

Безкоровайна Л.П.¹, Гарляускайте І.Ю.², Пономаренко Ю.В.³

Диференційна діагностика больового синдрому в щелепно-лицевій ділянці. Аналіз клінічного випадку

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

²ТОВ «Медгарант», Київ, Україна

³ТОВ «МЦ «Центр нейродіагностики», Київ, Україна

Мета дослідження: на прикладі випадку з клінічної практики продемонструвати основні етапи комплексного обстеження та диференційної діагностики атипичних лицевих болів.

В сучасних умовах діагностика та ефективне лікування болю в щелепно-лицевій ділянці ґрунтується на мультидисциплінарному підході. Часто, причини болю в ділянці обличчя, щелеп та язика, різноманіття причин, що їх викликають, складні та багатокомпонентні протоколи діагностики (і як наслідок високий ризик діагностичних помилок) – все це потребує глибоких знань анатомії, фізіології та патофізіології щелепно-лицевої ділянки, без чого розібратися в діагностиці вищевказаних захворювань неможливо.

За суб'єктивними характеристиками больового синдрому та неврологічними симптомами не завжди вдається вірогідно встановити етіологію лицевого болю. Досить ризиковано робити остаточні діагностичні висновки навіть за порівняно високої ефективності призначеної медикаментозної терапії, оскільки широко використовуваний у практиці синдромологічний підхід до лікування таких пацієнтів є паліативним по своїй суті, і не містить вимог щодо чіткої оцінки етіологічного фактора. У разі персистентного лицевого болю важливо провести спеціальні дослідження для верифікації та оцінки структурних змін анатомічних утворень, залучених до патологічного процесу. Наявність об'єктивних симптомів є важливим критерієм у топічній діагностиці лицевих болів.

Презентовано клінічний випадок лицевого болю у пацієнтки 35 років, яка мала симптоматику тригемінальної невралгії, з наявним позитивним ефектом від застосування нестероїдних протизапальних засобів (німесулід та ібупрофен) та антиконвульсантів (карбамазепін). Ретельне обстеження стоматологічного статусу пацієнтки дозволило верифікувати діагноз – фолікулярна кіста лівої верхньої щелепи від ретенуваного і дистопованого 28 зуба. Орофасціальний біль, пов'язаний із захворюваннями дентоальвеолярних та супутніх структур. Проведене хірургічне втручання дозволило успішно вилікувати пацієнтку. Диференціальна діагностика болю в щелепно-лицевій ділянці є складним завданням як для лікарів-стоматологів, так і для неврологів. Зазвичай такі пацієнти звертаються не одразу після виникнення проблеми, а через деякий час, тому в них можна виявити додаткові ознаки чутливих, рухових та трофічних розладів. Часто трапляються випадки, коли той самий етіологічний фактор може викликати різні клінічні симптоми, з іншої сторони – схожа клінічна картина може розвиватися під впливом різних причин.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження є фрагментом планової науково-дослідної теми кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Наукове обґрунтування ранньої діагностики генералізованих захворювань пародонта хронічного та загостреного перебігу» (2018-2023 рр.), № державної реєстрації 0118U100471.

Ключові слова: орофасціальні болі, дентоальвеолярні порушення, стоматологія, диференційна діагностика, фолікулярна кіста.

Вступ

Диференціальна діагностика болю в щелепно-лицевій ділянці (ЩЛД) є складним завданням як для лікарів-стоматологів, так і для неврологів. Зазвичай такі пацієнти звертаються не одразу після виникнення проблеми, а через деякий час, тому в них можна виявити додаткові ознаки чутливих, рухових та трофічних розладів. Як відомо з нормальної фізіології, біль є одним із захисних видів чутливості у людини. Але в клінічній практиці його інтенсивність та додаткові характеристики, можуть самі нести небезпеку для індивіда, або ж запускати ряд тривалих патологічних процесів. Часто трапляються випадки, коли той самий етіологічний фактор може викликати різні клінічні симптоми, з іншої сторони – схожа клінічна картина може розвиватися під впливом різних причин [1–4].

