

# Хроническая лицевая боль: клинический случай

Н.М.Фокина<sup>✉1</sup>, Е.Н.Дудник<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России. 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 1;

<sup>2</sup>ФГБНУ НИИ нормальной физиологии им. П.К.Анохина. 125315, Россия, Москва, ул. Балтийская, д. 8

Синдром Игла имитирует трегиминальную невралгию, что требует междисциплинарного подхода в диагностике и лечении хронического болевого синдрома в области лица.

**Ключевые слова:** хронический болевой синдром, трегиминальная невралгия, синдром Игла.

✉nfokina@mma.ru

**Для цитирования:** Фокина Н.М., Дудник Е.Н. Хроническая лицевая боль: клинический случай. Consilium Medicum. 2015; 17 (9): 70–73.

## Chronic facial pain: clinical case

N.M.Fokina<sup>✉1</sup>, E.N.Dudnik<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>I.M.Sechenov First Moscow State Medical University. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Trubetskaia d. 8, str. 1;

<sup>2</sup>P.K.Anokhin Research Institute of Normal Physiology. 125315, Russian Federation, Moscow, ul. Baltiiskaia, d. 8

Eagle syndrome mimics trigeminal neuralgia, which requires a multidisciplinary approach to diagnosis and treatment of chronic pain in the facial area.

**Key words:** chronic pain, trigeminal neuralgia, Eagle syndrome.

✉nfokina@mma.ru

**For citation:** Fokina N.M., Dudnik E.N. Chronic facial pain: clinical case. Consilium Medicum. 2015; 17 (9): 70–73.

Хронический болевой синдром в области лица, головы и шеи представляет собой краниомандибулярное расстройство (КМР), охватывающее группу мышечно-скелетных и нейромышечных синдромов, при которых в патологический процесс вовлекаются поочередно нарушение окклюзии, жевательная мускулатура (и все прилегающие ткани), височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) с дальнейшим возможным вовлечением перикраниальных мышц, мышц шеи и плечевого пояса. Термин КМР возник около 10 лет назад. Ранее для обозначения описанных состояний использовались термины: височно-нижнечелюстной синдром, синдром дисфункции ВНЧС, миофасциальный болевой синдром лица, синдром Костена [1]. Боль, связанная с КМР, может клинически проявляться болью в лице (жевательные мышцы, верхняя и нижняя челюсть, глаза) и болью в области ВНЧС (синовит, капсулит, остеоартрит), болью в области уха, шеи, затылка. Опираясь на последнюю Международную классификацию головных болей (МКГБ), предложенную в 2013 г. Международным обществом головной боли (IHS – International Headache Society) [2], второй раздел – «вторичные болевые синдромы», данная патология клинически рубрифицирована следующим образом:

1.1.6. «Головная боль, связанная с заболеванием зубов или челюсти».

Описание: головная боль, вызванная заболеванием, затрагивающим зубы и/или челюсть.

Диагностические критерии:

A. Любая головная боль, удовлетворяющая критерию C.

B. Клинические и/или полученные методом визуализации доказательства заболевания или повреждения одного и более зубов и/или челюсти, которые могут вызывать головную боль.

C. Доказательство причинной связи, основанное по крайней мере на двух пунктах из следующих:

1. Появление головной боли связано по времени с началом заболевания или возникновением повреждения.
2. Оба или один из следующих пунктов: а) головная боль существенно усиливается параллельно с ухудшением или прогрессированием заболевания или повреждением; б) головная боль существенно уменьшается или купируется параллельно с улучшением или купированием заболевания или повреждением.
3. Головная боль усиливается при надавливании на область повреждения.

4. В случае одностороннего заболевания или повреждения головная боль возникает с той же стороны.

D. Нет более подходящего диагноза по МКГБ-3 (Международной классификации головных болей 3-го переиздания).

Комментарий. Заболевание зубов обычно провоцируют зубную боль и/или боль в области лица. Заболевание зубов, вызывающие головную боль, встречаются редко. Однако зубная боль может иррадиировать и вызывать диффузную головную боль. Самой частой причиной головной боли, связанной с заболеванием зубов или челюсти, становится периодонтит или перикоронит вследствие инфекции или травматического раздражения вокруг частично прорезавшегося нижнего зуба мудрости.

1.1.7. «Головная боль, связанная с заболеваниями ВНЧС».

Описание: головная боль, вызванная заболеванием, которое затрагивает структуры в области ВНЧС.

Диагностические критерии:

A. Любая головная боль, удовлетворяющая критерию C.

B. Клинические и/или полученные методом визуализации доказательства патологического процесса, затрагивающего ВНЧС, жевательные мышцы и/или прилегающие структуры.

