

Клинические проявления, диагностика и лечение персистирующей идиопатической лицевой боли



Н. М. Воеводина



А. Н. Баринов

Н. М. Воеводина^{1,2}, А. Н. Баринов¹

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии института клинической медицины имени Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

²АО «Группа компаний «МЕДСИ», Москва

РЕЗЮМЕ

Персистирующая идиопатическая лицевая боль (ПИЛБ) часто расценивается как недиагностируемое состояние с плохим прогнозом. Объемные исследования по этой теме ограничены, а эффективных методов лечения мало. Даже при установленном диагнозе ПИЛБ, ввиду плохой осведомленности об этиологии и патогенезе развития заболевания, пациенты борются с принятием «всеобъемлющего» расстройства в поисках причин, приведших к заболеванию, и часто проходят ненужные анализы и процедуры в поисках альтернативных диагнозов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: персистирующая идиопатическая лицевая боль, невралгия тройничного нерва, миофасциальная, орофациальная боль.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical manifestations, diagnostics and treatment of persistent idiopathic facial pain

Н. М. Voevodina^{1,2}, А. Н. Barinov¹

¹Institute of Clinical Medicine n.a. N. V. Sklifosovsky of First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov, Moscow, Russia

²'MEDSI' Group of Companies, Moscow, Russia

SUMMARY

Persistent idiopathic facial pain (PIFP) is often regarded as an undiagnosed condition with a poor prognosis. Extensive research on this topic is limited, and there are few effective treatments. Even with an established diagnosis of PIFP, due to poor awareness of the etiology and pathogenesis of the development of the disease, patients struggle with the acceptance of the 'all-encompassing' disorder in search of the causes that led to the disease and often undergo unnecessary tests and procedures in search of alternative diagnoses.

KEY WORDS: persistent idiopathic facial pain, trigeminal neuralgia, myofascial orofacial pain.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Актуальность

К лицевой или орофациальной боли (ОРФБ) относится любой тип боли, локализованный в области, которая ограничена зоной орбит сверху и нижней челюстью снизу с вовлечением полости рта. Исключение составляет зона лба при вовлечении первой ветви тройничного нерва [27].

Эпидемиология: распространенность ОРФБ среди населения варьируется от 1,9 до 3,0% [10, 27]. В большей степени встречается среди женщин (женский пол в соотношении с мужским 2:1).

Орофациальная боль – это широкий термин, включающий в себя целый ряд болевых ощущений в области рта, головы, лица и шеи, которые могут значительно ухудшать качество жизни пациентов. Болезненные состояния могут задействовать различные зоны лицевой области и быть связаны с костно-мышечными, васкулярными и невральными источниками и (или) носить первичный идиопатический характер [31].

Для возможности определения тактики лечения болевого синдрома важно выделять различные типы лицевой боли, поэтому врачам необходимо серьезно отнестись к жалобам каждого пациента на лицевую боль, собрать подробный анамнез заболевания, выполнить

полное физикальное обследование на предмет боли для определения предположительного диагноза [26]. Анамнез боли должен включать такие ключевые моменты, как дата и время появления боли, определение времени возникновения боли (она беспокоит больше в утреннее время, в течение дня или ближе к ночи?), определение длительности болевого синдрома, определение частоты появления болевого синдрома (боль беспокоит в течение часа, дня, недели, месяца?). Локализация и иррадиация могут быть решающими факторами в определении источника боли при хорошей осведомленности врача о дерматоматоме распределения чувствительности и иннервации орофациальной области. Затем необходимо оценить качество и силу боли. Качество обычно подтверждается такими параметрами, как «пульсирующая», «колющая», «тупая» или «острая» боль и т.д. Степень тяжести можно оценить с помощью шкалы боли, такой как визуально-аналоговая шкала (ВАШ). ВАШ варьируется от 1 до 10, где 1 – минимальная боль, а 10 – самая сильная боль, которую только можно вообразить. Затем врач должен оценить факторы, облегчающие и усугубляющие боль. Далее следует оценить влияние боли на качество жизни

пациента. Необходимо спросить: может ли пациент спать с болью, может ли пациент сконцентрироваться и по-прежнему выполнять свою работу с болью на должном уровне, чувствует ли пациент утомление от боли? Как и для всех пациентов с хронической болью, важно получить психологическую оценку, а также полный анамнез используемых лекарственных средств. Далее врач должен задокументировать медицинский, семейный и социальный анамнез, исключив при этом любые стоматологические, орофациальные заболевания или хирургические операции в анамнезе до появления первых симптомов. Затем клиницисты должны провести комплексное физикальное обследование области головы и шеи пациента. Визуальный осмотр области головы и шеи должен быть проведен на предмет повреждений кожи, изменения цвета или отеков. Пальпация лимфатических узлов и слюнных желез должна выполняться, чтобы обнаружить и устранить любые пальпируемые образования, присутствующие в этой области. Затем врач должен исследовать мышцы головы и шеи на предмет чувствительности или наличия триггерных точек. Также следует проверить диапазон движений жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов. Неврологическое обследование черепных нервов также может выявить основную боль. Далее необходимо провести интратентовый осмотр при любой стоматологической патологии. Твердое и мягкое небо, зубы и слизистая оболочка полости рта необходимо обследовать на предмет повреждений, кариеса или аномалий [40].

Согласно новой Международной классификации орофациальной боли 2020 года 1-го пересмотра (ICOP), выделяют шесть основных причин в патогенезе развития лицевой боли [22]:

- орофациальная боль, связанная с нарушением денто-альвеолярных и связанных с ними структур;
- миогенные орофациальные боли;
- артрогенные боли (патология ВНЧС);
- орофациальная боль, связанная с поражением или заболеванием черепных нервов;
- орофациальные боли, напоминающие первичные головные боли;
- идиопатическая орофациальная боль.

Персистирующая идиопатическая лицевая боль входит в группу идиопатических орофациальных болей согласно обновленной классификации.

Персистирующая идиопатическая лицевая боль (ПИЛБ), ранее называемая атипичной лицевой болью, является мучительным заболеванием лица, которое часто сравнивают с невралгией тройничного нерва (ТН) [28, 30]. Согласно данным Международной классификации орофациальной боли 1-го пересмотра (ICOP) 2020 года, персистирующая идиопатическая лицевая боль (ПИЛБ) – хроническое заболевание, рецидивирующее ежедневно более 2 часов в сутки в течение более 3 месяцев, при отсутствии неврологической симптоматики. ПИЛБ проявляется ежедневной или почти ежеднев-

ной болью, вначале ограничивающейся в локализации, однако со временем может принимать и распространяющийся характер.[1] Клиническая картина ПИЛБ очень изменчива, диагностические критерии нечеткие и неоднозначные, а патофизиология процесса неясна [6, 13, 21, 29]. Болевые ощущения невозможно сопоставить с каким-либо патологическим процессом, и часто ПИЛБ рассматривается как несоразмерный ответ на легкую травму, патофизиология которого изучается в настоящее время. Несмотря на то что в развитии некоторых случаев ПИЛБ играет определенную роль нейропатический механизм [33], нельзя забывать и о других компонентах боли, таких как миофасциальный болевой синдром (МБС), который может быть проигнорирован в развитии ПИЛБ. Важно не упустить из виду МБС, потому что его можно эффективно лечить [18]. Болевой синдром при ПИЛБ характеризуется как глубокий, хотя бывает и поверхностным, а также может иметь тенденцию к вовлечению более широкой области, которая будет выходить за пределы соответствующего дерматома, боль часто локализована в носогубной складке или сбоку подбородка. Пациенты обычно описывают боль как ощущение сдавливания, жжения, сверления и покалывания или как проявление сильной боли, однако при осмотре и обследовании никаких отклонений не отмечено [4, 38]. Боль нечетко локализована и носит обычно односторонний характер, однако в 30–40 % случаев может быть двусторонней [25]. Учитывая неоднозначное определение болевого синдрома, возможно использование некорректного классифицирования множества хронических болевых ощущений в лице.

Систематический скрининг выявил, что у 41,3 % пациентов, страдающих ПИЛБ или синдромом жжения во рту, имелось большое депрессивное расстройство в анамнезе до возникновения орофациальной боли [37]. Существуют затруднения в трактовании эпидемиологических данных, так как ПИЛБ имеет достаточно общие критерии в своем определении. На основании проведенных исследований предположительная распространенность ПИЛБ составляет приблизительно 0,03 %, а показатель заболеваемости составляет 4,4 на 100 тысяч человеко-лет [24, 28]. Значительная часть пациентов – это женщины в возрасте от 40 лет и старше [25].

Клиницистам следует строго дифференцировать ПИЛБ от иных хронических болевых расстройств орофациальной локализации, имитирующих ее, например тригеминальная невралгия с постоянной сопутствующей болью, болезненная посттравматическая невропатия тройничного нерва, миогенная лицевая боль и другие [35]. Точный диагноз является залогом успешной терапии и предотвращения потенциально серьезных последствий [35].

Лечение ПИЛБ является симптоматическим и неспецифичным и основывается на рекомендациях лечения хронической боли [6]. В настоящее время основой лечения являются трициклические антидепрессанты в низких дозах. Если нет противопоказаний, amitriptилин остается основным препаратом выбора в начальной дозе

от 25 до 100 мг в день [7]. Если ТЦА противопоказаны или неэффективны, существуют ряд фармакологических препаратов второго ряда, которые доказали эффективность, включая определенные СИОЗС, СИОЗСН и противосудорожные препараты. Среди антидепрессантов второго ряда наиболее предпочтительны венлафаксин и флуоксетин [7, 12]. Что касается противосудорожных препаратов, можно попробовать прегабалин и габапентин [34]. Следует отметить, что когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) в качестве дополнения к терапии антидепрессантами дает лучшие результаты, чем терапия только антидепрессантами. К несчастью, доказательства эффективности лечения RIFP, будь то трициклические антидепрессанты, когнитивная и поведенческая терапия, антидепрессанты, противоэпилептические препараты, низкоуровневый лазер, блокада клиновидно-небного ганглия, не являются адекватными в лечении болевого расстройства, поэтому для облегчения боли и улучшения состояния следует использовать мультимодальные подходы [18].

Пациенты часто с трудом принимают этот диагноз, что затрудняет лечение. Они часто убеждены, что их боль вызвана, возможно, инфекцией или опухолью, или что врач не имеет возможности правильно диагностировать их недуг. Эти заблуждения обычно приводят к тому, что пациенты обращаются в различные медицинские центры за вторым мнением в поисках более удовлетворительного диагноза. Впоследствии они могут пройти инвазивные и ненужные процедуры, которые практически не снимут болевых ощущений. Подобные ситуации слишком распространены и подчеркивают необходимость тщательного обучения пациентов при постановке такого диагноза, как ПИЛБ. Кроме того, лечение боли у этих пациентов часто осложняется как физическими, так и психологическими сопутствующими заболеваниями. Поэтому многопрофильное общение между медицинским, стоматологическим, неврологическим, психологическим и психиатрическим специалистами имеет решающее значение при лечении этой группы пациентов [38].

Миофасциальный болевой синдром (МБС) – это совокупность симптомов и признаков, возникающих в результате наличия триггерных точек (ТТ) в скелетных мышцах. Считается, что ТТ представляют собой небольшие болезненные мышечные уплотнения, которые при стимуляции или раздражении передают боль в отдаленные участки тела. Появление ТТ является результатом острой или хронической мышечной перегрузки, которая приводит к сегментарной регуляции двигательных функций, коррелирующей с сокращением саркомера, и выработке способных к восприятию передачи боли нейротрансмиттеров и цитокинов [17]. Напряжение в мышечной мускулатуре и миофасциальной триггерной точке МТТ сохраняется в течение длительного времени после разрешения острого причинного события и может рецидивировать из-за повторного сокращения мышц. Гипотеза развития МТТ постулирует, что продолжительное или повторяющееся

сокращение мышц приводит к локализованному повышению внутримышечного давления, которое способствует сужению капилляров или небольших артериол, вызывая ограниченную ишемию мышц и гипоксию [4].

Чаще всего при МБС в лицевой области ТТ встречаются в мышцах жевательной мускулатуры, а также перикраниальной мускулатуре и мышцах шеи. Синдром диагностируется на основании анамнеза и физического осмотра при наличии локальной болезненности мышечного уплотнения, при механической стимуляции которого болевые симптомы пациента воспроизводятся полностью или частично [15, 19]. Пациенты с МФБ жалуются на ощущаемую глубокую тупую боль, которая может диффузно распространяться по всему лицу и вискам, боль преимущественно односторонняя и имеет тянущий, ноющий, распирающий характер. [2, 16, 36, 39]. Болевой синдром может быть локализован в аурикулярной, жевательной, височной, лобной и заушной областях и, как правило, иррадирует в различные области головы, лица, орбиты, ротовой полости, зуб и шеи. Широкая иррадиация болевого синдрома наводит клинициста на ошибочные диагнозы, которые в дальнейшем сопровождаются необоснованными врачебными манипуляциями. Пациенты могут сообщать, что интенсивность болевого синдрома повышается при жевании пищи, разговоре, психоэмоциональном напряжении, при поднятии тяжелых вещей или долговременном нахождении в вертикальном положении. Следует обращать внимание на пациентов со спазмом жевательных мышц, проявляющимся бруксизмом. Изначально возникает переутомление мышц на фоне чрезмерной нагрузки, осложняющееся впоследствии скованностью мышц в утреннее время и ограничением подвижности нижней челюсти, далее подключается МБС [1].

Дифференциальный диагноз рекомендуется проводить с артрогенными болевыми синдромами, связанными с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), объемными образованиями в орофациальной области, с невралгией тройничного нерва, невропатической лицевой болью и т. д. Наиболее затруднительным является проведение дифференциального диагноза миофасциальной лицевой боли и ПИЛБ. Миофасциальные триггерные точки в мышцах шеи и лица убедительно свидетельствуют о том, что, по крайней мере, часть ПИЛБ вызывается миофасциальными триггерами [20].

Невралгия тройничного нерва, традиционно называемая *tic douloureux*, представляет собой хроническое невропатическое болевое расстройство, характеризующееся спонтанными и вызванными приступами боли, подобной удару электрическим током, или колющей боли в области лица. Плохое качество жизни и суицид в тяжелых случаях являются характерной чертой расстройства [14, 41].

