

## Миофасциальный болевой синдром лица: клиника, диагностика и лечение с применением ботулинического токсина типа А

Мингазова Л. Р., к.м.н., Орлова О. Р., д.м.н., проф.

**Б**оли в области лица являются одной из самых сложных проблем в современной медицине. Обусловлено это, прежде всего, сложностью структурно-функциональной организации области лица, особенностями ее иннервации. Болевые феномены в области лица могут быть обусловлены собственно заболеваниями нервной системы, патологией глаз, пазух носа, зубочелюстного аппарата. Поэтому прозопагии являются мультидисциплинарной проблемой и требуют сотрудничества врачей нескольких специальностей (неврологов, стоматологов, нейрохирургов, ЛОР-врачей, офтальмологов). Проведя большое количество исследований, мы проследили примерный «маршрут» пациента, страдающего лицевой болью. По образному выражению Вейна А. М., эти больные являются своего рода «медицинскими сиротами». Поскольку переходят от одного врача к другому, не получая должной помощи. В подавляющем большинстве случаев эти пациенты изначально оказываются на приеме у стоматологов. Поскольку в 60% боли в лице возникают после проведенных стоматологических манипуляций, а в 20% дебютируют с ощущений боли в зубах. Далее почти все пациенты (80%) направляются к неврологу. Анализируя медицинские документы пациентов, мы столкнулись с проблемой гипердиагностики невралгии тройничного нерва (НТН). По нашим данным, пациенту с любыми болевыми феноменами в области лица и полости рта в 80% случаев устанавливается диагноз НТН и назначается терапия (чаще всего, карбамазепин), которая не всегда является эффективной. После посещения невролога в большинстве случаев пациент вновь направляется к стоматологу, в 10% – к ЛОР-врачу, поскольку боли иррадиируют в ухо, сопровождаются ощущением «заложенности» в ухе; в 5% – к офтальмологу из-за иррадиации болей в область орбиты и, наконец, в 20% пациенты направляются к психиатру с диагнозом «психалгия». Проблема усугубляется еще и тем, что до сих пор не существует единой классификации лицевых болей. В нашей стране наиболее распространена классификация, предложенная в 1991 году академиком Карловым В. А.

Мы провели клинико-эпидемиологическое исследование 330 пациентов с различными неврологическими расстройствами в области лица (данные за 2009 год). В результате все пациенты разделились на две группы – с болевыми и неболевыми (сенсорными) нарушениями.

I. Болевые феномены в области лица и полости рта:

- Миофасциальный болевой синдром лица (35%).
- Нейропатическая боль в лице и полости рта (25%).
- Невралгия тройничного нерва (15%).
- Психалгии, сенестопатии (10%).
- Тригемино-вегетативные цефалгии (10%).
- Глоссодинии (5%).

II. Неболевые (сенсорные) расстройства:

- чувствительные нарушения на коже лица и слизистой полости рта.

Среди болевых феноменов ведущую позицию, по нашим данным и данным литературы, занимает миофасциальный болевой синдром лица (МФБСЛ). Основные клинические феномены этого заболевания и методы терапии мы представляем в настоящей статье.

### Миофасциальный болевой синдром лица

Миофасциальный болевой синдром лица возникает в результате формирования в жевательных мышцах (к ним относятся собственно жевательная, височная, латеральная и медиальная крыловидные мышцы, а также мышцы дна полости рта) болезненных мышечных уплотнений (миофасциальные триггерные пункты – МТП). Как известно, МТП представляют собой локальное уплотнение мышцы, которое может иметь различные размеры, конфигурацию, протяжен-

ность, консистенцию. Различают латентный триггерный пункт – участок уплотнения мышцы, но при этом отсутствует спонтанная боль, с-м «прыжка» при пальпации. Под активным триггерным пунктом понимают участок уплотнения мышцы, который характеризуется спонтанной и отраженной болезненностью, локальным судорожным ответом, изменением координационных соотношений в виде активации синергической деятельности и нарушении реципрокных отношений (Тревел Дж. Г, Симонс Д. Г., 1989; Иваничев Г. А., 1990). Локальное мышечное уплотнение представляет собой разрастание соединительной ткани, дегенерацию и разрежение мышечных волокон (миелогелоз). При биопсии мышцы в этом участке можно обнаружить восковидную дегенерацию мышечных волокон, их деструкцию, увеличение количества ядер, жировую инфильтрацию (Иваничев Г. А., 1990).

Пациенты с МФБСЛ предъявляют жалобы на постоянную, монотонную боль ноющего, сжимающего, тянущего, ломящего, распирающего характера в лице с одной стороны. Локализуется в околоушно-жевательной, височной, лобной, заушной областях (рис. 1). Иррадиирует в различные отделы головы, лица, орбиту, полость рта, зубы, в шею. Столь необычная иррадиация боли приводила к тому, что пациенты изначально обращались к стоматологам, которые удаляли или депульпировали здоровые зубы. Пациенты с иррадиацией болей в ухо обращались к ЛОР-врачам. Патологии ЛОР-органов при этом не обнаруживалось, но из-за упорных болей часто назначалась антибактериальная терапия, которая также не приносила облегчения. При иррадиации болей в область орбиты пациентам часто устанавливался диагноз «мигрень». Как видим, столь обширная иррадиация отраженных болей при МФБСЛ затрудняет диагностический поиск, а соответственно, терапию этих пациентов.

Длительность заболевания МФБСЛ наиболее часто находилась в диапазоне от одного года до пяти лет. Речь идет не столько о запоздалом обращении пациентов к врачу (сроки обращения колебались от нескольких недель до одного-пяти месяцев), но и о том, что при их обращении ко многим специалистам разного профиля, как мы уже отмечали, они долгое время оставались без диагноза, а, следовательно, и без адекватного лечения. Этому в известной мере способствовала недостаточная разработанность критериев диагностики.

Интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), в среднем составляла 7,2 балла. Уровень болей переносимых пациентами варьировала от умеренной, раздражающей, до истощающей. В начале заболевания боль, как правило, носила непостоянный характер, интенсивность ее могла изменяться в течение дня. В последующем боли становились ежедневными, постоянными, изнуряющими.

У всех пациентов интенсивность боли увеличивалась при жевании. Более чем у половины пациентов прием пищи вызывал выраженную, мучительную боль, так что они были вынуждены начать употребление только жидкой, протертой пищи и ограничить кратность приема до одного раза в день. Это приводило к снижению массы тела, появлению признаков гиповитаминоза.

Боли усугублялись также при разговоре, малейшем эмоциональном напряжении, при работе в наклон, подъеме тяжести на стороне боли, длительном пребывании в положении стоя. Все пациенты отмечали значительное усиление болей при ОРВИ, других воспалительных процессах в области носо- и ротоглотки, а также при повышении артериального давления. У половины пациентов отмечалось усугубление болей ночью. Они долго не могли найти удобное положение головы, при котором бы не усиливались боли в лице. Максимально комфортным было положение, лежа на боку, на пораженной стороне, прижав щеку. Некоторое облегчение прино-

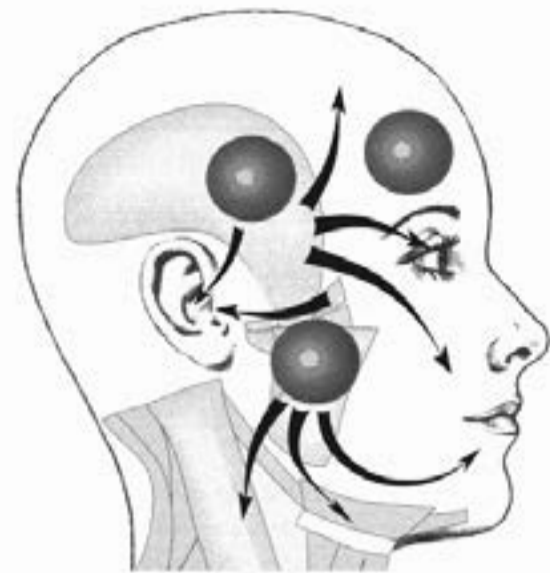


Рис. 1. Локализация боли при МФБСЛ и ее иррадиация

сили местное прикладывание сухого тепла, растирание разогревающими средствами (мази, бальзамы), полоскание полости рта теплыми растворами, прием amitriptилина. Анальгетики и карбамазепин были малоэффективными. Многие больные отмечали некоторое улучшение самочувствия, когда удерживали какой-либо предмет между зубами (пробка из-под вина, палочка для мороженого), что способствовало размыканию зубных рядов. В этом положении интенсивность болей снижалась, и пациенты, у которых боли усиливались ночью, пытались даже спать таким образом. Но из-за развивающейся сухости во рту (так как рот все время открыт), длительное пребывание в этом состоянии было невозможным.

При детальном исследовании пациентов с МФБСЛ нами были выявлены предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие патологический процесс факторы.

Оказалось, что для появления мышечных болей в лице необходим ряд предрасполагающих факторов. Прежде всего, явления избыточной активности и повышенной утомляемости жевательных и мимических мышц. Как правило, это пациенты с бруксизмом, которые сжимают зубы в течение дня бесчисленное количество раз, а также «скрипят» или «стискивают» зубы ночью, во время сна.

Из-за избыточной нагрузки и утомляемости жевательных мышц пациенты с бруксизмом часто ощущают скованность в мышцах лица по утрам, ограничение открывания рта. Вторую группу составили пациенты с оромандибулярной дистонией в форме дистонического тризма. Как известно, при дистоническом тризме отмечаются непроизвольные движения жевательных мышц, в результате чего мышцы также находятся в избыточном напряжении.

