

Лицевая боль: на стыке дисциплин



8 февраля 2014 г. в рамках 10-й ежегодной конференции «Вейновские чтения» состоялся мастер-класс «Лицевая боль: на стыке дисциплин. Междисциплинарные аспекты хронической боли кранио-мандибулярной локализации». Особый интерес вызвал доклад профессора кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, руководителя неврологического отделения Центра междисциплинарной стоматологии и неврологии, президента Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии (МООСБТ), доктора медицинских наук **Ольги Ратмировны Орловой**.

В начале доклада Ольга Ратмировна отметила важность обсуждаемой темы, поскольку 2014 г. объявлен Международной ассоциацией по изучению боли Годом орофациальной боли. Боли в области лица и полости рта – извечный камень преткновения для неврологов, стоматологов, челюстно-лицевых хирургов и других смежных специалистов. Еще в 1980 г. было опубликовано руководство «Неврология лица» под редакцией академика В.А.Карлова, которое до сих пор остается во многом настольной книгой для специалистов по лицевой боли. Однако и неврология, и стоматология как смежные дисциплины за это время уже далеко шагнули вперед и спектр их интересов не ограничен болевыми синдромами. Спектр неврологических расстройств, которые часто встречаются в стоматологической практике, включает 4 группы:

- болевые феномены в области лица и полости рта;
- неболевые феномены (сенсорные расстройства);
- двигательные расстройства в области лица;
- психовегетативные, эмоциональные нарушения.

Наиболее часто встречающимся проявлением патологии в области лица является болевой синдром. И, как правило, больным, обратившимся за помощью с лицевой болью, выставляют диагноз «тригеминальная невралгия». Однако, по данным статистики, невралгия тройничного нерва встречается лишь в 20% случаев всего спектра лицевых болей, тогда как наиболее частая причина лицевой боли – миофасциальный болевой синдром (МФБС) в жевательных мышцах, который также называют МФБС лица, поскольку в патологический процесс вовлекаются не только жевательные, но и другие перикраниальные мышцы.

Несмотря на то что мышечные боли являются наиболее распространенными, систематизацию лицевых болей О.Р. Орлова начала с тригеминальной невралгии, поскольку исключение данной патологии или, наоборот, ее подтверждение является первым этапом неврологического диагноза и главной задачей невролога.

Для невралгии тройничного нерва характерна внезапная, односторонняя, поверхностная, как правило, очень интенсивная боль, которая распространяется по ходу ветвей тройничного нерва. Если боль иррадирует в угол нижней челюсти или ухо (а эти области не являются зоной иннервации тройничного нерва), то становится понятно, что это мышечные боли, которые могут быть довольно острыми. Кроме того, тригеминальные боли вызываются раздражением триггерных зон, локализующихся на коже лица и в полости рта. Отмечаются рефрактерные периоды после приступа. В межприступный период, как правило, отсутствует неврологическая симптоматика, однако отдельные симптомы могут присутствовать, поскольку при длительном течении тригеминальной невралгии развиваются вторичные проявления: МФБС и нейропатические изменения. Купирование болевого синдрома после приема

карбамазепина также не является абсолютным критерием тригеминальной невралгии.

Одной из ведущих причин невралгии тройничного нерва (НТН) является невровазкулярный конфликт, который заключается в раздражении или сдавлении корешка тройничного нерва в месте выхода из ствола головного мозга кровеносным сосудом. Поэтому одним из основных методов лечения НТН является невровазкулярная декомпрессия, но для этого должен быть верифицирован диагноз невровазкулярного конфликта. Для этого показана магнитно-резонансная томография (МРТ), которая проводится в два этапа: I этап – традиционное исключение объемных образований, II этап – проведение МРТ в T2-режиме с дополнительным режимом с очень высоким пространственным разрешением и малой толщиной среза (менее 0,3 мм) с прицельным изучением места выхода корешка тройничного нерва в области ствола.

