



УДК 611.92:616-009.7

**Е.А. КУЗНЕЦОВА, Э.З. ЯКУПОВ, В.М. ГАЗИЗЯНОВА**

Казанский государственный медицинский университет

## Оказание медицинской помощи пациентам с лицевыми болями: результаты анкетирования врачей-неврологов

**Кузнецова Екатерина Андреевна**

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. (903) 305-68-59, e-mail: kkatrine@yandex.ru

С помощью анкетного опроса проведена оценка информированности врачей-неврологов о методах диагностики и лечения лицевых болей. Анкетирование выявило диагностические ошибки и неадекватность лечения пациентов с лицевыми болями. Авторами рекомендовано проведение таких методов, как стимуляционная электромиография жевательных мышц, тригеминальные вызванные потенциалы и мигательный рефлекс, что позволит назначить патогенетически обоснованную терапию. Необходим мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению лицевых болей.

**Ключевые слова:** лицевая боль, прозопалгия, методы диагностики, электромиография, тригеминальные вызванные потенциалы, мигательный рефлекс, лечение.

**E.A. KUZNETSOVA, E.Z. YAKUPOV, V.M. GAZIZYANOVA**

Kazan State Medical University

## Delivery of health care patients with facial pains: results of questionnaire neurologist

Awareness neurologist on methods of diagnosis and treatment of facial pain using a questionnaire was assessed. Questioning revealed errors in diagnosis and inadequate treatment of patients with facial pain. The authors recommended conducting such methods as stimulative electromyography of masticatory muscles, trigeminal evoked potentials and blink reflex for diagnostics of facial pain, which allow to prescribe pathogenetic therapy. The multidisciplinary approach to diagnostics and treatment of facial pain is necessary.

**Key words:** facial pain, prosopalgia, methods of diagnostics, electromyography, trigeminal evoked potentials, blink reflex, treatment.

По данным эпидемиологических исследований, лицевые боли встречаются в структуре хронических болевых синдромов в 20-25% наблюдений [1, 2, 3, 4]. При этом в изолированном виде лицевая боль встречается достаточно редко, чаще сочетается с патологией других структур области головы и шеи. Среди изолированных форм лицевых болей наиболее частой является невралгия тройничного нерва, распространённость которой составляет от 30 до 70 больных на 100 000 населения, а заболеваемость, по данным ВОЗ, находится в пределах 2-4 человек на 10 000 населения [2, 5, 6].

Среди нейростоматологических причин болевого синдрома в области лица наиболее частой причиной является патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), обусловленная суставными и внесуставными процессами: артриты, артрозы ВНЧС, мышечно-суставная дисфункция, связанная с наличием миофасциальных триггерных пунктов

в жевательных мышцах, аномалиями прикуса [7, 8, 9, 10]. За последние годы среди пациентов с прозопалгиями отмечено увеличение выявления миофасциального болевого синдрома (МФБС) области лица и дисфункции ВНЧС (синдрома Костена). Дисфункция ВНЧС встречается у 14-20% детей и подростков и гораздо чаще у лиц старших возрастных групп [2, 11, 12]. Распространённой формой орофациальной боли является глоссалгия, чаще наблюдающаяся у женщин старше 50 лет и проявляющаяся жжением и парестезиями в языке, которая, как показали эпидемиологические исследования, за последние годы стала чаще встречаться и среди мужчин, среди лиц молодого и среднего возраста [2, 3, 11].

Учитывая распространённость лицевых болей среди населения и клинический полиморфизм прозопалгий, актуальными в настоящее время остаются вопросы диагностики и терапии лицевых

болей. Особенно актуальна проблема лицевых болей в пожилом возрасте, поскольку с возрастом распространённость болей в области лица увеличивается, и большинство видов прозопалгий у пожилых имеет рецидивирующее течение, чему способствуют сосудистые, эндокринно-обменные нарушения, аллергические состояния и психические факторы. Для большинства больных пожилого возраста, страдающих хронической лицевой болью, характерны сопутствующие тревожно-депрессивные, ипохондрические и фобические расстройства, что также затрудняет лечение данного контингента больных [11]. Проведенные в последние годы рядом авторов исследования показали низкую эффективность лечения пациентов с лицевыми болями, одной из причин которых может быть недостаточная или несвоевременная диагностика, и, следовательно, неадекватно подобранная терапия [6, 8, 12].

**Цель данного исследования** — оценка информированности врачей-неврологов о существующих методах диагностики лицевых болей и оценка адекватности ведения ими пациентов с лицевыми болями по данным анкетного опроса.

#### **Материал и методы**

Проведено анонимное анкетирование 30 врачей-неврологов различных стационаров и поликлиник г. Казани, согласившихся участвовать в опросе. Среди опрошенных в стационаре работает 83,3% (25 человек), в поликлиниках 16,7% (5 человек). Средний стаж работы неврологом составил 12 лет. Врачам предлагалось заполнить анкету, состоящую из 20 вопросов о клинических и инструментальных методах диагностики и лечении лицевых болей.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

По данным анкетирования, пациенты с лицевыми болями среди общего количества пациентов с болевыми синдромами составляют в среднем около 10%. Наиболее часто пациентам с болями в области лица выставляются следующие диагнозы: невралгия тройничного нерва (84%), невропатия тройничного нерва (8%) и невропатия лицевого нерва (8%).

100% опрошенных врачей причиной болей в области лица считают поражение тройничного нерва, а основным механизмом — воспаление, не упоминая другие возможные механизмы и компоненты болевого синдрома, в частности, туннельно-компрессионный механизм, миофасциальный и психогенный факторы. Анализ анкет показал, что врачи-неврологи не учитывают возможные нейростоматологические причины болей в области лица и, прежде всего, патологию ВНЧС, и, следовательно, не направляют на консультацию к стоматологу и не назначают дополнительные обследования, позволяющие подтвердить или исключить поражение ВНЧС (рентгенографию ВНЧС, КТ или МРТ).

На вопрос «Какие неврологические заболевания могут сопровождаться болями в области лица» 100% опрошенных назвали не неврологические заболевания, а ЛОР-заболевания, такие как фронтит, гайморит. Полученные данные свидетельствуют о том, что врачи не учитывают возможность симптоматической лицевой боли при неврологических заболеваниях, в частности, при рассеянном склерозе, сосудистых поражениях головного мозга, включая центральную постинсультную боль и вегетативные прозопалгии.

Это влечёт за собой как диагностические, так и лечебные ошибки, в результате чего пациенты получают неадекватное лечение.

**Диагностика лицевых болей.** Для диагностики лицевых болей большинство врачей проводят опрос, включающий уточнение клинических особенностей боли, анализ анамнестических данных, неврологический осмотр. При описании болевых ощущений обращают внимание на локализацию боли, продолжительность, частоту болевых пароксизмов, интенсивность боли, условия и время возникновения боли. При проведении неврологического осмотра большинство врачей оценивают чувствительность в зонах иннервации тройничного нерва, пальпируют точки выхода ветвей тройничного нерва, однако не проводят пальпацию височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц и других структур области лица и головы, что является диагностической ошибкой. Мануальную диагностику проводят только 60% опрошенных врачей (18 человек).

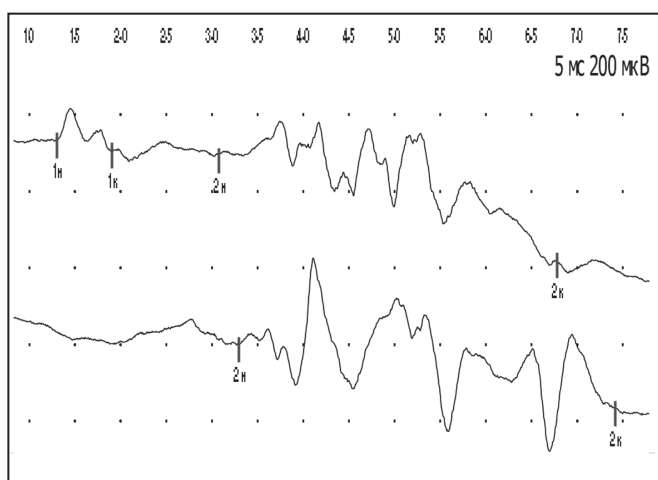
Результаты анкетирования показали, что в большинстве случаев диагностики лицевых болей ограничивается проведением опроса и неврологического осмотра. Необходимо отметить, что 10% опрошенных врачей вообще не назначают дополнительные обследования пациентам с лицевыми болями. Среди дополнительных исследований чаще всего назначают рентгенологические и нейровизуализационные исследования (50%). Однако необходимо также проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, наряду с общеклиническими, проведение нейрофизиологических исследований, таких как электромиография (ЭМГ) мышц лица, тригеминальные вызванные потенциалы и мигательный рефлекс. Анализ анкет показал, что нейрофизиологические обследования пациентам с лицевыми болями назначают только 9 врачей из 30 опрошенных (30%). По-видимому, низкую частоту назначения нейрофизиологических исследований пациентам с прозопалгиями можно объяснить либо недостаточной информированностью врачей-неврологов о диагностических возможностях данных методов, либо отсутствием на их клинических базах соответствующего диагностического оборудования. Следует отметить, что из тех врачей, которые направляют пациентов с лицевыми болями на нейрофизиологические исследования, 100% направляют на ЭМГ мышц лица. В то же время существуют такие нейрофизиологические методики, как мигательный рефлекс и тригеминальные вызванные потенциалы (ВП), позволяющие получить дополнительную информацию, уточнить не только уровень поражения и степень тяжести, но и в зависимости от изменений нейрофизиологических параметров — подобрать адекватную патогенетическую терапию и контролировать её эффективность.

Стимуляционная ЭМГ жевательных мышц основана на регистрации и анализе вызванных электрических ответов мышцы, получаемых при электрической стимуляции тройничного нерва. Метод позволяет оценить скорость проведения по волокнам тройничного нерва и амплитуду М-ответа, определить характер поражения нерва (аксональное, демиелинизирующее, смешанное), степень поражения [13].



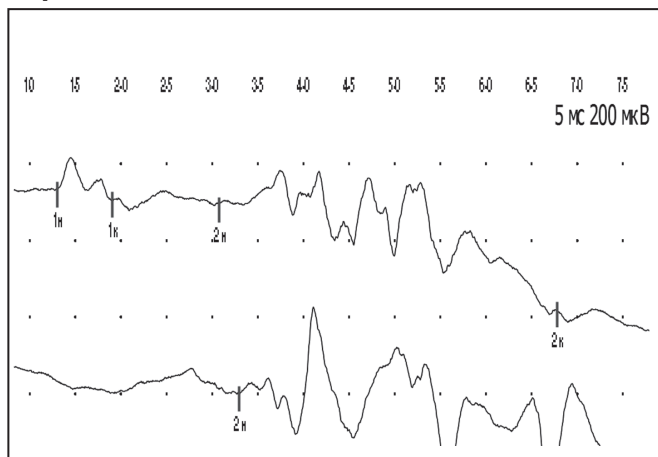
Мигательный рефлекс (МР, blink reflex) регистрируется с круговой мышцы глаза при стимуляции в проекции первой ветви тройничного нерва в области incisura supraorbitalis, является аналогом роговичного рефлекса (рис. 1). Рефлекторная дуга включает волокна первой ветви тройничного нерва, чувствительное ядро тройничного нерва, ядро лицевого нерва, ствол лицевого нерва, мышцы, окружающие глаз. Метод позволяет оценить функциональное состояние первой ветви тройничного нерва, лицевого нерва (ядра, корешков, самого нерва), функциональное состояние ствола мозга при различной патологии [4, 13, 14].

**Рисунок 1.**  
Компоненты мигательного рефлекса при ипсилатеральной и контралатеральной регистрации в норме



Тригеминальные ВП (ТВП) регистрируются с поверхности кожи головы в ответ на электрическую стимуляцию ветвей тройничного нерва и используются для оценки функционального состояния тригеминальной системы, что является определяющим в назначении патогенетической терапии. В частности, при повышении рефлекторной активности тригеминальной системы показано назначение антиконвульсантов. На рисунке 2 приведён пример коротколатентных ТВП в норме.

**Рисунок 2.**  
Коротколатентные тригеминальные ВП в норме



Результаты ЭМГ исследований свидетельствуют о том, что нейростоматологические заболевания сопровождаются функциональными нарушениями жевательной мускулатуры. При уменьшении межальвеолярной высоты, дисфункции ВНЧС, артрозах ВНЧС происходит снижение ЭМГ активности жевательных, височных и латеральных крыловидных мышц. В то же время активность надподъязычных мышц возрастает [15].

По нашим данным, у пациентов с болевым синдромом, обусловленным дисфункцией ВНЧС, наиболее часто выявляются следующие нейрофизиологические особенности: асимметрия М-ответа жевательных мышц (чаще асимметрия по амплитуде со снижением на стороне патологии), повышение рефлекторной активности тройничного нерва (может быть как с одной стороны, так и с обеих), чаще в виде уменьшения латентного периода (ЛП) и увеличения длительности компонента R1 МР. Кроме того, могут уменьшаться ЛП ТВП, а также ЛП R2 МР при повышении рефлекторной возбудимости ствола мозга [16, 17].

При лицевых болях и чувствительных нарушениях в области лица с наличием в клинической картине симптомов раздражения или позитивных симптомов (гиперестезия, парестезии, дизестезии, аллодиния, простреливающая или гнущая боль и др.) часто наблюдаются признаки повышенной рефлекторной возбудимости тригеминальной системы, как односторонние, так и двусторонние, с преобладанием на стороне клинических проявлений. При повышении рефлекторной возбудимости тройничного нерва, по результатам электрофизиологических исследований, выявляются следующие изменения:

- снижение порога чувствительности и болевого порога;
- уменьшение латентных периодов компонентов ТВП;
- повышение амплитуд пиков ТВП;
- снижение порога мигательного рефлекса;
- уменьшение латентного периода R1 МР;
- увеличение длительности R1 МР.

Часто выявленные нарушения сочетаются с признаками повышения рефлекторной активности стволовых структур мозга. При повышении рефлекторной возбудимости ствола выявляют следующие изменения МР: уменьшение ЛП R2 МР ипсилатерально, увеличение длительности R2 МР ипсилатерально, уменьшение ЛП R2 МР контралатерально, увеличение длительности R2 МР контралатерально [16].

При наличии в клинической картине симптомов выпадения или негативных симптомов (гипестезия, тупая, ноющая боль и др.) по результатам электрофизиологических исследований часто выявляются следующие нарушения:

- на стороне симптомов – увеличение ЛП ТВП, возможно со снижением амплитуд пиков;
- повышение порога мигательного рефлекса;
- увеличение латентного периода R1 МР.

Согласно данным литературы, при невралгии тройничного нерва, обусловленной туннельно-компрессионным механизмом (сдавление корешка тройничного нерва расширенными и смещенными извитыми сосудами – верхней или передней нижней мозжечковой артерией, сдавление верхней каменной веной, невриномой слухового нерва, опухолью моста или мосто-мозжечкового угла), выявляют двустороннее изменение ВП. При исследовании ТВП на стороне поражения выявляют

увеличение ЛП ранних компонентов и уменьшение их амплитуды, что является признаком структурных нарушений в системе тройничного нерва [4, 14, 18].

Таким образом, электрофизиологические методы диагностики позволяют дифференцировать характер болевых синдромов области лица и, соответственно, назначить адекватную, патогенетически обоснованную терапию, а проводимые в динамике исследования – оценить эффективность проводимой терапии. Наличие сопутствующей неврологической симптоматики требует расширения объема диагностических мероприятий, применения всего спектра нейрофизиологических исследований и по показаниям – проведения нейровизуализации.

**Лечение лицевых болей.** По данным анкетирования врачей-неврологов, большинство опрошенных (90%) при лицевых болях назначают медикаментозную терапию, только немедикаментозные методы терапии применяют 10%. Основные лекарственные препараты, назначаемые при лицевых болях: НПВП (80% опрошенных), антиконвульсанты (60%), сосудистые препараты (30%). Реже врачами применяются миорелаксанты и антидепрессанты. 80% врачей назначают физиотерапию и рефлексотерапию. Мануальную терапию 100% опрошенных не назначают, несмотря на то, что 60% проводят мануальную диагностику области лица и головы.

Лечебная тактика при лицевых болях должна определяться по результатам комплексного клиничко-инструментального обследования, а поскольку большинство врачей-неврологов не в полной мере проводит и назначает диагностические процедуры и консультации других специалистов, то, следовательно, эффективность терапии существенно снижается.

Важен мультидисциплинарный подход к лечению хронической лицевой боли, что подразумевает командный стиль работы невролога, стоматолога, психотерапевта, физиотерапевта, мануального терапевта и других специалистов и разработку специальных комплексных программ для лечения пациентов, страдающих хронической болью.

Повышение комплаентности лечения достигается выполнением следующих основных принципов: ведение пациентом с хронической болью дневника боли, лечение коморбидных нарушений, использование немедикаментозных методов лечения.

#### **Заключение**

По результатам анкетирования, можно сделать вывод о необходимости повышения информированности врачей о методах диагностики лицевых болей, что будет способствовать улучшению качества медицинской помощи пациентам, страдающим болями в области лица. Необходимо проведение клинических и научно-практических конференций, учебных циклов не только по проблеме лицевых болей, но и в целом по вопросам диагностики и лечения хронической боли, по функциональной диагностике заболеваний нервной системы с привлечением врачей разных специальностей.

Важным в организации противоболевой помощи является также создание специализированных кабинетов и клиник диагностики и лечения боли, в которых особое внимание при ведении пациентов с болевыми синдромами необходимо уделять выявлению факторов риска, предикторов развития хронического болевого синдрома с помощью шкал и опросников, применяемых для оценки болевых синдромов, и инструментальных методов исследования, что позволит осуществлять раннюю профилактику хронической боли.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Грачёв, Ю.В. Диагностика лицевых болей (прозопалгий) / Ю.В. Грачёв // Боль. — 2006. — № 1 (10). — С. 2-10.
2. Павленко, С.С. Состояние и проблемы эпидемиологических исследований болевых синдромов / С.С. Павленко // Боль. — 2006. — № 4 (13). — С. 2-7.
3. Якупов, Э.З. Клинические и электрофизиологические особенности хронических болевых синдромов области головы и шеи в возрастном аспекте / Э.З. Якупов, Е.А. Кузнецова // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. — 2009. — Т. XL1, вып. 3. — С. 58-64.
4. Galeotti, F. Neurophysiological assessment of craniofacial pain / F. Galeotti, A. Truini, G. Cruccu / J. Headache Pain. — 2006. — Vol. 7, №2. — P. 61-69.
5. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. чл.-корр. РАМН А.М. Вейна. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 368 с.
6. Данилов, А.Б. Нейропатическая боль / А.Б. Данилов, О.С. Давыдов. — М.: Боргес, 2007. — 192 с.
7. Бекреев, В.В. Лечение болевого синдрома при внутренних нарушениях височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Бекреев, С.А. Рабинович, С.Т. Сохов [и др.] // Российский журнал боли. — 2011. — № 2. — С. 27-28.
8. Грибова, Н.П. Диагностика и лечение синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Н.П. Грибова, А.С. Забелин, М.В. Сотникова // Вертеброневрология. — 2008. — Т. 15, № 1-2. — С. 77.
9. Михайлов, М.К. Миофасциальный болевой дисфункциональный синдром при шейном остеохондрозе / М.К. Михайлов, В.Ю. Хитров, Е.Н. Силантьева. — Казань: Изд-во рекл. агентства «Чара», 1997. — 128 с.
10. Трошин, В.Д. Болевые синдромы в практике стоматолога / В.Д. Трошин, Е.Н. Жулёв. — Н. Новгород. — 2002. — 424 с.
11. Грачёв, Ю.В. Височно-нижнечелюстная (миофасциальная и артрогенная) лицевая боль / Ю.В. Грачёв, В.И. Шмырёв // Боль. — 2007. — № 1 (14). — С. 2-12.
12. Иваничев, Г.А. Миофасциальная боль / Г.А. Иваничев. — Казань, 2007. — 392 с.
13. Николаев, С.Г. Практикум по клинической электромиографии / С.Г. Николаев. — Иваново, 2003. — 264 с.
14. Jaaskelainen, S.K. Electrophysiological testing of the trigeminofacial system: aid in the diagnosis of atypical facial pain / S.K. Jaaskelainen, H. Forssell, O. Tenovuo // Pain. — 1999. — Vol. 80, № 1-2. — P. 191-200.
15. Арутюнов, С.Д. Электромиографические исследования мышц челюстно-лицевой области при ортопедическом лечении больных со сниженной межальвеолярной высотой / С.Д. Арутюнов, Л.С. Персов, Ю.С. Ковалев // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. — 1997. — № 1. — С. 27-31.
16. Кузнецова, Е.А. Применение электрофизиологических методов исследования при двигательных и чувствительных нарушениях в области лица. Учебно-методическое пособие для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования / Е.А. Кузнецова, Э.З. Якупов. — Казань, 2011. — 49 с.
17. Кузнецова, Е.А. Нейрофизиологическая оценка афферентно-эфферентного взаимодействия в тригемино-цервикальной системе при вторичных головных болях / Е.А. Кузнецова, Э.З. Якупов // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 2011. — № 10. — С. 54-57.
18. Мингазова, Л.Р. Нейропатические расстройства в области лица, возникшие после деструктивных операций на ветвях тройничного нерва / Л.Р. Мингазова, О.Р. Орлова // Вертеброневрология. — 2008. — Т. 15, № 1-2. — С. 54-55.