ТИПИ НЕЙРОПАТИЧНОГО БОЛЮ за Міжнародною класифікацією ротолицевого болю

Міжнародну класифікацію ротолицевого болю (ICOP, 1-ше видання) було створено 2020 року фахівцями групи особливого інтересу щодо ротолицевого та головного болю (OFHP SIG) Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP), Міжнародної мережі методології визначення ротолицевого болю та пов'язаних із ним розладів (INfORM), Американської академії ротолицевого (AAOP) і Міжнародного товариства головного болю (IHS). До вашої уваги представлено стисле викладення 4-го розділу класифікації, присвяченого нейропатичному болю (ротолицевому), пов'язаному з ураженням або захворюванням черепних нервів, опублікованого у «International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP)» видання *Cephalalgia* (2020 Feb;40(2):129–221).

Фундаментальним принципом першої класифікації ротолицевого болю є те, що нові концептуальні та діагностичні критерії визначаються завдяки характеристикам розладів, а не їх локалізації (голова чи обличчя).

Спеціалісти, які створювали перше видання ICOP, зазначають, що первинний і вторинний біль ретельно систематизовано у Міжнародній класифікації розладів головного болю, 3-тє видання (ICHD-3). Застосований у ній ієрархічний дизайн та багаторівневий, послідовний поділ, звичний для дослідників та клініцистів, було використано при створенні ICOP, що робить останню корисним інструментом у роботі лікаря. Зокрема, розділ ICOP, який присвячений нейропатичному болю, має назву «Ротолицевий біль, пов'язаний з ураженням або захворюванням черепних нервів».

Якщо в діагностичних критеріях щодо якогось типу болю зазначено «не відповідає іншому діагнозу», це означає, що він не відповідає певним діагнозам згідно з ICHD-3 або ICOP.

Біль, пов'язаний із пошкодженням або захворюванням трійчастого нерва

Тригемінальна невралгія

Опис. Захворювання, для якого характерний однобічний короткий прострільний біль, що раптово починається і так само припиняється та обмежується зоною іннервації однієї або більше гілок трійчастого нерва, зумовлений впливом звичайних подразників (дотик, потік повітря). Тригемінальна невралгія може розвиватися без очевидної причини або бути результатом іншого діагностованого порушення. Крім того, може супроводжуватися безперервним супутнім болем помірної інтенсивності в зоні (зонах) іннервації пошкодженого нерва.

Діагностичні критерії:

A. Рецидивні пароксизми однобічного лицевого болю в ділянці іннервації однієї або декількох гілок трійчастого нерва без іррадіації за її межі, що відповідають критеріям B і C.

B. Біль відповідає таким характеристикам — тривалість нападу болю від кількох секунд до 2 хв; висока інтенсивність; подібний до «удару струмом» прострільний, колючий або гострий.

C. Провокується через вплив на тригерні точки.

D. Не відповідає іншому діагнозу.

Коментар. Якщо для діагностики не використовують сучасні методи (як-от кількісне сенсорне тестування), у більшості пацієнтів із тригемінальною невралгією немає сенсорних порушень у зоні іннервації трійчастого нерва, крім феномена провокації болю. Проте в деяких випадках клінічний неврологічний огляд може виявити сенсорні порушення, за яких рекомендовано нейровізуалізацію головного мозку для уточнення можливої причини.

У цьому випадку можлива діагностика таких підтипів, як класична, вторинна або ідіопатична тригемінальна невралгія. Часто у дуже тяжких випадках біль спричиняє скорочення м'язів на пошкодженому боці обличчя (больовий тик).

Можуть також бути помірні автономні (вегетативні) симптоми, як-от сльозотеча та/або почервоніння ока на тому ж боці. Після болісного пароксизму зазвичай спостерігається рефрактерний період, під час якого біль не зумовлений провокувальними чинниками.

Класична тригемінальна невралгія

Опис. Тригемінальна невралгія, що розвивається у пацієнтів без очевидної причини, крім нейроваскулярного конфлікту.

Діагностичні критерії:

A. Рецидивні пароксизми однобічного лицевого болю, що відповідають критеріям тригемінальної невралгії.

B. Підтвердження наявності нейроваскулярного конфлікту (не просто контакту) із морфологічними змінами в корінці трійчастого нерва згідно з даними магнітно-резонансної томографії (МРТ) або при проведенні хірургічного втручання.

Коментар. Атрофія та/або зміщення нервових корінців при нейроваскулярному конфлікті пов'язані з ознаками та симптомами тригемінальної невралгії. За наявності цих анатомічних змін розлад діагностують як класичну тригемінальну невралгію.

