

Тригеминальная лицевая боль: систематика клинических форм, принципы диагностики и лечения

Лицевая боль, включающая боль на поверхности лица и/или в полости рта (орофациальная боль), представляет собой один из самых распространенных видов болевых ощущений. Чаще всего орофациальная боль проявляется острой зубной болью, обычно регрессирующей после проведения стоматологического лечения. Однако в ряде случаев отмечается собственно лицевая боль (прозопалгия), проявляющаяся хронической или рецидивирующей болью, нередко устойчивой к различным методам консервативного лечения. Своего рода первенство по тяжести течения принадлежит тригеминальным лицевым болям, особенно невралгии тройничного нерва и деафферентационной тригеминальной невралгии, при обострении которых выраженность болевых ощущений во много раз превосходит интенсивность знакомой большинству людей острой зубной боли.

Систематика тригеминальных прозопалгий

К тригеминальным прозопалгиям (греч. *prosopon* – лицо + *algos* – боль) относятся лицевые боли, обусловленные поражением тройничного нерва. С точки зрения топической диагностики, развитие любой формы тригеминальной прозопалгии связано с поражением периферического тригеминального нейрона – периферических тригеминальных ветвей, сенсорного тригеминального ганглия (расположенного на основании черепа), следующего за ним в направлении ствола мозга сенсорного корешка тройничного нерва, а также входящих в ствол мозга сенсорных тригеминальных волокон и сенсорных ядер тройничного нерва.

Несмотря на различие симптоматики клинических форм тригеминальных прозопалгий, основное значение для их дифференциации имеют особенности лицевой боли, в одних случаях проявляющейся продолжительной (постоянной) болью, а в других – в виде пароксизмов боли. Пароксизмальные формы тригеминальной боли традиционно обозначаются невралгией, а непароксизмальные формы – невралгией тройничного нерва. Вместе с тем непароксизмальная постгерпетическая лицевая боль также именуется невралгией. Указанные формы лицевой боли – невралгия и невралгия тройничного нерва – принципиально различаются между собой по подходам к лечению.

Пароксизмальные тригеминальные прозопалгии

Пароксизмальной лицевой болью, длящейся от нескольких секунд до нескольких минут, проявляются невралгия тройничного нерва (типичная тригеминальная невралгия), тригеминальная невралгия, обусловленная рассеянным склерозом, и симптоматические тригеминальные невралгии, возникающие при опухолевом поражении тройничного нерва.

До недавнего времени тригеминальная невралгия, не связанная с рассеянным склерозом и опухолевым поражением тройничного нерва, именовалась идиопатической, т. е. возникающей без видимых причин. Однако, как было установлено в результате серийных нейрохирургических вмешательств, основным этиологическим фактором типичной тригеминальной невралгии является компрессия чувствительного корешка тройничного нерва атипично расположенным артериальным или венозным сосудом.

Невралгия тройничного нерва

Невралгия тройничного нерва – наиболее распространенная форма пароксизмальных (приступообразных) лицевых болей. Также она считается самым мучительным видом лицевой боли. Проявляется приступами резкой высокоинтенсивной боли в зоне иннервации тройничного

нерва. Прекращение приступа лицевой боли через несколько десятков минут после приема антиконвульсанта карбамазепина кардинально отличает тригеминальную невралгию от большинства других видов хронической боли. Симптоматика тригеминальной невралгии претерпевает значительные изменения по мере нарастания и регресса болевого синдрома, достигая наибольшей демонстративности в разгар периода обострения.

При вторичных (симптоматических) формах тригеминальной невралгии, возникающих при опухолевом поражении тройничного нерва, уже на первом этапе заболевания может наблюдаться симптоматика, отличающаяся от типичной клинической картины.

Непароксизмальные тригеминальные прозопалгии

К непароксизмальным тригеминальным прозопалгиям, проявляющимся продолжительной лицевой болью, а также дефицитом чувствительности (гипестезией, анестезией) в лицевой области, относятся различные клинические формы тригеминальной невралгии, включая постгерпетическую невралгию. Чаще всего развитие тригеминальной невралгии связано с очевидными этиологическими факторами – тригеминальным опоясывающим герпесом и травматическим повреждением тройничного нерва. В некоторых случаях тригеминальная невралгия является одним из ранних проявлений системных заболеваний, в частности системной склеродермии, системной красной волчанки, саркоидоза и болезни Лайма.

Травматическая тригеминальная невралгия

Травматическая тригеминальная невралгия представляет собой основную форму тригеминальной невралгии, клиническими признаками которой являются непароксизмальная лицевая боль, сенсорная недостаточность (чувство онемения) и крайне редко – двигательные нарушения. Как правило, острое развитие указанной симптоматики имеет очевидную взаимосвязь с местными патологическими процессами и ятрогенными воздействиями в челюстно-лицевой области.

Первым признаком травматической тригеминальной невралгии является остро развившаяся сенсорная недостаточность – от легко выраженной гипестезии до анестезии, – ограниченная зоной иннервации пораженной чувствительной ветви. В последующем в той же области лица возникает парестезия (чувство «мурашек») и/или непароксизмальная боль. Симптомы выпадения чувствительности, сопровождающие лицевую боль, могут сохраняться значительно дольше, чем лицевая боль. В пораженной области часто выявляется гиперестезия, а также болезненность при пальпации ограниченных участков кожи лица.

Постгерпетическая невралгия тройничного нерва

Тригеминальная постгерпетическая невралгия – постоянная лицевая боль и/или чувство жжения и зуда, сохраняющиеся с момента развития герпетических высыпаний или возникающие через несколько недель после разрешения высыпаний (отсроченная постгерпетическая невралгия).

Тригеминальная постгерпетическая невралгия чаще всего развивается у больных старше 60 лет. Ее возникновению, как правило, способствуют:

- позднее обращение за медицинской помощью в период острого опоясывающего герпеса;
- наличие сопутствующей патологии;
- осложненное разрешение высыпаний – высыпания с геморрагическим компонентом и вторичной пиодермией;
- выраженный резидуальный сенсорный дефицит («онемение» кожи после разрешения высыпаний).

Деафферентационная тригеминальная невралгия (прозопалгия)

Деафферентационная лицевая боль (прозопалгия) – наиболее тяжелая форма тригеминального поражения, проявляющаяся высокоинтенсивной, нередко резистентной к консервативной терапии лицевой болью и выраженной сенсорной недостаточностью. Развивается в результате значительного повреждения (разрушения) периферических или центральных структур тригеминальной системы.

Понятие «деафферентационные тригеминальные прозопалгии» в качестве обобщающего синдромологического определения было предложено Ю.В. Грачевым и Ю.А. Григоряном (1995) для обозначения особой формы лицевых болей, развивающихся в результате деафферентации в сенсорной системе тройничного нерва. Патофизиологический термин «деафферентация» (де- + лат. *afferentis* – приносящий) в буквальном смысле означает разобщение рецепторных зон периферических нервов с центральными сенсорными структурами вследствие нарушения целостности или проводимости нервных волокон.

Типичными периферическими формами деафферентационных тригеминальных прозопалгий являются постгерпетические, опухольные и ятрогенно обусловленные лицевые боли (они вызваны деструкцией ганглия и корешка тройничного нерва), а центральными – две достаточно редкие формы, обусловленные сирингобульбией и инфарктом продолговатого мозга.

Диагностика тригеминальных прозопалгий

Обследование больного, испытывающего лицевую боль, должно начинаться с систематизированного врачебного опроса, включающего уточнение клинических особенностей боли и анализ анамнестических данных.

Наличие лицевой боли предусматривает детальное исследование функции черепных нервов, а также вносит определенные дополнения к традиционному неврологическому осмотру. Объективными признаками поражения нервной системы лица являются сенсорные нарушения в орофациальной области – триггерные зоны, участки повышенной и/или пониженной чувствительности, местные вегетативные нарушения, а также наличие локальной пальпаторной болезненности.

При проведении пальпаторного исследования лицевой области необходимо различать «невралгический» и «миофасциальный триггер» (англ. *trigger* – курок).

Таблица. Дифференцированные лечебные подходы при пароксизмальных и непароксизмальных тригеминальных прозопалгиях

Пароксизмальная (приступообразная) лицевая боль Длительность болевых приступов: от нескольких секунд («мгновенная боль») до нескольких минут	Непароксизмальная (продолжительная) лицевая боль
Клинические формы Невралгия тройничного нерва <ul style="list-style-type: none"> • типичная тригеминальная невралгия; • тригеминальная невралгия с невропатическими проявлениями (после проведения «лечебных блокад»); • тригеминальная невралгия при рассеянном склерозе; • симптоматическая тригеминальная невралгия при опухолях основания черепа и мозга 	Клинические формы Невралгия тройничного нерва <ul style="list-style-type: none"> • одонтогенная; • травматическая; • герпетическая (включая постгерпетическую невралгию); • аутоиммунная (при системных ревматических заболеваниях) Деафферентационная тригеминальная прозопалгия (высокоинтенсивная постоянная боль) <ul style="list-style-type: none"> • ятрогенная («деструкционная»); • постгерпетическая; • опухолевая
Основные лечебные подходы <ul style="list-style-type: none"> • карбамазепин – базисный препарат, способствующий подавлению болевых приступов. Габапентин (Габагамма) – в качестве альтернативного препарата; • Мильгамма раствор, Мильгамма таблетки; • физиотерапия, рефлексотерапия; • при неэффективности консервативного лечения типичной тригеминальной невралгии – нейрохирургическая декомпрессия корешка тройничного нерва (неэффективность проведения спиртовых блокад больным молодого и среднего возраста) 	Основные лечебные подходы <ul style="list-style-type: none"> • НПВП (диклофенак, ибупрофен, мелоксикам); • габапентин (Габагамма) – при герпетической и травматической невралгии, деафферентационной прозопалгии; • амитриптилин – при герпетической невралгии (постгерпетической невралгии); • Мильгамма раствор, Мильгамма таблетки; • физиотерапия, рефлексотерапия

1. Невралгические триггерные точки или зоны (у больных с тригеминальной невралгией) представляют собой сверхвозбудимые участки кожи и слизистой оболочки, при механическом раздражении которых, включая легкое касание, возникает болевой приступ. В то же время сильное давление, обычно осуществляемое самим же больным, не только не вызывает боль, но в ряде случаев приводит к ее уменьшению или исчезновению.

2. Миофасциальные триггерные точки (по сути, болевые точки) расположены в мягких тканях лица в проекции жевательных мышц. «Надавливание» на них сопровождается локализованной или иррадирующей болезненностью.

Установление определенной формы тригеминальной лицевой боли, обычно требующее проведения междисциплинарного клинического обследования, предусматривает исключение ряда форм орофациальной боли, не связанных с поражением тройничного нерва, в частности темпоромандибулярных (артрогенных и миофасциальных), симптоматических (офтальмо-, рино- и одонтогенных) и психогенных прозопалгий.

Лечение тригеминальных прозопалгий

Сложность лечения больных с тригеминальной лицевой болью обусловлена необходимостью определения дифференцированных лечебных подходов в связи с неэффективностью применения обычных анальгетических средств при определенных формах тригеминальных прозопалгий, часто возникающей необходимостью изменения стандартных схем лечения и в ряде случаев – развитием «фармакорезистентных» форм лицевой боли, требующих проведения хирургического лечения.

Неэффективность традиционных анальгетических средств (например, НПВП), назначенных в связи с развитием тригеминальной лицевой боли, является показанием к применению препаратов иных групп, в частности карбамазепина, габапентина или amitриптилина, обладающих анальгетической активностью при ряде форм прозопалгий (схема дифференцированных лечебных подходов при пароксизмальных и непароксизмальных тригеминальных прозопалгиях представлена в таблице).