Классификация невралгии тройничного нерва была принята несколькими профессиональными сообществами и выстроена на основе ее характеристик (описания) представленного в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ) [32]. Диагноз невралгии тройничного нерва является клиническим и основан на трех

основных критериях: боль ограничена зоной иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва; проявляется внезапными, интенсивными и очень короткими (от 1 секунды до 2 минут, но обычно несколько секунд) пароксизмами боли, которые описываются как «удар», «шок» или «ощущение поражения электрическим током»; боль вызвана безобидными раздражителями на лице или внутриротовой области тройничного нерва. Спровоцированная пароксизмальная боль характерна для невралгии тройничного нерва и регистрируется у 91–99% пациентов, указывая на то, что эта особенность может быть патогномична для невралгии тройничного нерва [9, 11, 26, 32]. Боль при невралгии тройничного нерва чаще всего распространяется на вторую (верхнечелюстную) или третью (нижнечелюстную) ветви тройничного нерва, причем правая сторона лица поражается чаще, чем левая. Двусторонняя невралгия тройничного нерва встречается редко и должна вызывать беспокойство по поводу лицевой невралгии из-за основного неврологического заболевания или неневрологического заболевания, поражающего череп. Заболеваемость невралгией тройничного нерва выше среди женщин, чем среди мужчин, и увеличивается с возрастом [23].

Многие формы лицевой боли отождествляют с невралгией тройничного нерва, но они, вероятно, являются отдельными проявлениями, иногда относящимися к категории «атипичной лицевой боли» или «болезненной нейропатии тройничного нерва». Задняя треть волосистой части головы, наружное ухо (за исключением козелка) и кожа над углом нижней челюсти не иннервированы тройничным нервом и не являются местами боли при невралгии тройничного нерва, боль в этих областях предполагает альтернативный процесс. Боль при невралгии тройничного нерва может быть вызвана обычными жестами (действиями, телодвижениями), выполняемыми в повседневной жизни, прикосновением салфетки к верхней губе или даже легким ветерком. Местоположение боли не всегда соответствует месту сенсорного триггера. Например, раздражители в нижней губе и вокруг нее могут вызывать боль в виске, а сенсорные триггеры в боковых частях носа могут вызывать простреливающую боль, иррадиирующую в сторону лба или верхней губы.

Обследование при невралгии тройничного нерва включает осмотр лица, когда пациент усаживается и находится полностью в неподвижном состоянии. При спонтанном пароксизме невралгии тройничного нерва врач может заметить мигание или небольшое движение рта, о котором пациент не подозревает [11]. Реже во время пароксизмального приступа может произойти сильное (насиленное) сокращение лицевых мышц, называемое «судорожным тиком». При исследовании сенсорных волокон в случае невралгии тройничного нерва данных за нарушение чувствительности в большинстве случаев нет, хотя некоторые пациенты сообщают об участках с легкой гипестезией.

Различают три типа невралгии тройничного нерва: классический, вторичный и идиопатический. Классический тип, который является наиболее распространенным, вызван внутричерепным сосудистым сдавлением корешка тройничного нерва. «Заинтересованным» сосудом обычно

является верхняя мозжечковая артерия, которая вызывает морфологические изменения в прилежащем корешке тройничного нерва. Вторичная невралгия тройничного нерва, которая составляет примерно 15% случаев, связана с идентифицируемым неврологическим заболеванием, таким как рассеянный склероз или опухоль в мостомозжечковом углу, которая изменяет зону входа корешка тройничного нерва или в противном случае сдавливает нерв в экстракраниальном отделе. Идиопатическая невралгия тройничного нерва, при которой не удается обнаружить явную причину нервного поражения, составляет примерно 10% случаев. Клинические признаки классической и вторичной невралгии тройничного нерва схожи, хотя пациенты со вторичной невралгией тройничного нерва обычно моложе и с большей вероятностью имеют потерю чувствительности на части лица и более склонны к двусторонней боли. Три формы невралгии тройничного нерва могут быть клинически неразличимы, поэтому при первоначальном установлении причин рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) с гадолинием для исключения рассеянного склероза и образования мозжечка. Недавнее исследование показало, что у пациентов с семейным анамнезом классической или идиопатической невралгии тройничного нерва выделены редкие варианты генов, кодирующие потенциалзависимые ионные каналы, но частота и клиническое значение этого открытия пока неизвестны [9].

Целью научного исследования является выявление различий в клинических особенностях течения, а также установление психофизиологических отличий при разных фенотипах ПИЛБ, оказывающих влияние на результативность лечения.

Материал и методы

Осмотрены 32 пациента с изначально установленным в разных медицинских организациях РФ диагнозом ПИЛБ, и лишь у 4 (12,5%) исследуемых он был окончательно утвержден согласно критериям Международной классификации орофациальной боли 1-го пересмотра (ICOP) 2020 года. У 21 (65,6%) пациента выявлен болевой синдром миогенного характера, у 7 (21,9%) пациентов – хроническая тригеминальная невралгия.

В исследовании сопоставлялись данные клинического осмотра, опросников и шкал (опросник Освестри, DN 4, краткий болевой опросник, оценочная шкала LANSS) у пациентов с разными фенотипами ПИЛБ для подбора терапии. Данные сопоставлялись с нейровизуализацией (рентгенография, КТ, МРТ) и другими параклиническими методами для оценки степени вовлечения в патологический процесс тройничного, языкоглоточного и блуждающего нервов, в том числе височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц и иных анатомических структур лицевой области. Изучалась эффективность медикаментозного и немедикаментозного лечения у группы лиц с хронической персистирующей идиопатической болью, оценивался уровень качества жизни исследуемых с ПИЛБ.

Результаты и обсуждение

Группа исследуемых с изначальным диагнозом ПИЛБ прошла клинический осмотр, нейровизуализационные исследования (КТ, МРТ, рентгенографию), консультации оториноларингологов, стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, нейрохирургов в случае необходимости, также были заполнены шкалы и опросники, на основании чего произошла сепарация на три группы.

В результате 4 пациентам был поставлен диагноз «истинная ПИЛБ», в группе которых были выявлены следующие данные согласно шкалам и опросникам: опросник Освестри – $\mu = 27\%$, DN 4 – $\mu = 2$ балла, краткий болевой опросник – $\mu = 6,5$ балла, шкала LANSS – $\mu = 3$ балла, HADS – $\mu = 11$ и 16.

У 7 исследуемых установлен диагноз «хроническая тригеминальная невралгия» (ХТН). Полученные результаты: опросник Освестри – $\mu = 30\%$, DN 4 – $\mu = 6$ баллов, краткий болевой опросник – $\mu = 6$ баллов, шкала LANSS – $\mu = 16$ баллов, HADS – $\mu = 10$ и 18.

У 21 пациента была установлена миогенная орофациальная боль, среди которых было 2 пациента с сочетанной ПИЛБ и 1 (0,310%) пациент, имевший сочетание миогенной боли и посттравматической тригеминальной невралгии. Также в группе пациентов с миогенной болью было выявлено 2 (0,625%) пациента с синдромом Игла – Стерлинга и наличием триггерных точек в области жевательных и щилоподъязычных мышц. Полученные результаты: вопросник Освестри – $\mu = 9\%$, DN 4 – $\mu = 0$ баллов, краткий болевой опросник – $\mu = 4,2$ балла, шкала LANSS – $\mu = 2$ балла, HADS – $\mu = 10$ и 11.

Показатели DN 4 были меньше в группах ПИЛБ и миогенной орофациальной боли в отличие от группы исследуемых с ХТН в результате сравнения. Согласно данным краткого болевого опросника и опросника Освестри, значимой статистической разницы среди исследуемых с ПИЛБ и ХТН установлено не было. Следует подчеркнуть, что, по данным опросника Освестри, индекс ответов был больше на 16% у лиц с ПИЛБ, чем у пациентов с миогенной орофациальной болью.

При тригеминальной невралгии было выявлено 4 (1,250%) пациента с классической формой невралгии тройничного нерва (НТН), подразумевающей наличие нейроваскулярного конфликта. У 1 (0,310%) пациента была выявлена вторичная (НТН), вызванная дебютом рассеянного склероза. У 2 (0,625%) пациентов была выявлена идиопатическая (НТН), клиническая картина которых, напоминала ПИЛБ.

Было выявлено 2 (0,625%) пациента, у которых была обнаружена ПИЛБ в сочетании с миогенными болями. Триггерными точками являлись *m. pterygoideus lateralis* в одном случае, и средняя порция *m. temporalis* – во втором. Депрессивные расстройства у пациентов с ПИЛБ и невралгией тройничного нерва, по сравнению с группой с МБС, были статистически значимы и больше, чем в группе пациентов с МБС.

При сопоставлении клинических и психофизиологических особенностей с различными фенотипами орофациальной боли была выявлена большая распространенность

развития тревожных и депрессивных расстройств в группе пациентов с ПИЛБ и ХТН, что обосновывает вовлечение когнитивно-поведенческой терапии наряду с фармакотерапией депрессии. Базовая психофармакотерапия хронического невропатического и ноципластического болевого синдрома у пациентов с ПИЛБ и ХТН заключается в назначении препаратов, механизм действия которых связан с блокадой обратного нейронального захвата моноаминов (серотонина и норадреналина) в центральной нервной системе (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина – СИОЗСиН). Развитие анальгетического эффекта при назначении СИОЗСиН пациентам с хронической болью связано с увеличением активности антиноцицептивной системы, которое происходит в результате потенцирования серотонин- и норадренегического торможения ноцицептивных нейронов, в результате угнетения обратного захвата моноаминов пресинаптическими окончаниями. Это приводит к накоплению медиаторов в синаптической щели и повышению эффективности моноаминергической синаптической передачи в антиноцицептивной системе, подавляющей тригеминальную ноцицептивную афферентацию.

В Российской Федерации из группы СИОЗСиН для лечения хронических болевых синдромов зарегистрированы только препараты дулоксетина в дозе 60 мг в сутки. В нашем исследовании пациенты получали оригинальный дулоксетин с дальнейшим переводом на дженерические препараты дулоксетина. В рамках данного исследования не все дженерические препараты дулоксетина показали идентичную переносимость. Сходную с оригинальным дулоксетином переносимость продемонстрировал дулоксетин производства компании «Адамед» (Депртал).

В группе пациентов с миофасциальной орофациальной болью следует обратить внимание на использование миорелаксирующих капв в ночное время, на расслабление жевательных мышц методом постизометрической релаксации. В большем количестве случаев необходим прием НПВС и миорелаксантов.

Выводы

Стремление применять ПИЛБ, как диагноз исключения, затрудняет интерпретацию этой боли в связи со значительным количеством ошибочно установленных ранее диагнозов. Важен междисциплинарный подход с целью исключить иные причины орофациальной боли. Чтобы уточнить диагноз, необходимо исключить ортодонтическую, нейрохирургическую и отоларингологическую этиологии заболевания, а также инфекционно-воспалительные процессы и новообразования [1]. Прицельный клинический осмотр рекомендуется дополнять данными компьютерной томографией для выявления синдрома Игла – Стерлинга и магнитно-резонансной томографией для установления нейроваскулярного конфликта, которые могут являться первоначальными источниками болевого синдрома в лицевой области.

При диагностике ПИЛБ важен мультидисциплинарный подход для устранения вторичных источников в развитии боли, сопутствующих психических заболеваний и иных причин орофациальной боли, например тригеминальной невралгии.

Новая ЖИЗНЬ

БЕЗ депрессии и боли!

ДЕПРАТАЛ®

(дулоксетин от Адамед)

препарат первого выбора при невропатической боли¹,
депрессии, сопровождающейся болевым синдромом²
и тревожном расстройстве⁷



ЭФФЕКТИВНОСТЬ:

- Современный антидепрессант 3-го поколения³
- Обладает антидепрессивным, противотревожным, обезболивающим действием⁴.
- Эффективнее других при сочетании депрессии и болевых синдромов⁵.



БЕЗОПАСНОСТЬ:

Хорошо переносится: не влияет на вес, **редко вызывает сексуальную дисфункцию⁴**.



УДОБСТВО ПРИЕМА:

Депралтал® выпускается в таблетках кишечнорастворимых, покрытых пленочной оболочкой, удобных для проглатывания⁶.

¹ НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ. Клинические рекомендации по диагностике и лечению / Давыдов О.С., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В., Абузарова Г.Р., Амелин А.В., Базилкин В.А., Баранцевич Е.Р., Баранов А.Н., Барулин А.Е., Бельская Г.Н., Быков Ю.Н., Данилов А.Б., Доронина О.Б., Древалль О.Н., Евсеев М.А., Загорюлько О.И., Исагулян Э.Д., Калинин П.П., Каракулова Ю.В., Каратеев А.Е., Копенкин С.С., Курушина О.В., Медведева Л.А., Парфенов В.А., Сергиенко Д.А., Строчков И.А., Хабилов Ф.А., Широков В.А. – Москва, 2020. – 88 с.

² Michael J Detke. Duloxetine, 60 Mg Once Daily, for Major Depressive Disorder: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial J Clin Psychiatry 2002 Apr;63(4):308-15.

³ О.П. Вертоградова, О. В. Моисеева Особенности диагностики депрессии при лечении Симбалтой Социальная и клиническая психиатрия 2009г №4 42-46. УДК 616.895.4-085:615.214

⁴ Ю.В. Быков, Р.А. Беккер, М.К. Резников Депрессии и резистентность Практическое руководство. Москва РИОР: ИНФРА-М, 2013. 374 с

⁵ Kuga A, Tsuji T, Hayashi S, Fujikoshi S. An observational study of duloxetine versus SSRI monotherapy in Japanese patients with major depressive disorder: subgroup analyses of treatment effectiveness for pain, depressive symptoms, and quality of life. Neuropsychiatr Dis Treat 2017; 13: 2115-24.

⁶ Инструкция по применению лекарственного препарата Депралтал®.

⁷ Клинические рекомендации Генерализованное тревожное расстройство. Российское общество психиатров, 2019г.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ


ADAMED
Для Семьи



Ввиду широкой вариативности хронических сенсорных ощущений при лицевой боли имеются сложности диагностики ПИЛБ, в связи с чем нами осуществляются валидация и модификация существующих критериев ПИЛБ с целью дальнейшего создания алгоритмов диагностики лицевой боли и стратификации терапии. Обезболивающий эффект СИОЗСиН – дулоксетина при ПИЛБ достигается за счет активации антиноцицептивной системы, и вероятно, тимолептического действия. Применение совместно с психофармакотерапией обучения больных на школах лицевой боли с использованием кинезиотерапии и кратковременных психологических интервенций (когнитивно-поведенческой терапии, гипнотерапии и др.) при ПИЛБ изменяет отношение пациентов к своему заболеванию, улучшает настроение и комплаенс больных, устраняя эмоциональное напряжение и дезадаптивные установки, связанные с болью, что благоприятно отражается на снижении болевого синдрома и социальной адаптации.