Переважно місцем нейроваскулярного конфлікту є зона входу до стовбура корінця, при цьому симптоми частіше бувають спричинені стисканням артерією, ніж веною.

МРТ дає змогу виміряти об'єм та площу поперечного перерізу нервового корінця. Атрофічні зміни можуть включати демієлінізацію, втрату нейронів, зміни в мікроциркуляторному руслі та інші морфологічні зміни. Точно не відомо, у який спосіб атрофічні зміни трійчастого нерва призводять до формування болю за їх наявності до операції, проте вони є предиктором хорошого результату після мікросудинної декомпресії.

Класична тригемінальна невралгія, лише пароксизмальна

Опис. Класична тригемінальна невралгія без персистивного фонового лицьового болю.

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного лицевого болю, що відповідає критеріям класичної тригемінальної невралгії.

B. Перерви між нападами болю в ділянці ураженого нерва.

Коментар. Класична тригемінальна невралгія, лише пароксизмальна, зазвичай чутлива, принаймні початково, до фармакотерапії (особливо карбамазепіну або окскарбазепіну).

Класична тригемінальна невралгія із супутнім постійним болем

Опис. Класична тригемінальна невралгія з постійним фоновим лицевим болем.

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного лицевого болю, що відповідають критеріям класичної тригемінальної невралгії.

B. Супутній постійний або майже постійний біль між нападами в ділянці залученої гілки трійчастого нерва.

Коментар. Периферична чи центральна сенситизація може бути причиною постійного болю.

Вторинна тригемінальна невралгія

Опис. Тригемінальна невралгія, спричинена основним захворюванням.

Сенсорні порушення виявляють під час клінічного обстеження у значної частини пацієнтів із таким розладом.

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного лицевого болю, що відповідають критеріям тригемінальної невралгії, яка є лише пароксизмальною або із супутнім постійним / майже постійним болем.

B. Виявлено основне захворювання, яке може спричинити або пояснити наявність невралгії.

C. Не відповідає іншому діагнозу.

Тригемінальна невралгія, пов'язана з розсіяним склерозом

Опис. Тригемінальна невралгія спричинена вогнищем / вогнищами розсіяного склерозу (РС) у ділянці мосту або місця виходу корінця трійчастого нерва та пов'язана з іншими симптомами та/або клінічними ознаками, або лабораторними даними, що свідчать на користь РС.

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного лицевого болю, що відповідають критеріям тригемінальної невралгії.

B. Діагностовано розсіяний склероз; вогнище демієлінізації в зоні виходу корінця трійчастого нерва або в провідних шляхах у ділянці мосту, продемонстроване МРТ або його наявність передбачається за даними стандартних електрофізіологічних досліджень, які свідчать про порушення у провідних шляхах трійчастого нерва.

C. Не відповідає іншому діагнозу.

Коментар. Тригемінальна невралгія, пов'язана з РС виникає у 2–5 % пацієнтів, іноді двобічна. РС виявляють лише у 2–4 % випадків тригемінальної невралгії. Симптоми останньої рідко є початковими ознаками РС. Вогнище в ділянці мосту порушує функцію внутрішньомостових центральних терміналей тригемінальних аферентів, які надходять до ядер трійчастого нерва у зоні мосту. Ушкодження мосту чинять вплив на нейрони другого порядку тригемінально-таламічного тракту, що зазвичай призводить до непароксизмального болю та/або дизестезії.

Це порушення має класифікуватися як центральний нейропатичний біль при РС за ICHD-3. У деяких пацієнтів із РС виявляється нейроваскулярна компресія в ділянці корінця трійчастого нерва. Вважається, що РС підвищує сприйнятливість нервового корінця до компресійної дії, що з більшою ймовірністю призводить до розвитку пароксизмів болю. У пацієнтів із тригемінальною невралгією при РС ефективність фармакологічного та хірургічного втручання нижча порівняно з класичною тригемінальною невралгією.

Тригемінальна невралгія, пов'язана з об'ємним утворенням

Опис. Тригемінальна невралгія, спричинена контактом між ураженим трійчастим нервом та об'ємним утворенням.

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного лицевого болю, що відповідають критеріям тригемінальної невралгії.

B. Обидва критерії — візуалізований контакт новоутворення з ураженим трійчастим нервом; біль розвинувся після ідентифікації утворення або призвів до його виявлення.