C. Доказательство причинной связи, показанное по крайней мере двумя из следующих пунктов:

1. Появление головной боли связано по времени с началом заболевания ВНЧС.
2. Оба или один из следующих пунктов: а) головная боль существенно усиливается на фоне прогрессирования заболевания ВНЧС; б) головная боль существенно уменьшается или купируется на фоне улучшения или купирования заболевания ВНЧС.
3. Головная боль вызывается или усиливается активными движениями челюсти, пассивными движениями в пределах подвижности челюсти и/или провокационными пробами, которые проводятся на структурах ВНЧС, например, давление на ВНЧС и окружающие жевательные мышцы.
4. Если головная боль односторонняя, то она локализуется со стороны заболевания ВНЧС.

D. Нет более подходящего диагноза по МКГБ-3.

Комментарий. Головная боль, связанная с заболеванием ВНЧС, обычно сильнее выражена в преаурикулярной области головы, области жевательных мышц и/или височной обла-

сти. Боль может быть вызвана смещением диска, остеоартритом ВНЧС, гипермобильностью сустава и региональной миофасциальной болью. Головная боль, связанная с заболеванием ВНЧС, чаще бывает односторонней, но при вовлечении в патологический процесс мышц боль может быть двусторонней. Часто бывает иррадиация боли в область лица. Могут возникнуть сложности с установлением диагноза «заболевания ВНЧС» из-за некоторых противоречий в оценке относительной значимости клинических и рентгенографических признаков. Рекомендуется использовать диагностические критерии, разработанные Международной сетью ассоциаций по подготовке диагностических критериев заболеваний ВНЧС и Специальной группой по изучению орофациальной боли. Имеется частичное совпадение между разделами.

11.7. «Головная боль, связанная с заболеванием ВНЧС в результате мышечного напряжения» и 2. «Головные боли напряжения». Когда диагноз «заболевания ВНЧС» неясен, головную боль следует кодировать как 2. «Головные боли напряжения» или как один из ее подтипов (предположительно с напряжением перикраниальных мышц).

11.8. «Головная боль или боль в области лица, связанная с воспалением шилоподъязычной связки». Устаревшее название «синдром Игла». Описание: односторонняя головная боль, сопровождающаяся болью в области шеи, глотки и/или лица, вызванная воспалением шилоподъязычной связки; обычно провоцируется или усиливается при поворотах головы.

Диагностические критерии:

A. Любая головная боль, боль в области шеи, глотки и/или лица, удовлетворяющая критерию C.

B. Рентгенологические доказательства обызвествления или удлинения шилоподъязычной связки.

C. Доказательство причинной связи на основе по крайней мере двух пунктов из следующих:

1. Боль провоцируется или усиливается при пальпации шилоподъязычной связки.

2. Боль провоцируется или усиливается при повороте головы.

3. Боль существенно уменьшается при местном введении анестетика в шилоподъязычную связку или удалении шилоподъязычной связки.

4. Головная боль ощущается с той стороны, где находится воспаленная шилоподъязычная связка.

D. Нет более подходящего диагноза по МКГБ-3.

Комментарий. Головная боль или боль в области лица, связанная с воспалением шилоподъязычной связки, обычно ощущается в области ротоглотки, шеи и/или области лица, но у некоторых пациентов головная боль носит более диффузный характер.

11.9. «Головная боль или боль в области лица, связанная с другими заболеваниями черепа, шеи, глаз, ушей, носа, пазух, зубов, полости рта или других частей лица или шеи». Описание: головная боль и/или боль в области лица, вызванная заболеванием черепа, шеи, глаз, ушей, носа, пазух, зубов, полости рта или других частей лица или шеи, не описанных выше.

Диагностические критерии:

A. Любая головная боль и/или боль в области лица, удовлетворяющая критерию C.

B. Было диагностировано заболевание или повреждение черепа, шеи, глаз, ушей, носа, пазух, зубов, полости рта или других частей лица или шеи, не описанное выше, но способное вызывать головную боль.

C. Доказательство причинной связи на основе по крайней мере двух пунктов из следующих:

1. Головная боль и/или боль в области лица, ее появление связано по времени с началом заболевания или возникновением повреждения, один или оба следующих пункта:  
а) головная боль и/или боль в области лица существенно усиливается на фоне прогрессирования заболевания или повреждения;

б) головная боль и/или боль в области лица существенно уменьшается или купируется при улучшении или купировании заболевания или повреждения.

3. Головная боль и/или боль в области лица усиливается при надавливании на область повреждения.

4. Головная боль и/или боль в области лица локализуется в соответствии с местом повреждения.

D. Нет более подходящего диагноза по МКГБ-3.

Жевание или иная мышечная деятельность обычно обостряют мышечно-скелетную боль. Боль при КМР может быть (но не всегда) связана с дисфункцией жевательной системы (щелканье или блокирование ВНЧС, а также ограничение движения челюсти). Распространенность хронической лицевой боли, связанной с КМР, до сих пор остается не выясненной, что объясняется недостаточной гомогенностью диагностических критериев, однако, по некоторым данным, определена встречаемость как минимум у 9–13% общей популяции (соотношение «женщины–мужчины» составляет 2:1), но только 4–7% обращаются за медицинской помощью (женщины в 4 раза чаще) [3]. Максимальный возраст возникновения признаков и симптомов заболевания – 20–40 лет. Переход к тяжелой и/или хронической форме связан со значительным психосоциальным дистрессом, нарушениями сна и сопутствующими заболеваниями [4]. Боль, связанная с КМР, может оказывать влияние на повседневную активность, физическую и психосоциальную деятельность и качество жизни [5]. Боль, ограничивающая трудоспособность, приводит к потере значительного количества рабочих дней и другим расходам, связанным со здоровьем. Таким образом, экономическая составляющая, связанная с болевым КМР, значима.

В настоящее время опубликовано большое количество работ, посвященных диагностике и терапии хронических лицевых болей. В преобладающем большинстве исследований ключевым диагнозом становится «невралгия тройничного нерва» – «трегиминальная невралгия» (ТН). Подобный диагноз ставится на основании клинических критериев с подтверждением нейровизуализации (наличие нейроваскулярного конфликта или контакта, отсутствие которого исключает диагноз ТН) [6, 7].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что частота ТН составляет 4,5% на 100 тыс. населения с распространенностью 0,01%, при этом пик приходится на возрастную группу 50–60 лет. Исследования, проведенные в Европе, включая Францию, Германию, Италию, Нидерланды, Испанию и Великобританию, показали, что 46% пациентов с ТН старше 65 лет. Существенный перевес на стороне женщин – 67%. У 1/2 больных продолжительность заболевания превышает 3 года, а интенсивность болевого синдрома варьирует от умеренной до сильной. В ряде случаев обнаружен наследственный характер развития ТН [8].

### Клинический случай

Больная О.Н., 61 года, обратилась амбулаторно в Клинику нервных болезней им. А.Я.Кожевникова с жалобами на интенсивные стреляющие боли в правом ухе, области верхней и нижней челюсти справа с иррадиацией в правую половину шеи. Появление боли провоцировалось глотательными движениями, разговором, изменением положения головы. Боль сопровождалась ощущением инородного тела в горле.

Пациентка также жаловалась на ухудшение качества сна (трудность засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями в течение ночи, отсутствие удовлетворенности сном после пробуждения). Впервые боль возникла в 2007 г. после экстерпации маляра справа сверху на фоне актуальной психотравмирующей ситуации (смерть мужа), по поводу чего больная обратилась к стоматологу, а затем оториноларингологу. При осмотре данные, указывающие на патологию ЛОР-органов и стоматологических проблем,

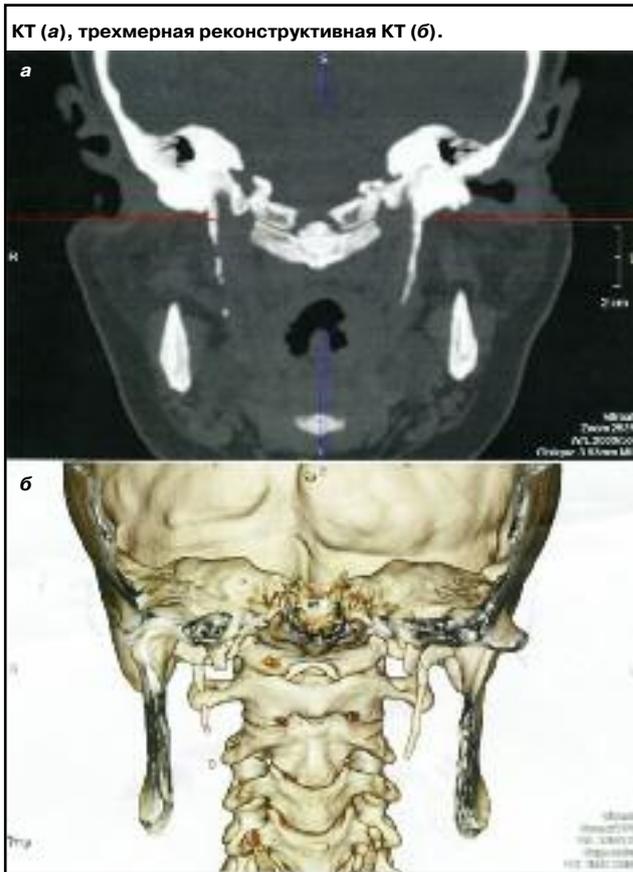
не были получены. Для купирования болевых приступов назначены комбинированные анальгетики. Отсутствие эффекта вынужденно привело к назначению антиконвульсантов и антидепрессантов (последние 3 года) – врачом неврологом-альгологом.

Из анамнеза жизни известно, что раннее развитие протекало без особенностей. Наследственный анамнез не отягощен. Образование среднее специальное. В течение последних лет работала бухгалтером, однако в связи с болевым синдромом была вынуждена оставить работу. Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Вдова, имеет 2 детей, внуков. Вредные привычки отрицает. Соматический статус: состояние удовлетворительное, пациентка нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 17 в минуту. Артериальное давление – 120/80 мм рт. ст. (на фоне приема гипотензивных препаратов). Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны. Границы сердца перкуторно не изменены. Другие патологические изменения в соматическом статусе не выявлены. Неврологический статус: сознание ясное, менингеальный синдром отсутствует. Зрачковые реакции сохранены. Глотание затруднено вследствие стреляющих, ломящих, распирающих болей в области правого уха, верхней и нижней челюсти справа. Имеются триггерные точки при пальпации височной мышцы, собственной жевательной мышцы, крылонебных мышц, мышц, формирующих диафрагму полости рта, а также мышц шеи: передней, боковой и задней поверхностей справа, выраженной интенсивности, с формированием симптома прыжка и оценкой по визуальной аналоговой шкале до 10 баллов.

Объем движений в руках и ногах полный, сила, достаточная во всех группах мышц. Сухожильные рефлексы живые, симметричные, рефлексогенные зоны не расширены. Патологических рефлексов нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. При выполнении пробы Ромберга устойчива. Дисметрия и дисдиадохокinesis отсутствуют. Поверхностная чувствительность сохранена. Мышечно-суставное чувство не нарушено. Тазовых нарушений нет. Когнитивные функции сохранены. Пациентка была осмотрена окулистом: нарушений не обнаружено. При исследовании глазного дна обнаружена начальная ангиопатия сетчатки. При консультации оториноларинголога патологии ЛОР-органов не установлено. При исследовании общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимических показателей, иммуноглобулинов крови, гормонов щитовидной железы, антител к тиреоглобулину, коагулограммы патологии не выявлено. Реакция Вассермана отрицательная. Поверхностно-антитела вирусного гепатита В (HBsAg), антител к ВИЧ и вирусу гепатита С не установлено. Электрокардиограмма: синусовый ритм, электрическая ось сердца отклонена влево, блокада левой ножки пучка Гиса. Определяются начальные признаки остеохондроза CV–VII в виде значительного неравномерного снижения высоты межпозвоночных дисков CV–VI, CVI–VII, уплотнения замыкательных пластинок, признаки артроза межпозвоночных сочленений I стадии. Данные, указывающих на компрессию позвоночного канала, не получено. Компьютерная томография (КТ) головного мозга: органические изменения головного мозга, костей основания черепа и свода черепа отсутствуют. При КТ шеи патологических изменений в тканях шеи не установлено. При КТ ВНЧС (см. рисунок) обнаружены асимметрия и удлинение шилоподъязычного отростка (2,7 мм) справа с частичной хрящевой фрагментацией.

Консультация стоматолога: глубокий прикус; вторичная, частичная адентия – отсутствие маляра и премоляра справа снизу и маляра справа сверху, нарушения окклюзии.



Было рекомендовано восстановление целостности зубных рядов (протезирование).

На основании полученных данных был диагностирован вызванный синдром Игла (синдром шилоподъязычного отростка), обуславливающий хронический, стойкий болевой синдром справа.

Пациентке была произведена диагностическая блокада шилоподъязычной области лидокаином с положительным эффектом, длящимся 5 ч.

Назначены нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): Дексалгин® (декскетопрофен) в дозировке 50 мг 2 мл внутримышечно 1 раз в день в течение 2 дней. Выбор препарата обусловлен его быстрым и выраженным анальгетическим действием, кроме того, препарат хорошо переносится пациентами (благодаря отсутствию балластного R-изомера). В связи с длительностью болевого синдрома после 2 дней терапии препаратом Дексалгин® лечение было продолжено НПВП, ингибирующим главным образом циклооксигеназу-2. В связи со сложностью глотания (процесс глотания твердой пищи усиливал болевые проявления) таблетированных форм НПВП пациентке был назначен Нимесил® (нимесулид) в форме гранул для приготовления суспензии для приема внутрь в дозировке 100 мг 2 раза в день в течение 5 дней.