Карбамазепин на протяжении последних нескольких десятилетий остается наиболее эффективным и доступным лекарственным средством при лечении больных с невралгией тройничного нерва. При этом максимальная эффективность карбамазепина (в качестве средства монотерапии) проявляется в начальном периоде заболевания. Основным показанием к назначению карбамазепина является приступообразно возникающая боль, охватывающая область иннервации тройничного нерва. Суточная доза карбамазепина в период обострения тригеминальной невралгии обычно составляет 600-1200 мг (при 3-4-разовом приеме обычной лекарственной формы или 2-разовом – формы ретард), однако при неконтролируемом врачом применении нередко превышает 2000 мг/сут. По мере регресса невралгии осуществляется переход на поддерживающие дозы карбамазепина и его постепенная отмена при исчезновении лицевой боли. При наличии противопоказаний для назначения карбамазепина или его вынужденной отмене, в качестве альтернативного средства для устранения пароксизмальной тригеминальной боли используется габапентин.

Габапентин (Габагамма) относится к антиконвульсантам, обладающим анальгетическим (подобным ГАМК-эргическому) действием. Очевидно, этим объясняется его эффективность при лечении больных с невропатической болью, в том числе пароксизмальными и непароксизмальными тригеминальными

прозопалгиями. Показаниями к применению габапентина (Габагаммы) является пароксизмальная лицевая боль при невралгии тройничного нерва и тригеминальной невралгии, обусловленной рассеянным склерозом, а также подострая и хроническая непароксизмальная боль (в том числе деафферентационная) при герпетической и травматической тригеминальной невропатии. Суточная доза Габагаммы у больных с тригеминальными прозопалгиями может составлять от 300 до 1500 мг, при частоте приема не менее 3 р/сут. Габагамма применяется длительно и отменяется постепенно. В целом применение габапентина (Габагаммы) считается более безопасным, чем карбамазепина и тем более amitриптилина.

Amitриптилин – антидепрессант трициклической структуры, являющийся ингибитором обратного захвата норадреналина и серотонина. Данный препарат

достаточно широко используется для лечения постгерпетической невралгии, особенно сопровождающейся чувством жжения. Обезболивающий эффект amitриптилина обычно развивается в течение 1-2 нед. Для уменьшения седативного и антихолинергического эффектов amitриптилина лечение начинают с малых доз препарата – по 10 мг 2-3 р/сут (в особенности на ночь), постепенно увеличивая суточную дозу (за счет вечернего приема) до 75-100 мг. При недостаточной эффективности amitриптилина и сохранении лицевой боли показан габапентин (Габагамма).

Лечение больных с поражением тройничного нерва также включает применение высоких доз витаминов группы В в форме поликомпонентных препаратов Мильгамма раствор и Мильгамма таблетки. В состав препарата Мильгамма раствор входят по 100 мг тиамин

и пиридоксин, 1000 мкг цианокобаламина и 20 мг лидокаина. Мильгамма таблетки содержат по 100 мг бенфотиамина и пиридоксин в 1 таблетке. Эффективность применения Мильгаммы при лечении больных с невропатической болью связывают с торможением (вероятно, серотонинергическим) ноцицептивной импульсации, а также ускорением регенерации аксонов и миелиновой оболочки периферических нервов. Схема применения Мильгаммы при тригеминальной лицевой боли включает: назначение Мильгаммы в форме раствора для внутримышечного введения – по 2 мл ежедневно, в течение 10 или 15 дней, затем Мильгаммы в форме таблеток – внутрь по 1 таблетке 3 р/сут в течение 6 нед.

Статья печатается в сокращении.
Список литературы находится в редакции.

Лечащий врач, 2010, № 8



Габагамма®

ГАБАПЕНТИН 100, 300, 400 мг

Представництво компанії «Вьорваг Фарма ГмбХ і Ко. КГ» Німеччина
04112, Київ, вул. Дегтярівська, 62. e-mail: info@woerwagpharma.kiev.ua
Реєстраційне свідоцтво № UA/3989/01/02, UA/3989/01/03, № UA/3989/01/01

WÖRWAG PHARMA