C. Не відповідає іншому діагнозу.

Коментар. Пацієнти з тригемінальною невралгією, пов'язаною з об'ємним утворенням, можуть мати або не мати клінічно виявлені розлади чутливості, проте нейрофізіологічні тести, як-от перевірка тригемінальних стовбурових рефлексів, свідчать про патологію майже у всіх випадках.

Тригемінальна невралгія, пов'язана з іншими причинами

Опис. Тригемінальна невралгія, в основі якої лежить захворювання, відмінне від описаних вище.

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного лицевого болю, що відповідають критеріям тригемінальної невралгії, лише пароксизмальної, або супроводжувані постійним / майже постійним болем, але не обов'язково однобічні.

B. Обидва критерії — діагностовано захворювання, відмінне від описаних вище, але здатне спричинити тригемінальну невралгію; біль розвинувся після захворювання або призвів до його виявлення.

C. Не відповідає іншому діагнозу.

Ідіопатична тригемінальна невралгія

Опис. Тригемінальна невралгія без значущих змін за даними нейрофізіологічних тестів та МРТ.

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного лицевого болю, що відповідають критеріям тригемінальної невралгії, лише пароксизмальної, або супроводжувані постійним / майже постійним болем.

B. Не відповідає критеріям класичної тригемінальної невралгії та вторинної тригемінальної невралгії, що підтверджено належним обстеженням.

C. Не відповідає іншому діагнозу.

Ідіопатична тригемінальна невралгія, лише пароксизмальна

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного лицевого болю, що відповідають критеріям ідіопатичної тригемінальної невралгії.

B. Відсутність болю між нападами в ділянці трійчастого нерва.

Ідіопатична тригемінальна невралгія, що супроводжується постійним болем

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного лицевого болю, що відповідають критеріям ідіопатичної тригемінальної невралгії.

B. Супутній постійний / майже постійний біль між нападами в ділянці ураженого трійчастого нерва.

Інший тригемінальний нейропатичний біль

Опис. Лицевий біль у ділянці принаймні однієї гілки трійчастого нерва, спричинений іншим захворюванням і такий, що свідчить про пошкодження нерва. Основний біль зазвичай постійний або майже постійний, описується як печіння, стискання, або подібний до уколів шпильок. Можуть приєднуватися короткі болючі пароксизми, але такий тип болю не переважає. Подібне поєднання відрізняє больову тригемінальну нейропатію від інших підтипів тригемінальної невралгії.

За наявності сенсорних порушень у ділянці трійчастого нерва значно поширені механічна алодинія та холодова гіпералгезія, що відповідають критеріям нейропатичного болю Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP).

Як правило, ділянки алодинії більші, ніж тригерні зони, наявні за тригемінальної невралгії.

Тригемінальний нейропатичний біль, пов'язаний із Herpes zoster

Опис. Однобічний лицевий біль тривалістю < 3 місяців у ділянці однієї або декількох гілок трійчастого нерва, спричинений симптомами та/або клінічними ознаками гострої інфекції *Herpes zoster*.

Діагностичні критерії:

A. Однобічний лицевий біль у ділянці однієї або кількох гілок трійчастого нерва тривалістю < 3 місяців.

B. Один або декілька з критеріїв — герпетичні висипання в ділянці ураженого трійчастого нерва; вірус *Varicella zoster* виявлено у цереброспінальній рідині за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР); позитивний результат прямого імунофлюоресцентного аналізу на антиген вірусу *Varicella zoster* або ПЛР на ДНК цього вірусу в клітинах ураженої ділянки.

C. Не відповідає іншому діагнозу.

Коментар. Інфекція *Herpes zoster* уражає трійчасті гангліїв в 10–15 % випадків, при цьому ураження офтальмічної гілки може бути у 80 % пацієнтів. У поодиноких випадках біль не супроводжується герпетичними висипаннями (*zoster sine herpete*). Діагноз у таких клінічних випадках підтверджується виділенням ДНК вірусу *Varicella zoster* за допомогою ПЛР у цереброспінальній рідині.

Біль при больовій тригемінальній нейропатії, пов'язаній із *Herpes zoster*, зазвичай пекучий, колючий / пострільний, поколюючий або ниючий, а також супроводжується шкірною алодинією. Герпес в офтальмічній ділянці може бути пов'язаний із паралічем III, IV та/або VI пари черепно-мозкових нервів. *Herpes zoster* поширений в імунокомпрометованих пацієнтів і спостерігається приблизно у 10 % осіб із лімфомою та в 25 % — із хворобою Ходжкіна.

Тригемінальна постгерпетична невралгія

Опис. Однобічний лицевий біль, що зберігається або повторюється упродовж не менш ніж 3 місяці у ділянці принаймні однієї гілки трійчастого нерва з різними сенсорними порушеннями, спричиненими інфекцією *Herpes zoster*.

Діагностичні критерії:

A. Однобічний лицевий біль у ділянці принаймні однієї гілки трійчастого нерва, що зберігається або повторюється протягом > 3 міс., а також відповідає критерію C.

B. Інфекція *Herpes zoster* уразила ту саму гілку трійчастого нерва.

C. Біль має тісний часовий зв'язок з інфекцією *Herpes zoster*.

D. Не відповідає іншому діагнозу.

acino

ПОЗБАВСЯ БОЛЮ,

поринь у життя!

НЕОГАБІН

прегабалін

- Доведена ефективність при нейропатичному болю, фіброміалгії та генералізованому тривожному розладі[1-6]
- Доведена біоеквівалентність оригінальному прегабаліну[7]
- Виробництво та контроль якості за стандартом GMP Європейського Союзу[8]

UA-NEOG-PIM-102022-064

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату НЕОГАБІН 75, 150
Діюча речовина. Прегабалін. Лікарська форма. Капсули по 75 мг або по 150 мг. Фармакотерапевтична група. Протиепілептичні засоби. Фармакологічні властивості. Прегабалін зв'язується з допоміжною субодиницею (альфа2-дельта-білок) потенціалозалежних кальцієвих каналів у центральній нервовій системі. Показання. Невропатичний біль. Епілепсія. Генералізований тривожний розлад. Фіброміалгія. Протипоказання. Гіперчутливість до діючої речовини або будь-якої із допоміжних речовин. Побічні реакції. Запаморочення і сонливість, посилення апетиту, сплутаність свідомості, дезорієнтація, дратівливість, ейфоричний настрій, зниження лібідо, безсоння, атаксія, порушення координації, порушення рівноваги, розлади уваги, погіршення пам'яті, тремор, дизартрія, парестезія, седація, в'ялість, головний біль, летаргія, нечіткість зору, диплопія, кон'юнктивіт, вертиго, блювання, запор, сухість у роті, метеоризм, гастроентерит, еректильна дисфункція, імпотенція, периферичний набряк, набряки, порушення ходи, відчуття сп'яніння, втома, збільшення маси тіла тощо. Категорія відпуску. За рецептом. Р. П. МОЗ України: №UA/13702/01/01, № UA/13702/01/02; Наказ МОЗ України від 27.06.2014 №437. Виробник: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» та ТОВ «АСІНО УКРАЇНА» входять до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

1. Arezz J.C. et al. BMC Neurology 2008: 8:33. 2. Dworkin R.H. et al. Neurology 2003; 60; 1274–83. 3. Crord L.J. et al. Pain 2008; 136(3):419–31. 4. Amold L.M. et al. J Pain. 2008 Sep; 9(9):792–805. 5. Rickels K. et al. Arch Gen Psychiatry. 2005 Sep; 62(9):1022–30. 6. Baldwin D.S. et al. Neuropsychiatr Dis Treat. 2013; 9:883–92. 7. Клінічне дослідження з оцінки біоеквівалентності лікарських препаратів. Код дослідження: PRG-FS. Заключний звіт, 2014, стор. 8. 8. http://eudragmdp.ema.europa.eu/inspections/gmpc/searchGMP-Compliance.do, країна - Україна, ZVA/LV/2019/018H

ТОВ «АСІНО УКРАЇНА»| бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна | Група компаній Acino, Швейцарія
www.acino.ua

Коментар. Попри свою давно вживану назву, постгерпетична невралгія насправді є нейропатією або нейронопатією, вираженою значними патоанатомічними змінами в нерві, гангліїї та нервовому корінці. За тригемінальної постгерпетичної невралгії є ознаки запалення, що поширюється на стовбурову частину трійчастого нерва.

Постгерпетична невралгія, найімовірніше, розвивається після гострої інфекції *Herpes zoster* у літньому віці. Зазвичай при тригемінальній постгерпетичній невралгії залучена перша гілка трійчастого нерва, проте не виключене доєднання другої чи третьої гілки. У більшості випадків біль при постгерпетичній невралгії проявляється як печіння та свербіж, іноді супроводжується шкірними проявами.

Як правило, у пацієнтів із постгерпетичною невралгією наявні сенсорні порушення та механічна алодинія в ділянці залученої гілки трійчастого нерва. Проте в багатьох осіб спостерігаються невиразні сенсорні порушення, при цьому переважають підвищені реакції на термічні та/або тактильні подразники.

Посттравматичний тригемінальний нейропатичний біль

Опис. Одно-/двобічний біль у ділянці обличчя або порожнини рота, що виник після травми трійчастого нерва, супроводжуваний іншими симптомами та/або клінічними ознаками дисфункції трійчастого нерва, постійний або періодичний упродовж > 3 місяців.

Діагностичні критерії:

A. Біль у ділянці іннервації трійчастого нерва, який зберігається або виникає періодично протягом > 3 місяців і відповідає критеріям C і D.

B. Факт наявності механічного, термічного, радіаційного чи хімічного ушкодження трійчастого нерва в анамнезі; ураження трійчастого нерва, що підтверджується діагностичними тестами.

C. Біль виник до 6 місяців після травми нерва.

D. Пов'язаний із соматосенсорними симптомами в тій самій ділянці іннервації трійчастого нерва.

E. Не відповідає іншому діагнозу.

Коментарі. Структура та зміст діагностичних критеріїв для посттравматичного тригемінального нейропатичного болю подібні до таких для больової посттравматичної тригемінальної нейропатії в ICHD-3 і відповідають критеріям Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP).

За тривалістю біль може бути пароксизмальним, постійним і змішаним. Посттравматичний тригемінальний нейропатичний біль переважно однобічний, але в деяких випадках може стати більш дифузним.

Тригемінальний нейропатичний біль, пов'язаний з іншим порушенням

Опис. Одно-/двобічний біль у ділянці обличчя або ротової порожнини, не пов'язаний з описаними вище розладами, супроводжуваний іншими симптомами та/або клінічними ознаками дисфункції трійчастого нерва, яка зберігається чи виникає періодично протягом ≥ 3 місяців.

Діагностичні критерії:

A. Біль у ділянці іннервації однієї або декількох гілок трійчастого нерва, що зберігається або виникає періодично протягом ≥ 3 місяців і відповідає критеріям C і D.

B. Діагностований розлад, здатний спричинити такий тригемінальний нейропатичний біль (за винятком пов'язаного з *Herpes zoster* та посттравматичного).

C. Біль розвинувся після початку передбачуваного розладу або призвів до його виявлення.

D. Наявність соматосенсорних симптомів у зоні болю.

E. Не відповідає іншому діагнозу.

Коментар. Тригемінальний нейропатичний біль може бути вторинним щодо РС, об'ємного ураження або системного захворювання. Диференціювати вторинну тригемінальну невралгію від іншого тригемінального нейропатичного болю можна за клінічними ознаками (характер спонтанного болю, зумовлений біль та наявність сенсорної недостатності).

Інший тригемінальний нейропатичний біль, викликаний захворюванням сполучної тканини або спадковим захворюванням, зазвичай двобічний, але може починатися асиметрично і мати характер інтенсивного пароксизмального болю, який накладається на постійний біль.

У пацієнта розвивається двобічний сенсорний дефіцит, а біль набуває постійного характеру, що робить діагноз більш точним. Зокрема, відсутні зміни на МРТ, але рефлекси з трійчастого нерва знижені або не викликаються.

Можливий тригемінальний нейропатичний біль, пов'язаний з іншим порушенням

Діагностичний критерій.

A. Біль, що відповідає всім критеріям, крім критерію C тригемінального нейропатичного болю, пов'язаного з іншим порушенням.

Ідіопатичний тригемінальний нейропатичний біль

Опис. Одно-/двобічний біль невідомої етіології в зоні іннервації однієї або декількох гілок трійчастого нерва, що свідчить про його ураження і зберігається або виникає періодично протягом ≥ 3 місяців.

Діагностичні критерії:

A. Біль у ділянці іннервації однієї або декількох гілок трійчастого нерва, що зберігається або виникає періодично протягом ≥ 3 місяців і відповідає критерію C.

B. Наявність ураження трійчастого нерва, що пояснює біль; немає підтверджень про травму або інше порушення з можливим ураженням трійчастого нерва в анамнезі.

C. Біль пов'язаний із соматосенсорними симптомами в ділянці іннервації тих самих гілок трійчастого нерва.

D. Не відповідає іншому діагнозу.

Біль, пов'язаний із пошкодженням або захворюванням язикоглоткового нерва

Невралгія язикоглоткового нерва

Опис. Розлад, що характеризується однобічним болем за типом «удару ножем», має різкий початок і кінець в ділянці не тільки язикоглоткового нерва, а й вушної та глоткової гілок блукаючого нерва.

Біль локалізується в ділянці вуха, основи язика, мигдаликів та/або під кутом щелепи. Зазвичай провокується ковтанням, говорінням чи кашлем і може змінюватись і знову виникати за аналогією з тригемінальною невралгією.

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного болю в ділянці іннервації язикоглоткового нерва, що відповідають критерію B.

B. Тривалість болю від кількох секунд до двох хвилин; висока його інтенсивність; відчуття за типом «удару струмом», пострільний, ріжучий; посилюється ковтанням, кашлем, говорінням чи позіханням.

C. Не відповідає іншому діагнозу.

Коментарі. Невралгія язикоглоткового нерва може виникати разом із тригемінальною невралгією. Невралгія верхнього гортанного нерва (яка є гілкою блукаючого) проявляється аналогічно невралгії язикоглоткового нерва за локалізацією, клінічно їх може бути важко розрізнити.

Зокрема, нейровізуалізація може продемонструвати компресію язикоглоткового нерва. Виникати неприємні відчуття можуть за кілька тижнів / місяців до розвитку невралгії язикоглоткового нерва. Можливе іррадіювання в око, ніс, підборіддя або плече. Невралгія може бути досить тяжкою для пацієнтів, іноді вони навіть втрачають вагу.

У поодиноких випадках напади болю пов'язані із симптомами ураження блукаючого нерва, як-от кашель, осиплість голосу, непритомність та/або брадикардія.

Деякі автори пропонують розрізняти глоткові, оталгічні та вагальні підформи невралгії та використовувати термін «вагоневралгія язикоглоткового нерва», коли біль супроводжується асистолією, судомами та непритомністю.

Під час клінічного обстеження зазвичай не спостерігається сенсорних змін у зоні іннервації нерва, але наявні легкі сенсорні порушення не суперечать діагнозу.

Серйозні зміни або зменшення / відсутність блювотного рефлексу мають спонукати до діагностичних досліджень для пошуку етіології ураження.

Невралгія язикоглоткового нерва зазвичай відповідає (принаймні на початковому етапі) на фармакотерапію (особливо на карбамазепін або окскарбазепін).

Застосування місцевого анестетика в ділянці мигдаликів та стінки глотки може припинити напади на кілька годин.

Класична невралгія язикоглоткового нерва

Діагностичні критерії:

A. Рецидивні пароксизми однобічного болю, що відповідають критеріям невралгії язикоглоткового нерва.

B. Ознаки нейроваскулярної компресії корінця язикоглоткового нерва під час МРТ або операції.

Вторинна невралгія язикоглоткового нерва

Опис. Невралгія язикоглоткового нерва, спричинена основним захворюванням.

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного болю, що відповідають критеріям невралгії язикоглоткового нерва.

B. Продемонстровано наявність основного захворювання, здатного спричинити та пояснити невралгію.

Ідіопатична невралгія язикоглоткового нерва

Діагностичні критерії:

A. Повторювані пароксизми однобічного болю, що відповідають критеріям невралгії язикоглоткового нерва.

B. Під час досліджень не виявлено нейроваскулярного конфлікту та основного захворювання, яке могло спричинити вторинну невралгію язикоглоткового нерва.

C. Не відповідає іншому діагнозу.

Язикоглотковий нейропатичний біль

Опис. Біль у зоні іннервації язикоглоткового нерва (задня частина язика, мигдалики, глотка та/або під кутом нижньої щелепи). Крім того, больові відчуття зазвичай виявляються в ділянці вуха з боку ураження. Основний біль, як правило, постійний або майже постійний і зазвичай описується як печіння або стискання, або порівнюється з поколюванням шпильками.

Можуть також спостерігатися короткі болючі пароксизми, але цей тип болю не переважає. Таке поєднання відрізняє язикоглотковий нейропатичний біль від невралгії язикоглоткового нерва.

Сенсорні порушення можуть бути в задній частині язика та мигдалика на боці ураження, блювотний рефлекс може бути ослаблений або відсутній.

Язикоглотковий нейропатичний біль, пов'язаний зі встановленою причиною

Опис. Однобічний постійний або майже постійний біль із/без супутніх короткочасних пароксизмів у ділянці іннервації язикоглоткового нерва, спричинений іншими виявленими розладами.

Діагностичні критерії:

A. Однобічний постійний або майже постійний біль у ділянці іннервації язикоглоткового нерва (*критерій C*).

B. Виявлено захворювання, яке може зумовити больову нейропатію язикоглоткового нерва.

C. Причинно-наслідковий зв'язок підтверджується двома критеріями:

1) біль на боці ураженого язикоглоткового нерва;

2) больові відчуття розвинулися після початку захворювання або призвели до його виявлення.