На сьогодні діагностика та ефективне лікування болю в щелепно-лицевій ділянці ґрунтується на мультидисциплінарному підході. Часто, причини болю в ділянці обличчя, щелеп та язика, різноманіття причин, що їх викликають, складні та багатокомпонентні протоколи діагностики (і, як наслідок, високий ризик діагностичних помилок) – все це потребує глибоких знань анатомії, фізіології та патофізіології щелепно-лищевої ділянки, без чого розібратися в діагностиці захворювань неможливо [5, 6].

Біль є найбільш частим симптомом, що виникає при ураженні більшості периферичних нервових стовбурів. З клініко-біологічної точки зору, біль – це особливе відчуття, що виникає за будь-якої форми загрози цілісності або навіть існуванню організму. Механізм болю є засобом захисту, що сигналізує організму про можливу або реальну небезпеку. Як правило, біль має об'єктивні причини, але часто інтенсивність больових відчуттів визначається не стільки сенсорним, скільки психічним компонентом, реакцією особистості на біль. Саме це характеризує двоєдність характеру болю, у сигналі небезпеки та прояві хвороби [1, 7].

Клінічно й патологічно біль є складним та неоднорідним явищем. У фізіології традиційно розглядаються дві теорії больового сприйняття. Перша, висунута М. Фреу, полягала в тому, що в шкірі наявні больові рецептори, від яких починаються периферичні аферентні шляхи до головного мозку. Друга теорія, запропонована Goldscheider,

полягала в тому, що будь-який сенсорний стимул, який досяг певної інтенсивності, може викликати біль. На підставі патофізіологічних механізмів розвитку болю розрізняють ноцицептивний та невропатичний біль. Ноцицептивний біль виникає в тих випадках, коли подразник, що ушкоджує тканину, збуджує периферичні больові рецептори й аферентні волокна. Ноцицептивний біль органічних ознак ураження нервової системи не має, біль є ключовою ознакою при відсутності чутливих чи моторних порушень. Ноцицептивний біль – гострий, чітко локалізований в зоні ураження, добре описується хворим, відсутність чутливих чи моторних порушень. Біль, що виник при порушенні в периферичних чутливих нервах і патології в сомато-сенсорній системі на всіх рівнях від периферичного нерва до кори великих півкуль, відносять до невропатичного. Біль не єдина клінічна ознака, ураження супроводжується больовим синдромом та чутливими чи моторними порушеннями в залежності від функції, яку виконує пошкоджений нерв [8, 9].

В центральній нервовій системі, в задніх рогах спинного мозку розташовується желатинозна субстанція – нейрональна система, що регулює сенсорний вхід та больову чутливість на сегментарному рівні. Формування ноцицептивного потоку на сегментарному рівні відбувається в результаті взаємодії мієлінізованої та слабомієлінізованої систем на релейних нейронах спинного мозку. Частина загальної теорії болю – це теорія «ворітного контролю болю», в якій желатинозної субстанції відводиться основна роль. Суть зазначеної теорії полягає в тому, що активність товстих мієлінових волокон призводить до збудження нейронів желатинозної субстанції, які інгібуючи діють на релейні нейрони, контролюючи проходження на вищі рівні ноцицептивної імпульсації зі сторони тонких слабомієлінізованих волокон. Трійчастий нерв є останнім і найбільш орально розташованим чутливим черепним нервом, гомологом спінального сегментарного апарату. Відповідно, тригемінальний вузол є гомологом спінального ядра; мостове ядро – ядер задніх канатиків, спинномозкове ядро – задніх рогів. Подібно до задніх рогів спинного мозку, спинномозкове ядро включає клітини желатинозної субстанції, що здійснює ворітний контроль болю [10, 11].

Лицеві болі (орофасціальні болі або прозопалгії) пов'язані зі складною анатомічною, структурно-функціональною організацією як самої щелепно-лицевої ділянки, так і її нервової системи. Щелепно-лицева ділянка на відносно малій площі містить велику кількість чутливих, соматичних та вегетативних гангліонарних периваскулярних рецепторів [12]. Тому лицеві болі можуть мати своїм джерелом різні нервові утворення, які надають їм своєрідного «забарвлення». До таких болів належать ураження V, VII (в т.ч. проміжний), IX та X пари черепних нервів, які анатомічно пов'язані зі стовбуром головного мозку, де розташовані їхні ядра. Також своєрідну участь в утворенні лицевих болів беруть автономні нервові вузли ШЦД, що належать до парасимпатичної частини нервової системи. Такі анатомічні структури розташовуються по ходу гілок трійчастого нерва і пов'язані з ними сполучними гілками (війковий, крило-піднебінний, вушний, нижньощелепний та під'язичний ганглії) [13, 14].