Кроме того, в анамнезе отмечались эпизоды безболезненной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в виде «щелканья» в челюсти и тугоподвижности нижней челюсти, которые проходили самостоятельно. Выявлена окклюзионная дисгармония, поддерживающая мышечные расстройства, а также стоматологические и скелетные ортопедические нарушения. Психологические особенности личности заключались в наличии повышенного уровня тревожности и частых болевых феноменов в анамнезе в ответ на воздействие стрессовых факторов.

Среди провоцирующих факторов отчетливо выявлены предшествующие стоматологические манипуляции с воздействием на нервные окончания и сопровождающиеся длительным пребыванием с широко открытым ртом. У 43% больных боли развились после стрессовой ситуации. В этой подгруппе больных преобладали

женщины. В 10% случаев начало болей связано с перенесенной травмой челюстно-лицевой области (перелом нижней челюсти).

К поддерживающим патологический процесс факторам отнесены вторичные изменения в ВНЧС и мышцах лица, усугубление психовегетативного синдрома.

Таким образом, клинически выявленные предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы, по нашему мнению являются этапами патогенеза МФБСЛ.

При объективном исследовании особое внимание обращает на себя пальпация жевательных мышц (снаружи и через ротовую полость), а также исследование мимических и перикраниальных мышц. Пальпация производится как на стороне локализации боли, так и на здоровой стороне.

Напомним, что жевательные мышцы делятся на две группы: одна поднимает нижнюю челюсть (к ним относятся височная, жевательная, медиальная и латеральная крыловидные мышцы); другая опускает ее (мышцы дна полости рта – челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная и двубрюшная). При исследовании особое внимание уделялось наличию болезненных участков спазмированной мышцы

или болезненных мышечных уплотнений (БМУ). Именно эти БМУ обозначались, как триггерная точка (ТТ) или миофасциальный триггерный пункт (МТП). Каждый МТП имеет свой болевой паттерн, то есть характерную зону распространения отраженных болей, повышенную болевую чувствительность при давлении на уплотненную точку или зону. Определялись активные и латентные МТП.

При пальпации мышц на стороне боли обращали на себя внимание плотная консистенция и напряжение мышц, особенно жевательных и мимических, а также выраженная болезненность. В этих мышцах пальпировались множество активных МТП, чье раздражение позволяло воспроизвести боли, на которые жаловались пациенты.

а) У 80% больных МТП располагались в собственно жевательной мышце. При пальпации этих участков боль обычно распространялась в верхнюю и нижнюю челюсти, верхние и нижние, большие коренные зубы, в ухо, в лобную область, ВНЧС, в шею.

б) У 70% больных МТП располагались в височной мышце, откуда боль иррадиировала в соответствующую половину головы, область лба, верхние зубы, глазницу.

в) Пальпация внутренней крыловидной мышцы на внутренней поверхности нижней челюсти у 92% пациентов вызывал иррадиацию болей в язык, твердое небо, ухо, ВНЧС, иногда отмечалось появление заложенности и шума в ухе.

г) Локализация МТП в наружной крыловидной мышце у 95% больных вызывала боли в верхней челюсти, в области ВНЧС, гайморовой пазухи.

В группе одонтогенных мышечных болей обнаруживались МТП, чаще в области собственно жевательной и крыловидных мышц (у 22 человек), раздражение которых при пальпации вызывало резкую болезненность в области одного или нескольких зубов, а также в области альвеолярных отростков и отдельных участков десны, где проводились стоматологические вмешательства.

Пальпация мышц на противоположной боли стороне была безболезненной или умеренно болезненной. Также обнаруживались БМУ (латентные МТП), раздражение которых вызывало умеренную болезненность, но без иррадиации.

Интересно, что пальпация мышц, опускающих нижнюю челюсть (челюстно-подъязычная, двубрюшная мышцы), была менее болезненной у всех больных, четкие БМУ выявлялись редко. При их пальпации боль иррадиировала в язык, глотку, шею.

**Продолжение читайте в следующем номере.**

## **Практический курс «Клинические проявления и диагностика гипертонуса жевательных мышц в стоматологической, неврологической и эстетической практике. Лечение ботулиническим токсином».**

В рамках курса лекторы **Орлова О. Р., Соихер М. И. и Мингазова Л. Р.** рассмотрят теоретические вопросы по тематике курса, проведут анализ клинических случаев, организуют видеодемонстрации и практические занятия. К участию приглашаются врачи стоматологи, челюстно-лицевые хирурги, неврологи, косметологи.

**Подробнее ознакомиться с условиями участия в семинаре и записаться на курс вы можете по телефону : 8 (495) 223-54-05, 8 (495) 223-54-06, на сайт: [www.biointerdent.ru](http://www.biointerdent.ru)**