D. Не відповідає іншому діагнозу.

Ідіопатичний язикоглотковий нейропатичний біль

Опис. Однобічний постійний або майже постійний біль невідомої етіології у ділянці іннервації язикоглоткового нерва із/без супутніх короткочасних пароксизмів.

Діагностичні критерії:

A. Однобічний постійний або майже постійний біль у ділянці іннервації язикоглоткового нерва.

B. Причину не встановлено.

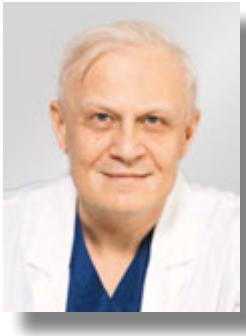
C. Не відповідає іншому діагнозу.

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.ihs-headache.org

UA-NEOG-PUB-112022-066

КОМЕНТАР ФАХІВЦЯ

Український переклад четвертого розділу 1-ї редакції Міжнародної класифікації ротолицевого болю (International classification of orofacial pain, 1st edition; скорочена назва — ICOP) став результатом спільної роботи провідних експертів кількох світових наукових асоціацій — Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP), Міжнародного товариства головного болю (IHS), Міжнародної мережі з методології ротолицевого болю та пов'язаних розладів (INfORM) та Американської академії ротолицевого болю (AAOP). 2018 року проєкт класифікації було винесено на обговорення окремої сесії Всесвітнього конґресу з болю в Бостоні. Остаточно затверджений після фахового обговорення текст 2020 року було опубліковано в провідному журналі з головного болю «Cephalalgia», на веб-сайті якого з ним можна ознайомитись у вільному доступі.



Вадим Білошицький,
доктор медичних наук, співзасновник та медичний директор Центру медицини болю SPRAVNO, м. Київ

Міжнародна класифікація ротолицевого болю подає діагностичні критерії захворювань і пошкоджень, які можуть бути причиною болю в ділянці жувального апарату та обличчя. Ознайомившись із текстом, будь-який лікар, який приймає пацієнтів із лицевим болем, буде пам'ятати можливі причини такого болю та зможе провести скринінгове оцінювання клінічної картини відповідно до цих діагностичних критеріїв. Ознаки тієї чи іншої патології підштовхнуть лікаря вчасно призначити необхідне обстеження чи вдатися до консультації фахівця відповідного профілю. Мультидисциплінарна кооперація та фахова допомога колег стануть запорукою успішної діагностики та вчасного й ефективного лікування.

Наразі представлено переклад 4-го розділу класифікації, присвяченого діагностиці болю внаслідок пошкоджень або захворювань черепних нервів. Біль у ділянці обличчя й рота завжди перебував у полі зору спеціалістів різного профілю. Хвороби й розлади жувального апарату є сферою зусиль лікарів-стоматологів, щелепно-лицевих хірургів та ортодонтів, а лицеві болісні відчуття іншого, переважно нейрогенного, походження традиційно лікують лікарі неврологічного профілю — неврологи та нейрохірурги. Диференційна діагностика таких розладів часто є складною. Цьому значною мірою сприяє вузькоспрямована фахова підготовка лікарів, що не передбачає ознайомлення з підходами інших спеціальностей до діагностики й лікування захворювань, які часто супроводжуються схожими скаргами та клінічними ознаками. Тож клінічна картина може трактуватися в межах виключно «своїх» професійних уявлень, що призводить до діагностичних помилок, безуспішного лікування та тривалого, іноді багаторічного, пошуку пацієнтами ефективної допомоги.

З одного боку, приймаючи пацієнтів із тригемінальною невралгією, часто з цілковито типовими скаргами, нерідко чуємо історію непотрібного видалення зубів, яке, звісно, не додало жодного полегшення. Так само, пацієнти із синдромом палаючого рота звертаються насамперед до стоматологів і довго шукають лікаря, який зможе зрозуміти природу їхніх скарг і призначити терапію з доведеною ефективністю. З іншого боку, підготовка лікарів-неврологів сьогодні не передбачає навчання оцінювання стану скронево-нижньощелепного суглоба та жувальних м'язів. Через це будь-який лицевий біль може помилково оцінюватись як невралгічний чи нейропатичний, що призводить до тривалого неефективного лікування. Помилки діагностики обумовлюють вибір неправильного лікування. У 4-му Міжнародної класифікації ротолицевого болю наведено критерії діагностики невралгій та нейропатій внаслідок захворювань і пошкоджень трійчастого та язико-глоткового нервів. Для лікування тригемінальних невралгій запропоновано низку хірургічних методів, які при застосуванні за чітко визначеними показаннями, мають доведену й високу ефективність. Якщо ці методи використати для лікування болю, що класифікується як нейропатичний, наслідком може бути не тільки брак полегшення больових відчуттів, а й погіршення стану пацієнта (деаферентаційний біль).

Препаратами першої лінії в лікуванні тригемінальної й язико-глоткової невралгій (пострільного болю) є карбамазепін та окскарбазепін, тоді як нейропатичний біль краще реагує на прегабалін, габапентин та деякі антидепресанти (трициклічні та СІЗЗСіН, зокрема дулоксетин). В українській клінічній практиці, на жаль, трапляється ціла низка типових помилок. Насамперед це лікування необґрунтовано низькими дозами цих ліків унаслідок побоювання побічних дій. Аби запобігти цьому, по-перше, треба попередити пацієнта про можливі небажані реакції, які зазвичай зникають упродовж певного часу, щоб це не створювало стресових ситуацій для нього. По-друге, призначаючи антиконвульсанти та антидепресанти, слід починати з невеликих стартових доз і повільно, аби по можливості уникнути побічних ефектів, титрувати до ефективних більших, іноді максимальних доз, що рекомендовані для кожного препарату. Загальним правилом є «start low, go slow» — «починай із низьких доз, рухайся повільно». На прикладі прегабаліну цей підхід передбачає початок лікування з дози 75 мг та повільне її підвищення (75 мг протягом 3 діб виключно на ніч і потім додавання ранкової дози; середньою добовою дозою є 300 мг, а максимальною — 600 мг). По-третє, об'єктивізація результатів лікування за допомогою шкал болю, візуальної аналогової або цифрової аналогової (цей простий тест дає змогу продемонструвати пацієнту зміни в його стані). Ще однією можливістю, при реальних складнощах із підвищенням дозування, є застосування комбінованої терапії середніми дозами ліків із різних фармакологічних груп (переважно йдеться про комбінацію 300 мг прегабаліну та 60 мг дулоксетину).

Усеосяжний і водночас доволі компактний і стисло написаний текст 1-ї редакції Міжнародної класифікації ротолицевого болю (як в оригінальній версії, так і в майбутньому повному українському перекладі) озброїть лікарів різних спеціальностей уніфікованою термінологічною базою, спільною мовою, яка забезпечить швидку й безпомилкову комунікацію та допоможе швидше досягти кращого, науково обґрунтованого результату в нашій роботі. Сподіваюсь, запропонований огляд стане в пригоді не тільки неврологам і нейрохірургам, а й лікарям стоматологічного профілю.

Підготувала Наталія Купко

acino

Нервові клітини не *відновлюються?*

НЕЙРІСТОН®

- Сприяє відновленню пошкоджених нервових волокон[1-3]
- Сприяє зменшенню симптомів нейропатії[1-3]
- Сприяє зниженню потреби у застосуванні анальгетиків[1-3]

Листок-вкладиш до харчового продукту для спеціальних медичних цілей «Нейрістон».
Не є лікарським засобом. Додаток No 2 до звіту N°3/8-A-424-19-6723E від 12.03.2019. Не слід застосовувати як заміну повноцінного раціону харчування. Має застереження до застосування. Зберігати у місцях, недоступних для дітей. Інформація надана скорочено. Перед застосуванням ознайомтесь з повним текстом листка-вкладиша. Виробник. Троммсдорф ГмбХ, Німеччина.

1. Eduard Reynolds. Vitamin B12, folic acid and the nervous system. Review. Lancet Neural. 2006.5-349-60. p. 949-960.
2. Negrão L., Almeida P., Alcino S. et al. / Effect of the combination of uridine nucleotides, folic acid and vitamin B12 on the clinical expression of peripheral neuropathies / Pain Manag. - 2014. - V. 4, N, 3. - P. 191-196.
3. Rückert U., Hedding-Eckerich M., Lärm G. Uridine monophosphate after nucleotomy: Investigation of pain reduction and quality of life. Deutscher Wirbelsäulenkongress. Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft. Dezember 2009, München. Eur. Spine J. 2009. V. 18. P. 1713-1826.

ТОВ «АСІНО УКРАЇНА»| бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна | Група компаній Acino, Швейцарія
www.acino.ua

UA-NEIR-PIM-072022-030