

## ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Гаджиев А.М.<sup>1</sup>, Амирчупанов М.Д.<sup>1</sup>, Апагуни А.Э.<sup>1</sup>, Карпов А.С.<sup>1</sup>, Ивлева А.Д.<sup>1</sup>, Хатуяева А.А.<sup>1</sup>

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: karpov25@rambler.ru*

В литературном обзоре представлены исторические сведения, которые отражают сложности в понимании клинических проявлений лицевых болей различного характера. Представлены различные взгляды на классификацию лицевых болей с учетом исторического развития и мнения разных авторов. Литературный обзор позволяет отметить, что лицевая боль по праву может считаться одной из серьезнейших проблем современности, которая имеет различные проявления и нередко ставит врача в тупик, начиная с диагностики и завершая сложностями проводимого лечения. Современные взгляды исследователей единодушны только на проблему, связанную с патологией тройничного нерва. Взгляды и представления о лицевых болях, связанных с другими клиническими проявлениями, имеют определенные расхождения, что требует дальнейшего исследования данного вопроса с применением единых определений и подходов в вопросах диагностики и лечения. Формирование лицевых болей после перенесенной челюстно-лицевой травмы также находится в свете данных проблем, требующих дальнейшего уточнения и изучения.

Ключевые слова: лицевая боль, тригеминальная невралгия, височно-нижнечелюстной сустав, хроническая идиопатическая лицевая боль.

## QUESTIONS OF CLASSIFICATION AND CLINICAL PAINTING OF FACIAL PAINS IN THE HISTORICAL ASPECT

Gadzhiev A.M.<sup>1</sup>, Amirchupanov M.D.<sup>1</sup>, Apaguni A.E.<sup>1</sup>, Karpov A.S.<sup>1</sup>, Ivleva A.D.<sup>1</sup>, Khatuyeva A.A.<sup>1</sup>

*Stavropol State Medical University, Stavropol, e-mail: karpov25@rambler.ru*

The literary review presents historical information that reflects the difficulties in understanding the clinical manifestations of facial pains of a different nature. Various views on the classification of facial pains are presented, taking into account historical development and the opinions of different authors. Literary review allows us to note that facial pain can rightly be considered one of the most serious problems of our time, which has various manifestations and often puts the doctor at a deadlock, starting with the diagnosis and ending with the complexities of the treatment. Modern views of researchers are unanimous only on the problem associated with the pathology of the trigeminal nerve. Facial pains associated with other clinical manifestations have certain differences in views and perceptions, which requires further study of this issue with the use of uniform definitions and approaches in diagnosis and treatment. The formation of facial pains after a previous maxillofacial trauma is also in the light of these problems, Requiring further refinement and study.

Keywords: facial pain, trigeminal neuralgia, temporomandibular joint, chronic idiopathic facial pain.

Челюстно-лицевая травма (ЧЛТ) является сложным многоплановым травматическим состоянием, ее воздействие приводит как к физическим страданиям, так и эмоциональным, составляя большую социальную проблему. Количество ЧЛТ за последние десятилетия с повреждением костей лицевого скелета и структур лица увеличилось в 2,6 раза [1-4]. В этой связи ряд авторов указывают, что число пациентов с ЧЛТ составляет от 9 до 18% в когорте всех больных с травмами различной локализации [5]. Следует признать, что самым частым компонентом различных сочетанных травм челюстно-лицевой области составляет боль в области лица.

Понятие «Лицевые боли» относится к гетерогенной группе клинически и этиологически различных состояний с общей клинической особенностью боли в области лица. Среди этих состояний наиболее хорошо описанными являются тригеминальная невралгия (ТН), хроническая идиопатическая лицевая боль, боль в височно-нижнечелюстном суставе и тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ). В настоящее время только течение ТН хорошо известно и изучено по характерным и практически патогномичным клиническим признакам. Другие клинические состояния болевых ощущений в области лица не имеют более четкого определения, а с годами наблюдается путаница в их классификации.

Боль в области лица и диагноз лицевых болей (ЛБ) на протяжении веков периодически ставил в определенное замешательство клиницистов, т.к. определенная путаница была связана с разграничением лицевых структур и классификацией боли. В современном понятии лицо определяется как часть головы, которое ограничено волосным покровом, ограниченное передней частью уха и нижней челюстью, как ее задним краем, так и нижней горизонтальной частью нижней челюсти. К лицу следует также отнести полость рта и носа, пазухи, орбитальную полость и височно-нижнечелюстной сустав.

Болевые ощущения в области лица могут быть классифицированы несколькими способами: в соответствии с лежащей в основе патологией (злокачественная или незлокачественная); временным течением (острые или хронические); патофизиологическими процессами (нейропатическая, воспалительная или идиопатическая); по локализации (поверхностная или глубокая); по специфичности вовлеченных структур (синус, сустав, кожа и т.д.), а также лежащей в основе этиологии ЛБ (инфекции, опухоли и т.д.). В отдельных случаях диагноз ЛБ сосредотачивают на структуре, которая была вовлечена в болевые ощущения, например при расстройстве височно-нижнечелюстного сустава. В других случаях лицевые боли могут носить специфический характер, что будет указывать на соответствующий диагноз (к примеру - невралгия тройничного нерва).

Классификация и диагностические критерии головных болей (ГБ), невралгий черепных нервов и лицевых болей (Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain) в 1988 году была впервые опубликована для врачебного сообщества в журнале «Headache». Позже данная классификация в 1992 году была рассмотрена и принята Всемирной организацией здравоохранения с последующим включением ее в МКБ – 10 пересмотра. Данная классификация охватывала базовые клинические типы ГБ, невралгий черепных нервов и лицевых болей. Принимая во внимание болевые проявления, данная классификация объединяла различные формы ГБ (ГБ напряжения, хроническая пароксизмальная гемикрания, кластерная ГБ, мигрень) и симптоматические ГБ, в которую была отнесена и лицевая боль.

Следует отметить, что МКБ-10 в разной степени представляет варианты головных и лицевых болей, которые могут являться следствием разных как внутренних, так внешних факторов. Одной из важных причин в формировании лицевых болей может быть травма челюстно-лицевой области. В этой связи травмирующий фактор, приводящий к переломам костей лицевого скелета с вовлечением в травматический процесс краниальных нервов, может существенно изменить качество жизни больного [4; 6]. Так, современная классификация определяет пункт S00-S09, как травмы головы, где в пункте S02.4 – классифицирует как перелом верхней челюсти (кости) скуловой дуги, S02.6 – перелом нижней челюсти, S02.7 - множественные переломы черепа и лицевых костей, S02.8 - переломы других лицевых костей и костей черепа. В то же время подпункт S04.3 шифрует травму тройничного нерва, S04.5 - травму лицевого нерва, S04.9 - травму черепного нерва неуточненного. Приведенные пункты классификации указывают на разнообразие структур, вовлеченных в травматический процесс при травме челюстно-лицевой области (ТЧЛО), с формированием в последующем болевого синдрома разной степени и различного характера. В последнее время имеются определенные разногласия в оценке формирования болевых феноменов, где основу выдвигаемых положений составляют такие направления, как болевые феномены при травме челюстно-лицевой области являются следствием ноцицептивной импульсации с центральной сенситизацией, а длительность болевого синдрома может во многом зависеть от травмирующего эффекта головного мозга по типу черепно-мозговой травмы. Ранее данные вопросы в историческом аспекте не рассматривались вследствие отсутствия междисциплинарного подхода данной проблемы, и лишь за последнее десятилетие в связи с более активным интересом к проблеме боли, в том числе и при ТЧЛО, стали формироваться иные подходы в диагностике и лечении посттравматических лицевых болей.

Важным аспектом в формировании ЛБ при различных этиологических факторах является тригеминальная невралгия, которая наиболее полно описана и представлена в современной литературе [7-9]. Еще в 1959 году история, связанная с диагностикой, клиническим течением ТН, подробно описана в книге Stookey B., Ransohoff J. Тем не менее первое подробное описание ТН было представлено John Locke в 1677 году. Автор сообщил об искривлении лица больного во время болевого приступа. Этот последний аспект был также отмечен Andre в 1756 году, который назвал невралгию тройничного нерва как *tic douloureux*, т.к. боль на лице была связана с преходящим подергиванием лицевых мышц, отмечая, что кратковременная длительность болевой атаки и наличие триггерных факторов является характерной особенностью для ТН. Harris W.D. еще в 1926 году отмечал, что лицевая боль может быть спровоцирована легким прикосновением, эмоциональным

возбуждением, порывом холодного ветра. Следует отметить, что особое место в возникновении ТН занимает травма костей лицевого скелета. Все эти факторы могут провоцировать ЛБ. Kugelberg E., Lindblom U. (1959) в своих наблюдениях подчеркивали, что термические раздражители не являются триггерами, но прикосновение даже одного волоска может спровоцировать тригеминальную болевую атаку.

Имеющиеся на сегодняшний день диагностические критерии указывают, что болевые атаки могут длиться от нескольких секунд до двух минут. Но, как отмечал ранее в классическом описании Andre, периодические тригеминальные боли становились настолько частыми, что больные «редко имели хотя бы пять, шесть минут покоя в течение часа». Еще в 1937 году Krause F. отмечал, что на более поздних стадиях атаки продолжаются все дольше и дольше. Henderson W.R. (1967) подчеркивал, что болевые ощущения длятся секунды, но затем указывает и утверждает, что «серия быстро повторяющихся судорог может быть описана как непрерывная боль, продолжающаяся часами».

Ранее было высказано мнение о том, что рисунки можно использовать в качестве инструмента для дифференциации ТН от нетипичной лицевой боли. Это может поддержать идею о том, что у пациентов могут быть разные типы болей, начиная от одиночных атак и заканчивая серией длительных атак, которые могут меняться со временем. Henderson W.R. указывал, что триггеры могут ускорять боль в другом отделе, описав две зоны триггера: один вокруг рта и один в нижнем конце носа.

Кроме классического нервно-сосудистого конфликта, являющегося причиной ТН, Wartenberg R. (1959) указывал, что болевые ощущения могут быть связаны с опухолями, но все они имеют классические признаки ТН. Впоследствии было отмечено, что менингиомы задней ямки или невромы обнаруживаются примерно в 2% случаев с типичным течением ТН [10]. По утверждению того же автора, при расположении опухоли более к периферии объемное образование приводит к сенсорным нарушениям. Рассеянный склероз (РС) может быть связан с дебютом ТН и наблюдается в 2-4% пациентов с РС [11], при этом у некоторых пациентов отмечается двусторонняя боль.

В третьей бета-версии МКБ-10 [12] с 2013 года ТН теперь делится на три класса: классическая ТН с морфологическими изменениями в корешке тройничного нерва вследствие сосудистого конфликта, вторичная ТН, где невралгия вторична по отношению к идентифицируемому неврологическому заболеванию, и идиопатическая ТН, где этиология болевых ощущений неизвестна.

Другой формой ЛБ являются тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ), которые представляют собой группу заболеваний головных болей, характеризующихся односторонней болью в области иннервации тройничного нерва, и связаны с

ипсилатеральными вегетативными симптомами и признаками, что включает в себя головную боль в виде пароксизмальной гемикрании и кратковременную одностороннюю невралгическую ГБ с конъюнктивальной инъекцированностью. Все эти состояния характеризуются кратковременными болевыми ощущениями, которые локализуются в области лица, а некоторые в голове, и сопровождаются различными вегетативными симптомами.

Еще одним видом ЛБ является кластерная головная боль. Самым известным состоянием ТВЦ является головная боль. Horton V.T. et al. в 1939 году описал специфическую форму, которая характеризует головную боль, как лицевую боль с инъекцированностью в носу и отечностью вокруг глаз, которая могла быть вызвана аллергической реакцией. Впоследствии были использованы самые разные термины, вероятно, для такого же диагноза, который включал среди прочего «цилиарную невралгию», «эритромелалгию головы», «невралгию седера», «неврогию сфенопалатина» и «мигренозную невралгию». Позже, в 1952 году, Kunkle et al. такой тип ЛБ назвал как кластерные головные боли.

Первые случаи кратковременной односторонней невралгической ГБ с конъюнктивальной инъекцированностью были описаны Sjaastad в конце 1970-х годов, и три случая описаны в 1989 году Sjaastad et al. [13]. Было добавлено еще одно условие - короткая невралгическая головная боль с автономными особенностями, поскольку иногда отмечаются вегетативные признаки, отличные от конъюнктивальной инъекцированностью и разрывом сосудов [13].

Пароксизмальная гемикрания (ПГ), описываемая как хроническая пароксизмальная гемикрания, чувствительная к индометацину Sjaastad O. (1974). Состояние гемикраниального континуума, в котором ГБ носила непрерывный характер, позднее было описано Sjaastad and Spierings [14] в 1984 году.

Персистирующая идиопатическая лицевая боль (ПИЛБ) (атипичная лицевая боль, хроническая идиопатическая лицевая боль), атипичная одонталгия (АО). ПИЛБ также известна как атипичная лицевая боль или невралгическая лицевая боль. Нетипичная лицевая боль (НЛБ) была впервые описана Frazier C.H., Russell E.C., которые отметили, что у 10-15% пациентов с хронической болью в лице была боль, которая отличалась от невралгии тройничного нерва. Они назвали эти условия «атипичной невралгией», поскольку у них не было характерной клинической картины невралгии. Более точное название этого состояния, согласно Rasmussen P. [15], было бы «невралгическая лицевая боль». Этот термин часто используется как диагноз исключения. Такая боль чаще встречается у женщин, и изначально

ее описывали как психическое заболевание, часто у молодых женщин-профессионалов, у которых обнаружены истерические, навязчивые и тревожные признаки.

Нетипичная одонтоалгия была первоначально описана как «идиопатическая периодонтия» Harris M. Позже были описаны клинические проявления, дано полное описание болей и показано, что при этом могут присутствовать соматосенсорные аномалии. Позднее был предложен термин «стойкая зубо-альвеолярная боль» [16].

Лицевым болям, связанным с височно-нижнечелюстными расстройствами, в 1959 году Schwartz L. дал четкое определение, обозначив данную ЛБ как дисфункцию в области височно-нижнечелюстного сустава, тогда как Laskin D.M. [17] назвал ее миофасциальной дисфункцией, приводящей к боли, т.к. мнение исследователей разделилось относительно источника боли. Не было четкого представления, что являлось первичным источником боли: мышцы или сустав. С течением времени, начиная с 1986 года, международной ассоциацией по изучению боли и международным обществом по проблемам головной боли использовались различные классификации. В 1992 году были предложены «Диагностические критерии исследования» (RDC/TMD), где представлена двойная диагностическая система - физическое состояние и психологические факторы, которые в последующем были приняты сообществом по изучению и в дальнейшем проблем рта и лица, а в 2014 году были уточнены и дополнены [18]. Различают условия, влияющие на жевательные мышцы, которые влияют на движение в суставе либо в сочетании с другими мышцами. Психологические аспекты устанавливаются с помощью ряда психометрических проверенных вопросников, таких как шкала хронической градуированной боли и многомерная оценка боли (МОБ). Следует уточнить, что номенклатура других острых и хронических лицевых болей является запутанной и неуточненной.

Как в нашей стране, так и за рубежом проблеме лицевых болей уделено достаточно большое внимание. Тем не менее следует признать, что проблема ЛБ, обусловленная травматическими повреждениями, требует дальнейшего исследования и изучения, где на первое место следует выдвинуть междисциплинарное взаимодействие неврологов, челюстно-лицевых хирургов, оториноларингологов, окулистов и психиатров, научный и практический интерес которых позволит объединить многомерное понимание данной проблемы. Признано, что классификации лицевых болей во многих аспектах не совершенна и требует дальнейшей систематизации и разработки новых методологических подходов в систематике данной проблемы.

**Заключение.** Лицевая боль по праву может считаться одной из серьезнейших проблем современности, которая имеет различные проявления и нередко ставит врача в тупик, начиная с диагностики и завершая сложностями проводимого лечения. Современные

взгляды исследователей единодушны только на проблему, связанную с патологией тройничного нерва. Взгляды и представления о лицевых болях, связанных с другими клиническими проявлениями, имеют определенные расхождения, что требует дальнейшего исследования данного вопроса с применением единых определений и подходов в вопросах диагностики и лечения.

Формирование лицевых болей после перенесенной челюстно-лицевой травмы также находится в свете данных проблем и требует дальнейшего изучения. Следует подчеркнуть, что вопросы проводимой терапии при травматических ЛБ необходимо выделить в приоритете задач, основы которых лежат в плоскости разработки единых подходов в определении и тактики ведения таких пациентов. В настоящее время, при большом выборе противоболевых средств, терапия посттравматических ЛБ не может складываться только из препаратов данной группы, а комплекс проводимой терапии должен охватывать весь спектр возможных механизмов формирования ЛБ.

### Список литературы

1. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой области. - М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – С. 256.
2. Закржевская И.Д., Тангаев В.Е., Закржевский Д.В. Клиника и лечение краниолицевых травм: материалы III Съезда нейрохирургов России. – СПб., 2002. – С. 25.
3. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю. Сочетанная травма челюстно-лицевой области, вопросы диагностики, нейрофизиологические аспекты // Российский стоматологический журнал. - 2011.- № 6. - С. 23-24.
4. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М., Шарипов Е.М. Черепно-лицевая травма, структура, диагностика, лечение // Кубанский научный медицинский вестник. - 2011. - № 5. - С. 171-173.
5. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Шевченко П.П. и др. Эпидемиологические аспекты челюстно-лицевой травмы на примере г. Ставрополя // Российский стоматологический журнал. - 2012. - № 1. - С. 50-51.
6. Karpov S.M., Gandylyan K.S., Karakov K.G. et al. P31248. Neurophysiological aspects of combined craniofacial trauma // European Journal of Neurology. - 2016. - Т. 23. - № S2. - P. 727.
7. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Батурин В.А., Карпов А.С. Новый взгляд на патогенез и лечение невралгии тройничного нерва // Фундаментальные исследования. - 2012. - № 8-2. - С. 326-329.

8. Ревегук Е.А., Карпов С.М. Актуальность проблемы невралгии тройничного нерва в неврологии // Успехи современного естествознания. - 2013. - № 9. - С. 127-128.
9. Карпов С.М., Хатуяева А.А., Христофорандо Д.Ю. Вопросы лечения тригеминальной невралгии // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 1. - URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=11890>.
10. Cheng T.M., Cascino T.L., Onofrio B.M. Comprehensive study of diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia secondary to tumors // Neurology. - 1993. - № 43. - P. 2298–2302.
11. Harris W. Bliateral trigeminal tic: Its association with heredity and disseminated sclerosis // Ann Surg. - 1936. - № 103. - P. 161–172.
12. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) // Cephalalgia. - 2013. - № 33. - P. 629–808.
13. Sjaastad O., Saunte C., Salvesen R. Shortlasting, unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection, tearing, sweating, and rhinorrhea // Cephalalgia. - 1989. - № 9. - P. 147–156.
14. Sjaastad O., Spierings E.L. «Hemicrania continua»: Another headache absolutely responsive to indomethacin // Cephalalgia. - 1984. - № 4. - P. 65–70.
15. Rasmussen P. Facial pain, a clinical study with special reference to the symptomatology, etiology and surgical therapy. - Copenhagen: Munksgaard, 1965. - P. 312.
16. Nixdorf D.R., Drangsholt M.T., Ettlin D.A. Classifying orofacial pains: A new proposal of taxonomy based on ontology // J Oral Rehabil. - 2012. - № 39. - P. 161–169.
17. Laskin D.M. Myofascial pain syndrome: Etiology // Sarnat B.G., Laskin D.M. (eds). The temporomandibular joint: A biological basis for clinical practice (1st edn). - Springfield, IL: Charles C Thomas, 1980. - P. 232.
18. Schiffman E., Ohrbach R., Truelove E. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest // J. Oral Facial Pain Headache. - 2014. - № 28. - P. 6–27.