

Особенности невралгии носоресничного нерва у пациентов с ринологическими заболеваниями

М.В.Тардов, Н.Л.Кунельская, З.О.Заева
Московский научно-практический центр оториноларингологии им.Л.И.Свержевского, Москва

В статье рассмотрен дифференциальный диагноз болевых синдромов в зоне иннервации верхнечелюстного нерва у ринологических больных. Особое внимание уделено группе из 27 человек с признаками невралгии носоресничного нерва. Выделены две формы страдания, охарактеризованы различия в клинической картине и лечении; прослежена связь с хирургическими вмешательствами в зоне интереса.

Ключевые слова: невралгия носоресничного нерва, ринохирургия, триггерная точка, синдром Чарлина.

Characteristics of Nasociliary Nerve Neuralgia in Patients with Rhinologic Diseases

M.V.Tardov, N.L.Kunelskaya, Z.O.Zaeva
L.I.Sverzhevsky Moscow Scientific and Practical Center for Otorhinolaryngology

The article presents the differential diagnosis of pain syndromes in the area of innervation of the maxillary nerve in rhinological patients. Particular attention is given to the group of 27 patients with the signs of nasociliary nerve neuralgia. Two distinct forms of the disease are distinguished in the article, characterized by their differences in clinical picture and treatment. The relation of neuralgia and rhinosurgery is discussed.

Keywords: nasociliary nerve neuralgia, rhinosurgery, trigger point, Charlene syndrome.

Боли в области лица – одна из частых жалоб на приеме врача-невролога. Наиболее распространенным видом невралгии является невралгия ветвей тройничного нерва (ТН), однако в клинике ЛОР-болезней нередко приходится столкнуться с невралгией носоресничного нерва (НРН), одной из ветвей второго порядка в системе ТН [1, 2]. Частота невралгии ТН в популяции – 1:15 000, невралгия НРН встречается еще реже [3], однако в ЛОР-клинике среди пациентов с жалобами на лицевые боли, по нашим данным, эти цифры существенно выше: 6,6% и 4,1% соответственно.

НРН – ветвь глазного нерва, первой ветви ствола ТН. Сеть веточек НРН захватывает обширную территорию [4]:

- длинные и короткие ресничные нервы к главному яблоку;
- передний решетчатый нерв – к слизистой оболочке переднего отдела боковой стенки полости носа, коже верхушки и крыльев носа;
- задний решетчатый нерв – к слизистой оболочке клиновидной и задней стенке пазухи решетчатой кости.

Типичный приступ не вызывает сомнений [5, 6]: мучительная жгучая боль в области глазного яблока, спинке и половине носа. Болевой синдром сопровождается слезотечением и выделением из одной ноздри жидкого секрета. Триггеры в области внутреннего угла глазницы и крыла носа. Диагностический тест – лидокаинизация слизистой оболочки переднего отдела носовой полости, которая в течение 2 мин купирует боль.

Сложность создают многочисленные стертые формы невралгии носоресничного нерва [7], развивающиеся вследствие хронических воспалительных процессов или после оперативного вмешательства на структурах носа [8]. Такие боли не всегда успешно диагностируются, а поэтому больные получают неадекватное лечение. Именно это и послужило причиной предпринятого исследования.

Цель настоящего исследования – определить особенности клинической картины и лечения невралгии носоресничного нерва у пациентов с ринологическими заболеваниями.

Материал и методы

Обследовано 82 человека обоего пола в возрасте 23–58 лет, направленных ЛОР-врачом в неврологический кабинет Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И.Свержевского в 2010–2014 гг. в связи с болевым синдромом в зоне проекции верхнечелюстной пазухи, орбиты и боковой поверхности носа.

Обследование больного включало подробную характеристику ощущений на основании опроса: тип, интенсивность по визуальной-аналоговой шкале (ВАШ), длительность приступа, локализация, иррадиация, наличие триггерных точек, факторы провокации и купирования боли. Детально регистрировали данные анамнеза: давность и обстоятельства дебюта боли, предшествовавшие началу заболевания обстоятельства, темпы развития алгического синдрома. Неврологический осмотр проводили в полном объеме, уделяя особое внимание выявлению расстройств чувствительности на лице, невралгических и миофасциальных триггерных точек.

