

МНОГОЛИКАЯ «ЗУБНАЯ» БОЛЬ

«Спорить умеют многие,
мало кто умеет просто беседовать»
Олкотт Л. М.

Сегодня все больше и больше докторов понимают: для того, чтобы достичь своей конечной цели – выздоровления пациента – им необходимо обратиться к своим коллегам по медицинскому ремеслу для получения объяснений тех явлений или феноменов, которые они в рамках своей специальности не могут интерпретировать. Но чаще всего у них не получается взаимодействовать в связи с разными научными убеждениями или подходами к лечению пациента. Именно поэтому сегодня мы представляем вашему вниманию беседу, которая состоялась за круглым столом и в которой приняли участие специалисты разных медицинских специальностей. Это специалисты, которые не только слушают друг друга, но что самое главное, пытаются услышать друг друга, ведь именно эти два компонента являются неотъемлемыми составляющими конструктивного разговора, а разговор, как известно, строится совместными усилиями.

Темой круглого стола является «Многоликая «зубная» боль», где слово «зубная» взято в кавычки для того, чтобы участники смогли обсудить и показать, что в действительности причин боли в области лица может быть несколько, но чаще всего они считаются зубными. Испытывая «зубную» боль, большинство людей направляют к стоматологу. Но каковы действительные причины «зубной» боли? Как определить источник боли? Какой диагноз будет верным? Как и кто должен провести диагностику и лечение? – все эти вопросы обсудят участники круглого стола:

Орлова Ольга Ратмировна, д.м.н., профессор кафедры неврологии ФППОВ ГОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова. Президент Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии (МООСБТ), член Национального Общества расстройств движений (Россия), руководитель неврологического отделения Центра междисциплинарной стоматологии и неврологии (ЦМСИН);

Сойхер Михаил Григорьевич, к.м.н., ведущий специалист Института Биотехнологий и Междисциплинарной Стоматологии, главный врач Центра междисциплинарной стоматологии и неврологии;

Котляров Валерий Викторович, к.м.н. неврофизиолог, невролог, старший научный сотрудник ФГУ «Пятигорский Государственный НИИ Курортологии» ФМБА, научный консультант НМФ «Нейротех».

ПРИЧИНЫ «ЗУБНОЙ» БОЛИ

Орлова Ольга: В первую очередь, на мой взгляд, мы должны обсудить, какие все-таки могут причины боли, которую пациенты считают зубной. Мы же говорим о зубной боли? Значит, зуб может быть источником боли. Второе: тройничный нерв может иррадиировать в зуб и боль может начинаться с зуба, значит, следовательно, стоит говорить о классической невралгии тройничного нерва. В-третьих, мышечные боли, то есть когда формируются триггерные точки в жевательных мышцах, которые тоже при пальпации могут иррадиировать в верхнюю челюсть и восприниматься как зубная боль. Михаил Григорьевич, когда к Вам приходит пациент и жалуется, говоря о том, что у него болит зуб, есть ли у вас алгоритм работы в данном случае? И каков он, когда Вы начинаете думать о том, что эта боль, скорее всего, не связана с поражением структур зуба? На каком этапе Вы обратитесь к неврологу и на каком этапе прибегнете к помощи специалиста по функциональной диагностике? Что вас убедит именно в том, что это именно зубная боль, а что может заставить засомневаться?

Сойхер Михаил: Алгоритм достаточно прост. Прежде всего, мы исключаем все возможные стоматологические источники боли. Это несложно сделать, используя компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию (то есть, используя современные клинические и инструментальные методы исследования).