Список литературы / References

- Aljuboori Z., Nauta H. J. Multiple recurrences of trigeminal neuralgia caused by deformation of the trigeminal nerve. *Cureus* 2019; 20, e6433.
- Benoliel R., Birman N., Eliav E., et al. The International Classification of Headache Disorders: Accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008; 28 P. 752–762.
- Benoliel R., & Gaul C. (2017). Persistent idiopathic facial pain. In *Cephalalgia* (Vol. 37, Issue 7, pp. 680–691). SAGE Publications Ltd. P. 1–12.
- Bron C., Dommerholt J.D. Etiology of myofascial trigger points. *Curr Pain Headache Rep* 2012; P. 16.
- Chronic Facial Pain: Trigeminal Neuralgia, Persistent Idiopathic Facial Pain, and Myofascial Pain Syndrome – An Evidence-Based Narrative Review and Etiological Hypothesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (19), P. 7012.
- Clarkson E., & Jung E. (2020). Atypical Facial Pain. In *Dental Clinics of North America* (Vol. 64, Issue 1, pp. 249–253). W.B. Saunders. P. 1–5.
- Cornelissen P., van Kleef M., Mekhail N., Day M., van Zundert J. Evidence-based interventional pain medicine according to clinical diagnoses. 3. Persistent idiopathic facial pain. *Pain Pract.* 2009; 9 (6) P. 443–8.
- Cruccu G., Di Stefano G., & Truini A. (2020). Trigeminal Neuralgia. *New England Journal of Medicine*, 383 (8), P. 754–762.
- Cruccu G., Finnerup NB, Jensen TS, et al. Trigeminal neuralgia: new classification and diagnostic grading for practice and research. *Neurology* 2016;87: P. 220–8.
- De Leeuw R., Klasser G.D. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. 5th ed. Chicago, IL. Quintessence Publishing, 2013. P. 83–101.
- Di Stefano G., Maarbjerg S., Nurmiikko T., Truini A., Cruccu G. Triggering trigeminal neuralgia. *Cephalalgia* 2018; 38: P. 1049–56.
- Forssell H., Tasmuth T., Tenovuo O., Hampf G., Kalso E. Venlafaxine in the treatment of atypical facial pain: a randomized controlled trial. *J Orofac Pain.* 2004; 18 (2) P. 131–7.
- Forssell H., Tenovuo O., Silvoniemi P., Jaaskelainen SK. Differences and similarities between atypical facial pain and trigeminal neuropathic pain. *Neurology.* 2007; 69 (14) P. 1451–1459.
- Freeman R., Edwards R., Baron R., et al. AAPT diagnostic criteria for peripheral neuropathic pain: focal and segmental disorders. *J Pain* 2019; 20: P. 369–93.
- Fernández-de-Las-Peñas C.; Dommerholt J. International Consensus on Diagnostic Criteria and Clinical Considerations of Myofascial Trigger Points: A Delphi Study. *Pain Med.* 2018, P. 19, 142–150.
- Fernandez-de-Las-Penas C., Galan-Del-Rio F., AlonsoBlanco C., et al. Referred pain from muscle trigger points in the masticatory and neck-shoulder musculature in women with temporomandibular disorders. *J Pain* 2010; 11: P. 1295–1304.
- Gerwin R.D.; Cagnie B.; Petrovic M.; Van Dorpe J.; Calders P.; De Meulemeester K. Foci of Segmentally Contracted Sarcomeres in Trapezius Muscle Biopsy Specimens in Myalgic and Nonmyalgic Human Subjects: Preliminary Results. *Pain Med.* 2020, P. 2.
- Gerwin R. (2020). Chronic Facial Pain: Trigeminal Neuralgia, Persistent Idiopathic Facial Pain, and Myofascial Pain Syndrome – An Evidence-Based Narrative Review and Etiological Hypothesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (19), P. 7012.
- Gerwin R.D. Diagnosis of myofascial pain syndrome. *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.* 2014, P. 25, 341–355.
- Gerwin R.D. Myofascial Trigger Point Pain Syndromes. *Semin. Neurol.* 2016, P. 36, 469–473.
- Ghurye S., McMillan R. Orofacial pain – an update on diagnosis and management. *Br Dent J.* 2017; 223 (9) P. 639–647.
- International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP) P. 211–212.
- Katusic S., Beard CM, Bergstralh E., Kurland LT. Incidence and clinical features of trigeminal neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945–1984. *Ann Neurol* 1990; 27: P. 89–95.
- Koopman JS, Dieleman JP, Huygen FJ, et al. Incidence of facial pain in the general population. *Pain* 2009; 147 P. 122–127.
- Maarbjerg S., Wolfram F., Heinskou T.B., Rochat P., Gozalov A., Brennum J., ... Bendtsen L. (2016). Persistent idiopathic facial pain – a prospective systematic study of clinical characteristics and neuroanatomical findings at 3.0 Tesla MRI. *Cephalalgia*, 37 (13), 1231–1240. P. 1–10.
- Maarbjerg S., Gozalov A., Olesen J., Bendtsen L. Trigeminal neuralgia – a prospective systematic study of clinical characteristics in 158 patients. *Headache* 2014; 54: P. 1574–82.
- Macfarlane T. V., Beasley M., Macfarlane G. J. Self-reported facial pain in UK biobank study: prevalence and associated factors. *J Oral Maxillofac Res.* 2014 Jul. 5 (3); e2. P. 1–13.
- Mueller D., Obermann M., Yoon M.-S., Poitz F., Hansen N., Slomke M.-A., ... Katsarava Z. (2011). Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: A population-based study. *Cephalalgia*, 31 (15), P. 1542–1548.
- Nobrega J.C., Siqueira S.R., Siqueira J.T., Teixeira M.J. Differential diagnosis in atypical facial pain: a clinical study. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007; 65 (2A) P. 256–261.
- Obermann M., Holle D., Katsarava Z. Trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain. Expert review of neurotherapeutics. 2011; 11 (11) P. 1619–29.
- Sarlani E., Balciunas B. A., Grace E. G. Orofacial pain – part I: assessment and management of musculoskeletal and neuropathic causes. *AACN Clin Issues.* 2005, 16 (3) P. 333–346.
- Scholz J., Finnerup NB, Attal N., et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* 2019;160: P. 53–9.
- Siqueira S. R.; Siviero M.; Alvarez F. K.; Teixeira M. J.; Siqueira J. T. Quantitative sensory testing in trigeminal traumatic neuropathic pain and persistent idiopathic facial pain. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2013, P. 71, 174–179.
- Sommer C. Patientenkarrieren. *Der Schmerz.* 2004; 18 (5) P. 385–91.
- Sotara-Figuerola D., Sánchez-Torres A., Valmaseda-Castellón E., & Gay-Escoda C. (2016). Continuous neuropathic orofacial pain: A retrospective study of 23 cases. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 8 (2). P. 153–159.
- Svensson P. and Graven-Nielsen T. Craniofacial muscle pain: Review of mechanisms and clinical manifestations. *J Orofac Pain* 2001; 15 P. 117–145.
- Taiminen T., Kuusalo L., Lehtinen L., et al. Psychiatric (axis I) and personality (axis II) disorders in patients with burning mouth syndrome or atypical facial pain. *Scand J Pain* 2011; P. 155–160.
- Weiss A. L., Ehrhardt K. P., & Tolba R. (2017). Atypical Facial Pain: A Comprehensive, Evidence-Based Review. *Current Pain and Headache Reports*, 21 (2).
- Wright EF. Referred craniofacial pain patterns in patients with temporomandibular disorder. *J Am Dent Assoc* 2000; 131, P. 1307–1315.
- Zakrzewska JM. Differential diagnosis of facial pain and guidelines for management. *Br J Anaesth.* 2013; 111 (1) P. 95–104.
- Zakrzewska JM, Wu J., Mon-Williams M., Phillips N., Pavitt SH. Evaluating the impact of trigeminal neuralgia. *Pain* 2017; 158 P. 1166–74.

Статья поступила / Received 09.12.21

Получена после рецензирования / Revised 12.12.21

Принята к публикации / Accepted 13.12.21

Сведения об авторах

Барinov Алексей Николаевич, к.м.н., доцент кафедры¹.
E-mail: rusiaspim@gmail.com. ORCID: 0000-0001-7146-2024

Воеводина Надежда Михайловна, аспирант кафедры¹, невролог сети клиник². E-mail: voevodinanadya42@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6920-922X

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

²АО «Группа компаний «МЕДСИ», Москва

Автор для переписки: Барinov Алексей Николаевич. E-mail: rusiaspim@gmail.com

About authors

Barinov Alexey N., PhD Med, associate professor at Dept.
E-mail: rusiaspim@gmail.com. ORCID: 0000-0001-7146-2024

Voevodina Nadezhda M., post-graduate student of Dept¹, neurologist of network of clinics². E-mail: voevodinanadya42@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6920-922X

¹Institute of Clinical Medicine n.a. N. V. Sklifosovsky of First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov, Moscow, Russia

²«MEDSI» Group of Companies, Moscow, Russia

Corresponding author: Barinov Alexey N. E-mail: rusiaspim@gmail.com

Для цитирования: Воеводина Н.М., Барinov А.Н. Клинические проявления, диагностика и лечение персистирующей идиопатической лицевой боли. *Медицинский алфавит.* 2021; (36): 30–36. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-36-30-36>

For citation: Voevodina N.M., Barinov A.N. Clinical manifestations, diagnostics and treatment of persistent idiopathic facial pain. *Medical alphabet.* 2021; (36):30–36. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-36-30-36>

