

# Комплексный болевой синдром лица в клинике ЛОР-болезней

М.В.Тардов, Н.Л.Кунельская, З.О.Заева  
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии имени Л.И.Свержевского Департамента здравоохранения города Москвы

Анализируется четырехлетний опыт диагностики болевых синдромов в области лица/головы у пациентов ЛОР-профиля. Описаны характеристики особого послеоперационного состояния у пациентов с различными краниоцервикальными алгическими процессами и хирургическими процедурами в анамнезе. Предложены критерии диагностики синдрома и проведена дифференциация со сходными болевыми феноменами.

**Ключевые слова:** комплексный болевой синдром лица, идиопатическая персистирующая лицевая боль, комплексный регионарный болевой синдром.

## Complex Facial Pain Syndrome in the Clinic of ENT Diseases

M.V.Tardov, N.L.Kunelskaya, Z.O.Zaeva  
The Sverzhevskiy Otorhinolaryngology Healthcare Research Institute, Moscow Department of Healthcare, Moscow

This article summarizes four years of experience in face and/or head pain syndromes diagnostics in ENT patients. The characteristics of a particular post-operative condition in patients with different craniocervical algic processes and surgical procedures in their anamnesis are described. Criteria for diagnosis of this syndrome and differentiation with similar painful phenomena are established.

**Keywords:** complex facial pain syndrome, persistent idiopathic facial pain, complex regional pain syndrome.

Лицевые и головные боли – одна из наиболее широко распространенных медицинских проблем. В клинике ЛОР-болезней дифференциальная диагностика прозопалгий часто оказывается затруднительна по причине большого количества самых разных структур в малом объеме тканей с богатейшей иннервацией [1]. Еще более усложняет ситуацию анастомозирование ветвей черепных и верхних шейных нервов, снабжающих органы чувств, кожу и слизистые, мышцы и связки, сосуды, железы и суставы головы и шеи [2, 3].

Нередко у пациентов с заболеваниями ЛОР-органов развиваются дисфункциональные алгические синдромы [4, 5], обусловленные нарушением центральных механизмов восприятия боли. Для постановки диагноза синдромов пылающего рта/пылающего языка или идиопатической персистирующей

лицевой боли [6–8] требуется исключить множество сходных вариантов, обусловленных самыми разными причинами.

Наблюдение за пациентами в отдаленном послеоперационном периоде позволило выделить алгический феномен, развивающийся обычно после инвазивного вмешательства у пациентов с разнообразными предшествующими текущему процессу болями или болезненными процедурами в области головы и шеи. Особенности страдания делают удобным применение термина «комплексный болевой синдром лица» (КБСЛ).

Цель настоящего исследования: изучить характеристики комплексного болевого синдрома лица в клинике ЛОР-болезней.

## Материал и методы

Проанализированы данные обследования 664 пациентов в возрасте от 17 до 73 лет, консультированных неврологом в Научно-исследовательском клиническом институте оториноларингологии им. Л.И.Свержевского с 2010 по 2014 г. Проявления ЛОР-заболевания сочетались с жалобами на боли в различных отделах лица, отмечаемые периодически или постоянно сроком не менее 1 мес. Из исследования исключались больные, подвергавшиеся любым инвазивным процедурам в области головы/лица или шеи в ближайший перед обследованием месяц.

Основное внимание уделяли опросу с детальным описанием боли: характера, интенсивности, длительности приступа, локализации, иррадиации, наличия триггерных точек, факторов провокации и купирования синдрома. Также тщательно уточняли детали анамнеза: давность и обстоятельства первого возникновения боли, предшествовавшие дебюту заболевания факторы, темпы его развития. При проведении неврологического осмотра акцент ставился на выявление расстройств чувствительности, невралгических и миофасциальных триггерных точек.

На основании полученных данных болевая форма квалифицировалась в соответствии с международной классификацией головных болей третьего пересмотра (МКГБ-3-бета), а диагноз определялся согласно МКБ-10. При необходимости проводили дифференциальную диагностику, основываясь на данных дополнительных методов исследования: рентгенографии шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, КТ околоносовых пазух, МРТ головного мозга, ультразвукового сканирования брахиоцефальных сосудов.

## Результаты исследования

У 583 пациентов диагностированы самые разные нозологические формы: синусогенные боли, головная боль напряжения, мигрень, невралгии краниальных нервов (первичные и вторичные), ганглиониты ресничного, ушного, крылонебного, подчелюстного узлов и узла коленца. Часто встречались первичногенные и миофасциальные боли, существенно реже – дисфункциональные синдромы: идиопатическая персистирующая лицевая боль и синдром пылающего рта (языка).

Меньшую часть группы – 81 человек (12,2%) – составили больные со своеобразным болевым синдромом, КБСЛ, пусковым моментом для которого служило хирургическое вмешательство на ЛОР-органах. Важнейший фактор из прошлого этих пациентов – наличие многочисленных болевых синдромов в области шеи, головы и лица в прошлом. Чаще других встречались: миофасциальные феномены шейных и лицевых мышц, мигрени и головные боли на-

Сравнительная характеристика болевых синдромов			
Свойства	ИПЛБ	КРБС	КБСЛ
Характер болей (описание)	Нечетко	Жгучие, дергающие	Разные
Тип болей	Постоянные монотонные	Приступы	Постоянно мигрирующие
Соответствие зоне нерва	–	1 нерв	Может быть несколько нервов
Нарушение чувствительности	–	В одной области	Различные
Локальные вегетативные и трофические расстройства	–	+	–
Триггерные пункты	–	+	Могут быть
Примечание. ИПЛБ – идиопатическая персистирующая лицевая боль; КРБС – комплексный регионарный болевой синдром; КБСЛ – комплексный болевой синдром лица.			

пряжения, первичные боли, невралгии черепных нервов, болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Кроме того, в анамнезе отмечались различные хирургические воздействия в лицевой области: экстракции зубов, установка зубных имплантантов, операции на околоносовых пазухах, повторные пункции пазух, косметические процедуры и др.

В группу вошли 47% мужчин и 53% женщин, в анамнезе которых в течение 2 и более лет до последней операции зарегистрировано не менее 3 болевых синдромов и не менее 2 инвазивных процедур. В некоторых случаях инвазивные процедуры были стереотипны, но повторены многократно: зубные имплантации, пункции верхнечелюстной пазухи.

Пациенты обычно с трудом подбирают эпитеты для описания испытываемых ощущений: характеризуют их как колюще-режущие, жгучие или, напротив, как давяще-ноющие. Боли могут возникать самопроизвольно (стимулнезависимые) или вызываются компрессией зоны операции (стимулзависимые). Точки выхода первой и/или второй ветви тройничного нерва обычно болезненны, но не служат триггерами; может выявляться участок гипоалгезии в зоне их ветвления. Локальных вегетативно-трофических расстройств в рамках описываемого синдрома мы не наблюдали.

Часто подчеркивается мучительный, непереносимый тип страдания с интенсивностью боли до 8–10 баллов по ВАШ, ограничивающей социальную активность. Однако при этом сохраняется возможность домашней деятельности, а боли, как правило, присутствуют на протяжении большей части дня и не нарушают сон. В случае длительности заболевания более 2 мес нарастают дозы принимаемых анальгетиков, а порой и противосудорожных препаратов – формируется абзусный синдром, усугубляющий степень переживания и еще более снижающий эффект лечения.

Прозопалгия при КБСЛ возникает в зоне последней операции; при этом вначале послеоперационные боли их маскируют. В дальнейшем, не меняя модальности, ощущения иррадируют попеременно в области имевших место в прошлом болевых процессов. При этом заинтересованные регионы могут соответствовать анатомическим границам иннервации отдельных нервов, области височно-нижнечелюстного сустава, территориям отражения от миофасциальных триггеров. В итоге формируется синдром, включающий трудно дифференцируемые боли во всех компрометированных зонах, мигрирующие из одной системы в другую, создавая видимость одновременного наличия нескольких алгических феноменов.

### Обсуждение результатов

Происхождение КБСЛ связано, вероятно, с суммарным уровнем активации ноцицептивных рецепторов и травматизации чувствительных путей, пре-

вышающим индивидуальное пороговое значение [9]. Формирование периферического болевого механизма обеспечивает разветвленные связи между системами различных чувствительных и симпатических нервов краниоцервикальной области.

По-видимому, помимо периферической сенситизации, сближающей КБСЛ с комплексным регионарным болевым синдромом (КРБС), происходит и центральная сенситизация, обеспечиваемая церебральной нейропластичностью. Таким образом, КБСЛ занимает промежуточное положение между дисфункциональными и невропатическими феноменами (см. таблицу).

После объединения фоновых алгий с послеоперационными болями итоговый сенсорный феномен начинает «мигрировать» из одной системы в другую, что не позволяет добиться стойкого эффекта монотерапии: местными анестетиками, нестероидными противовоспалительными или миорелаксирующими средствами.

Рассматриваемый симптомокомплекс отличается от КРБС заинтересованностью нескольких периферических нервов и иных структур, а также отсутствием вегетативных и трофических расстройств [10]. Описание испытываемых ощущений близко к характеристике ИПЛБ [11], но кардинально отличается соответствием области распространения границ иннервации конкретных нервов или иных алгических феноменов с миграцией боли по всем заинтересованным регионам.

Учитывая приводимое выше описание, отмеченного у 81 послеоперационного больного за 4 года, предлагаем критерии диагностики, которые помогут отличить данную форму от сходных клинических вариантов:

- Боль средней интенсивности в лице, присутствующая ежедневно на протяжении почти всего дня более 1 мес с момента оперативного вмешательства в области головы/лица.
- В анамнезе пациента не менее 3 болевых синдромов и 2 инвазивных процедур в области головы/лица за период не менее 2 лет до операции.
- Боль спровоцирована хирургическим вмешательством в области головы/лица и мигрирует в зоны, компрометированные предшествующими алгическими синдромами.
- Боль может сопровождаться чувствительными, но не локальными вегетативными нарушениями.

Диагностика КБСЛ сложна в первую очередь в связи с необходимостью получения детального описания боли и деталей анамнеза: измученный ежедневными, порой многолетними болями пациент отвечает на вопросы неохотно. Ситуация объясняется тем, что в результате обращений к врачам разного профиля больной оказывается в безвыходной ситуации, когда ЛОР, невролог и стоматолог по очереди исключают «свою» патологию и отправляют страдающего человека в следующую точку того же замкнутого круга. В итоге возникает конфликт

между желанием избавиться от боли и нежеланием о ней разговаривать; развивается депрессия с ограничительным поведением вплоть до полной изоляции.

Между тем, всесторонняя оценка заболевания позволяет провести адекватное лечение, тем более успешное, чем быстрее оно начато. И, напротив, эффект достигается с большими трудностями при позднем начале терапии. Риск же развития КБСЛ возрастает при каждом новом инвазивном вмешательстве.

По нашему опыту, целесообразно использовать индивидуально подобранные комбинации местных процедур (лидокаиновые блокады, физио-процедуры) и медикаментозной терапии, включающей НПВС, трициклические антидепрессанты, противоэпилептические препараты.

### Заключение

В послеоперационном периоде у пациентов ЛОР-профиля достаточно часто (12% от общего числа лиц с болевыми синдромами) встречается комбинированная болевая форма, которую мы предлагаем называть «комплексный болевой синдром лица» с критериями диагностики, приводимыми выше.

### Литература

1. Карлов В.А. Лицевая боль. Журнал неврологии и психиатрии. 2010; 5: 90–10. / Karlov V.A. Licevaja bol'. Zhurnal nevrologii i psichiatrii. 2010; 5: 90–10. [in Russian]
2. Forssell H., JKKskelKinen S., List T., Svensson P., Baad-Hansen L. An update on pathophysiological mechanisms related to idiopathic oro-facial pain conditions with implications for management. J Oral Rehabil. 2015; 42 (4): 300–22.
3. Brown J.A. The neurosurgical treatment of neuropathic facial pain. Otolaryngol Clin North Am. 2014; 47 (2): 343–9.
4. Данилов А.Б. Габепентин (Нейронтин) в лечении нейропатической боли. Клиническая фармакология и терапия. 2004; 13: 4–6. / Danilov A.B. Gabapentin (Nejrontin) v lechenii neyropaticheskoy boli. Klinicheskaja farmakologija i terapija. 2004; 13: 4–6. [in Russian]
5. Mueller D., Obermann M., Yoon M.S., Poitz F., Hansen N., Slomke M.A. et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: a population-based study. Cephalalgia. 2011; 31 (15): 1542–8.
6. Coculescu E.C., Radu A., Coculescu B.I. Burning mouth syndrome: a review on diagnosis and treatment. Journal of Medicine and Life. 2014; 7 (4): 512–515.
7. Allerbring M, Haegerstam G. Chronic idiopathic orofacial pain. A long-term follow-up study. Acta Odontol Scand. 2004; 62: 66–69.
8. Minguez M.P.S., Llorca C.S., Donat F.J.S. Pharmacological treatment of burning mouth syndrome: A review and update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007; 12: 299–304.
9. Zakrzewska J.M. Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. J Headache Pain. 2013; 25: 14–17.
10. Harden N.R., Bruehl S., Perez R., Birklein F., Marinus J., Maihofner Ch. Et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the «Budapest Criteria») for Complex Regional Pain Syndrome. Pain. 2010; 150 (2): 268–74.
11. Максимова М.Ю., Шаров М.Н., Домашенко М.А., Синева Н.А., Суанова Е.Н. Персистирующая идиопатическая лицевая боль: трудности диагностики и алгоритмы лечения. Фарматека. 2011; 9 (222): 55–59. / Maksimova M.Ju., Sharov M.N., Domashenko M.A., Sineva N.A., Suanova E.N. Persistirujushaja idiopaticeskaja licevaja bol': trudnosti diagnostiki i algoritmy lechenija. Farmateka. 2011; 9 (222): 55–59. [in Russian]

### Сведения об авторе:

**Тардов Михаил Владимирович** – д.м.н., ведущий научный сотрудник, Московского научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И.Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

**Кунельская Наталья Леонидовна** – профессор, д.м.н., заместитель директора МНПЦО по научной работе, Московского научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И.Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

**Заева Зарина Олеговна** – научный сотрудник, Московского научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И.Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы