



¹Первый Московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова

²Научно-
исследовательский
институт
нормальной
физиологии
им. П.К. Анохина
РАМН

³Детский
медицинский центр
Управления делами
Президента РФ

К вопросу о хроническом болевым синдроме (клинический случай)

Н.М. Фокина¹, Е.Н. Дудник^{1,2}, Я.И. Косяк³

Адрес для переписки: Наталья Михайловна Фокина, nfokina@mma.ru

На примере клинического случая рассмотрены вопросы диагностики и лечения вторичного хронического болевого синдрома в области головы и лица, связанные с патологией шеи, зубов и ротовой полости. Отмечается необходимость взаимодействия нескольких специалистов и проведения значительного числа дифференцирующих методов обследования для уточнения диагноза.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, головная боль, лицевая боль, нестероидные противовоспалительные препараты

Наиболее частым и дезадаптирующим расстройством, поражающим людей трудоспособного возраста, является головная боль [1], причем не только боль в области самой головы, но также в области лица и шеи. Как правило, эти пациенты обращаются

к врачам общей практики, которые не в состоянии облегчить их страдания в связи с трудностями диагностики и лечения этого заболевания.

Диагностические критерии заболевания сформулированы в Международной классификации головной боли (МКГБ), согласно

которой выделяют первичные головные боли; вторичные головные боли, обусловленные органическими поражениями головного мозга или других органов, расположенных в области головы, лица и шеи; а также краниальные невралгии и лицевые боли.

В настоящее время неврологи чаще всего диагностируют у пациентов первичную головную боль. Для оптимальной диагностики форм первичной головной боли Европейская федерация по изучению головной боли (European Headache Federation) и Глобальная кампания по избавлению от бремени головной боли (Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide) разработали принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами голов-



ной боли в общей практике [2]. Однако 29% пациентов с головной болью не соответствуют предложенным диагностическим критериям МКГБ [3], в этих случаях требуется консультация других специалистов (отоларингологов, стоматологов, офтальмологов, нейрохирургов, психотерапевтов). Особую трудность для диагностики представляют головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и шеи (код по МКГБ 11), поскольку данные состояния являются междисциплинарными и требуют взаимодействия нескольких специалистов (невролога и стоматолога) и специальных методов обследования.

Клинический случай

Женщина, 49 лет. Обратилась к неврологу с жалобами на боль в области шеи, около уха, с иррадиацией в глазницу, верхнюю и нижнюю челюсти, шум в ухе, заложенность уха.

В статусе: очаговой симптоматики нет.

Диагноз: невралгия тройничного нерва.

Лечение: был назначен карбамазепин в начальной дозе 200–400 мг/сут, которую постепенно повышали до 800–1200 мг/сут в 3 приема. Лечение продолжалось в течение 3 месяцев. Однако эффект от терапии отсутствовал, а увеличение дозы привело к сонливости, повышению артериального давления, тахикардии, постоянной тошноте и запорам. Поэтому больная прекратила прием препарата по согласованию с лечащим врачом. Непрекращающаяся боль вынудила пациентку обратиться к другому специалисту.

Анамнез: длительность болевого синдрома около года, за два месяца до его появления было проведено успешное протезирование 10 штампованных коронок в результате частичной вторичной адентии. Было принято ре-

шение провести расширенное обследование.

Клиническое обследование показало:

- синдром Хвостека 3-й степени, мышечно-тонический синдром с миофасциальным компонентом жевательных мышц (больше справа), вовлечение всех перикраниальных мышц, мышц шеи и плечевого пояса, в горизонтальной порции трапециевидной мышцы справа был выявлен триггер с иррадиацией боли в виде «рыболовного крючка» в правую орбитальную область и ухо;
- ограничение открывания рта, S-образная конфигурация при открывании рта, шелканье, хруст, болезненность и тугоподвижность в височно-нижнечелюстном суставе при его пальпации через переднюю стенку наружного слухового прохода;
- высокие коленные сухожильные рефлексы – свидетельствуют об эмоциональной лабильности.

Проведенное психометрическое тестирование выявило тревожно-депрессивный синдром, нарушение сна, снижение качества жизни. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) составила 9 баллов.

Признаков органических изменений не выявлено.

В результате обнаруженных патологических изменений был поставлен диагноз «вторичный хронический болевой синдром» и было принято решение о консультации стоматолога. Стоматолог определил, что штампованные коронки, протезированные ранее, были смоделированы без бугров. Плоские жевательные поверхности не позволяли позиционировать челюсти в центральной окклюзии.

Лечение: для купирования болевого синдрома пациентке был назначен препарат Нимесил® (гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь) по 100 мг 2 р/сут (утро, вечер) в течение 5 дней.