Рассказывая о дифференциальной диагностике, О.Р. Орлова отметила, что причиной для трудностей диагностики НТН достаточно много. Одной из них является трансформация клинических проявлений тригеминальной невралгии, когда присоединяется вторичный МФБС. Другой причиной может быть присоединение нейропатических расстройств. Сегодня, к сожалению, еще распространенной тактикой остается проведение разных деструктивных манипуляций на периферических ветвях тройничного нерва, включая так называемые лечебные блокады. И многие пациенты, прежде чем они будут направлены на невровазкулярную декомпрессию, уже перенесли это множество деструктивных воздействий, которые приводят к появлению вторичных нейропатических расстройств. Кроме того, наблюдается сходство болевого феномена при тригеминальной невралгии с другими прозопалгиями. Например, острота боли при миофасциальном синдроме может быть настолько высока, что напоминает невралгию тройничного нерва.

Алгоритм ведения пациента при подозрении на невралгию тройничного нерва:

- I этап – клинический диагноз согласно всем критериям диагностики и дифференциальный диагноз для исключения вторичных форм;
- II этап – визуализация для подтверждения невровазкулярного конфликта и принятия решения о хирургическом лечении.

Лечение невралгии тройничного нерва включает назначение антиконвульсантов, невровазкулярную декомпрессию, а также применение ботулотоксина для уменьшения выраженности миофасциального синдрома (инъекции в жевательные мышцы) и для деафферентации триггерных точек (внутрикожные и подслизистые инъекции в зоне триггерных точек).

Ольга Ратмировна отметила особую важность вопроса о взаимодействии невролога и стоматолога при ве-

Дексалгин®

Декскетопрофен



Скорая помощь при острой боли¹



Быстрое
начало
действия¹

Выраженный
обезболивающий
эффект²

Хороший
профиль
безопасности³

Показания к применению:

- купирование болевого синдрома различного генеза (в т. ч. послеоперационные боли, боли при метастазах в кости, посттравматические боли, боли при почечных коликах, альгодисменорея, ишиалгия, радикулит, невралгии, зубная боль);
- симптоматическое лечение острых и хронических воспалительных, воспалительно-дегенеративных и метаболических заболеваний опорно-двигательного аппарата (в т. ч. ревматоидный артрит, спондилоартрит, артроз, остеохондроз).



1. Инструкция по медицинскому применению препарата Дексалгин®
2. Peat S, 10th World Congress on Pain 2002, San Diego: 945-P215
3. Zippel, Clin Drug Invest, 2006, 26(9), 517-528

Сокращенная информация по применению препарата Дексалгин®: *Противопоказания:* Повышенная чувствительность к декскетопрофену или другим НПВП или к любому из вспомогательных веществ, входящих в состав препарата; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения; желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе, другие активные кровотечения, антикоагулянтная терапия; воспалительные заболевания кишечника в фазе обострения; тяжелые нарушения функции печени; умеренные или тяжелые нарушения функции почек; лечение болевого синдрома при аортокоронарном шунтировании; период после проведения аортокоронарного шунтирования; бронхиальная астма, в т.ч. – в анамнезе; полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа и околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты или др. НПВП; тяжелая сердечная недостаточность; геморрагический диатез или другие нарушения коагуляции; возраст до 18 лет; беременность и период лактации. Дексалгин® противопоказан для внутримышечного введения. *С осторожностью:* ИБС; цереброваскулярные заболевания; сахарный диабет; язвенное поражение ЖКТ в анамнезе; длительное применение НПВП; пожилой возраст (старше 65 лет).

Способ применения и дозы. *Раствор для инъекций:* Дексалгин® предназначен для внутривенного и внутримышечного введения. Рекомендуемая доза для взрослых: 50 мг каждые 8-12 ч. Суточная доза 150 мг. Дексалгин® предназначен для краткосрочного (не более 2-х дней) применения в период острого болевого синдрома. *Таблетки Дексалгин® 25* принимают внутрь во время еды. Рекомендуемая доза для взрослых составляет 12,5 мг (1/2 таблетки) каждые 4-6 ч или 25 мг (1 таблетка) каждые 8 ч. Максимальная суточная доза – 75 мг. Курс лечения препаратом не должен превышать 3-5 дней. *Наиболее часто встречающиеся побочные эффекты при применении препарата Дексалгин®:* для инъекционной формы: боль в месте инъекции, тошнота, рвота. Для таблетированной формы: тошнота, рвота, абдоминальная боль, диспепсия, диарея.



дении пациентов с тригеминальной невралгией. Неврологу принадлежит ведущая роль в диагностике и определении показаний к хирургическому лечению, а также в послеоперационном лечении нейропатических расстройств. Роль стоматолога также очень важна. Необходимым условием успеха лечения является тщательно взвешенное решение о проведении экстракции зубов. На практике видно, что зачастую пациенты лишаются зубного ряда, поскольку один за другим удаляются зубы, которые могут быть заподозрены как причина боли. Поэтому стоматологу надо исключить все одонтогенные причины боли. Второе, что должен сделать стоматолог, если у пациента уже утрачены зубы и изменена окклюзия зубных рядов, – после снятия болевого синдрома обязательно восстановить окклюзию, потому что невосстановленная окклюзия, неправильный прикус являются следующим фактором, предрасполагающим к развитию вторичных мышечных болей.

Нейрохирурги должны оперировать только верифицированные нейроваскулярные конфликты и определять показания к хирургическому вмешательству совместно с неврологом. Кроме того, следует выбрать оптимальную тактику для проведения операции. Так, на сегодняшний день таковой считается использование тефлоновых протекторов, а не собственной мышечной или жировой ткани. Кроме того, не следует выполнять деструктивные операции.

Таким образом, казалось бы, достаточно просто исключить тригеминальную невралгию и назначить соответствующую терапию, но тем не менее, как показывает практика, проходят годы, прежде чем пациенту ставят верный диагноз.

Второй формой хронических лицевых болей, но при этом наиболее распространенной, является МФБС лица, в который в первую очередь вовлекаются жевательные мышцы. В его развитие вовлечены три компонента височно-нижнечелюстной системы: жевательная мускулатура, височно-нижнечелюстной сустав и нарушения окклюзии.

При МФБС отмечаются типичные клинические проявления. Во-первых, болевой синдром в жевательных мышцах. При данных болях нет курковых зон, отмечается облегчение при воздействии тепла, массажа, иногда при прикладывании холода, как это бывает при других МФБС. Боли, как правило, длительные и не так стереотипны, как при тригеминальной невралгии. Очень важно, что решающим предрасполагающим фактором к развитию МФБС лица является предшествующая гиперфункция жевательных мышц, которая может наблюдаться, например, при разных патологических привычках (стискивать зубы в ответ на эмоциональный стресс) либо при таких состояниях, как бруксизм и др.

Другими предрасполагающими факторами являются предшествующие нарушения окклюзии (невосстановленный зубной ряд), ортопедические нарушения (как зубочелюстные, так и скелетные) и психологические особенности (тревожность и депрессия). Частый провоцирующий фактор – предшествующее стоматологическое вмешательство, поскольку пациентам приходится длительное время удерживать рот открытым, что может привести к травмированию жевательных мышц вследствие их перерастяжения. Выделяют также поддерживающие факторы, которые трансформируют клиническую картину, – присоединение изменений со стороны височно-нижнечелюстного сустава и самих мышц. Зона иррадиации боли может быть очень широкой, но она отличается от зон иррадиации боли при невралгии тройничного нерва.

МФБС имеет ряд особенностей: ограничение открывания рта между резцами, звуки, хруст, щелчки в области сустава, S-образное движение нижней челюсти при

открывании рта, а также некоторые рентгенологические изменения. Однако данные особенности могут наблюдаться не у всех пациентов. МФБС жевательных мышц может быть двух типов:

- с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава;
- без дисфункции (как правило, раннее течение и I этап МФБС лица).

О.Р. Орлова отметила, что сегодня существует термин TMD – темпоромандибулярная дисфункция. Выделяют два типа TMD: преимущественное поражение сустава (артрит, остеоартроз) и преимущественное поражение жевательных мышц (МФБС, миалгия и миоспазм).

Необходимо четко представлять основные симптомы, которые могут указывать на дисфункцию жевательных мышц – важнейший предрасполагающий фактор к развитию МФБС:

- болевой синдром;
- стираемость зубов;
- щелчки, хруст в суставе;
- ограничение/затруднения в открывании рта;
- смещение нижней челюсти в процессе ее движения;
- эстетический дефект (широкие скулы, нарушение овала лица);
- патология пародонта;
- повышенная чувствительность зубов.

