

# Боль в лице: клинический разбор

К.м.н. Ю.Э. Азимова, к.м.н К.В. Скоробогатых

Университетская клиника головной боли, Москва

## РЕЗЮМЕ

*Персистирующая идиопатическая лицевая боль (ПИЛБ) определяется как продолжающаяся боль в лице, не имеющая характеристик краниальной невралгии и не связанная с другими причинами. Эта форма лицевой боли рассматривается на сегодняшний день как полиэтиологический синдром, включающий в себя миогенный или ятрогенный источник периферической сенситизации в лицевой области, недостаточность центральных противоболевых систем, а также наличие коморбидных эмоционально-аффективных нарушений. ПИЛБ является одной из наименее диагностируемых причин орофациальной боли и труднокурабельным заболеванием в клинической практике. ПИЛБ представляет собой междисциплинарную проблему, поскольку пациенты с прозопалгией обращаются к врачам различных специальностей. Крайне важно на первичном этапе ведения больных исключить вторичный характер прозопалгии. В данной статье рассматриваются критерии ПИЛБ, основные жалобы пациентов, особенности клинического течения, дифференциальной диагностики и наиболее важные подходы к лечению. Приведено описание двух клинических случаев.*

*ПИЛБ является одним из наиболее резистентных к терапии хронических болевых синдромов. Наибольший эффект имеет мультидисциплинарный подход с использованием комбинированной фармакотерапии антидепрессантами и антиконвульсантами с противоболевым действием и немедикаментозной терапии.*

**Ключевые слова:** персистирующая идиопатическая лицевая боль, прозопалгия, атипичная лицевая боль, антидепрессанты, антиконвульсанты.

**Для цитирования:** Азимова Ю.Э., Скоробогатых К.В. Боль в лице: клинический разбор // PMЖ. 2017. № 24. С. 1764–1766.

## ABSTRACT

Facial pain: clinical analysis

Azimova Yu.E., Skorobogatykh K.V.

University Headache Clinic, Moscow

*Persistent idiopathic facial pain (PIFP) is defined as an ongoing facial pain that does not have the characteristics of cranial neuralgia and is not associated with other causes. This form of facial pain is considered today as a polyetiological syndrome, which includes a myogenic or iatrogenic source of peripheral sensitization in the face area, insufficiency of the central analgesic systems, and the presence of comorbid emotional affective disorders. PIFP is one of the least diagnosed causes of orofacial pain and a difficult-to-cure disease in clinical practice. PIFP is an interdisciplinary problem, because patients with prosopalgia apply to doctors of various specialties. It is extremely important at the primary stage of patient management to exclude the secondary nature of prosopalgia. This article examines the criteria of the PIFP, the main complaints of patients, the features of the clinical course, differential diagnosis and the most important approaches to treatment. Two clinical cases are described.*

*PIFP is one of the most therapy resistant chronic pain syndromes. The greatest effect is achieved by a multidisciplinary approach using a combined pharmacotherapy with antidepressants and anticonvulsants with analgesic effect and non-drug therapy.*

**Key words:** persistent idiopathic facial pain, prosopalgia, atypical facial pain, antidepressants, anticonvulsants.

**For citation:** Azimova Yu.E., Skorobogatykh K.V. Facial pain: clinical analysis // RMJ. 2017. № 24. P. 1764–1766.

Диагностика и лечение лицевых болей является междисциплинарной проблемой, пациенты с прозопалгией обращаются к специалистам самых разных специальностей: стоматологам, ортодонтам, офтальмологам, оториноларингологам, неврологам, нейрохирургам, психиатрам.

В крупном эпидемиологическом исследовании, включившем 34 242 пациента, наблюдавшихся у стоматологов в 19 университетских центрах в Германии, было показано, что хроническая лицевая боль отмечается у 5,2%. Среди пациентов с хронической болью в лице персистирующая идиопатическая лицевая боль (ПИЛБ) отмечалась в 5,8% случаев и входила в тройку самых частых причин хронической прозопалгии [1]. К факторам риска развития ПИЛБ относят распространенный болевой синдром в анамнезе,

генетическую предрасположенность, женский пол, пассивную копинг-стратегию [2, 3]. Критерии ПИЛБ представлены в таблице 1.