Стоматогенным источником боли может являться воспаленная пульпа зуба, либо ткани, окружающие его корень (пародонт), возможные воспалительные процессы в костной ткани челюстей, сопровождающиеся болевым феноменом, и повреждения слизистой полости рта, которые определяются клинически. Когда мы исключаем после диагностического обследования все пере-

численные мной источники боли, в этом случае есть повод задуматься, что источником боли может быть нервная ткань (нейропатические боли), либо мышечная ткань (миогенные боли). По опыту могу сказать, что 95% болеей не стоматологической природы – имеют миогенный характер. То, о чем говорите Вы, Ольга Ратмировна, называется феноменом отраженных болей – когда триггерные пункты где-либо (например, в плечевом поясе, на голове) дают боли в области зубов. Диагностика и лечение феномена отраженных болей были разработаны профессором Окесоном (Jeffrey Okeson), Университет Кентукки. На сегодняшний день мы имеем свой опыт работы с этим феноменом в клинической практике, но в большинстве случаев болевые феномены не стоматологического характера являются миогенными болями.

Котляров Валерий: Что касается нейрофизиологии, то это такой метод как электромиография. Его используют, когда стоматолог или другой врач заподозрит дисфункцию мышечной системы. Миографическое исследование достаточно успешно в диагностике болевых синдромов, иногда напрямую не связанных собственно с зубочелюстной системой, но часто они связаны с мышечной системой, например, при гиперфункции жевательной мускулатуры (так называемое «формирование миофациального синдрома» в жевательной мускулатуре, который несет под собой локальные спазмы этих мышц. Очень часто при этом мы можем миографически отследить повышенную активность данных мышц). Собственно говоря, здесь миография может оказать содействие при диагностике. Следующее нарушение, которое можно диагностировать миографически – это различные спазмы мимической мускулатуры, вызванные чаще всего, конечно же, поражением лицевого нерва. Тогда человек часто жалуется на неприятные двигательные ощущения, иногда им ассоциируемые со словом «болевые». Вот эти явления мы можем также регистрировать миографически.

При электромиографическом исследовании мы можем говорить только о повышенной функции мышц. То есть в основном миографическая регистрация решает узкие задачи. Что касается исследования тройничного нерва сейчас, то на сегодняшний день – это в основном мигательный рефлекс. Я часто упоминаю в своих докладах триггемнально вызванные потенциалы. Хотел бы подчеркнуть: эти обследования говорят об одной единственной ситуации, что эта дуга мигательного рефлекса замыкается, проводимость по лицевому и тройничному нервам существует, но возможно говорить и о повышенной возбудимости ядер тройничного нерва. Это может быть более интересно неврологам, потому что, как правило, это говорит о патологии в стволе мозга (например, рассеянный склероз).

О.О.: Который может, кстати, проявляться как триггемнальная боль, то есть это могут быть приступы боли. Также это может быть невралгия тройничного нерва, симптоматическая невралгия тройничного нерва.

Михаил Григорьевич, вот такой вопрос: Вы понимаете, что у человека хроническая патология, надо пациента лечить и заниматься ортопедией, ортодонтией и много чем, но у него боль в области тройничного нерва, которая является многолетней и длительной болью. Что Вы будете делать? У вас есть в стоматологии противопоказания для стоматологического лечения? Лицевая боль является для Вас ограничением? Как Вы относитесь к пациенту, который пришел к вам на прием, и Вы видите, что у него кариес, надо что-то делать и при этом он жалуется на хроническую лицевую боль? Будете ли Вы опасаться лечить такого пациента из-за боязни усугубить ситуацию?

С.М.: Сначала надо понять, не является ли кариес причиной этой боли, потому как при наличии кариозных полостей могут быть пульпитные боли, которые иррадиируют в различные области лица. Иногда бывают совершенно атипичные иррадиации, и в этом случае нужно понять, есть ли связь между зубной болью и лицевой. Понять это достаточно легко – мы можем сделать это клинически или рентгенологически, а лучше и то, и другое.

О.О.: Когда вы проводите компьютерную томографию?

С.М.: Мы используем компьютерную томографию почти в 100 % случаев. Сегодня проведение КТ-исследования является международным стан-

дартом и также является объективным и высокоинформативным методом исследования.

О.О.: Ну хорошо, допустим, Вы убедились, что кариес или пульпит является причиной. Вы пролечили зуб, но боль осталась. Какие у вас в этой связи возникают мысли?

С.М.: В таком случае, если мы уверены в своей работе и точности диагностики, то нам нужна консультация смежных специалистов, потому что мы исключили возможные стоматологические причины и, соответственно, боль может иметь нейропатический характер.

О.О.: Если вы считаете, что источником боли являются жевательные мышцы, почему вы думаете, что это неврологическая сфера? Почему Вы не рассматриваете патологию жевательных мышц как патологию части зубочелюстной системы? Что надо изменить во взглядах стоматологов сегодня для понимания этого?

С.М.: Нет, мы как раз-то рассматриваем это как патологию жевательных мышц. Дело в том, что я просто оперирую неврологическими терминами. В действительности, это часть клинической работы, относящейся к стоматологии. На сегодняшний день это – некая ассимиляция, которая происходит между неврологической и стоматологической областями медицины благодаря совместным усилиям. На основании современных знаний мы все больше и больше вникаем в суть процессов, вызывающих миогенные боли и осознаем, что она явно связана со стоматологическим статусом пациента. В некоторых случаях нет необходимости привлекать неврологов к этой работе, так как устранив, например, окклюзионные проблемы, либо изменив пространственное положение челюсти в ходе инициальной терапии, мы можем самостоятельно элиминировать миогенный болевой синдром.

МЕДИЦИНА+ЛИНГВИСТИКА = ВЕРНЫЙ ДИАГНОЗ

С.М.: Мы используем несколько формулировок при постановке диагноза. Чаще всего нашими диагнозами являются: миофациальный болевой синдром, дисфункция ВНЧС и их комбинации.

О.О.: То есть речь идет о мышечно-суставной дисфункции – где «мышечно» стоит на первом месте, а «суставные» на втором, подразумевая, что мышечная патология может вызвать патологию в суставе?

С.М.: Да, случаев миогенных болей в жевательной мускулатуре в нашей клинической практике намного больше, чем болевых феноменов, связанных с воспалительными процессами в суставе. Часто боли в области сустава связаны со спазмом верхнего брюшка латерально-крыловидной мышцы, которая работает в области сустава. Причиной подобных состояний являются изменения пространственного положения нижней челюсти и особенности организации зубом между собой в статическом и динамическом взаимодействии. В зарубежной и отечественной литературе эти состояния иногда называются окклюзионно-артикуляционным синдромом и диспозицией нижней челюсти. С нашей точки зрения использование подобных диагнозов клинически оправдано.

О.О.: Неправильно, тогда называть его окклюзионно-артикуляционным синдромом раз Вы ставите на первое место более причинный фактор, например, мышечно-суставной. Здесь, может быть, тоже следует на первое место поставить артикуляцию?

С.М.: В данном случае, возможно, это принципиально, ведь артикуляция – термин, который определяет и показывает взаимодействие между структурами, то есть в любом случае мышечные и суставные патологии являются результатом динамического процесса, то есть некоего движения.

О.О.: Но articulare – это сустав

С.М.: Нет, артикуляция – это любое пространственное изменение взаимоотношения зубов между собой, то есть движение!

О.О.: Разве?

С.М.: Да, в стоматологии это называется артикуляцией! Артикуляционно-окклюзионный синдром..

О.О.: Давайте попробуем разобраться с терминами. Артикуляция, с одной стороны, это произнесение, говорение, а с другой стороны, – это сустав.

С.М.: В 1889 году Бонвиль сказал: «Давайте заменим термин «окклюзия» «артикуляцией» для

того, чтобы постоянно фокусироваться на функциональных движениях нижней челюсти». В стоматологии артикуляцией называются любые движения нижней челюсти относительно верхней от состояния множественного смыкания зубов или центрального соотношения.

О.О.: Тогда, более общий смысл будет включать понимание, что сустав тут играет роль, то есть артикуляционно-окклюзионный синдром – это соотношение функции движения, которая обеспечивается суставом и окклюзией?

С.М.: Тут дело в том, что мы обязаны существующими терминами нашим гениальным предкам и это именно они внедряли в стоматологию эту терминологию.

О.О.: Но это общепринятая терминология – артикуляционно-окклюзионный синдром?

С.М.: Да, это общепринятая терминология. Этим терминам уже много лет, которые требуют уточнения и согласования в рамках единого, международного, профессионального пространства.

О.О.: Но они подразумевали сустав?

С.М.: Например, следом после предложения Бонвиля сконцентрироваться на функциональных движениях нижней челюсти, граф Шпее сказал, что все модели движения и работа системы зависят не только от анатомии и геометрии ВНЧС, но также зависит от строения и геометрии зубов, и только их гармоничное взаимодействие определяет нормальную функцию. Таким образом, в стоматологии артикуляция – это движение нижней челюсти в пространстве.

О.О.: Итак, Михаил Григорьевич, Вы назвали два диагноза – мышечно-суставная дисфункция и артикуляционно-суставной синдром. А присутствуют ли эти диагнозы в МКБ-10?

С.М.: Да, мы обсуждали это ранее, что у нас есть возможность описывать различные клинические состояния пациента, используя диагнозы из этого нормативного документа, такие диагнозы, как: дисфункция ВНЧС и миофасциальный болевой синдром и их комбинации. Клинически диагностировать эти состояния не сложно при определенном объеме знаний и опыте работы доктора на любом уровне (будь-то центры или на местах). Это может быть любое учреждение, потому что достаточно научить врача выполнять пальпацию жевательных мышц и области ВНЧС с целью определения миогенного болевого феномена. Будет достаточно обучить доктора делать окклюзиограмму и научить ее читать и он сможет поставить вышеупомянутые диагнозы без всякой аппаратуры.

**ОТ ДИАГНОЗА К ЛЕЧЕНИЮ:
СТОМАТОЛОГ «САМ ПО СЕБЕ»
ИЛИ СТОМАТОЛОГ «В КОМАНДЕ»**

О.О.: Вы правильно только что сказали, что все грамотные современные стоматологи могут пальпировать мышцы, диагностировать миофасциаль-

ный болевой синдром, ставить диагноз. Тогда два вопроса. Первый вопрос: могут ли стоматологи правильно лечить миофасциальный болевой синдром (правильно ли они его лечат)? И второй вопрос: зачем тогда нужен невролог? Когда у вас возникает необходимость направить пациента к неврологу?

С.М.: Если Вы имеете в виду ботулинотерапию, как один из эффективных способов лечения миофасциального болевого синдрома, то я думаю, что наши стоматологи на сегодняшний день пока не готовы к самостоятельным действиям.

О.О.: Они боятся сделать инъекцию ботулотоксина или не знают, что они могут ее делать?

С.М.: Конечно, многие и не знают, что они могут делать инъекцию ботулинотоксина, кто-то не знает, как ее делать, многие, скорее всего, даже если и знают, то боятся это делать. Кто-то опирается на информацию из Интернета и желтой прессы, которая гласит, что этот препарат опасен. Кто-то думает, что этот препарат нельзя использовать стоматологам и для этого необходима другая специализация или этим должен пользоваться врач-невролог.

О.О.: Тогда необходимо об этом говорить, что применение ботулотоксина возможно, стоматолог имеет право его использовать, и когда он видит миофасциальный болевой синдром, сопровождающийся болью, которая иррадирует в зуб.

С.М.: Это инструмент выбора, потому что в нашей практике, конечно, стоматолог может работать с миофасциальным болевым синдромом. Мы говорим о том, что боль – это спазм, а значит, что целью терапии будет миорелаксация любыми возможными способами. У стоматологов есть свои инструменты достижения миорелаксации, например, использование миорелаксационных сплинт-шин на нижней челюсти. Другой вопрос, что миорелаксация с использованием шины, на мой взгляд, это больше ургентная терапия либо дифференциальная диагностика, что позволяет говорить о том, что это действительно миофасциальный болевой синдром, который вызван мышечным спазмом. Если это так, то тогда терапия эффективна и успешна, и очень быстро болевой синдром либо исчезает, либо уменьшается его интенсивность.

О.О.: И спазм также быстро проходит?

С.М.: По данным миографических исследований на 14-ый день ношения миорелаксационных сплинт-шин мышечная активность снижается на 50%. После 14-ого дня она медленно начинает нарастать, и к 28 дню возвращается до 75-85% от первоначальных значений.

О.О.: Если боль возвращается, то какие выводы необходимо сделать стоматологу?

С.М.: Это может быть показанием к применению ботулинотоксина с целью достижения длительной миорелаксации, так как мы не можем работать на фоне болевого синдрома, нам нужен «холодный период».

О.О.: Значит, с помощью инъекции ботулотоксина мы можем достичь этого «холодного периода» на несколько месяцев.

С.М.: Да, с помощью ботулинотоксина мы достигаем возможности работать с пациентом в «холодном периоде», спокойно планировать и незамедлительно начинать работать с пациентом, для того, чтобы к моменту, когда действие препарата прекратится максимально изменить ситуацию в полости рта – «увести» пациента от привычного смыкания, которое стало в итоге причиной этого болевого синдрома.

О.О.: Это мы говорили о боли, вызванной спазмом в жевательных мышцах. Боль, кстати, может иррадиировать в зубы. Но мы же знаем, что традиционно и исторически у нас очень сильно представление, что любая боль, которая локализуется в области зуба или иррадирует в зуб и которая изначально присутствует в области лица, называется невралгией тройничного нерва. Допустим, пациент уже несколько лет страдает болью, он мог посещать разных неврологов и получить разные диагнозы, и диагноз «невралгия тройничного нерва» доминирует во всех справках. Он пришел к вам лечить кариес и говорит о том, что у него невралгия тройничного нерва. В данном случае, Вы твердо убеждены, что это невралгия? И что такое невралгия?

С.М.: Сегодня в связи с тем, что мы «опыляемся» и работаем вместе с неврологами, для нас не составляет особого труда, чтобы понять: в данной ситуации пациент имеет какой-то неврологический дефект и нам нужен обязательно невролог как смежный специалист для уточнения диагноза и, возможно, для совместного ведения. Другой вопрос, я думаю, в том, что сегодня не только стоматологи далеки от таких возможностей с точки зрения информации, но и неврологи, к сожалению, то же самое. Мы ведем не только тех пациентов, которых мы направляем к неврологам, но и пациентов, которых неврологи направляют к нам. Недавно у нас была пациентка, направленная доктором-стоматологом к неврологу, и невролог «отработал» миофасциальный болевой синдром.

О.О.: «Отработать» значит вылечить?

С.М.: Нет, диагностировала и сделала все возможное для того, чтобы вылечить, но синдром сохранился. Тогда невролог отправила пациентам к нам опять, уже за вторым мнением, то есть получилась некая цепочка. В конечном итоге мы увидели на компьютерной томографии исследуемой области, что причиной всего является пульпитный зуб и эту полость невозможно клинически увидеть, потому что это уже кариес в корне, он располагался дистально на седьмом зубе и его не видно со стороны полости рта. Это была находка на КТ (3D) исследовании. Соответственно, стало понятно, что здесь банальная ситуация, чисто стоматологическая и зуб надо просто удалять.

Материал подготовила Евгения АВЕРИНА

Продолжение см. в следующем номере.

Задать интересующие Вас вопросы Вы можете по тел. (495)223-54-05 (или 06) или на сайте www.biointerdent.ru.