

ЛИЦЕВАЯ БОЛЬ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

*Бунина Маргарита Алексеевна
Кандидат медицинских наук, доцент
Белорусский государственный медицинский университет
Беларусь, Минск
ortopedstom@bsmu.by*

Боль в области лица- актуальная проблема нейростоматологии. Пациенты с болевым синдромом лица встречаются в практике врачей разных специальностей. Но чаще всего обращаются к стоматологам и неврологам. Боли в области лица чаще всего связаны с дисфункцией ВНЧС и миофасциальным синдромом.

***Ключевые слова:** лицевые боли; миофасциальный синдром; триггерные точки.*

FACIAL PAIN IN THE CLINIC OF ORTHOPEDIC DENTISTRY

***Bunina Margarita A.**
PhD, Associfte Professor
Belarusian state medical university
Belarus, Minsk
ortopedstom@bsmu.by*

Pain in the face is an actual problem of neurostomatology. Patients with facial pain are found in the practice of doctors of various specialties. But most often they turn to dentists and neurologists. Pain in the face is most often associated with TMJ dysfunction and myofascial syndrome.

***Key words:** facial pain; myofascial syndrome; trigger points.*

Боль в области лица и полости рта является одной из актуальных проблем нейростоматологии. Пациенты с болевыми синдромами лица встречаются в практике врачей разных специальностей но чаще всего обращаются к стоматологам и неврологам. Боли в области лица чаще всего связаны с дисфункцией ВНЧС и миофасциальным болевым синдромом (МФБС). Миофасциальный болевой синдром как самостоятельное заболевание был описан Trevell.J в 1952 году [4].

В настоящее время данное заболевание относится к одной из форм расстройств мышечной системы жевательного аппарата и встречается у 50% пациентов с симптоматикой лицевой боли. А также в 95% случаев у пациентов с патологией ВНЧС. Доказано, болезни ВНЧС патогенетически тесно связаны с миофасциальным болевым синдромом [3,4]. В настоящее время выделяют 2 направления в развитии лицевой боли: окклюзионное, которое тесно связана с болезнями ВНЧС и психосоматическое.

Обследование пациентов с лицевыми болями начинают с выявления жалоб. Как правило, пациенты рассказывают о боли в околоушно-жевательной области, которая усиливается при жевании или широком открывании рта. Часто отмечают болезненность в области жевательных мышц, а также быструю их утомляемость во время разговора или приема твердой пищи. В некоторых случаях пациенты очень эмоционально описывают свои ощущения, прибегая к довольно необычным сравнениям “набитость и барахтанье в щеке”, “удушьё в гортани” и т.д. [1,2].

При любом характере жалоб объективное обследование пациента начинали с внешнего осмотра. Оценивали симметричность, а также высоту нижнего отдела лица.

Пальпацией таких жевательных мышц как *m.masseter*, *m.temporalis*, *m.pterygoideus lateralis*, *medialis*, как правило, выявляли очаги болезненности и уплотнения. При пальпации ВНЧС определяли синхронность движения суставных головок при открывании и закрывании рта, наличие щелчков и крепитации. При осмотре полости рта и зубных рядов можно было наблюдать изменения, которые часто приводят к болевой дисфункции ВНЧС: дефекты зубных рядов, зубочелюстные аномалии, неравномерная стертость окклюзионной поверхности зубов, разрушение клинической коронки жевательных зубов (ИРОПС>0.8); реставрации зубов композитными материалами без учета клинической ситуации; наличие протезов или пломб, нарушающих окклюзионные взаимоотношения зубных рядов; некорректное ортодонтическое лечение. Все перечисленные состояния приводят к окклюзионным нарушениям, которые способствуют смещению нижней челюсти в вынужденное положение, а значит изменяют топографию внутрисуставных элементов ВНЧС и нарушают координированную работу жевательных мышц.

Вторым причинным фактором, как мы уже отмечали, является психоэмоциональное состояние пациента. Совместно с врачом психотерапевтом анализируем психотравмы и личностные реакции на острые или хронические психотравмирующие воздействия. Диагностика острых психологических травм обычно не представляет особого труда. Излагая содержание психотравмирующего события пациент” меняется в лице. «Чаще всего наблюдается покраснение лица, шея реже бледность кожных покровов. Пациенты плачут, у них срывается и дрожит голос, может наблюдаться тремор пальцев рук и век. Лицевые боли часто коррелируют с острым чувством вины в случившемся. Пациенты занимаются самобичеванием, самоуничтожением. У большинства из них нарушается сон.

Диагностика хронических психотравм требует умения находить ключевой момент, невротизирующий пациента на сознательном или подсознательном уровне. К осознанным психологическим травмам можно отнести большинство бытовых неурядиц в семье, постоянные финансовые затруднения, конфликты на работе и т.д. Пациент сам сообщает о событиях, которые его не устраивают, причем события эти не второстепенные, а затрагивающие ядро личности. Труднее диагностировать личностные конфликты, протекающие на

подсознательном уровне. Пациент не осознает того, что ведущие свойства его личности, сформированные в детстве, находятся в противоречии с реальными жизненными условиями [1]. Как факторы окклюзии, так и психоэмоциональное состояние приводит к напряжению жевательных мышц.

Если причинные факторы не устраняются в короткие сроки, в мышцах возникает остаточное напряжение, затем в межклеточном пространстве формируются локальные уплотнения вследствие трансформации межклеточной жидкости в миогеллоидные узелки. Это и есть триггерные точки, которые служат источником патологической импульсации и приводят к развитию МФБС.

Применение дополнительных методов исследования (ортопантомография, панорамная зонография, спиральная КТ, МРТ), в сочетании с клиническими у пациентов с лицевыми болями, давали нам возможность с высокой степенью достоверности установить точный диагноз, определить стадии процесса, степень тяжести заболевания и в конечном итоге составить план лечения. Так у 25% пациентов выявлено нарушение положения суставных головок в суставных ямках, изменение их формы, а также наличие субхондрального склероза. Для оценки состояния жевательных мышц применяли метод электромиографии, позволяющий оценить изменение амплитуды и частоты БА на ранних стадиях патологического процесса. Так у больных с начальными проявлениями заболевания амплитудно-частотные характеристики ЭМГ наиболее приближены к норме. В тоже время при хронических формах МФБС отмечаются значительные отклонения, обусловленные дистрофическим процессом мышечной ткани, развивающимся вследствие длительного существования триггерных точек. В результате нейрогенной активности моторных единиц, некоторые мышцы устойчиво сокращены, что способствует поддержанию триггерных точек.

Лечение включало ортопедическое лечение, медикаментозную терапию, лечебную гимнастику, физиотерапию, психотерапию. Ортопедическое лечение состояло из подготовительного и окончательного этапов. На первом этапе стремились нормализовать пространственное положение нижней челюсти, создать оптимальное положение внутрисуставных элементов ВНЧС и восстановить координированную функцию жевательных мышц путем применения временных ортодонтических аппаратов. На втором этапе осуществляли протезирование съемными и несъемными конструкциями протезов. Лечение пациентов с лицевыми болями, связанные с нарушениями окклюзии, как правило, не представляло особой сложности. Чаще всего психологическая и функциональная адаптация к аппаратам проходила в короткие сроки. Лечение заканчивали проведением ортопедических вмешательств по восстановлению целостности зубов и зубных рядов. Однако у других пациентов подготовительное ортодонтическое лечение не приносило желаемого результата. Лечение приобретало затяжной характер. В подобных случаях показана консультация психотерапевта.

На ограниченный срок назначали нестероидные противовоспалительные средства. В резистентных случаях возможно введение в области локального

мышечного уплотнения препаратов Ботулотоксина. Считается что ультразвук эффективно влияет на триггерные точки и устраняет или уменьшает боль.

Массаж жевательных мышц приносит хорошие результаты, но проводится только при умеренной боли. Продолжительность сеанса 5-10 минут. Количество сеансов 10-12.

Лечебная гимнастика применяется в лечении МФБС для снятия напряжения и повышенного тонуса жевательных мышц. Выполняются упражнения для активного растяжения жевательной мышцы, упражнения для активного растяжения латеральной крыловидной мышцы.

При лечении лицевой боли, обязательным является использование мультидисциплинарной клинической модели с обязательным участием врачей-неврологов, психологов, психотерапевтов, стоматологов. Своевременное выявление и коррекция поведенческого статуса пациентов, а также систематическое обследование зубных рядов, ВНЧС и жевательных мышц, улучшают качество жизни пациента и его окружения.

Список литературы

1. Бунина, М. А. Опыт диагностики и лечения пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / М. А. Бунина, Е. В. Плотников // Военная медицина. – 2013. – № 2. – С. 29-33.

2. Бунина, М. А. Особенности ортопедического лечения миофасциального болевого синдрома / М. А. Бунина, Р. А. Ермаков // Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии : сб. тр., посвящ. 50-летию стоматол. фак. Белорус. гос. мед. ун-та / Белорус. гос. мед. ун-т, стоматол. фак. ; под общ. ред. И. О. Походенько-Чудаковой. – Минск, 2010. – С. 175-176.

3. Егоров, Б. М. Болевая дисфункция ВНЧС. / Б. М. Егоров, И. С. Карапетян. – М., Медицина, 1986. – С.128.

4. Laskin, D. M. Etiology of the myofascial pain dysfunction syndrom // J. Mass Dent. Sec. – 1970. – Vol. 19(4). – P. 227.