Нимесил® (нимесулид) – эффективный противовоспалительный препарат, преимущественно ингибирующий циклооксигеназу (ЦОГ) 2. Препарат хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта, его максимальная концентрация в плазме крови достигается через 2–3 часа. Период полувыведения составляет 3,2–6 часов. Гранулированная форма выпуска обеспечивает оптимальное всасывание и быструю действия, обеспечивает высокую приверженность лечению [4]. Кроме того,



Показания к применению препарата Нимесил®

- ✓ Лечение острых болей (боль в спине, пояснице; болевой синдром в костно-мышечной системе, включая травмы, растяжения связок и вывихи суставов, тендиниты, бурситы; зубная боль)
- ✓ Симптоматическое лечение остеоартроза с болевым синдромом
- ✓ Альгодисменорея

Нимесил® (нимесулид) – нестероидный противовоспалительный препарат из класса сульфонамидов. Оказывает противовоспалительное, обезболивающее и жаропонижающее действие. Нимесулид действует как ингибитор фермента циклооксигеназы, отвечающего за синтез простагландинов, и ингибирует, главным образом, циклооксигеназу 2. Препарат предназначен для симптоматической терапии, уменьшения боли и воспаления на момент использования.



выбор Нимесила был обусловлен низкой частотой возникновения побочных эффектов на фоне приема препарата и его хорошей переносимостью.

Нимесил®, на наш взгляд, является лидером в лечении хронического болевого синдрома, он относится к группе нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), выбор которых обусловлен патогенетически. НПВП препятствуют образованию циклических эндопероксидов, в частности простагландинов, тормозят биосинтез простагландинов путем неселективного ингибирования ЦОГ-1 и ЦОГ-2, а также уменьшают образование других медиаторов боли и воспаления (арахидоновая кислота не синтезируется – простагландины не образуются – воспаление уменьшается – болевые проявления уменьшаются). После окончания приема препарата Нимесил® интенсивность боли у пациентки по ВАШ снизилась до 5 баллов, что позволило провести дополнительное инструментальное обследование.

Нестероидные противовоспалительные препараты препятствуют образованию циклических эндопероксидов, в частности простагландинов, тормозят биосинтез простагландинов путем неселективного ингибирования ЦОГ-1 и ЦОГ-2, а также уменьшают образование других медиаторов боли и воспаления.

Т-скан: дизокклюзионные нарушения жевательной поверхности. Дистализация нижней челюсти.

Электромиография: гипертонус височной и жевательной мышц (больше справа).

Фрикодер: дистальное расположение суставных головок.

Компьютерная томография: сужение задней суставной щели.

Стоматологический прогноз: постоянный дистальный сдвиг привел к дистализации нижней челюсти, суставные головки расположены дистально, что привело к сужению задней суставной щели (компрессии).

Таким образом, заключительный диагноз выглядел следующим образом: «вторичный хронический болевой синдром, окклюзионные нарушения, мышечно-тонический болевой синдром с вовлечением жевательных и перикраниальных мышц, мышц шеи и плечевого пояса».

После повторного протезирования лечение препаратом Нимесил® 100 мг 2 р/сут (утро, вечер) было продолжено в течение 7 дней в сочетании с миорелаксантом (курс лечения в течение 1 месяца). Была также назначена терапия с целью коррекции тревожно-депрессивного синдрома. *

Неврология

Литература

1. Mulder M.J.H.L., Spierings E.L.H. Non-neuropathic non-stabbing peripheral face pain: masseter myalgia // Cephalalgia. 2013. Vol. 33. № 8. Suppl. P. 297.
2. Стайнер Т.Дж., Пемелера К., Йенсен Р. и др. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в об-

щей практике. Практическое руководство для врачей: пер. с англ. М.: ОГГИ.РП, 2010. 56 с.

3. International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) // Cephalalgia. 2013. Vol. 33. № 9. P. 629–808.
4. Максимовская Л.Н., Фокина Н.М., Дудник Е.Н. К вопросу о купировании боли при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Трудный пациент. 2012. Т. 10. № 5. С. 18–20.

Chronic pain syndrome revisited (a clinical case)

N.M. Fokina¹, Ye.N. Dudnik^{1,2}, Ya.I. Kosyak³

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

² P.K. Anokhin Research Institute for Normal Physiology of the Russian Academy of Medical Sciences

³ Pediatric Medical Center of the Administrative Department of the President of the Russian Federation

Contact person: Natalya Mikhaylovna Fokina, nfokina@mma.ru

Using a clinical case, the authors discuss diagnosis and treatment of secondary chronic head and face pain syndrome related to neck, teeth and oral cavity disorders. To verify the diagnosis, multidisciplinary medical team and multiple diagnostic techniques may be needed.

Key words: chronic pain syndrome, headache, facial pain, non-steroidal anti-inflammatory drugs