Далее болевую форму квалифицировали в соответствии с международной классификацией головных болей третьего пересмотра (МКГБ-3) и формулировали диагноз согласно МКБ-10. По соответствующим показаниям применяли дополнительные методы исследования: рентгенографию шейного отдела позвоночника, КТ околоносовых пазух, МРТ головного мозга. Терапия назначалась в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Результаты исследования

Следует отметить, что к моменту консультирования неврологом все пациенты были осмотрены ЛОР-врачом и в случае выявления острого синусита получили полный курс медикаментозного и хирургического лечения. Различные типы описываемых болевых синдромов представлены в таблице.

В 5 случаях (6%) болевой синдром расценен как связанный с хроническим воспалительным процессом в верхнечелюстной пазухе; дальнейшее

Варианты болевых синдромов в орбито-гайморо-назальной области у пациентов ринологического профиля			
Синдром	Зона боли	Характер боли	Число пациентов
Синусогенные боли	Проекция верхнечелюстной пазухи	Постоянные: распирающие, переливание при наклоне головы; 6–7 баллов ВАШ	5
Невралгия верхнечелюстного нерва	Половина верхней челюсти	Приступы, стреляющие, жгучие, триггер под глазом; 10 баллов ВАШ	41
Ганглионит крылонебного узла (синдром Сладера)	Верхняя челюсть, твердое небо, глазное яблоко, корень носа; иррадиация половина лица или всего тела	Жгучая, разрывная, с вегетативной бурей; без триггеров; герпетическая сыпь на твердом небе; 10 баллов ВАШ	2
Ганглионит ресничного узла (синдром Оппенгейма)	Глазное яблоко, иррадиация – лоб, висок, корень носа, твердое небо затылок, шея, надплечье	Приступы: жгучие, светобоязнь, слезотечение, гиперемия конъюнктивы, триггеры (внутренний и наружный углы глаза, надбровье), при пальпации – болезненность глазного яблока; герпетическая сыпь; 10 баллов ВАШ	2
Невралгия носоресничного нерва типичная (синдром Чарлина)	В области глазного яблока, спинки и половине носа	Приступы: жгучие, слезотечение, выделение из одной ноздри жидкого секрета, триггеры во внутреннем углу глаза и у крыла носа; 10 баллов ВАШ	3
Невралгия носоресничного нерва атипичная	В глубине носа, в области спинки носа, под глазом	Постоянные неопределенные жгуче-ноющие, м/б зона гипестезии; 5–6 баллов ВАШ	24
Миофасциальный синдром большой скуловой мышцы	Надбровье, боковая поверхность носа, проекция верхнечел. пазухи	Ноюще-тянущая волнообразная, зависит от мимики, триггер в латер. части верхней губы; 3–4 балла ВАШ	3
Миофасциальный синдром круговой мышцы глаза	Надбровье, боковая поверхность носа	Ноюще-тянущая волнообразная, зависит от мимики, триггер в латер. части верхнего века; 3–4 балла ВАШ	2
Итого			82

лечение вновь проводилось под наблюдением ЛОР-врача.

Половина пациентов предъявляла типичные жалобы на пароксизмы высокоинтенсивных стреляющих болей в подглазничной области и соответствующей половине верхней челюсти. Выявлялись триггерные точки (ТТ) в месте выхода второй ветви тройничного нерва – верхнечелюстного нерва, дополнительные ТТ в 4 случаях из 41 обнаруживались по наружной поверхности верхней десны. Клиническая картина соответствовала невралгии второй ветви ТН. При этом среди 32 пациентов, подвергавшихся инвазивным вмешательствам на гайморовой пазухе в связи с гнойным гайморитом у 4 (12,5%) невралгический синдром дебютировал в ближайшем послеоперационном периоде, а в 28 случаях (87,5%) первое появление болей имело место за много лет до операции и не сопровождалось признаками синусита.

Синдромы Сладера и Оппенгейма диагностированы у 2 человек каждый. Клиническая картина полностью соответствовала описаниям в литературе, диагноз подтверждался лидокаинизацией соответствующей половины носа. Во всех 4 случаях (4,8%) заболевание развивалось на фоне ОРВИ с явлениями верхнечелюстного синусита и пузырьковыми высыпаниями на коже лица или слизистой оболочке твердого неба.

Еще в 5 случаях (6,1%) боли в зоне проекции верхнечелюстной пазухи и спинки носа носили характер ноюще-тянущих с провокацией или усилением при некоторых движениях мимических мышц лица. Интенсивность в отличие от невралгических болей была невелика. Исследование лицевой мускулатуры позволило выявить миофасциальные ТТ в области круговой мышцы глаза у 3 больных и в области большой скуловой мышцы у 2 больных.

Трое больных (3,6%) жаловались на жгучие приступообразные боли максимальной интенсивности по ВАШ в половине носа, в области глазного яблока и ниже орбиты. Приступы сопровождалась слезотечением и ринореей из половины носа, в области крыла носа и внутреннего угла глаза обнаруживались ТТ, зон снижения кожной чувствительности выявлено не было. Дебют заболевания совпадал с переохлаждением и риновирусной инфекцией. Ин-

галяция 10% лидокаинового спрея в течение 1–2 мин купировала приступ. Таким образом, эти 3 случая расценены как типичная невралгия НРН – синдром Чарлина (Шарлена), а курс лечения включал антиэпилептические препараты, согласно национальным рекомендациям, в сочетании с ингаляцией лидокаинового спрея в болезненную половину носа.

Оставшиеся из группы 24 пациента (29,3%) предъявляли жалобы на постоянные неприятные ощущения средней интенсивности в глубине носа, в области спинки носа, под глазом (дизестезия и гиперпатия без типичной невралгии). Иногда ощущение описывали как жжение, однако чаще больные затруднялись точно охарактеризовать модальность страдания, формулируя проблему как «неясные постоянные с периодическим усилением боли». В 7 случаях удавалось локализовать ограниченную зону кожной гипоалгезии в области спинки и боковой поверхности носа при отсутствии кожных ТТ у всех 24 человек. Учитывая соответствие области распространения болей зоне, иннервируемой НРН, а также купирование ощущений после лидокаинизации соответствующей половины носа, диагностирована невралгия НРН (гиперпатический вариант).

Четверо из 24 человек связывали дебют болевого синдрома с переохлаждением (сквозняк, кондиционер) или ОРВИ и отмечали провокацию приступа интенсивным вдохом через нос, что может указывать на наличие ТТ на слизистой носового хода. У остальных 20 лиц появление боли отмечено после ринохирургических вмешательств: гайморотомии, септопластики, конхотомии, полипэктомии. Появление такой формы боли маскировалось в ближайшем послеоперационном периоде обычным ноцицептивным болевым синдромом, связанным с хирургической травмой тканей, и привлекало внимание спустя 2–3 нед после операции, когда при обычном течении процесса боли уже стихают.

При лечении описанного варианта невралгии НРН препараты группы атиконвульсантов типа карбамазепина оказываются малоэффективны. Напротив, учитывая явно вторичный характер этих болей, связанный с повреждением мелких веточек НРН, назначали пациентам пероральные нестероидные противовоспалительные препараты в обычных дозах в сочетании с ингаляциями лидокаиново-

го спрея дважды в день пятидневным курсом. Как правило, достигался стойкий положительный эффект, однако в 3 случаях отсутствия эффекта повторный ЛОР-осмотр выявлял продолженное течение синусита, и пациенты продолжали лечение под наблюдением оториноларинголога.

Обсуждение

Полученные данные иллюстрируют два клинических варианта невropатии НРН: типичный невралгический и стертый гиперпатический. Вероятно, различия наблюдаемой картины связаны с калибром компрометированного сегмента: повреждение самого нерва проявляется классической формой невралгии, а заинтересованность мелких концевых ветвей вызывает иные формы невropатических ощущений: гиперпатию и дизестезию [9].

Помимо разницы ощущений для классического типа страдания более характерно наличие ТТ [10], а для второго варианта – наличие зоны гипестезии. Важно подчеркнуть, что такие факторы, как переохлаждение и вирусная инфекция с равной частотой вызывают описанные феномены: из 82 человек у 3 отмечали типичный ход заболевания, а у 4 развивалась иная картина. Вместе с тем у пациентов после ринохирургических вмешательств наблюдали только второй тип невралгии, что, по-видимому, связано именно с характером воздействия на слизистую оболочку полости носа и околоносовых пазух.