Дисфункция жевательных мышц и ее связь с окклюзией имеют прямое отношение к осанке тела, постуральной регуляции. Изменение соотношения между жевательными поверхностями верхнего и нижнего зубного ряда на несколько микрон может полностью изменить постуральную регуляцию, поэтому жалобы на нарушения походки, неустойчивость при ходьбе, головокружение также входят в круг симптомов, характерных для дисфункции жевательных мышц.

Дифференцировать МФБС следует с невралгией тройничного нерва, новообразованиями челюстно-лицевой области (необходима визуализация), воспалительными заболеваниями, внутренними нарушениями сустава, контрактурой жевательных мышц, а также болями синдромами при других лицевых патологиях, в частности при нейропатии лицевого нерва.

Переходя к освещению вопросов лечения, О.Р. Орлова рассказала, что существует три главных принципа лечения:

- Обезболивание.
- Миорелаксация.
- Восстановление окклюзии.

Для обезболивания традиционные анальгетики (например, метамизол натрия и т.п.) малоэффективны. Ольга Ратмировна подчеркнула, что первый этап терапии заключается в назначении обезболивающей терапии, предпочтительно препаратами современного поколения, которые имеют несколько механизмов действия – не только периферические и центральные противоболевые, но и защитные в отношении хряща.

Сегодня в терапии болевого синдрома наиболее часто применяются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Этих препаратов достаточно много, но не так много применяется в стоматологической практике и имеют доказанный эффект при высоком профиле безопасности. Так, препарат Дексалгин® (декскетопрофен) показан для применения в стоматологической практике и является препаратом выбора при проведении многих стоматологических вмешательствах, назначение декскетопрофена также входит в комплекс мероприятий для подготовки пациента к лечению. Дексалгин® показан при острой боли после хирургического лечения, при выраженной миофасциальной дисфункции, при острой одонтогенной боли. Дексалгин® выпускается в двух лекарственных формах: раствор для инъекций (50 мг) и таблетки (25 мг). Первые 3 дня может назначаться инъекционная форма (каждые 8–12 ч; максимальная суточная доза – 3 ампу-

лы), с 3-го по 8-й день – таблетированная (по 1 таблетке 3 раза в сутки, суточная доза – 75 мг).

Второй препарат, который может назначаться по окончании приема препарата Дексалгин® – это Нимесил® (нимесулид). Нимесулид – НПВС с преимущественным ингибированием ЦОГ-2, у которого есть одно очень важное свойство: он ингибирует металлопротеазы, участвующие в деградации хряща, таким образом способствуя сохранению функции хряща. Это чрезвычайно важно для пациентов с дисфункцией сустава. Нимесил® выпускается в гранулированной форме для приема внутрь. Продолжительность приема препарата Нимесил® не должна превышать 15 дней.

Второй принцип – миорелаксация жевательных мышц, которая осуществляется шинотерапией и ботулинотерапией. Восстановление окклюзии (третий принцип) должно начинаться с определения стоматологом характера ее изменения, а также причин, приводящих к развитию и поддержанию болевого синдрома. В дальнейшем стоматолог вместе с неврологом должны спланировать весь этап восстановления, который иногда может занимать месяцы или годы.

Возвращаясь к вопросу о роли невролога и стоматолога, Ольга Ратмировна еще раз подчеркнула, что роль

эта чрезвычайно важна. К задачам невролога относятся диагностика, дифференциальная диагностика, обезболивание, выявление факторов развития МФБС, составление плана совместных со стоматологом мероприятий. Задачи стоматолога – не спешить с экстракциями зубов, шинотерапия, составление плана и реализация лечения (ортодонтического, ортопедического) для восстановления нормальной окклюзии после снятия боли и миорелаксации.

В завершение О.Р. Орлова сделала акцент на необходимости профилактики МФБС, которая заключается в соблюдении жевательного режима и самоконтроле пациента (избегании длительного жевания жевательной резинки, избегании надкусывания твердой пищи широко раскрытым ртом), обязательной стоматологической профилактике (анестезия, релаксация жевательных мышц в ходе стоматологического лечения под миографическим контролем), своевременном ортопедическом и ортодонтическом лечении и неотлагательном назначении обезболивающей терапии. Представляется целесообразным поэтапное назначение препаратов Дексалгин® и Нимесил®, доказавших свою высокую эффективность в терапии болевого синдрома.