Основная жалоба пациентов с диагнозом ПИЛБ – продолжающаяся боль, которая может варьировать по интенсивности, но, как правило, не возникает в виде атак. Несмотря на унилатеральную локализацию начала боли, у ряда пациентов сторона боли может меняться, а у 40% – боль может быть билатеральной [4, 5]. Важным диагностическим критерием выступает несоответствие боли зонам иннервации ветвей тройничного нерва. Чаще всего боль локализуется в области верхней челюсти и может распространяться на периорбитальную область, нос, щеку, висок и нижнюю челюсть. Боль может мигрировать из одной ча-

сти лица в другую и сопровождаться ощущением «движения слизистой оболочки» в синусах. Примечательно, что миграция боли, как правило, происходит по дерматомам [6]. У ряда пациентов боль может распространяться на голову, шею и даже руки. В некоторых случаях боль локализована в одном зубе и носит название атипичной одонталгии. Хотя боль сохраняется на протяжении всего дня, ночью, как правило, она отсутствует, вместе с тем у 50–70% пациентов нарушен сон [2]. Боль характеризуется как тупая, глубокая, ноющая, изнуряющая. Иногда пациенты описывают ее как невыносимую и мучительную, хотя у большинства интенсивность боли средняя, около 7 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) [7]. В отличие от невралгий для пациентов с ПИЛБ не характерны атаки, прострелы, отсутствуют курковые зоны. В ряде случаев пациенты отмечают усиление боли, напоминающее атаку, что тем не менее не исключает диагноза ПИЛБ. Обострение боли может быть спровоцировано холодом, стрессом, а также хирургическими и стоматологическими манипуляциями [2, 8, 9].

Заболевание, как правило, длится в течение многих лет с возможными ремиссиями [4, 5]. Диагностические затруднения могут вызывать пациенты, у которых ПИЛБ в дебюте напоминает тригеминальную невралгию и лишь впоследствии приобретает характерный клинический паттерн [6]. Однако если тригеминальная невралгия характеризуется кратковременными атаками пронзающей или стреляющей боли, то при ПИЛБ приступы продолжительнее, чем несколько секунд – минуты или даже часы, и не провоцируются характерными для тригеминальной невралгии триггерами. При проверке неврологического статуса у 60–75% пациентов с ПИЛБ могут выявляться дизестезии, парестезии, субъективное ощущение онемения, однако объективное выпадение чувствительности или другие неврологиче-

ские симптомы не выявляются. Некоторые пациенты отмечают субъективную отечность лица, однако при объективном осмотре отечность не выявляется [5, 10–12].

Как уже упоминалось, во многих случаях у пациентов в анамнезе имеется травма лица или перенесенная операция на челюсти, носе или синусах. Если болевой синдром уже персистировал до операции, то после вмешательства он может усилиться [4]. У пациентов с ПИЛБ могут отмечаться хронические болевые синдромы другой локализации – в спине, шее, миофасциальная боль, мигрень, синдром предменструального напряжения, синдром раздраженного кишечника, дисменорея [13]. 50% пациентов с ПИЛБ отмечают хроническую усталость [2]. Распространенность эмоционально-аффективных и других психических расстройств выше среди пациентов с ПИЛБ, чем в популяции. Так, аффективные расстройства отмечаются у 16% пациентов, соматоформные расстройства – у 15%, психоз – у 6%, другие заболевания – у 16% [14–17]. Описаны также случаи соматосенсорных галлюцинаций при депрессии как редкой причине лицевой боли [18].

Дифференциальный диагноз ПИЛБ проводится с рядом заболеваний, это: боль, связанная с патологией костей черепа; цервикогенная головная боль; глаукома, нарушение рефракции, страбизм; болезни уха; синусит; патология челюстей, зубов и окружающих тканей; патология височно-нижнечелюстного сустава; патология краниальных нервов, такая как тригеминальная компрессия; диабетическая невропатия глазодвигательных нервов; *herpes zoster*; постгерпетическая невралгия; синдром Толоса – Ханта; шейно-язычный синдром; тригеминальная невралгия; глоссофарингеальная невралгия; невралгия промежуточного нерва; невралгия конечных ветвей краниальных нервов; головная боль, связанная с внешним сдавлением; холододовая головная боль; центральная постинсультная боль [7, 9, 10]. В редких случаях лицевая боль может быть отраженной болью при раке легкого [19].

