



Орофациальный болевой синдром: клинический пример пациента с хронической болью

О.В. Котова^{1,2,3}, Е.С. Акарачкова^{2,4}

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

² Международное общество «Стресс под контролем», Москва, Россия;

³ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия;

⁴ Реабилитационный центр Rehaline, Красногорск, Московская обл., Россия

✉ ol_kotova@mail.ru

Аннотация

Орофациальные болевые синдромы – одна из сложных областей современной медицины. Пациенты с такого рода симптомами проходят большое количество специалистов: стоматологов, гнатологов, челюстно-лицевых хирургов, неврологов, психотерапевтов. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении орофациальных болевых синдромов, причиной которых могут быть невралгии, миофасциальные болевые синдромы, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, зубная боль, опухоли, психические расстройства, остается много нерешенных вопросов, создающих трудности как для врача, так и для пациента. Все вышеперечисленные состояния могут иметь схожие симптомы и быть коморбидны. Пациентам часто делают ненужные лечебные и диагностические манипуляции без особого эффекта. В статье представлен клинический случай пациентки 40 лет, страдающей длительно от нестоматогенной орофациальной боли, миофасциального болевого синдрома и смешанного тревожно-депрессивного расстройства, которое с успехом было вылечено комбинацией венлафаксина, карбамазепина, Пантогам Актива и Аксамона.

Ключевые слова: орофациальный болевой синдром, клинический пример, диагностика, подбор терапии, Пантогам Актив, Аксамон.

Для цитирования: Котова О.В., Акарачкова Е.С. Орофациальный болевой синдром: клинический пример пациента с хронической болью. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (3): 44–47. DOI: 10.47407/kr2026.7.3.00792

Orofacial pain syndrome: clinical case of chronic pain in a patient

Olga V. Kotova^{1,2,3}, Elena S. Akarachkova^{2,4}

¹ Patrice Lumumba People's Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia;

² International society for the study of stress "Stress under control", Moscow, Russia;

³ Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute (MONIKI), Moscow, Russia;

⁴ Rehaline Rehabilitation Center, Krasnogorsk, Moscow Region, Russia

✉ ol_kotova@mail.ru

Abstract

Orofacial pain syndromes represent one of the challenging areas of modern medicine. Patients with symptoms of such kind visit many specialists: dentists, gnathologists, maxillofacial surgeons, neurologists, therapists. Despite considerable advances in the diagnosis and treatment of orofacial pain syndromes, which can be caused by neuralgia, myofascial pain syndromes, temporomandibular joint dysfunction, toothache, tumors, mental disorders, there are still many unresolved issues that are challenging for both physician and patient. All the above conditions can have similar symptoms and be comorbid. Patients often undergo unnecessary treatment and diagnostic manipulations without any significant effect. The paper presents a clinical case of the 40-year-old female patient suffering from the non-dental orofacial pain, myofascial pain syndrome, and mixed anxiety and depressive disorder, which was successfully cured using a combination of venlafaxine, carbamazepine, Pantogam Active, and Axamon.

Keywords: orofacial pain syndrome, clinical case, diagnosis, therapy selection, Pantogam Active, Axamon.

For citation: Kotova O.V., Akarachkova E.S. Orofacial pain syndrome: clinical case of chronic pain in a patient. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (3): 44–47 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.3.00792

Орофациальные болевые синдромы – одна из сложных областей современной медицины. Пациенты с такого рода симптомами проходят большое количество специалистов: стоматологов, гнатологов, челюстно-лицевых хирургов, неврологов, психотерапевтов. Причем последние видят таких пациентов далеко не в начале заболевания, когда болезнь приобретает хроническое течение и добиться положительных результатов бывает крайне сложно, а пациенты слабо верят в успех лечения.

Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении орофациальных болевых синдромов, причиной которых могут быть невралгии, миофасциальные болевые синдромы, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, зубная боль, опухоли, психические

расстройства, остается много нерешенных вопросов, создающих трудности как для врача, так и для пациента. Все вышеперечисленные состояния могут иметь схожие симптомы и быть коморбидны. В результате поиск решения проблемы орофациальной боли у пациента часто начинается не с тех диагностических процедур, с ошибочного диагноза или ненужных лечебных манипуляций и даже операций, что расстраивает и разочаровывает пациентов, ухудшая психическое состояние, приводя человека в состояние хронического стресса [1, 2].

