

Діагностика та лікування персистувального ідіопатичного болю обличчя

У березні в рамках форуму UkraineNeuroGlobal-2023. Session 3 відбувся сателітний симпозиум «Актуальні питання фармакоterapiї у неврології», у якому взяв участь завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, доктор медичних наук, професор Михайло Михайлович Орос із доповіддю «Ідіопатичний біль обличчя».



М.М. Орос

Біль у ділянці обличчя – специфічний феномен, що потребує особливої уваги неврологів. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність такого болю в популяції складає від 17 до 26%, 7-11% з яких є хронічним болем. Ця проблема завдає значного дискомфорту, адже створює гримасу та спричиняє додаткову соціальну стигматизацію пацієнтів.

Виокремлюють 128 видів лицевого болю. Основні причини – такі нозології, як мігрень, запалення синусів, глаукома, одонтогенні болі, пухлини синусів, скроневий артрит, неврит лицевого нерва тощо.

Ще в 1773 році британський медик Джон Фозергілл описав невралгію трійчастого нерва в роботі «Болоче ураження обличчя», але повне розуміння цієї патології відбулося в 1934 році, коли відомий американський нейрохірург і вчений Уолтер Денді написав: «У багатьох випадках нерв охоплений або увігнутий артерією. Це, на мою думку, і є причиною тригемінальної невралгії».

Поширеність тригемінальної невралгії становить 25-30 осіб на 100 тис. популяції. Щороку виявляється 4-5 нових випадків на 100 тис. пацієнтів, при цьому частіше страждають жінки (3:2), а 90% випадків припадає на хворих віком >40 років.

За вивченням Міжнародного товариства з вивчення головного болю (International Headache Society, IHS), ознаками ідіопатичної тригемінальної невралгії є пароксизмальні напади лицевого болю тривалістю від декількох секунд до 2 хв, чітка характеристика болю (несподіваний, гострий, ключий, інтенсивний, односторонній, провокований), стереотипні напади, відсутність неврологічного дефіциту й інших можливих причин неврології (пухлини, бляшки).

Ідіопатична тригемінальна невралгія має характерну клініку: напади короткочасного болю на кшталт ударів струмом; повторні напади виникають у тих самих відділах обличчя; наявні куркові точки, спостерігаються провокаційні моменти; вегетативні прояви нападу відзначаються в 1/3; із часом у хворих з'являється тупий біль або відчуття печії у період між нападами.

За появи неінтенсивного тупого болю, який чергується з нападами гострого, йдеться про атипову невралгію трійчастого нерва. Для неї характерними проявами є постійний біль з вегетативним компонентом і відсутність гострого пароксизмального болю.

Залежно від ураженої гілки трійчастого нерва розподіл хворих відбувається так, як продемонстровано в таблиці.

Гілки	Загалом	Жінки	Чоловіки
2, 3	53%	68,7%	45,4%
1, 2	30%	18,7%	45,4%
2	6,6%	6,25%	9%
1, 2, 3	3,3%	6,25%	-

За тригемінальної невралгії спостерігається травматизація (компресія) нерва верхньою мозочковою артерією, що зумовлює ушкодження і демієлінізацію ділянки корінця трійчастого нерва, внаслідок чого в цьому місці виникають додатковий нервовий (ненормальний) імпульс і т. зв. ефалс, що й стає причиною больового феномена.

Його особливістю є загострена реакція на дотик і зміну температури.

Діагностика тригемінальної невралгії має ураховувати клінічні прояви захворювання, а також виключати інші можливі причини болю за допомогою комп'ютерної томографії (КТ) або магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку.

За рекомендаціями Європейської федерації неврологічних товариств (EFNS, 2008), у разі тригемінальної невралгії призначаються карбамазепін (200-1200 мг/добу), оксикарбазепін (600-1800 мг/добу), баклофен, ламотриджин, пімозид, фенітоїн, габапентин.

Видами хірургічного лікування є радіочастотна ризотомія, черезшкірна гліцерінова ризотомія, балонна мікрокомпресія, мікровакулярна декомпресія. Кожен із цих видів лікувань має свої переваги та недоліки.