Уменьшение болевого синдрома позволило проводить стоматологам диагностические обследования и подготовку к протезированию.

Консультация челюстно-лицевого хирурга – показаний для оперативного лечения не получено, рекомендована консервативная терапия (восстановление окклюзионных нарушений). Реабилитация – лечение продолжается.

Диагноз: вторичная лицевая боль; синдром шилоподъязычного отростка (Игла/Игла–Стерлинга); вторичная частичная адентия.

Шиловидные отростки височной кости у здоровых людей характеризуются значительными индивидуальными, половыми, возрастными различиями длины, диаметров, величин углов отклонения от вертикали. Их длина изменяется от 7 до

70 мм, углы медиального отклонения – от 8 до 32°; 41,7% отростков искривлены. По обобщенным данным ряда исследований, у женщин отростки короче, тоньше, а углы их отклонения больше, чем у мужчин. Анатомическое исследование показало наличие двух типов шиловидных отростков височной кости, различающихся особенностями строения: костные и костно-хрящевые. Отростки, имеющие костно-хрящевое строение, отличаются от костных гибкостью и подвижностью своих дистальных отделов.

Таким образом, клиническая картина синдрома Игла имитировала ТН. Особенностью топографии шиловидного отростка является его близкое расположение к языкоглоточному нерву, наружной и внутренней сонным артериям, боковой стенке глотки. Давление на эти структуры отросток оказывает при чрезмерном отклонении в медиально-заднем направлении в сочетании с его удлинением и искривлением. Шиловидный отросток, прикрепляющиеся к нему мышцы и связки образуют динамичную анатомо-функциональную систему. Вектор тяги мышц направлен в медиально-заднем направлении от продольной оси отростка, а его устойчивость к действию мышечной тяги и стабилизацию пространственного положения обеспечивают механические свойства костной ткани и фиксирующее действие связок.

Чрезмерное отклонение отростка, приводящее к развитию синдрома, возникает под действием тяги прикрепленных к нему мышц при нарушении механизмов стабилизации его пространственного положения. Эти нарушения вызываются структурными изменениями в отростке (наличие включений хрящевой ткани, остеопороз, перелом),

снижением упругости его связок (возрастные изменения, растяжение), повышением тонуса прикрепляющихся к нему мышц (мышечная дисфункция).

Формирование удлинённых отростков обусловлено длительным сохранением в них и прилежащих участках шилоподъязычных связок остатков эмбрионального хряща, в котором продолжают процессы его пролиферации и новообразования костной ткани. Рост отростка в длину происходит как за счет увеличения в нем массы хрящевой и костной ткани, так и за счет сращения с его верхушкой оссифицированных участков шилоподъязычных связок.

#### Литература/References

1. Lobbezoo F, Drangsholt M, Peck S et al. Topical review: new insights into the pathology and diagnosis of disorders of the temporomandibular joint. *J Orofac Pain* 2004; 18: 181–91.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33 (9): 629–808. [www.ihsheadache.org](http://www.ihsheadache.org).
3. Manfredini D, Guarda Nardini L, Winocur E et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011; 112: 453–62.
4. Benoliel R, Sharav Y. Masticatory myofascial pain, and tension type and chronic daily headache. In: Sharav Y, Benoliel R, editors. *Orofacial pain and headache*. Edinburgh: Elsevier; 2008: p. 109–28.
5. Benoliel R, Svensson P, Heir GM et al. Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis* 2011; 17 (Suppl. 1): 23–41.
6. Степанченко А.В. Типичная невралгия тройничного нерва. М.: ВХМ, 1994. / Stepanchenko A.V. Tipichnaia nevralkiia troinichnogo nerva. M.: VKhM, 1994. [in Russian]
7. Fromm GH, Graff-Radford SB, Terrence CF, Sweet WH. Pretrigeminal neuralgia. *Neurology* 1990; 40: 1493–5.
8. Love S, Coakham HB. Trigeminal neuralgia: pathology and pathogenesis. *Brain* 2001; 124: 2347–60.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Фокина Наталья Михайловна** – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд. неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: [nfokina@mma.ru](mailto:nfokina@mma.ru)

**Дудник Елена Николаевна** – канд. биол. наук, канд. мед. наук, доц., науч. сотр. ФГБНУ НИИ НФ им. П.К.Анохина, доц. каф. нормальной физиологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова