

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ЛИЦА

**Н. Кунельская<sup>1</sup>,  
М. Тардов<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
З. Заева<sup>1</sup>,  
Л. Агасаров<sup>2</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
А. Болдин<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

<sup>2</sup>РНЦ медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва

**E-mail:** mvtardov@rambler.ru

*Описаны характеристики особого послеоперационного состояния у пациентов с различными краниоцервикальными алгическими процессами и хирургическими процедурами в анамнезе. Предложены критерии диагностики синдрома и проведена дифференциация со сходными болевыми феноменами.*

**Ключевые слова:** оториноларингология, неврология, комплексный болевой синдром лица, идиопатическая персистирующая лицевая боль, комплексный регионарный болевой синдром.

Лицевые и головная боли — одна из наиболее широко распространенных медицинских проблем. В клинике ЛОР-болезней дифференциальная диагностика прозопагий часто оказывается затруднительной из-за большого количества самых разных структур в малом объеме тканей с богатейшей иннервацией [1]. Еще более усложняет ситуацию анастомозирование ветвей черепных и верхних шейных нервов, снабжающих органы чувств, кожу и слизистые оболочки, мышцы и связки, сосуды, железы и суставы головы и шеи [2, 3].

Нередко у пациентов с заболеваниями ЛОР-органов развиваются дисфункциональные алгические синдромы [4, 5], обусловленные нарушением центральных механизмов восприятия боли. Чтобы поставить диагноз синдромов пылающего рта/пылающего языка или идиопатической персистирующей лицевой боли [6–8], требуется исключить множество сходных вариантов, обусловленных самыми разными причинами.

Наблюдение в отдаленном послеоперационном периоде позволило выделить алгический феномен, развивающийся обычно после инвазивного вмешательства у пациентов с разнообразными предшествующими текущему процессу болями или болезненными процедурами в области головы и шеи. С учетом особенностей указанного страдания представляется удобным применение термина «комплексный болевой синдром лица» (КБСЛ).

Целью настоящего исследования было изучить характеристики КБСЛ в клинике ЛОР-болезней.

Проанализированы данные обследования 664 пациентов в возрасте от 17 до 73 лет, консультированных неврологом в Научно-исследовательском клиническом институте оториноларингологии им. Л.И. Свержевского с 2010 по 2014 г. Про-

явления ЛОР-заболевания сочетались с жалобами на боли в различных отделах лица, отмечаемые периодически или постоянно сроком не менее 1 мес. Из исследования исключали больных, подвергавшихся любым инвазивным процедурам в области головы/лица или шеи в ближайший перед обследованием месяц.

Основное внимание уделяли опросу с детальным описанием боли: характера, интенсивности, длительности приступа, локализации, иррадиации, наличия триггерных точек, факторов провокации и купирования синдрома. Также тщательно уточняли детали анамнеза: давность и обстоятельства первого возникновения боли, предшествовавшие дебюту заболевания факторы, темпы его развития. При неврологическом осмотре особое внимание уделяли выявлению расстройств чувствительности, невралгических и миофасциальных триггерных точек.

На основании полученных данных болевая форма квалифицировалась в соответствии с Международной классификацией головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3β), а диагноз определялся в соответствии с МКБ-10. При необходимости проводили дифференциальную диагностику, основываясь на данных дополнительных методов исследования: рентгенографии шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, компьютерной томографии околоносовых пазух, магнитно-резонансной томографии головного мозга, ультразвукового сканирования брахиоцефальных сосудов.

У 583 пациентов были диагностированы самые разные нозологические формы: синусогенные боли, головная боль напряжения, мигрень, невралгии краниальных нервов (первичные и вторичные), ганглиониты ресничного, ушного, крылонёбного, подчелюстного узлов и узла коленца. Часто встречались цервикогенные и миофасциальные боли, существенно реже — дисфункциональные синдромы: идиопатическая персистирующая лицевая боль (ИПЛБ) и синдром пылающего рта (языка).

Меньшую часть группы — 81 (12,2%) человек — составили больные со своеобразным болевым синдромом — КБСЛ, пусковым моментом для которого служило хирургическое вмешательство на ЛОР-органах. Важнейшим фактором у этих пациентов было наличие многочисленных болевых синдромов в области шеи, головы и лица в прошлом. Чаще других встречались миофасциальные феномены шейных и лицевых мышц, мигрень и головная боль напряжения, цервикогенные боли, невралгии черепных нервов, болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Кроме того, в анамнезе отмечались различные хирургические воздействия в лицевой области: экстракции зубов, установка зубных имплантатов, операции на околоносовых пазухах, повторные пункции пазух, косметические процедуры и др.

В группу вошли пациенты (47% составили мужчины и 53% — женщины), в анамнезе у которых в течение ≥2 лет до последней операции зарегистрировано ≥3 болевых синдромов и ≥2 инвазивных процедур. В некоторых случаях инвазивные процедуры были стереотипными, но повторялись многократно: зубные имплантации, пункции верхнечелюстной пазухи.

Пациенты обычно с трудом подбирают эпитеты для описания испытываемых ощущений: характеризуют их как колюще-режущие, жгучие или, напротив, как давяще-ноющие. Боли могут возникать самопроизвольно (стимулнезависимые) или вызываются компрессией зоны операции (стимулзависимые). Точки выхода первой и (или) второй ветви тройничного нерва

обычно болезненны, но не служат триггерами; может выявляться участок гипоалгезии в зоне их ветвления. Локальных вегетативно-трофических расстройств в рамках описываемого синдрома мы не наблюдали.

Часто подчеркивается мучительный, непереносимый тип страдания с интенсивностью боли до 8–10 баллов по ВАШ, ограничивающий социальную активность. Однако при этом сохраняется возможность домашней деятельности, а боли, как правило, присутствуют на протяжении большей части дня и не нарушают сон. Если заболевание длится >2 мес, нарастают дозы принимаемых анальгетиков, иногда и противосудорожных препаратов – формируется абзусный синдром, усугубляющий степень переживания и еще более снижающий эффект лечения.

Прозопалгия при КБСЛ возникает в зоне последней операции; при этом вначале послеоперационные боли их маскируют. В дальнейшем, не меняя модальности, ощущения иррадируют попеременно в области имевшихся в прошлом болевых процессов. При этом заинтересованные регионы могут соответствовать анатомическим границам иннервации отдельных нервов, области височно-нижнечелюстного сустава, территориям отражения от миофасциальных триггеров. В итоге формируется синдром, включающий трудно дифференцируемые боли во всех компрометированных зонах, мигрирующие из одной системы в другую, создавая видимость одновременного наличия нескольких алгических феноменов.

Происхождение КБСЛ связано, вероятно, с суммарным уровнем активации ноцицептивных рецепторов и травматизации чувствительных путей, превышающим индивидуальное пороговое значение [9]. Формирование периферического болевого механизма обеспечивается разветвленными связями между системами различных чувствительных и симпатических нервов краниоцервикальной области.

По-видимому, помимо периферической сенситизации, сближающей КБСЛ с комплексным регионарным болевым синдромом (КРБС), происходит и центральная сенситизация, обеспечиваемая церебральной нейропластичностью. Таким образом, КБСЛ занимает промежуточное положение между дисфункциональными и невропатическими феноменами (см. таблицу).

После объединения фоновых алгий с послеоперационными болями итоговый сенсорный феномен начинает «мигрировать» из одной системы в другую, что не позволяет добиться стойкого эффекта с помощью монотерапии (местными анестетиками, нестероидными противовоспалительными препаратами – НПВП или миорелаксирующими средствами).

Рассматриваемый симптомокомплекс отличается от КРБС заинтересованностью нескольких периферических нервов и иных структур, а также отсутствием вегетативных и трофических расстройств [10]. Описание испытываемых ощущений близко к характеристике ИПЛБ [11], но кардинально отличается соответствием области распространения границам иннервации конкретных нервов или иных алгических феноменов с миграцией боли по всем заинтересованным регионам.

На основе анализа данных, касающихся выявленного нами 81 больного с КБСЛ в послеоперационном периоде, предлагаем критерии диагностики, которые помогут отличить данную форму от сходных клинических вариантов. Так, КБСЛ отличают:

- 1) боль средней интенсивности в лице, присутствующая ежедневно на протяжении почти всего дня >1 мес с момента оперативного вмешательства в области головы/лица;
- 2) наличие в анамнезе пациента  $\geq 3$  болевых синдромов и 2 инвазивных процедур в области головы/лица за период  $\geq 2$  лет до операции;
- 3) боль спровоцирована хирургическим вмешательством в области головы/лица и мигрирует в зоны, компрометированные предшествующими алгическими синдромами;
- 4) боль может сопровождаться чувствительными, но не локальными вегетативными нарушениями.

Диагностика КБСЛ сложна в первую очередь в связи с необходимостью получения детального описания боли и деталей анамнеза: измученный ежедневными, порой многолетними болями, пациент отвечает на вопросы неохотно. Сложившаяся ситуация объясняется тем, что в результате обращений к врачам разного профиля болевой оказывается в безвыходном положении, когда ЛОР-специалист, невролог и стоматолог по очереди исключают «свою» патологию и отправляют страдающего человека в следующую точку того же замкнутого круга. В итоге возникает конфликт между желанием избавиться от боли и нежеланием о ней говорить; развивается депрессия с ограничительным поведением вплоть до полной изоляции.

Между тем всесторонняя оценка заболевания позволяет провести адекватное лечение. Оно тем успешнее, чем быстрее начато. И, напротив, эффекта достичь очень сложно при позднем начале терапии. Риск же развития КБСЛ возрастает при каждом новом инвазивном вмешательстве.

По нашему опыту, целесообразно использовать индивидуально подобранные комбинации местных процедур (лидокаиновые блокады, физиотерапевтические процедуры) и медикаментозной терапии, включающей НПВП, трициклические антидепрессанты, противоэпилептические препараты.

В послеоперационном периоде у больных ЛОР-профиля довольно часто (у 12% всех пациентов с болевыми синдромами) встречается комбинированная болевая форма, которую мы предлагаем называть комплексным болевым синдромом лица – КБСЛ – с критериями диагностики, приведенными выше.

Сравнительная характеристика болевых синдромов лица

Свойства	ИПЛБ	КРБС	КБСЛ
Характер болей	Описание нечетко	Жгучие, дергающие	Разные
Тип болей	Постоянные монотонные	Приступы	Постоянно мигрирующие
Соответствие зоне нерва	–	1 нерв	Может быть несколько нервов
Нарушение чувствительности	–	В одной области	Различные
Локальные вегетативные и трофические расстройства	–	+	–
Триггерные пункты	–	+	Могут быть

---

## Литература

1. Карлов В.А. Лицевая боль // Журн. неврол. и психиат. – 2010; 5: 90–100.
2. Forssell H., Jääskeläinen S., List T. et al. An update on pathophysiological mechanisms related to idiopathic oro-facial pain conditions with implications for management // J. Oral. Rehabil. – 2015; 42 (4): 300–22.
3. Brown J. The neurosurgical treatment of neuropathic facial pain // Otolaryngol. Clin. North Am. – 2014; 47 (2): 343–9.
4. Данилов А.Б. Габапентин (Нейронтин) в лечении нейропатической боли // Клин. фармакол. и терапия. – 2004; 13: 4–6.
5. Mueller D., Obermann M., Yoon M. et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: a population-based study // Cephalalgia. – 2011; 31 (15): 1542–8.
6. Coculescu E., Radu A., Coculescu B. Burning mouth syndrome: a review on diagnosis and treatment // J. Med. Life. – 2014; 7 (4): 512–5.
7. Allerbring M., Haegerstam G. Chronic idiopathic orofacial pain. A long-term follow-up study // Acta Odontol. Scand. – 2004; 62: 66–9.
8. Minguez M., Llorca C., Donat F. Pharmacological treatment of burning mouth syndrome: A review and update // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. – 2007; 12: 299–304.
9. Zakrzewska J. Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face // J. Headache Pain. – 2013; 25: 14–7.
10. Harden N., Bruehl S., Perez R. et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the “Budapest Criteria”) for Complex Regional Pain Syndrome // Pain. – 2010; 150 (2): 268–74.
11. Максимова М.Ю., Шаров М.Н., Домашенко М.А. и др. Персистирующая идиопатическая лицевая боль: трудности диагностики и алгоритмы лечения // Фарматека. – 2011; 9 (222): 55–9.

---

### POSTOPERATIVE COMPLEX PAIN SYNDROME OF THE FACE

**N. Kunelskaya<sup>1</sup>; M. Tardov<sup>1</sup>, MD; Z. Zaoeva<sup>1</sup>, Professor L. Agasarov<sup>2</sup>, MD; A. Boldin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>L.I. Sverzhhevsky Research Clinical Institute of Otorhinolaryngology, Moscow

<sup>2</sup>Russian Research Center for Medical Rehabilitation and Balneology, Ministry of Health of Russia, Moscow

*The paper describes the characteristics of this special postoperative condition in patients with a history of different craniocervical algic processes and surgical procedures. Diagnostic criteria for the syndrome are proposed and the latter and the similar pain phenomena are differentiated.*

**Key words:** complex pain syndrome of the face; persistent idiopathic facial pain, complex regional pain syndrome.