Синдромы хронической лицевой боли нестоматогенной этиологии мало известны неврологам, несмотря на то что они часто приводят к тяжелой инвалидизации. В соответствии с локализацией боли такие пациенты

сначала обращаются к стоматологам, которые могут проводить ненужные стоматологические вмешательства, даже если причина боли не в зубах. Когда становится ясно, что стоматологические методы лечения не помогают, пациентов могут направить к другому стоматологу, челюстно-лицевому хирургу, неврологу. К сожалению, неврологи зачастую не знакомы с хроническими орофациальными болевыми синдромами, хотя в основе патогенеза лежат нарушения в системе тройничного нерва и болевых и противоболевых систем головного мозга [3].

Клинический пример, пациентка, 40 лет

Пациентка пришла к психотерапевту по направлению стоматолога и невролога с жалобами на боль в зубах в течение длительного времени после стоматологических манипуляций, убежденная, что у нее стоматологическая проблема.

Постоянно наблюдается у стоматологов последние 14 мес, после смены коронок пациентка стала чувствовать штифт в центральном резце справа (зуб 1.2) при движении губ, прострелы и чувство жара в первом моляре слева (зуб 2.6), боль в боковом резце слева (зуб 2.2), бывает ощущение жжения в десне. Ощущения в зубе 2.2 пациентка описывает так: «что-то двигается внутри кости», боль постоянная, монотонная, ноющая, очень редко успокаивается, боль началась еще в живом зубе, после чего его депульпировали, но боль не прошла. В настоящее время, если дотрагивается языком до коронки 2.2, начинается боль с внутренней стороны зуба и десны. В связи с данными симптомами стоматологи поменять коронки на постоянные не могут, что расстраивает пациентку. Неоднократно проведенная компьютерная томография челюстей патологии не выявила. С началом болезни появился ночной бруксизм и реакция зубов на холодное и горячее, хотя ранее никогда не испытывала боль в зубах, не было чувствительности на холодное и горячее. Впервые к стоматологам обратилась 20 лет назад, тогда депульпировали зуб 1.2, после чего зуб изменил цвет, что не нравилось пациентке, а зуб 2.2 разрушился, поэтому была проведена реставрация этих зубов, поставили коронки. Около 2 лет назад нечаянно сломала коронку (отломился небольшой кусочек). После чего пациентка решила сменить все коронки, при этом постоянного стоматолога и зубного техника не было, так как в клинике, где наблюдалась пациентка, эти специалисты часто увольнялись. Коронки долго меняли, так как не могли подобрать цвет коронок. В результате через 2–3 мес начал болеть на примерках зуб 2.2, тогда еще живой, появился дискомфорт при касании языком коронки с внутренней стороны, сначала не сильно выраженный (4–5 баллов по ВАШ), затем дискомфорт усилился. Зуб депульпировали, сначала поставили штифт из стекловолокна, который пациентка не чувствовала, когда заменили на металлический, через 6 мес, появилась боль и ночной бруксизм. На фоне стоматологических манипуляций пациентка стала испытывать сильную тревогу. Врачи на-

чали подтачивать коронки, тогда же первый раз в жизни сделала ультразвуковую чистку зубов, после которой через день боль усилилась до 7–8 баллов. Временно помогал Метрогил Дента, снижал боль на 1–2 балла, гель с лидокаином также периодически облегчал ненадолго боль. Через 1 мес коронки сняли, но боль осталась, штифт продолжала чувствовать. Тогда же были проведены инъекции ботулотоксина в жевательные мышцы, через 10 дней в течение недели жила спокойно, боли не было, затем она опять появилась. Заметила, что боль усиливается в тишине и спокойном состоянии. С этого момента появились скачки настроения, снизилась концентрация внимания, фиксация на своих симптомах, по словам пациентки «была надежда на то, что коронки поменяю, и боль пройдет», чего не случилось, и пациентка стала испытывать постоянную тревогу и отчаяние. При этом склад ума у пациентки математический, любит все просчитывать и прогнозировать, много читала про свое состояние, рассчитывала, что стоматологи справятся с симптомами. Начала посещать неврологов, которые назначали различные схемы терапии, включающие нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, витамины группы В, тиоктовую кислоту, ноотропы без эффекта. Пациентка стала испытывать раздражение и агрессию, которая выражалась словесно, хотя постоянно «старалась держать себя в руках», ни с кем не хотела разговаривать и общаться, через 3–4 мес эти симптомы усугубились, был эпизод, когда целую неделю молчала, не хотела разговаривать, не брала трубку телефона, хотя по характеру всегда была активная и разговорчивая. Родственники перестали узнавать пациентку, которая всегда была открытая, эмоциональная и разговорчивая, а стала тихой и замкнутой. Начала совершать ошибки на работе из-за несобранности и отвлекаемости на боль. Испытывать радость стала только при стихании боли, что было крайне редко.

Стала обвинять себя, в том, что доверилась стоматологам. Исчезли желания, появилась апатия, перешла на правильное питание, похудела на 7 кг за 1–2 мес, затем пропал аппетит, исключила полностью алкоголь, считая, что он ухудшает симптомы. Отмечает, что пропало либидо и стала испытывать усталость после обеда до вечера с началом боли в зубах. Суицидальных мыслей никогда не было.

Несколько раз были прострелы в теле от грудины до позвоночника и в область сердца, было тяжело дышать, испытывала страх.

С 20 лет не ест мясо, так как есть проблемы с желудком, в связи с чем постоянно принимает витамины, много лет железодефицитная анемия. Сон плохой много лет, который испортился еще до того, как появилась боль. В настоящее время ложится в 22:00–24:00, засыпает от 10 мин до полутора часов, встает в 7.00–8.00 утра, сон чуткий, дневной сонливости и дневного сна нет. Примерно один раз в неделю не может долго заснуть, так как мешают потоки мыслей и боль. Мыслей в голове с рождения много, по словам пациентки «я ро-

дилась взрослая».

Из анамнеза жизни известно, что маме 63 года, девять классов образования, работала на заводе, в настоящее время на пенсии, отцу 64 года, 9 классов образования, водитель, брату 28 лет, высшее образование, работает по специальности. Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена. У пациентки высшее экономическое образование, последние 17 лет работает руководителем в разных организациях.

До 30-летнего возраста был перманентный конфликт с мамой, так как мама считала, что дочь мало времени уделяет ей. В 2018 г. с большим трудом и сложностями в течение 2 мес увольнялась с госслужбы, испытала при этом сильный стресс.

В 2020 г. проходил ремонт в офисе, который сопровождался 2 годами разбирательств (1 год делали ремонт, еще один год переделывали), испытывала все это время злость, терпела, не было настроения. Ремонт делал человек, который не первый раз работал у пациентки, и она ему доверяла. Испытывала сильнейшее разочарование. Замужем 15 лет, детей нет, планировали ребенка 3–4 последних года, проходили обследование, патологию не выявляли, но забеременеть пациентка не смогла. К стоматологам обратилась и стала менять коронки, чтобы «забеременеть здоровой женщиной». При этом, по словам пациентки, боится беременности, так как мама всегда говорила ей с детства, что чуть не умерла при рождении сына (брата пациентки). В отношении материнства у пациентки двойственное чувство: с одной стороны, хотела забеременеть, с другой – не хочет рожать, хочет, чтобы рожала суррогатная мать. Хочет осознанного материнства, но опасается постродовой депрессии. Категорически против экстракорпорального оплодотворения. Четыре года назад обнаружили миому матки, через несколько месяцев начался процесс замены коронок, еще через месяц было удаление миндалин (так как постоянно болело горло, были частые ангины), тогда же начала активно готовиться к материнству. Помимо личных переживаний, это был период коронавирусной пандемии и изменения геополитической обстановки в мире и стране, хотя пациентка утверждает, что переживала эти события очень спокойно, но в разговоре отметила, что очень любит путешествовать, чего она уже очень давно лишена в том объеме, в котором хотелось бы. С марта 2025 г. получает габапентин 600 мг/сут без эффекта.

В неврологическом статусе отмечается гипертонус и болезненность при пальпации мышц лица, жевательных мышц, мышц шеи, ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника.

Цель визита к психотерапевту – решить вопрос с коронками и убрать боль в зубах.

Таким образом, у пациентки 40 лет с длительным анамнезом необычной боли в зубах, подвергшейся многочисленным стоматологическим вмешательствам, которые не принесли облегчения, а некоторые ухудшили самочувствие (очевидно, связано с частым и длительным открытием рта и перенапряжением и без того на-

пряженных жевательных мышц), на фоне хронического многолетнего стресса – жизненные события, связанные с семьей, работой, здоровьем, обстановкой в мире и стране, неоднозначность позиции пациентки по отношению к материнству (с одной стороны, готовилась к нему и к стоматологам обратилась, чтобы быть здоровой, с другой – не хотела беременеть и боялась беременности, родов и возможного ухудшения психического здоровья); особенности личности (гиперконтроль, вьедливости по вопросам здоровья) – диагностирована нестоматогенная орофациальная боль, миофасциальный болевой синдром, сопровождающийся смешанным тревожно-депрессивным расстройством.

Так как пациентка не была настроена на психотропную терапию, которая была ей показана в связи с тревожно-депрессивным расстройством и хроническим болевым синдромом, был назначен Пантогам актив по 300 мг в капсуле, по 2 капсулы утром и по 2 капсулы в обед на 2 мес и Аксамон® по 20 мг в таблетке, 1 таблетка 3 раза в день 2 мес, что привело к снижению тревоги у пациентки и улучшению настроения и сна уже через месяц приема препаратов, что позволило убедить пациентку принимать антидепрессанты и поменять габапентин на карбамазепин. В результате пациентка начала принимать венлафаксин по 150 мг в таблетке 2 раза в день (препарат постепенно титровали во избежание побочных эффектов), карбамазепин по 200 мг в таблетке 2 раза в день. Продолжила прием Пантогам Актив в дозе 600 мг 2 раза в день и Аксамон® 60 мг/сут, что улучшило концентрацию внимания пациентке, прошла забывчивость, поэтому терапию данными препаратами продолжили. Лечение пациентки проходило успешно, в результате боль в зубах, астения, плохое настроение, тревога и забывчивость прошли. План лечения на один год с сохранением подобранной терапии пациентку устроил.

Пантогам актив (рацгопантенвая кислота, D,L-гопантенвая кислота) представляет собой рацемическую модификацию препарата Пантогам®. Пантогам актив обладает более выраженным ноотропным и противосудорожным действием, чем препараты гопантенвой кислоты I поколения, оказывает противотревожный эффект, а его действие связывают с наличием в его структуре гамма-аминомасляной кислоты, которая непосредственно воздействует на ГАМК-рецепторный комплекс [4]. По-другому состояние пациентки можно обозначить как синдром миофасциальной болевой дисфункции – это заболевание челюстно-лицевой области, при котором поражаются жевательные мышцы. Боль при синдроме миофасциальной болевой дисфункции возникает из-за наличия триггерных точек в мышцах или фасциях на глубине от 2 до 5 мм, поэтому ее называют «миофасциальной болью». Из-за схожести симптомов с невралгиями его бывает трудно отличить от других заболеваний, при этом тщательно собранный анамнез и физикальное обследование не всегда помогают поставить диагноз [1]. В отношении данного состояния может быть полезен препарат Аксамон® (ипидакрин) из-за его влияния на ацетилхолинергическую,

ГАМК-ергическую системы и обмен катехоламинов, что благотворно влияет на когнитивные способности, его влияние на Na-каналы обеспечивает мягкое седативное и анальгетическое действие ипидакрина, стимулирует нейрогенез, процессы спраутинга [5, 6].

Хроническая орофациальная боль, не связанная со стоматологическими заболеваниями, часто остается недиагностированной и, соответственно, нелеченой. Одна из причин, по которой хроническую орофациальную боль не признают неврологическим заболеванием (за исключением, возможно, невралгии тройничного нерва), связана с недостаточной изученностью механизмов ее возникновения, отсутствием специфического

лечения и частой коморбидностью с психическими расстройствами, усугубляющими течение хронической боли. В результате пациенты, страдающие от орофациальной боли, часто всю жизнь ходят по кругу, не получая правильного диагноза, а лечение орофациальной боли оказывается неэффективным [7, 8].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Котова Ольга Владимировна – канд. мед. наук, врач-невролог, психиатр, доц. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института, ФГАОУ ВО «РУДН им. Патриса Лумумбы», вице-президент Международного общества «Стресс под контролем»; доц. курса психиатрии на каф. фундаментальной и прикладной медицинской деятельности факультета усовершенствования врачей, ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». E-mail: ol_kotova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3908-0381

Акарачкова Елена Сергеевна – д-р мед. наук, врач-невролог, президент Международного общества «Стресс под контролем», зам. главного врача реабилитационного центра Rehaline. ORCID: 0000-0002-7629-3773

Поступила в редакцию: 17.04.2026

Поступила после рецензирования: 20.04.2026

Принята к публикации: 23.04.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Olga V. Kotova – Cand. Sci. (Med.), Neurologist, Psychiatrist, Assoc. Prof., Patrice Lumumba People's Friendship University of Russia (RUDN University); Vice President of the International Society "Stress under Control"; Assoc. Prof., Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute (MONIKI). E-mail: ol_kotova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3908-0381

Elena S. Akarachkova – Dr. Sci. (Med.), Neurologist, President of the International Society "Stress under control", Deputy Chief doctor, Rehaline Rehabilitation Center. ORCID: 0000-0002-7629-3773

Received: 17.04.2026

Revised: 20.04.2026

Accepted: 23.04.2026