Лидокаинизация носового хода эффективное средство диагностики и купирования болевого синдрома [11], а для лечения в первом случае целесообразно применение антиэпилептических препаратов [12, 13], а при гиперпатическом варианте – нестероидных противовоспалительных средств.

Заключение

Невралгия носоресничного нерва достаточно частая форма прозопалгии у больных ринологического профиля; встречается в виде типичной болевой либо гиперпатической формы, особенно характерной в качестве осложнения ринохирургии. Диагностика основана на детальной характеристике боли и невropатическом осмотре. Медикаментозное лечение эффективно, но различается в обоих случаях.

Литература

1. Степанченко А.В. Типичная невралгия тройничного нерва. М.: Изд. Группа «ВХМ», 1994; 39 / Stepanchenko A.V. Tipichnaja ne-

- vralgija trojnichnogo nerva. M.: Izd. Gruppy «VHM», 1994; 39. [in Russian]
2. Международная классификация головных болей. 2-е издание. М.: «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг», 2003; 380. / Mezhdunarodnaja klassifikacija golovnyh bolej. 2-e izdanie. M.: «GlaksoSmitKljajn Trejding», 2003; 380. [in Russian]
3. Карлов В.А. Неврология лица. М.: Медицина, 1991; 288. / Karlov V.A. Nevrologija lica. M.: Medicina, 1991; 288. [in Russian]
4. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М.Вейна. М.: МЕДпресс-информ, 2001; 368. / Bolevyje sindromy v nevrologicheskoj praktike / Pod red. A.M.Vejna. M.: MEDpress-inform, 2001; 368. [in Russian]
5. Камчатнов П.Р. Невропатическая боль: проблемы и решения. *НейроNEWS*. 2009; 4: 45–47. / Kamchatnov P.R. Nevropaticheskaja bol': problemy i reshenija. *NejroNEWS*. 2009; 4: 45–47. [in Russian]
6. Love S., Coakham H. B. Trigeminal neuralgia: pathology and pathogenesis. *Brain*. 2001; 124: 12: 2347–2360.
7. Гречко В.Е. Неотложная помощь нейростоматологии. 1981; М.: 41. / Grechko V.E. Neotlozhnaja pomoshh' nejrostomatologii. 1981; M.: 41. [in Russian]
8. Кунельская Н.Л., Тардов М.В., Царапкин Г.Ю., Артемьев М.Е., Якимов В.О., Заоева З.О. Структура болевых синдромов лица после ринохирургических вмешательств. *Журнал оториноларингологии и респираторной патологии*. 2014; 20: 3: 97–100. / Kunel'skaja N.L., Tardov M.V., Carapkin G.Ju., Artem'ev M.E., Jakimov V.O., Zaoeva Z.O. Struktura bolevykh sindromov lica posle rinohirurgicheskikh vmeshatel'stv. *Zhurnal otorinolaringologii i respiratornoj patologii*. 2014; 20: 3: 97–100. [in Russian]
9. Данилов А.Б. Габапентин (Нейронтин) в лечении невропатической боли. *Клиническая фармакология и терапия*. 2004; 13: 4. / Danilov A.B. Gabapentin (Nejrontin) v lechenii nejropaticheskoi boli. *Klinicheskaja farmakologija i terapija*. 2004; 13: 4. [in Russian]
10. Товажнянская Е. Л. Невралгия тройничного нерва: современные аспекты комплексной терапии. *Международ. неврол. журн.* 2010; 3 (33): 141–145. / Tovazhnyanskaja E. L. Nevralgija trojnichnogo nerva: sovremennye aspekty kompleksnoj terapii. *Mezhdu-nar. nevrol. zhurn.* 2010; 3 (33): 141–145. [in Russian]
11. Attal N., Cruccu G., Haanpaa M. et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *European Journal of Neurology*. 2006; 13: 1153–1169. [in Russian]
12. Wiffen P.J., McQuay H.J., Moore R.A. Carbamazepine for acute and chronic pain. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005; 3: CD005451.
13. Степанченко А. В., Шаров М. Н. Применение габапентина при лечении обострений невралгии тройничного нерва. *Боль*. 2005; 3: 8: 58–61. / Stepanchenko A. V., Sharov M. N. Primenenie gabapentina pri lechenii obostrenij nevralgii trojnichnogo nerva. *Bol'*. 2005; 3: 8: 58–61. [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