Клінічні особливості алгічного феномену є головними опорними пунктами в диференціальній діагностиці лицевого болю. Розуміння характеру, інтенсивності, локалізації та природи походження болю, надають можливість правильної постановки діагнозу та відповідно вибору вірної тактики лікування. Етіологія та нозологія лицевого болю є різноманітною, що зумовлює його клінічний поліморфізм. Врахування особливостей клінічної картини лицевих болів дозволяє оптимізувати топічну і загальну діагностику при різному її походженні. І в клінічній практиці не завжди просто провести чіткі грані в розумінні болювого феномену [8, 15].

Найбільш поширеною діагностичною помилкою причини лицевого болю є гіпердіагностика тригемінальної невралгії (ТН) з подальшим тривалим та неефективним лікуванням антиконвульсантами (особливо, карбамазепіном). Водночас статистика свідчить, що ТН є відносно рідкісною причиною лицевого болю. Переважання випадків виникнення ТН в літньому віці може свідчити про можливі порушення васкуляризації щелепно-лицевої ділянки, при яких настає ішемія дистальних відділів системи трійчастого нерва та відповідно розвиток болювої симптоматики. Дійсно, варто пам'ятати, що в окремих випадках ТН може нагадувати дентоальвеолярний біль, і ці знання

допоможуть уникнути непотрібного депульпування зубів або, у найгіршому випадку, видалення здорових зубів [16].

Невралгія трійчастого нерва характеризується наступними особливостями:

- наявність приступів болю (больовий пароксизм) напади, які тривають від 2 секунд до 2 хвилин;
- локалізація болю відповідає зонам іннервації гілок трійчастого нерва;
- провокація больових пароксизмів пальпацією тригерних точок (ТТ), які переважно розташовані в медіальних відділах обличчя;
- спазм м'язів обличчя (больовий тік), моторні порушення [17].

Доволі часто на початку захворювання такі пацієнти пов'язують появу больових відчуттів із патологією зубів, з приводу чого звертаються до стоматологів. Тому протягом кількох місяців у пацієнта депульпують або навіть видаляють здорові зуби, і при цьому інтенсивність болю лише наростає. Невірна діагностика у таких пацієнтів призводить до невиправданого видалення здорових зубів та інших ятрогенних помилок [18].

Мета дослідження: на прикладі випадку з клінічної практики продемонструвати основні етапи комплексного обстеження та диференційної діагностики атипичних лицевих болів.

Презентація клінічного випадку

Пацієнтка І., 35 років звернулася до стоматологічного відділення багатопрофільного закладу охорони здоров'я зі скаргами на періодичні напади сильного болю, що виникав у зубах лівої верхньої щелепи з іррадіацією в щічну, скроневу та виличну ділянки. Інтенсивність болю швидко наростала. Пацієнтка вважала себе хворою протягом року. Відзначала, що інтенсивність болю зменшувалася після прийому анальгетиків (німесулід, ібупрофен). Початок захворювання та появу больових відчуттів пацієнтка пов'язує з проведенням тотального протезування зубів верхньої та нижньої щелепи: зміна прикусу після встановлення протезів, поява болю в жувальних м'язах при відкриванні рота, наявність больової зони в жувальному м'язі зліва. Анатомічна форма фронтальної групи зубів верхньої та нижньої щелепи відновлені керамічними накладками (вінірами), при цьому всі зуби залишилися

вітальними. Бокові зуби відновлені керамічними коронками на основі оксиду цирконію.

Консультативний висновок невролога: ідіопатична невралгія другої гілки лівого трійчастого нерва, ремітуючий перебіг, фаза загострення. Пацієнтку госпіталізовано до неврологічного відділення та призначено консервативне лікування: преднізолон 1,0 + еуфілін 2,5% 5,0 + анальгін 2,0 в/в крапельно, нейрорубін 3,0 внутрішньом'язово, фінлепсін по 200 мг 2 рази на день, гідазепам по 20 мг 2 рази на день, амітриптилін 12,5 мг ввечері до сну. З фізичних методів лікування – магнітолазер на точки виходу другої гілки трійчастого нерва. Лікування проводилося двічі на рік, в міру виникнення болевих нападів.

На прийомі у лікаря-стоматолога-ортопеда було проведено функціональний аналіз зубощелепно-лицевої системи. Оклюзія у пацієнтки мала такі клінічні ознаки:

- при змиканні щелеп у центральній оклюзії відбувається одночасний фісурно-горбиковий контакт усіх зубів;
- двосторонній контакт жувальних зубів у положенні центрального співвідношення щелеп (схили горбиків);
- у правій бічній оклюзії – іклове ведення, інші зуби роз'єднані;
- у лівій бічній оклюзії – іклове ведення, інші зуби роз'єднані;
- у передній оклюзії – контакт різців, бічні зуби роз'єднані;
- пародонт інтактний, функціональне навантаження спрямоване вздовж осі зуба;
- парафункціональна активність жувальних м'язів відсутня;
- наявний двосторонній тип жування;
- біль в жувальних м'язах (переважно зліва);
- відсутні порушення в СНЩС та суглобові шуми;
- симетрична амплітуда руху суглобових головок при відкритті рота (головки нижньої щелепи не виходять за межі вершин суглобових горбиків);
- нижня щелепа при відкриванні рота переміщується по середній лінії без бічних відхилень та звивистих зсувів [19, 20]. Всі ознаки статичної й динамічної оклюзії відповідають ідеальній оклюзії, що стало підставою призначення додаткових методів дослідження:
- конусно-променевою комп'ютерну томографію верхньої та нижньої щелепи (КПКТ);

- конусно-променевою комп'ютерну томографію скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС);

Опис результатів променевого дослідження: на КПКТ СНЩС у сагітальній проекції патологічних змін кісткових структур не виявлено, суглобові голівки займають центричне симетричне положення, рівномірні суглобові щілини, цілісність кортикальної пластинки суглобових поверхонь збережена. На КПКТ лівої верхньої щелепи, в ділянці горба визначається різко окреслена округла зона деструкції кісткової тканини з чіткими межами (розміри: 1,5–2,0×2,5–3,0 см), яка частково поширюється на зону верхньощелепного синуса (кулоподібна деформація дна пазухи), на зону деструкції повністю накладається тінь третього верхнього моляра, який не прорізався в зубний ряд (рис. 1). **Діагноз:** кістозне новоутворення верхньої щелепи – ?

Для подальшого обстеження і з'ясування причини болю пацієнтку було направлено на консультацію до щелепно-лицевого хірурга.

Консультативний висновок щелепно-лицевого хірурга: за даними КПКТ: На КТ верхньої щелепи в ділянці горба зліва визначається різко окреслений круглий дефект кісткової речовини з чіткими межами та повне занурення зуба мудрості, що не прорізався, в зону дефекту.

Остаточний діагноз: Фолікулярна кіста лівої верхньої щелепи від ретенного і дистопованого 28 зуба. Орофасціальний біль, пов'язаний з захворюваннями дентоальвеолярних та супутніх структур (Міжнародна класифікація орофасціального болю ICOP (версія 1.0 бета)).

Рекомендовано: видалення утворення разом із ретенним зубом.

Витяг з медичної картки стоматологічного хворого (ф. 0143/о). Протокол операції № 273 від 10.04.2022 р.: під місцевою анестезією (туберальна, палатинальна зліва та фільтраційна) Ультракаїн Д-С форте (Aventis Pharma Deutschland) 3,4 мл, в лівій верхній ретромоларній ділянці було виконано пункцію альвеолярного відростка одноразовим шприцом 2,0 мл з голкою 23G (0,6×30,0 мм), отримано близько 1,0 мл янтарно-світлої рідини з домішками зерен холестерину.

Викроєно трикутний клапот з широкою основою, оберненою до щоки, тупо і гостро скелетовано фрагмент поверхні альвеолярного відростка. З використанням хірургічної фрези з водним



Рис. 1. Фото зрізів конусно-променевої комп'ютерної томографії.

охладженням (стерильний фізіологічний розчин) трепановано стінку новоутворення та розширено вхідний доступ. Тупо і гостро видалено ретенований та дистопований зуб, відшаровано та видалено оболонку кістозного новоутворення (направлено на патогістологічне дослідження) (рис. 2). Кістозна порожнина промита 0,05% водним розчином хлоргексидину біглюконату, введено три губки «CUTANPLAST Dental» (Італія). Рану зашито наглухо полігліколідним атравматичним шовним матеріалом розміром 4-0. Операцію виконано в хірургічному відділенні стоматологічного закладу охорони здоров'я ТОВ «Медгрант» (хірург – к.мед.н., доц. І. Ю. Гарляускайте).

Фолікулярна кіста у пацієнтки розташовувалась у тілі верхньої щелепи в її підскроневій поверхні, в ділянці верхньощелепного горба. Іннервація цієї ділянки здійснюється з системи *n. maxillaris*, де з крилопіднебінної ямки верхньощелепний нерв віддає задні верхні гілки *rr. alveolares superiores posteriores*. Останні починаються 1-3 стовбурами та прямують до горба верхньої щелепи де, вступивши в альвеолярні отвори, йдуть каналами, розташованими в товщі кістки, до коренів трьох великих кутніх зубів верхньої щелепи [13, 21].

Фолікулярна кіста щелеп є результатом вади розвитку зубоутворювального епітелію (кістоподібного переродження тканин зубного фолікула). Клінічно, на початковій стадії розвитку, перебіг

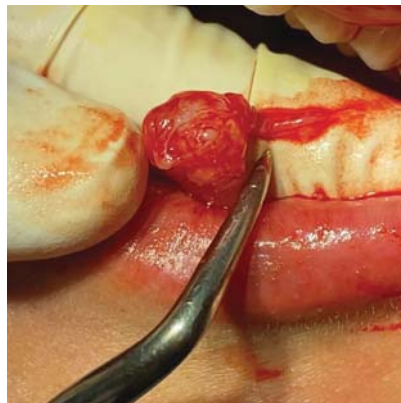


Рис. 2. Інтраопераційні фото макропрепарату кісти з ретенованим зубом.

захворювання безсимптомний, повільний і безболісний. Надалі, зі збільшенням об'єму кісти, виникає атрофія губчастої та кортикальної тканини щелепи, пухлиноподібне утворення, стискаючи судинно-нервовий пучок, може порушувати кровопостачання останнього. В окремих випадках фолікулярна кіста може нагноюватися і викликати гострі напади болю, за характером і інтенсивністю подібні до невралгії трійчастого нерва. Лікування таких кіст є хірургічним – цистектомія (операція за Partch II), видалення фолікулярної кісти разом із ретенованим зубом.

Диференціальна діагностика фолікулярних кіст включає ретельний збір анамнезу і рентгенологічні методи дослідження, такі як КПКТ. Стосовно презентованого випадку, то за суб'єктивними характеристиками болювого синдрому та неврологічними симптомами не завжди вдається вірогідно встановити етіологію лицевого болю.

Досить ризиковано робити остаточні діагностичні висновки навіть за порівняно високої ефективності призначеної медикаментозної терапії, оскільки широко використовуваний у практиці синдромологічний підхід до лікування таких пацієнтів є паліативним по своїй суті, і не містить вимог щодо чіткої оцінки етіологічного фактора. У разі персистентного лицевого болю важливо провести спеціальні дослідження для верифікації та оцінки структурних змін залучених до процесу зміни анатомічних утворень. Наявність об'єктивних симптомів є важливим критерієм у топічній діагностиці лицевих болів [16, 22].

Висновки

В сучасних умовах діагностика та ефективне лікування болю в щелепно-лицевій ділянці ґрунтується на мультидисциплінарному підході. Визначення причини болю в ділянці обличчя, щелеп та язика, різноманіття причин, що їх викликають, складні та багатокомпонентні протоколи діагностики (і як наслідок високий ризик діагностичних

помилко) – все це потребує глибоких знань анатомії, фізіології та патофізіології щелепно-лицевої ділянки, без чого розібратися в діагностиці вищевказаних захворювань неможливо.

Презентовано клінічний випадок лицевого болю в пацієнтки 35 років, яка мала симптоматику тригемінальної невралгії, з наявним позитивним ефектом від застосування нестероїдних протизапальних засобів. Верифікований клінічний діагноз – фолікулярна кіста лівої верхньої щелепи від ретинованого й дистопованого 28 зуба. Орофациальний біль, пов'язаний із захворюваннями дентоальвеолярних та супутніх структур.

Проведене хірургічне втручання дозволило успішновилікувати пацієнтку.

Перспективи подальших досліджень

Удосконалення методів діагностики та лікування лицевих болів є актуальним питанням для стоматології та неврології. Обидві спеціальності мають потребу в стандартизації алгоритмів діагностики такого контингенту пацієнтів.

ПОСИЛАННЯ

1. Mikheev W, Melnichuk PV. [Nervous diseases]. Moscow: Medicina, 1981. 544 p. [In Russian]
2. De Leeuw R, Fernandez-Vial D. Challenges for the Dentist in Managing Orofacial Pain. *Dent Clin North Am.* 2023 Jan; 67 (1): 173–185. doi: 10.1016/j.cden.2022.07.013. PMID: 36404077.
3. Crandall JA. An Introduction to Orofacial Pain. *Dent Clin North Am.* 2018 Oct; 62 (4): 511–523. doi: 10.1016/j.cden.2018.05.001. PMID: 30189979.
4. Bender SD. Burning Mouth Syndrome. *Dent Clin North Am.* 2018; 62 (4): 585–596. doi: 10.1016/j.cden.2018.05.006. PMID: 30189984.
5. Egorov PM, Karapetyan IS. [Pain dysfunction of the temporomandibular joint]. Moscow: Medicina, 1986. 128 p. [In Russian]
6. Ananthan S, Benoliel R. Chronic orofacial pain. *J Neural Transm (Vienna).* 2020; 127 (4): 575–588. doi: 10.1007/s00702-020-02157-3. PMID: 32130516.
7. Sokolova LI, Illiash TI. [The methods of examination of a neurological patient]. Kyiv. Medytsyna, 2020. 143 p. [In Ukrainian]
8. Vein AM. [Diseases of the autonomic nervous system]. Moscow: Medicina, 1991. 622 p. [In Russian]
9. Korczeniewska OA, Kohli D, Benoliel R, Baddireddy SM, Eliav E. Pathophysiology of Post-Traumatic Trigeminal Neuropathic Pain. *Biomolecules.* 2022; 12 (12): 1753. doi: 10.3390/biom12121753. PMID: 36551181; PMCID: PMC9775491
10. Vynychuk SM, Dubenko EH, Macheret EL. [Nervous diseases]. Kyiv, Zdorovia, 2001. 696 p. [In Ukrainian]
11. Gerwin R. Chronic Facial Pain: Trigeminal Neuralgia, Persistent Idiopathic Facial Pain, and Myofascial Pain Syndrome—An Evidence-Based Narrative Review and Etiological Hypothesis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(19): 7012. doi: 10.3390/ijerph17197012. PMID: 32992770; PMCID: PMC7579138.
12. Yavorskaya EU. [Pain paresthetic syndromes of the maxillofacial area]. Kyiv: Medkniga, 2007. 56 p. [In Russian]
13. Vidic B, Milisavljevic M. Atlas of the Human Body. [edition unavailable]. Elsevier Science. 2017. 288 p. URL: <https://www.perlego.com/book/1829674/atlas-of-the-human-body-central-nervous-system-and-vascularization-pdf>
14. Ziegeler C, Beikler T, Gosau M, May A. Idiopathic Facial Pain Syndromes—An Overview and Clinical Implications. *Dtsch Arztebl Int.* 2021; 118(6): 81–87. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0006. PMID: 33827748; PMCID: PMC8192736

15. Al-Khudhairy MW, Albisher G, Alarfaj A, Alabbadi S, Almohaishi N, Alqudaihi W. Post-traumatic Trigeminal Neuropathy Associated With Endodontic Therapy: A Systematic Review. *Cureus*. 2022; 14(12): e32675. doi: 10.7759/cureus.32675. PMID: 36686068; PMCID: PMC9848699
16. Facial pain or numbness (Trigeminal nerve [V]). In: Kasper DLD, Fauci ASA, Hauser SLS, Longo DLD, Jameson JLJ, Loscalzo JJ, editors. *Harrison's Manual of Medicine*. McGraw Hill Inc.; 2017. URL: https://harrisons.unboundmedicine.com/harrisons/view/Harrisons-Manual-of-Medicine/623462/all/FACIAL_PAIN_OR_NUMBNESS_TRIGEMINAL_NERVE_V.
17. Bendtsen L, Zakrzewska JM, Heinskou TB, Hodaie M, Leal PRL, Nurmikko T, Obermann M, Cruccu G, Maarbjerg S. Advances in diagnosis, classification, pathophysiology, and management of trigeminal neuralgia. *Lancet Neurol*. 2020;19(9):784-796. doi: 10.1016/S1474-4422(20)30233-7. PMID: 32822636.
18. Chung MK, Wang S, Oh SL, Kim YS. Acute and Chronic Pain from Facial Skin and Oral Mucosa: Unique Neurobiology and Challenging Treatment. *Int J Mol Sci*. 2021; 22(11): 5810. doi: 10.3390/ijms22115810. PMID: 34071720; PMCID: PMC8198570.
19. Kostyuk TM, Kaniura A, Shinchukovskiy I, Tsyzh A, Medvinska N. Research of the chewing muscles in dysfunction disorders of TMG. *Neurophysiology*. 2020; 1(52): 50–5.
20. Zhegulovich ZE. [Clinical-instrumental analysis of the sequence of formation of dental occlusal contacts during closing of the jaws]. *Medical science of Ukraine*. 2015; 1–2: 69–75. [In Ukrainian]
21. Malanchuk VO, Kopchak AV. [Benign tumors and tumor-like lesions of the maxillofacial region and neck: Study guide]. Kyiv: Askania, 2008. 320 p. [In Ukrainian]
22. Vgontzas A, Rizzoli PB. Nonmigraine Headache and Facial Pain. *Med Clin North Am*. 2019; 103(2): 235–250. doi: 10.1016/j.mcna.2018.10.007. PMID: 30704679.

The differential diagnostics of pain syndrome in the maxillofacial area.

Analysis of a clinical case

Bezkorovaina L., Harlyauskaite I., Ponomarenko Yu.

The purpose of the study was to demonstrate the main stages of a complex examination and differential diagnosis of atypical facial pain on the example of a case from clinical practice.

In modern conditions, the diagnosis and effective treatment of pain in the maxillofacial area is based on a multidisciplinary approach. Often, the causes of pain in the face, jaws and tongue are different. The variety of causes, complex and multi-component diagnostic protocols (and as a result, a high risk of diagnostic mistakes) – all that requires deep knowledge of the anatomy, physiology and pathophysiology of the maxillofacial area, without which it is impossible to understand the diagnosis of the above-mentioned diseases.

Based on the subjective characteristics of the pain syndrome and neurological symptoms, it is not always possible to reliably establish the etiology of facial pain. It is quite risky to draw final diagnostic conclusions even with relatively high efficiency of prescribed medicine therapy, since the syndromological approach to the treatment of such patients widely used in practice is palliative in nature and does not contain requirements for a clear assessment of the etiological factor. In the case of persistent facial pain, it is important to perform special studies to verify and evaluate the structural changes involved in the process of changing anatomical formations. The presence of objective symptoms is an important criterion in the topical diagnosis of facial prosopalgia.

A clinical case of prosopalgia in a 35-year-old female patient with symptoms of trigeminal neuralgia is presented. The patient marked the positive effects from the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (nimesulide and ibuprofen) and antiseizure medications (carbamazepine). A thorough examination of the patient's dental status made it possible to verify the diagnosis – follicular cyst of the left upper jaw from the retained and dislocated 28th tooth, orofacial pain associated with diseases of dento-alveolar and accompanying structures. The surgical treatment made it possible to successfully cure the patient.

Differential diagnosis of pain in the maxillofacial area is a difficult task for both dentists and neurologists. Usually, such patients do not apply immediately after the problem arises but after some time, so additional signs of sensory, motor and trophic disorders may be detected in their status. There are often cases when the same etiological factor may cause different clinical symptoms, on the other side, a similar clinical complex is able to develop under the influence of different causes.

Keywords: orofacial pain, dento-alveolar disorders, dentistry, differential diagnosis, follicular cyst.

Дифференциальная диагностика болевого синдрома в челюстно-лицевой области. Анализ клинического случая

Безкоровайна Л.П., Гарляускайте І.Ю., Пономаренко Ю.В.

Цель исследования: на примере случая из клинической практики продемонстрировать основные этапы комплексного обследования и дифференциальной диагностики атипичных лицевых болей.

В современных условиях диагностика и эффективное лечение боли в челюстно-лицевой области основывается на мультидисциплинарном подходе. Часто, причины боли в области лица, челюстей и языка, разнообразие причин, их вызывающих, сложные и многокомпонентные протоколы диагностики (и как следствие высокий риск диагностических ошибок) – все это требует глубоких знаний анатомии, физиологии и патофизиологии челюстно-лицевой области, без чего разобраться в диагностике вышеуказанных заболеваний невозможно.

По субъективным характеристикам болевого синдрома и неврологическим симптомам не всегда удается достоверно установить этиологию лицевой боли. Достаточно рискованно делать окончательные диагностические выводы даже при сравнительно высокой эффективности назначенной медикаментозной терапии, поскольку широко используемый в практике синдромологический подход к лечению таких пациентов паллиативный по своей сути, и не содержит требований относительно четкой оценки этиологического фактора. При персистентной лицевой боли важно провести специальные исследования для верификации и оценки структурных изменений анатомических образований, вовлеченных в патологический процесс. Наличие объективных симптомов является важным критерием в топической диагностике лицевых болей.

Представлен клинический случай лицевой боли у пациентки 35 лет, которая имела симптоматику тригеминальной невралгии, с положительным эффектом от применения нестероидных противовоспалительных средств (нимесулид и ибупрофен) и антиконвульсантов (карбамазепин). Тщательное обследование стоматологического статуса пациентки позволило верифицировать диагноз – фолликулярная киста левой верхней челюсти от ретенированного и дистопированного зуба. Орофациальная боль, связанная с заболеваниями дентоальвеолярных и сопутствующих структур. Проведенное хирургическое вмешательство позволило успешно вылечить пациентку.

Дифференциальная диагностика боли в челюстно-лицевой области является сложной задачей как для врачей-стоматологов, так и для неврологов. Обычно такие пациенты обращаются не сразу после возникновения проблемы, а спустя некоторое время, поэтому у них можно выявить дополнительные признаки чувствительных, двигательных и трофических расстройств. Часто бывают случаи, когда тот же этиологический фактор может вызвать различные клинические симптомы, с другой стороны – подобная клиническая картина может развиваться под влиянием разных причин.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Исследование - фрагмент плановой научно-исследовательской темы кафедры стоматологии Института последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца «Научное обоснование ранней диагностики генерализованных заболеваний пародонта хронического и обостренного течения» (2018-2023 гг.) № государственной регистрации 0118U100471.

Безкоровайна Лариса Петрівна – лікар-стоматолог, аспірант,

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

Інститут післядипломної освіти, кафедра стоматології. **Адреса:** 03057, Україна, м. Київ, вул. Зоологічна, 1.

E-mail: larisabp73@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8363-3214>, **Тел.:** +380674677273,

Гарляускайте Ірена Юстинасвіна – лікар-стоматолог-хірург, к. мед. н., доцент, завідувачка хірургічного відділення

ТОВ «Медгарант», 01030, **Адреса:** Україна, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 48.

Пономаренко Юрій Володимирович – лікар-невролог, к.мед.н.,

ТОВ «МЦ «Центр нейродіагностики», 04119, **Адреса:** Україна, м. Київ, вул. Дегтярівська, 32.