ПИЛБ – один из наиболее резистентных к терапии хронических болевых синдромов. Наиболее важным подходом к ведению пациентов с ПИЛБ считается ограничение дальнейшей травматизации лицевой области. Пациенты должны быть информированы о хроническом, но доброкачественном течении своего заболевания. Необходимо избегать проведения необоснованных хирургических и стоматологических процедур даже в случаях, если пациент настаивает на таковых. В отличие от тригеминальной невралгии микроваскулярная декомпрессия не оказывает эффекта при ПИЛБ [20, 21]. Антидепрессанты фенелзин и дотиепин, показавшие умеренный эффект в лечении ПИЛБ, не-

**Таблица 1. Критерии персистирующей идиопатической лицевой боли (МКГБ III)**

1. Боль в лицевой области, длящаяся более 2-х часов в день на протяжении более 3-х месяцев.
2. Боль имеет два признака:
  - трудно локализуемая, не соответствует каким-либо зонам иннервации;
  - по характеру глубокая, ноющая.
3. Боль не сопровождается выпадением чувствительности или другими неврологическими знаками.
4. Информативные дополнительные методы исследования не выявляют стоматологической патологии, объясняющей развитие боли

**Таблица 2. Эффективность и безопасность препаратов для терапии ПИЛБ (10, 22–25)**

Препарат	Суточная доза	Эффективность	Побочные эффекты
Амитриптилин	10–150 мг	Удовлетворительная	Головокружение, сухость во рту
Дотиепин	25–150 мг	Удовлетворительная	Сонливость, сухость во рту, головокружение
Флуоксетин	20 мг	Удовлетворительная	Нарушения сна, нарушения координации
Фенелзин	45 мг	Эффективен в отношении и боли, и депрессии	Нарушения координации, головокружение, нарушения сна, сухость во рту
Суматриптан	6 мг подкожно	Данные ограничены	–
Венлафаксин	75 мг	Данные ограничены	–
Когнитивно-поведенческая терапия + трициклические антидепрессанты	6–12 занятий	Высокая	Побочные эффекты трициклических антидепрессантов
Информирование и поддержка	–	Высокая	–

доступны в настоящее время. Клинический опыт показывает, что трициклические антидепрессанты обладают наилучшим эффектом. Терапию начинают с минимальной дозы, принимаемой на ночь, постепенно наращивая дозу, переходят к лекарственным формам с медленным высвобождением препарата. Также могут использоваться антиконвульсанты с противоболевым действием, такие как карбамазепин, окскарбазепин, габапентин, прегабалин. Зачастую пациентам требуется назначение комбинации трициклического антидепрессанта и антиконвульсанта. Если препарат, принимаемый в адекватной дозе, в течение 2-х месяцев не оказывает эффекта, то его необходимо отменить. Препараты для терапии ПИЛБ и их эффективность и безопасность представлены в таблице 2.

В одном открытом исследовании была показана эффективность местных аппликаций капсаицина [26], в другом открытом исследовании выявлен некоторый эффект чрескожной электрической стимуляции [27]. У ряда пациентов в качестве метода терапии может быть использован гипноз [28]. Поведенческая терапия чрезвычайно важна для пациентов с ПИЛБ, т. к. позволяет снизить уровень тревоги и обрести реалистичную самооценку для лучшей копинг-стратегии в преодолении боли. Тем не менее боль в лице может быть проявлением органической патологии.

Представляем описание двух клинических случаев.

### Клинический случай 1

**Пациентка Ф., 52 года.** Обратилась в Университетскую клинику головной боли с жалобами на боль в лице: постоянную (более интенсивную в дневное время), ноющую, 5–6 баллов ВАШ, локализованную в области правой верхней челюсти, периорбитальной и щечной области справа. Простые и комбинированные анальгетики несколько притупляют боль, однако пациентка не принимает эти препараты.

Заболевание началось за 3 года до обращения, когда пациентке было 49 лет. После переохлаждения возникли боли указанной локализации. Многократно обращалась к оториноларингологу, стоматологу, окулисту, проводилась нейровизуализация пазух

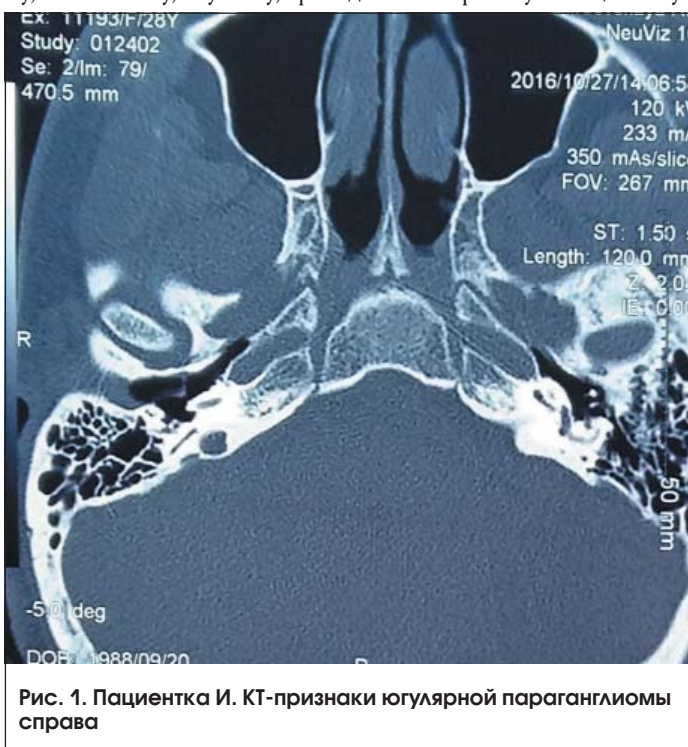


Рис. 1. Пациентка И. КТ-признаки югулярной параганглиомы справа

носа, другие инструментальные методы: патологии не обнаружено. МРТ головного мозга: данных за органическое заболевание нет, вазоневрального контакта не обнаружено. С 25 лет отмечает периодически возникающие (1 раз в месяц) приступы головной боли: двусторонней, давящей, легкой или умеренной интенсивности, не сопровождающейся тошнотой, рвотой, фото- и фонофобией. Купируются простыми анальгетиками или отдыхом. Пациентка соматически здорова.

Объективно: соматический статус без особенностей. В неврологическом статусе – участки температурной и прессорной аллодинии на коже лица и волосистой части головы. В остальном – без патологии. Объем движений нижней челюсти – полный, прикус – без особенностей. Жевательные мышцы – мягкие, безболезненные. Объем движений в шейном отделе позвоночника полный, мышечных триггеров в мышцах шеи не отмечается.

Пациентке был поставлен диагноз ПИЛБ, эпизодическая головная боль напряжения. Назначена терапия: габапентин (1200 мг/сут), amitриптилин (75 мг/сут). Дозу amitриптилина не удалось повысить до 100 мг по причине плохой переносимости. На фоне терапии спустя 6 нед. боль уменьшилась на 60%, появились дни без головной боли. Прием препаратов будет продолжаться в течение 6–12 мес.

### Клинический случай 2

**Пациентка И., 29 лет.** Обратилась в Университетскую клинику головной боли с жалобами на острую боль в правой височной и околоушной области с иррадиацией в верхнюю челюсть, 7 баллов по ВАШ, без сопровождающих симптомов, усиливается ночью. Боль возникла за 5 мес. до обращения, в дебюте была приступообразной, в течение 3-х месяцев перешла в постоянную. Анальгетики частично купируют боль, но лишь на 2–3 часа. Принимала прегабалин 300 мг/сут, amitриптилин 50 мг/сут – без эффекта. Консультирована стоматологом, окулистом, оториноларингологом: патологии не обнаружено. Направлена в клинику с диагнозом ПИЛБ. Пациентка соматически здорова.

Объективно: соматический статус без особенностей. В неврологическом статусе минимальная асимметрия лица (опущение угла рта справа), в остальном – без патологии. Объем движений нижней челюсти – полный, асимметрия прикуса. Болезненное напряжение жевательных мышц справа, симптом щелчка справа. Объем движений в шейном отделе позвоночника полный, мышечных триггеров в мышцах шеи не отмечается.

С учетом минимальной асимметрии лица, преимущественно ноцицептивного характера боли, а также неэффективности анальгетической терапии проведена КТ головы. Обнаружено увеличение левого яремного отверстия (12×14,6 мм), справа 8×7 мм. Обнаруживаются объемное образование, разрушающее правую стенку яремного отверстия справа, КТ-признаки югулярной параганглиомы (рис. 1). Пациентка направлена к нейрохирургу.

Югулярная параганглиома – редкая доброкачественная опухоль, возникающая в возрасте 40–60 лет, чаще у женщин. Типичные симптомы: шум в ухе, снижение слуха, головокружение. Головная боль отмечается у 16% пациентов, боль в ухе – у 11% [29]. Описаны случаи югулярной параганглиомы, протекающие под маской дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [9]. Возможно, что у данной пациентки субклиническая асимметрия лица, возникающая в результате сдавления правого лицевого нерва югулярной параганглиомой, привела к латерализации проприоцепции и вторичной дисфункции сустава.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>