiйного дiагнозу) повинна бути надана цiлеспрямована невідкладна медична допомога (при больовому синдромi) та професiйне лiкування вiдповiдно до нозологiї захворювання.

Список використаної літератури

1. Зозуля І.С., Волосовець А.О. (ред.) (2023) Медицина невідкладних станiв. Швидко i невідкладна медична допомога. ВСВ «Медицина», Київ, 560 с.
2. Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О. (2016) Тригемiнальна невралгiя: дiагностика, алгоритм надання невідкладної допомоги. Київ, 3 с.
3. Зозуля І.С., Зозуля А.І., Максименко М.В. (2016) Бiль: пiдходи до дiагностики та лiкування в неврологiї та хiрургiї. Укр. мед. часопис, 2(21): 37–40.
4. Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О., Бiгун І.Ю. (2019) Нейропатiї: дiагностика, диференцiйна дiагностика, лiкування. Укр. мед. часопис, 2: 37–39.
5. Godwin S.A., Cherkas D., Panagos P.D. et al. (2019) Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. *Ann. Emerg. Med.*, 73(1): e1–e23. doi: 10.1016/j.annemergmed.2018.08.442
6. Dumitrescu A.L., Dudea D., Lascu L., Gheban D. (2014) Multidisciplinary approach in maxillofacial trauma. *J. Med. Life*, 7(4): 451–455.
7. Finnerup N.B., Attal N., Haroutounian S. et al. (2015) Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.*, 14(2): 162–173. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70251-0
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) (2018) The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. *Cephalalgia*, 38(1): 1–211. doi: 10.1177/0333102417738202

Вiдомостi про авторiв:

Зозуля Иван Савович — доктор медичних наук, професор кафедри медицини невідкладних станiв Нацiонального унiверситету охорони здоров'я України iменi П.Л. Шупика, Київ, Україна.

Волосовець Антон Олександрович — доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медицини невідкладних станiв Нацiонального унiверситету охорони здоров'я України iменi П.Л. Шупика, Київ, Україна.

Волосовець Тетяна Миколаївна — доктор медичних наук, професор кафедри стоматологiї Нацiонального унiверситету охорони здоров'я України iменi П.Л. Шупика, Київ, Україна.

Тростянський Ярослав Володимирович — студент II курсу Нацiонального медичного унiверситету iменi О.О. Богомольця, Київ, Україна.

Адреса для кореспонденцiї:

Зозуля Иван Савович
04112, Київ, вул. Дорогожичська, 9
E-mail: ivanzozulia2015@gmail.com

9. Nee R.J., Butler D.S. (2011) Management of peripheral neuropathic pain: integrating neurobiology, neurodynamics, and clinical evidence. *Phys. Ther.*, 91(11): 1582–1594. doi: 10.2522/ptj.20100379

Some problems of diagnosis and emergency care in neurostomatology

I.S. Zozulya¹, A.O. Volosovets¹, T.M. Volosovets¹, Y.V. Trostyanskyi²

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Abstract. The current International Association for the Study of Pain definition of pain is «An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage». This means that pain can occur not only when tissues are damaged or at risk, but also in the absence of damage, in the presence of psychological disorders, which in these cases significantly alter a person's feelings and quality of life. In the practice of dentists and neuropathologists there are such pain in the face and mouth, the cause of which is very difficult to determine, it is polyetiological and have a neuropathic nature. In this case, differential diagnosis, consultation of a multidisciplinary team including a dentist, periodontist, neurologist, otolaryngologist, ophthalmologist, functionalist (X-ray, computer tomography, magnetic resonance imaging) is required. The lecture covers issues of diagnosis, differential diagnosis some pain syndromes in the face and mouth (trigeminal neuralgia, glossopharyngeal neuralgia, temporomandibular joint dysfunction, glossodynia and other), emergency medical care and treatment.

Key words: neurostomatology, etiopathogenetic mechanisms, diagnosis, medical care.

Information about the authors:

Zozulya Ivan S. — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Emergency Medicine of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

Volosovets Anton O. — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Emergency Medicine of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

Volosovets Tatiana M. — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Dentistry of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

Trostyanskyi Yaroslav V. — Student of the II course of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

Address for correspondence:

Ivan Zozulya
04112, Kyiv, Dorohozhytska str., 9
E-mail: ivanzozulia2015@gmail.com

Надійшла до редакцiї/Received: 21.02.2023

Прийнято до друку/Accepted: 15.03.2023

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. При невралгії трійчастого нерва:
 - a. відмічають біль у місцях виходу гілок трійчастого нерва
 - b. напади виникають спонтанно або під впливом провокувальних факторів
 - c. із провокувальних факторів найчастіше — біль у вусі
 - d. невідкладна допомога включає: декскетопрофен 50 мг внутрішньом'язово, кеторолак 25 мг внутрішньом'язово, ібупрофен, карбамазепін, прегабалін, габапентин
2. При невралгії язикоглоткового нерва:
 - a. найчастішими симптомами є: біль на бічній поверхні язика, у піднебінних дужках, у корені язика
 - b. біль іррадіює у верхню, нижню кінцівку
 - c. знижений глотковий рефлекс
 - d. захворювання має ремітуючий або постійний характер
 - e. показана медикаментозна терапія (НПЗП, антиконвульсанти, змащування кореня язика анестетиками), можливе оперативне лікування (мікрovasкулярна декомпресія)
3. При дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба:
 - a. спостерігають біль під час руху щелепи, жування, позіхання, пальпації суглоба
 - b. є схожість на міофасціальний синдром з локалізацією у жувальних м'язах
 - c. причиною є скоріше патологія самого нижньощелепного суглоба (артрит)
 - d. провокуючим фактором може бути патологія очей
 - e. диференційний діагноз проводять з гіперплазією вінцевого відростка, пухлинами, одонтогенною травмою
4. При глосодинії:
 - a. хворого турбує відчуття печіння в язичі, нижній губі, яке виникає епізодично або постійно
 - b. може бути порушений смак, нюх, утруднене ковтання
 - c. можуть спостерігатися шум і дзвін у голові
 - d. причиною є стоматологічні захворювання
5. При синдромі Толоса — Ханта (больова офтальмоплегія):
 - a. характерний біль в офтальмічній ділянці
 - b. мають місце окорухові порушення (плегія III, IV, VI пар черепних нервів)
 - c. може залучатися трійчастий нерв
 - d. порушується сечовиділення
 - e. застосовують кортикостероїди у високих дозах
6. Офтальмоплегічна мігрень:
 - a. характеризується повторними нападами мігреноподібного головного болю (однобічний у лобно-скроневій ділянці)
 - b. характеризується парезом одного або декількох окорухових нервів за відсутності ознак їх інтракраніального ураження
 - c. може бути варіантом рецидивної демієлінізуючої невропатії
 - d. може бути спричинена черепно-мозковою травмою
 - e. у лікуванні ефективні глюкокортикоїди
7. Постгерпетична невралгія трійчастого нерва:
 - a. спричинена вірусним ураженням ганглія трійчастого нерва
 - b. спостерігають висипання в зоні іннервації I, II, III гілок трійчастого нерва
 - c. передує пекучий біль у ділянці ураження
 - d. герпес може охоплювати зовнішній слуховий хід, м'яке піднебіння
 - e. може спостерігатися аллодинія (біль під час дотику)
 - f. у лікуванні застосовують протівірусні препарати, анальгетики, гормони, антиконвульсанти

Неправильні відповіді:

