

МИОФАСЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В ОБЛАСТИ ЛИЦА

**Артюшкевич А. С., Руман Г. М., Байда А. Г., Адашик И. Ф.
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования», кафедра челюстно-лицевой хирургии;
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра стоматологии детского возраста, г. Минск, Беларусь**

Часто болевые синдромы на лице (прозопалгии) связывают с невралгией или невропатией тройничного нерва, тогда как существует достаточно большая группа болевых синдромов, связанная с миофасциальной болевой дисфункцией, то есть имеющих мышечное происхождение.

Миофасциальная болевая дисфункция – нарушение функции той или иной мышцы, возникающее в связи с ее перегрузкой. К наиболее частым этиологическим факторам, вызывающим миофасциальные расстройства на лице, относятся: нарушения прикуса, дегенеративный процесс в височно-нижнечелюстном суставе, челюстно-лицевые травмы, отраженные боли от мышц шеи и верхнего плечевого пояса, проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника, психофизиологические феномены – стискивание зубов, скрежетание зубами по ночам (бруксизм), эмоциональные расстройства, тревога, невроз.

Характерными диагностическими признаками миофасциального болевого синдрома лица в настоящее время считаются боль в жевательных мышцах, которая усиливается при движениях нижней челюсти, ограничение подвижности нижней челюсти (вместо нормального открывания рта до 46–56 мм рот открывается только в пределах 15–25 мм между резцами), щелканье и крепитация в суставе, S-образное отклонение нижней челюсти в сторону или вперед при открывании рта, боль при пальпации мышц, поднимающих нижнюю челюсть. В жевательной мускулатуре таких пациентов при бимануальном исследовании обнаруживаются болезненные уплотнения, в толще которых имеются участки гиперчувствительности – мышечные триггерные точки. Растяжение или сдавливание участка жевательной мышцы, с расположенной в ней триггерной точкой, приводит к боли, распространяющейся на соседние зоны лица, головы, шеи, обозначаемой как «болевой паттерн мышцы». Механизм развития

миофасциального болевого дисфункционального синдрома лица происходит как осложнение длительного напряжения жевательных мышц, без их последующей релаксации.

Отраженные боли от миофасциальных триггерных точек, расположенных в мышцах шеи и верхнего плечевого пояса, может отражаться в следующие области лица (по Дж. Тревелл и Д.Г. Симондс):

- боль в височной области: трапецевидная мышца, грудино-ключично-сосцевидная мышца (грудинный конец), височная мышца;
- боль в лобной области: грудино-ключично-сосцевидная мышца (ключичный конец, грудинный конец), полуостистая мышца головы;
- боль в области уха и височно-нижнечелюстного сустава: латеральная крыловидная мышца, жевательная мышца (глубокая часть), грудино-ключично-сосцевидная мышца (грудинный отдел), медиальная крыловидная мышца;
- боль в области глаза и брови: грудино-ключично-сосцевидная мышца (грудинный отдел), височная мышца, ременная мышца, жевательная мышца (поверхностная часть).

Миофасциальная болевая дисфункция может возникнуть вследствие привычного сжатия зубов при психическом дистрессе. Мышечное напряжения является нормальной физиологической реакцией в состоянии аффекта или эмоционального стресса. Мышцы челюстно-лицевой области наиболее чувствительны к изменению эмоционального состояния человека: отмечено их напряжение при умственной и отрицательной эмоциональной нагрузке, в состоянии эмоционального стресса. При хроническом эмоциональном стрессе постоянное мышечное напряжение способствует формированию миофасциальных расстройств в жевательной и несколько реже – в мимической мускулатуре лица.

Лечение миофасциальной болевой дисфункции в области лица следует начинать с анализа причин, вызвавших заболевание. Часто можно отметить сочетание нескольких этиологических факторов. Например, у пациента с нарушением прикуса, могут возникать различные эмоциональные расстройства в результате перенесенного стресса, обуславливающие повышенное напряжение жевательных мышц, что и является непосредственным провоцирующим фактором для возникновения миофасциальных расстройств. Сочетание отраженных болей от мышц верхнего плечевого пояса и шеи с эмоциональными нарушениями тревожно-депрессивного или ипохондрического характера также может способствовать формированию стойкой миофасциальной дисфункции на лице. Таким образом, анализ причин и их удельного веса в патогенезе миофасциальных расстройств на лице является основой комплекса терапевтических мероприятий.

В комплексную терапию миофасциальных болей входят: коррекция прикуса, ограничение нагрузки на жевательные мышцы (противопоказана жевательная резинка). При наличии триггерных точек в жевательных мышцах хороший эффект обеспечивают их блокады с анестетиками. Показаны постизометрическая релаксация пораженных мышц, массаж лица, физиотерапия, иглоукалывание. Для фармакологической терапии миофасциальной болевой дисфункции используют миорелаксанты («Сирдалуд», «Баклофен»), витамины группы В, транквилизаторы и антидепрессанты, психотерапия.

Литература.

1. Болевые синдромы в неврологической практике; под ред. В.Л. Голубева. – М.: МЕДпресс информ, 2010. – 336с.
2. Егоров, И.В. Миофасциальная боль: от Вирхова до наших дней / И. В. Егоров // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 3. – С. 75–79.
3. Караков, К.Г. Болевая дисфункция лица: клиника, диагностика / К.Г.Караков, Э.Э. Хачатурян // Клиническая неврология. – 2013. – № 1. – С. 28–32.
4. Лицевые боли: миофасциальный болевой синдром лица / М.Н.Шаров [и др.] // Справочник поликлинического врача. – 2008. – № 5. – С. 45–46.