

УДК 616.8-07

**Посохов М. Ф.**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)**Типові й атипові прозопалгії**

Лицьовий біль (ЛБ, прозопалгії) належить до найпоширеніших форм больового синдрому, характеризується високим ступенем виразності клінічних проявів, тривалим рецидивуванням, толерантністю до лікування консервативними та хірургічними методами. Прозопалгії за своїми клінічними проявами досить різноманітні. За класифікаціями багатьох авторів розрізняють типові та атипові прозопалгії, однак чіткої термінології, що стосується лицьового болю, у літературі немає.

Мета роботи: уточнити визначення «типові» й «атипові прозопалгії».

Відповідно до МКХ-10 і Міжнародної класифікації головного болю, виокремлено безліч нозологічних форм захворювань, що супроводжуються лицьовим болем.

Аналіз історій хвороб 1203 хворих з фармакорезистентним лицьовим болем дозволили всіх хворих поділити на дві великі групи: 1) з типовою й 2) атиповою клінічною картиною захворювання.

Для типових прозопалгій характерна клінічна картина з наявністю короткотривалих (від 1—2 до 3 хв.) приступоподібного, такого, що миттєво виникає та миттєво зникає болю у зоні іннервації відповідного нерва. Зазвичай, для типового лицьового болю характерна наявність «куркових» (тригерних) зон, подразнення яких спричиняє приступи болю, частіше однотипні, але кількість больових пароксизмів може коливатися від поодиноких нападів на добу, тиждень і навіть місяць до безперервних нападів, які йдуть один за одним, що визначається поняттям «невралгічний статус» (*Status neuralgicus*). До типових прозопалгій ми віднесли невралгії чутливих краніальних нервів: трійчастого, язикоглоткового та поворотного гортанного. Комплексне клініко-інструментальне обстеження цих хворих і вивчення даних літератури свідчать про те, що розвиток їх пов'язаний з локальною демієлінізацією чутливих корінців краніальних нервів.

До атипових прозопалгій віднесені всі інші. Розвиток їх пов'язаний з дифузним ураженням соматичних нервових утворень, а також симпатичних та парасимпатичних утворень лица і голови. Клінічно атипові прозопалгії характеризуються наявністю постійного болю, який частіш за все не має чіткої локалізації. В багатьох випадках спостерігається приступоподібне посилення цього болю. Зазвичай, «куркові» зони при атиповому ЛБ відсутні. До найпоширеніших атипових прозопалгій ми відносимо ЛБ при переважному ураженні: 1) *чутливих краніальних нервів* — нейропатію трійчастого нерва (зокрема постгерпетичну), гангліоніт трійчастого вузла, деаферентаційну тригемінальну прозопалгію, нейропатію язикоглоткового нерву; 2) *симпатичної нервової системи лица* — судинно-вегетативні прозопалгії: пучкова (кластерна) цефалгія, хронічна пароксизмальна гемікранія, гангліоніт (гангліопатія) верхнього шийного симпатичного вузла, каротидінія, синдром поверхневої скроневої артерії, скроневої артерії; 3) *парасимпатичних краніальних вузлів* — гангліоніт (гангліопатія) крилопіднебінного вузла, гангліоніт (гангліопатія) вушного вузла, гангліопатія цилиарного вузла, гангліоніт колінчастого вузла, гангліопатія підщелепного та під'язикового вузлів; 4) *центральної болевідної шляхів* (чутливих ядер та ретикулярної формації стовбура мозку) — таламічний больовий синдром, психогенні прозопалгії.

Поділ хворих із прозопалгіями з типовою й атиповою клінічною картиною має, на нашу думку, принципове значення для побудови диференційованої діагностичної й лікувальної тактики.

УДК 616-021:616-022:616.8-006:616.8-003.99

**Посохов Н. Ф., Байда Р. Н.,****Посохов П. Н., Дагер Н. И., Лемонджавва З. М.**ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (г. Харків)**Етиология фармакорезистентных атипичных прозопалгий у больных с преимущественным поражением краниальных чувствительных нервов**

Атипичные прозопалгии (АП) могут развиваться вследствие поражения различных отделов ноцицептивной (НЦС) и антиноцицептивной (АНЦС) систем лица: тройничного, языкоглоточного нервов и их узлов, шейных симпатических узлов и периартериальных нервных сплетений общей, наружной и внутренней сонных артерий и их ветвей, парасимпатических узлов головы, находящихся в тесных анатомо-функциональных взаимоотношениях.

Болевые синдромы лица могут развиваться в результате воздействия различных этиологических факторов.

Цель работы: уточнить современные представления об этиологии фармакорезистентных атипичных форм нейрогенных болевых синдромов лица у больных с преимущественным поражением краниальных чувствительных нервов.

В течение последних 3 лет под наблюдением находилось 189 больных с фармакорезистентными атипичными лицевыми болями, в том числе 98 (51,9 %) больных с *преимущественным поражением чувствительных краниальных нервов*. На основании комплексного клинического исследования атипичные тригеминальные невралгии диагностированы у 6 (6,1 %), нейропатии тройничного нерва у 71 (72,4 %), языкоглоточного 2 (2,1 %) и затылочных 14 (14,3 %) нервов, денервационный тригеминальный болевой синдром — у 5 (5,1 %). Среди анализируемых историй болезни пациентов мужчин было 26 (26,5 %), женщин — 72 (73,5 %) в возрасте от 18 до 85 лет (средний — 53,5 года). Длительность заболевания до обращения в нейрохирургическую клинику института составила от 2 месяцев до 28 лет (в среднем 3,8 года).

Лицевая боль (ЛБ) у 35 (35,7 %) из 98 пациентов развилась в результате воспалительных процессов, в том числе: нейроинфекций — 14 (14,3 %), церебрального арахноидита — 10 (10,2 %), хронических воспалительных заболеваний придаточных пазух носа — 7 (7,1 %), остеомиелита челюстей — 2 (2,0 %), отита и кариеса зубов — 2 (2,0 %).

Травматическое повреждение чувствительных нервов лица было у 27 (27,6 %), в том числе: ятрогенные повреждения отмечены у 21 (21,4 %), закрытая черепно-лицевая травма — 3 (3,1 %), постлучевые — 2 (2,0 %), акустическая травма — 1 (1,0 %).

Нейропатии опухолевого генеза отмечены у 12 (12,2 %) больных, в том числе: опухоли мостомозжечкового угла — 4 (4,1 %), опухоли верхней и нижней челюстей — 3 (3,1 %), последствия лучевой терапии по поводу рака кожи лица и нижней губы — 3 (3,1 %), опухоли основания средней черепной ямки — 1 (1,0 %), опухоль гипофиза с ростом в кавернозный синус — 1 (1,0 %).

Дегенеративные процессы явились причиной атипичных соматогенных прозопалгий — у 9 (9,2 %) пациентов, в том числе: шейный остеохондроз — 8 (8,2 %), миастения — 0 1 (1,0 %).