Клінічний випадок лицевого болю

Пацієнтка Н., 41 рік, звернулася зі скаргами щодо різкого болю в ділянці верхньої щелепи зліва, періодично – справа, болючість при жуванні. Біль може турбувати вночі, що спричиняє порушення сну. Зі слів хворої, біль з'явився 4 роки тому після екстракції зуба, але зуб був видалений справа. Неодноразово лікувалася в стоматолога та невролога.

Параклінічно: МРТ і КТ головного мозку без патології, рентгенографія шийного відділу хребта – ознаки остеоартрозу, панорамна рентгенографія щелеп – без патологій, загальний аналіз крові та сечі в нормі, біохімічні аналізи титру імуноглобуліну G до хламідій.

Одержане лікування: карбамазепін, габапентин, лінкоміцин, мануальна терапія ший, блокада гілок трійчастого нерва. На початку спостерігалася покращення стану після прийому карбамазепіну, а найбільший ефект виявився від блокади II гілки трійчастого нерва.

Імовірні діагнози:

- невралгія трійчастого нерва;
- персистувальний ідіопатичний біль обличчя, ПБО (атиповий біль обличчя);
- патологія зубів;
- симпаталгія (гангліоліті ділянки обличчя);
- синдром Костена (краніомандибулярна дисфункція);
- міофасціальний біль.

Оскільки немає даних, що підтверджують діагноз невралгії трійчастого нерва, диференційну діагностику слід проводити між патологією зубів і ПБО, які часто супроводжують один одного.

Термін «атиповий біль обличчя» вперше був запропонований у 1924 році та застосовувався щодо пацієнтів із прозопалгіями, в яких нейрохірургічне лікування виявилось неефективним. У 1999 році були введені терміни хронічного ідіопатичного лицевого болю із включенням до цієї групи прозопалгій атипового лицевого болю, атипової одонталгії, болючості жувальних м'язів, больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба та дизестезії порожнини рота (Woda A., Pionchon P., 1999). Також було висловлено припущення, що все вищезазначене належить до хронічного ідіопатичного лицевого болю (Harris M., Feinmann C., 2001).

У популяції ПБО зустрічається рідко – 0,03-0,1%. Серед пацієнтів із хронічним болем складає 5,8% і входить до трійки найчастіших причин хронічної прозопалгії, при цьому 60-70% із цієї форми прозопалгії – жінки середнього віку.

Зазвичай хворі пов'язують початок болів із стоматологічними процедурами, хірургічним втручанням або травмою в ділянках обличчя, зубів і ясен. Часто наполягають на лікуванні та видаленні зубів, зазнають необгрунтованих хірургічних втручань, що не надають полегшення.

Серед пацієнтів із лицевим болем у 83% випадків відбувається гіпердіагностика тригемінальної невралгії та в 100% випадків – гіподіагностика ідіопатичного персистувального лицевого болю. Неправильна діагностика зумовлює необгрунтовані оперативні втручання, часто

повторні: в 24% пацієнтів видаляються ≥ 1 зуб, перш ніж буде встановлено правильний діагноз (Ewans R.W., 2006).

За даними багатьох авторів, до встановлення правильного діагнозу хворі консультуються в 3-6 лікарів, серед яких стоматологи, ортоданти, ендодантисти, фахівці з лікування скронево-щелепних порушень, орофасціального болю, неврологи, терапевти, загальні хірурги, лицеві хірурги, нейрохірурги, онкологи, отоларингологи, пародонтологи, фахівці з гігієни порожнини рота, голкорекфлексотерапевти, психіатри (Woda A., Pionchon P., 2011).

Особливості клініки ПБО

- Частіше хворіють жінки.
- Локалізація болю не відповідає зонам іннервації трійчастого нерва.
- Біль не має пароксизмального характеру, виникає у будь-який час доби, не турбує під час сну.
- Перебіг захворювання є хронічним (на тлі постійного ниючого болю періодично спостерігаються напади інтенсивного болю).
- На відміну від невралгії для пацієнтів із ПБО не є характерними атаки, простріли, а також відсутні коркові зони.
- Біль зазвичай є унілатеральним; його бік може змінюватися, а в 40% може відзначатися білатеральний біль.
- Найчастіше біль локалізується в ділянці верхньої щелепи та може поширюватися на періорбітальну ділянку, ніс, щоку, скроню і нижню щелепу.
- Біль може мігрувати, супроводжуватися відчуттям «руху слизової оболонки» в синусах.
- Біль може поширюватися на голову, ший і навіть руки.
- В деяких випадках біль локалізується в одному зубі та має назву атипової одонталгії.

Для діагностики ПБО використовуються позитронно-емісійна томографія, дослідження мозкового кровообігу, електро- та магнітоенцефалографія, інфрачервона спектроскопія, а також інші методи.

Лікування ПБО передбачає застосування локальних анестетиків, нестероїдних протизапальних препаратів, антиконвульсантів, транквілізаторів і нейролептиків, трициклічних антидепресантів, атипових антидепресантів, аплікацію капсаїцину, нуклеотидів (Нуклео Ц.М.Ф. форте), гіпноз, когнітивно-поведінкової терапії.

Нуклео Ц.М.Ф. форте має унікальний склад чотирьох нуклеотидів для регенерації мієлінової оболонки, відновлення функціональності аксона та зменшення невротичного болю. Аналітична дія Нуклео Ц.М.Ф. форте обумовлена впливом на P_2Y_2 , P_2Y_4 -протибольові рецептори та желатинозну субстанцію спінальних трактів. Препарат є «сигнальною» молекулою запуску регенерації клітин Шванна та ремієлінізації, забезпечує надолуження енергодефіциту й покращує трофіку нерва і м'яза.

В дослідженні було продемонстровано, що Нуклео Ц.М.Ф. форте в пацієнтів із компресійною невротичною болем має достовірну перевагу над вітаміном B_{12} у монотерапії щодо зменшення болю та поліпшення функціонального стану хворого (Goldberg H. et al., 2017).

Інше дослідження показало, що терапія за допомогою Нуклео Ц.М.Ф. форте впродовж 10 днів гострого нетравматичного невротичного спінального болю в комбінації з вітаміном B_{12} є більш статично значущою, ніж 5-денна терапія ($p < 0,0001$) (Mibielli M.A. et al., 2014).

До немедикаментозного лікування ПБО належать черезшкірна електростимуляція, магніто-, лазеротерапія, електрофорез анальгін з ліпазою на ділянці верхньої та нижньої щелепи, озокерит, курси електросну, транскраніальної магнітної стимуляції.

Підготував Олександр Соловій



НуклеоЦМФ ФОРТЕ

ВІДНОВЛЮЄ ЗВ'ЯЗКИ

Сприяє регенерації нервового волокна

- Відновлює передачу нервового імпульсу
- Зменшує потребу в анальгетиках при захворюваннях хребта і периферичних нервів

Показання. Лікування невротичної кістково-суглобової (ішіас, радікуліт), метаболічної (алкогольної, діабетична поліневропатія), інфекційної походження (оперізувальної лишаї) та паранітис Бельє. Невралгія лицевого, трійчастого нерва, мікроберна невралгія, люмбаго. Побічні реакції. Не були описані. У осіб з підвищеною чутливістю можливі алергічні реакції, включаючи висипи, свербіж шкіри, гіперемія шкіри. У разі виникнення побічних реакцій, зупинити застосування препарату, проконсультуватися з лікарем. Протипоказання. Відносно алергічні реакції на окремі компоненти препарату.

*Paskiv V.I. Clinical experience of Nucleo C.M.F. Forte use in diabetic polyneuropathy [Article in Ukrainian] Int. Journal Endocrinol. 2008;6(1):2-25.

Інформація для фахівців у сфері охорони здоров'я, для поширення на спеціальних семінарах, конференціях і симпозиумах з медичної тематики