



А. Е. Барулин



О. В. Курушина

Хроническая миофасциальная лицевая боль

А. Е. Барулин, д.м. н, проф. курса неврологии, мануальной терапии, рефлексотерапии ФУВ¹

О. В. Курушина, д.м.н., зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики²

Б. М. Калинченко, ассистент курса неврологии, мануальной терапии, рефлексотерапии ФУВ³

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

Chronic myofascial facial pain

A. E. Barulin, O. V. Kurushina, B. M. Kalinchenko

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Резюме

Среди большого количества пациентов с различными видами лицевой боли мышечно-тонический и мышечно-спастический компоненты в краниомандибулярном регионе отмечаются в 70–80% случаев. Вследствие этого частым осложнением таких прозопагий является формирование хронической миофасциальной лицевой боли. Клиническая картина мышечно-тонического синдрома маскируется под признаки первичной патологии и зачастую становится ведущим симптомом в патогенезе заболевания, что осложняет диагностику и лечение. В обзорной статье рассматриваются современные диагностические подходы миофасциальной лицевой боли. Показано, что в последнее время интенсивно исследуются клинично-нейрофизиологические особенности различных вариантов хронических лицевых болей, функциональное состояние мышечных структур при различных формах хронической боли. Проанализированы возможные пути формирования хронической миофасциальной патологии в краниомандибулярном регионе. Рассмотрены современные методы для дифференциальной диагностики различных вариантов прозопагий и уточнения патогенетических механизмов.

Ключевые слова: миофасциальная боль, миофасциальная лицевая боль, хроническая боль, прозопагия, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

Summary

Among a large number of patients with various types of facial pain, the frequency of occurrence of the muscular-tonic and muscular-spastic component is about 70–80% of cases. As a result, the formation of chronic myofascial facial pain is a common complication of such prosopalgia. The clinical picture of this pathology disguises itself as signs of a primary disease, and often becomes a leading symptom in the pathogenesis of the disease, which complicates the diagnosis and treatment. The review article examines the current diagnostic criteria for myofascial facial pain. It has been shown that recently the clinical and neurophysiological features of various options for chronic facial pain, the functional state of muscle structures in various forms of chronic pain have been intensively studied. The possible ways of the formation of chronic myofascial pathology in the craniomandibular region are analyzed. Modern methods for differential diagnosis of various forms of prosopalgia and pathogenetic mechanisms, determine the course of treatment and prevention are considered.

Key words: myofascial pain, myofascial facial pain, chronic pain, prosopalgia, temporomandibular dysfunction.

«Лицевые боли» на сегодняшний день является мультидисциплинарным термином, их многочисленные клинические и этиологические состояния объединяет единый доминирующий симптом в виде болей в области лица [1]. Прозопагии на протяжении многих десятилетий вводили в ступор специалистов многогранностью клинических проявлений и отсутствием упорядоченной классификации заболевания. [1, 2]. В последние годы количество исследований и публикаций о проблеме болевых проявлений в области лица возросло многократно. Данная ситуация связана не только с трудностями диагностики, лечения или полиморфизмом лицевых болей, но и с отсутствием четких критериев междисциплинарного подхода к ведению пациента [2, 3].

Хроническая миофасциальная боль в лице (вторичная миофасциальная лицевая боль) является одной из наименее диагностируемых видов прозопагий [2, 3, 4]. Хронический алгический синдром, локализующийся в области лица, головы и шеи, также называют краниомандибулярным расстройством, которое составляет группу мышечно-скелетных и нейро-мышечных заболеваний. Причиной данного расстройства могут стать нарушение работы перикраниальной, жевательной мускулатуры, а также мышц шеи и плечевого пояса, патология височно-нижнечелюстного сустава, нарушение зубной окклюзии, коморбидная патология в виде невралгии тройничного или языкоглоточного нерва [4]. Формирование хронической боли в лицевой области реализуется преимущественно

за счет сенситизации тригемино-вазкулярной структуры и способствует возникновению нейропатических или дисфункциональных болевых синдромов, усложняя лечебные мероприятия [3, 4].

Распространенность лицевых болей среди взрослого населения в различных странах достигает 10%. У лиц с прозопагиями болевые явления в кранио-мандибулярном регионе в 20–35% случаев обусловлены дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), до 20–30% имеют вторичный болевой паттерн за счет нарушения окклюзии или суперконтактов зубного ряда, от 15 до 25% пациентов страдают от невралгии тройничного нерва, на долю дисфункциональной с синестопатическим компонентом боли приходится до 10%, и 5–7% приходится на глосалгии, невралгии

других черепно-мозговых нервов и т.д. [4, 5, 6]. Важно отметить, что во многих литературных источниках приводятся статистические данные о возникновении вторичного мышечно-тонического компонента в 70–80% случаев среди пациентов с различными видами лицевой боли [5, 6]. В крупном эпидемиологическом исследовании, проведенном на базе университетских центров Германии, наблюдалось более 30 тысяч человек с болевыми синдромами. Согласно статистическим подсчетам было выявлено, что хроническая лицевая боль отмечается у 5,2% [7]. Среди этих пациентов у 83,4% выявлены признаки патологии дисфункции ВНЧС, атипичной лицевой и орофациальной боли, из них более чем у 25% отмечен хронический болевой синдром [7]. Таким образом, распространенность вторичной миофасциальной боли среди пациентов с прозопалгиями выявлена практически у трети пациентов. По результатам исследований авторы предлагают введение принципов междисциплинарной практики, так как высока распространенность гипердиагностики невралгии тройничного нерва и нарушена маршрутизации пациентов к профильному специалисту [7]. В Российской Федерации группой исследователей О.Р. Орлова, Н.Р. Мингазова также проведено клинко-эпидемиологическое исследование пациентов с прозопалгиями для выявления частоты встречаемости миофасциального болевого синдрома. В ходе работы определено, что около 60% пациентов с алгическими проявлениями в области лица первично обращаются за помощью к стоматологу, однако в 80% случаев требуется неврологическое лечение [6]. Исследователями обнаружены основные клинические формы лицевых болей: превалирующее большинство случаев (35%) вызваны миофасциальным болевым синдромом (МФБС), невралгии тройничного нерва встречаются только у 15% пациентов, 25% среди алгических явлений вызваны стоматологической патологией и нейропатической болью [6]. Авторы подчеркивают важность уточнения критериев диагностики и лечения, так как в клинической практике зачастую пациенты проходят множество врачей различных специальностей, прежде

чем им установят верный диагноз и будет назначена адекватная терапия [6].

На сегодняшний день хронический МФБС попадает под раздел классификации «бета» версии Международной классификации расстройств, сопровождающихся головной болью, третьего издания (МКГБ-3 бета) [8]. Описанные в третьем разделе лицевые боли разделены на лицевые боли, связанные с патологией анатомических структур головы и шеи, краниальные невралгии и центральные боли. Данная классификация разработана прежде всего для неврологов, но в большинстве клинических случаев она не всегда используется и зачастую неизвестна врачам других специальностей [8]. Согласно последнему пересмотру по МКБ-10, варианты постановки диагноза, связанного с лицевой болью, преимущественно представлены в рубрике «Другие болезни мягких тканей, не классифицированные в других рубриках (М79)» или «Невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40–F48)». В последнее время возникают разногласия в оценке формирования и постановки диагноза миофасциальной лицевой боли, так как феномены возникновения алгических проявлений при миофасциальной боли в области лица могут иметь различный первичный патологический субстрат. В конце прошлого века данные вопросы не рассматривались вследствие отсутствия междисциплинарного подхода; в последнее время возрос интерес к проблеме миофасциальной боли, что явилось толчком для формирования новых подходов в классификации, диагностике и лечении болевых синдромов в лицевой области [1, 9, 10].

Согласно литературному анализу, наиболее полной и систематичной является классификация Graff-Radford, выделяющая семь вариантов лицевых болей:

- экстракраниальные;
- интракраниальные;
- психогенные;
- нейроваскулярные;
- периферические невральные;
- вегетативные (атипичные);
- мышечно-скелетные.

В основу классификации был положен патогенетический принцип. Он позволяет более профильно подходить к постановке диагноза, так как зачастую первичный субстрат поражения при длительном течении заболевания не всегда является причиной болевых проявлений [11]. Таким образом, в структуре современных классификаций (МКБ-10, МКГБ-3) недостаточно данных для дифференциальной диагностики миофасциальной лицевой боли с другими патологиями краниомандибулярной области. Причины возникновения хронической МФБС в лице также требуют уточнения.

По данным зарубежной и отечественной литературы, среди патологий кранио-мандибулярного региона основными клиническими формами, вызывающими хроническую миофасциальную лицевую боль, являются невралгия тройничного нерва, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, миофасциальная болевая дисфункция жевательных мышц как следствие стресс-реакции, дефекты протезирования вследствие патологии прикуса, патологии шейных корешков спинного мозга (C_1 – C_3), синдром колленчатого ганглия (синдром Ханта), глоссалгии [6, 13, 14, 15].

Хронический МФБС при невралгии тройничного нерва (НТН), одной из часто диагностируемых причин лицевой боли, характеризуется тяжелыми ланцинирующими болями пароксизмами с ремитирующим течением. При длительном течении заболевания специалисты сталкиваются с появлением межприступной лицевой боли у пациентов, в том числе наблюдается изменение симптомокомплекса самого приступа, что не укладывается в клиническую картину заболевания. Длительная и тяжелая НТН может осложниться присоединением вторичного МФБСЛ на ипсилатеральной стороне. Данное осложнение формируется за счет ряда причин: спазм жевательных мускулатуры в ответ на болевой пароксизм, гиподисфункция жевательной мускулатуры из-за длительного одностороннего жевания и формирование патологического двигательного паттерна,

нарушенная окклюзия зубного ряда, вегетативно-трофические и психоэмоциональные нарушения. Данные патогенетические механизмы МФБСЛ отражены в работах отечественных авторов [12]. В ходе исследований выявлено, что наличие миофасциальной боли трансформирует клиническое проявления НТН. Ликвидация миофасциальных триггерных точек в жевательной мускулатуре способствует снижению импульсации от мышечных рецепторных окончаний в ядра тройничного нерва [12, 16, 17]. Все это позволяет улучшить лечение и уменьшить гипердиагностику НТН.

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) является одной из самых распространенных причин болей в лице [18]. Данный сустав — одна из сложнейших анатомических структур в организме человека, что во многом объясняет большое количество патологических процессов в этой области [18, 19]. Основные предрасполагающие факторы поражения ВНЧС — воспалительные процессы в суставах (артриты, артрозы, дегенеративно-дистрофические поражения); врожденная и приобретенная патология зубного ряда; протезирование или лечебные манипуляции, особенно при длительном открытии рта на приеме у стоматолога; травмы челюсти; перегрузка мышц при жевании твердой пищи; бруксизм; стрессовые факторы [18, 19]. На сегодняшний день согласно исследованиям, проведенным за рубежом, доказаны сложный патогенез формирования ДВНЧС и высокий уровень коморбидной патологии в возникновении и поддержании данного заболевания [18, 20, 21]. Клиническая картина ДВНЧС проявляется следующими симптомами:

- тупая, непостоянная боль в челюстно-лицевой, околоушной, височной, иногда шейной, затылочной областях [18, 21];
- болезненная пальпация жевательной мускулатуры или ВНЧС [18, 21];
- ограничение ширины открытия рта, затрудненные движения нижней челюстью;
- суставной шум в виде щелчка или крепитации [18, 21];

- боль значительно снижает поле инъекции анестетика [18, 21].

Инструментальные методы исследования, такие как КТ или МРТ, выявляют дегенеративные-дистрофические поражение сустава или диска, что позволяет подтвердить диагноз первичной ДВНЧС [18, 22]. Также для клинической диагностики важно учитывать возникновение перекрестной сенситизации за счет взаимодействия периферических и центральных механизмов формирования боли при ДВНЧС [18, 22]. Таким образом, в наши дни патология ВНЧС рассматривается не только с позиции коррекции функциональных нарушений (восстановление окклюзии, устранение травматического повреждения суставных поверхностей), но и с точки зрения устранения вторичного патологического мышечно-тонического компонента и биопсихосоциальной помощи, устранения стресс-факторов, депрессии, психоэмоционального перенапряжения [18, 20, 21].

Глоссалгия — это заболевание, проявляющееся парестезией полости рта, языка, не имеющее четких патогенетических механизмов. Заболевание возникает преимущественно среди людей среднего возраста, чаще у женщин [23, 24]. Со временем частота приступов и их интенсивность нарастают и связаны с приемом пищи. В возникновении глоссалгии выделяют разнообразные локальные и общие факторы [23, 24]. К местным травматическим причинам относят механическое повреждение языка или слизистой протезом или острием зуба после некорректного пломбирования, химические факторы проявляются в виде аллергии на протезы, коронки, другие стоматологические материалы в полости рта [23, 24]. Согласно литературным данным значительное количество случаев глоссалгий возникает при наличии хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринной патологии, на фоне лабильности вегетативной нервной системы, психоэмоциональной сферы [23, 24]. Важное место в патогенезе заболевания принадлежит функциональным нарушениям перифериче-

ской нервной системы с возможным вовлечением цервикальных структур и перикраниальной мускулатуры, дисфункции ВНЧС. Таким образом, при глоссалгии пациенты всегда отягощены коморбидной патологией, междисциплинарное взаимодействие является оптимальным при ведении пациентов [23, 24].

Синдром коленчатого ганглия (синдром Ханта) проявляется приступообразными болями в голове и околоушной области, нарушением саливации и слезотечения, тиннитусом, головокружением. Синдром Ханта сопровождается герпетическими высыпаниями в области уха и лица в сочетании с преходящей нейропатией лицевого нерва. Заболевание отличается преимущественно благоприятным течением. При осложненных формах возможна хронизация прозопагии. Хронические боли обуславливают нарушения функции лицевой и перикраниальной мускулатуры, психоэмоциональной сферы. Устойчивый к лечению болевой синдром приводит к стойкому снижению трудоспособности и социальной адаптации пациента [23].

Оромандибулярные дистонии — вариант фокальных дистонических реакций [25]. Клинические симптомы дистонии: непроизвольное открытие или закрытие рта; сжимание челюстей (дистонический тризм); асимметрия губ, щек, языка; затруднение движений челюсти; также возникают явления насильственного сокращения мимической мускулатуры, во время речи или жевания [25]. Пациенты часто прибегают к навязчивым движениям (прикосновение, надавливание) для устранения мышечно-спастического компонента. Симптомы оромандибулярной дистонии часто дебютируют на фоне массивного стоматологического вмешательства. Фокальные дистонии важно дифференцировать с миофасциальной болью и ДВНЧС, особенно на начальных этапах заболевания [25]. Явления мышечно-спастического компонента при оромандибулярной дистонии носят центральный тип регуляции, волевой контроль мускулатуры наблюдается

редко [25]. Это важно учитывать при ведении пациентов и подборе терапевтических методов лечения [25].

Миофасциальная болевая дисфункция жевательных мышц как следствие психоэмоционального перенапряжения. Основные симптомы дисфункции: мышечное утомление, напряжение и болезненность жевательных, перикраниальных мышц, возникающие вследствие интенсивного сжатия зубов при психическом перенапряжении [23, 26]. Напряжение мышц является адекватной физиологической реакцией в состоянии эмоционального стресса. Мышцы лица и челюстей наиболее подвержены изменению психологического состояния человека. Постоянное мышечное перенапряжение при хроническом стрессе способствует формированию миофасциальных расстройств в жевательной и перикраниальной мускулатуре. Перегрузку жевательных мышц может вызвать также бруксизм (непроизвольное сжатие челюстей и скрежетание зубами), наблюдающийся во сне. Бруксизм чаще развивается у пациентов с эмоциональными расстройствами, тревогой, депрессией, ипохондрией. Часто в происхождении миофасциальной болевой дисфункции жевательных мышц участвует несколько патологических факторов, на которые впоследствии наслаивается фактор психоэмоционального перенапряжения, усиливающий уже имеющуюся боль. В исследованиях отечественных и зарубежных авторов (А.С. Артюшкевич, Г.М. Руман, F. Rodrigues, R. Queiroz) отражены возникновения миофасциальных лицевых болей у пациентов с патологией прикуса при эмоциональных расстройствах, обусловленные повышенным напряжением жевательных мышц. Подобные состояния могут усугубляться еще и отраженными болями от мышц верхнего плечевого пояса и шеи, что в очередной раз подтверждает необходимость комплексного подхода к пациентам с длительно текущими болями в краниомандибулярном регионе [23, 26].

Выводы

Согласно обзору литературных данных, в последние годы существенно возрос интерес к проблематике прозопагий, из них лишь небольшое количество работ посвящено хронической миофасциальной лицевой боли. Во многих исследованиях подчеркивается важность формирования вторичного миофасциального компонента в патогенезе хронической лицевой боли.

Необходимо уточнение симптоматических маркеров МФБСЛ и классификации в структуре заболеваний исходя из полиморфизма лицевых болей и междисциплинарных подходов к ведению пациента.

На сегодняшний день в алгоритм обследования при постановке диагноза МФБСЛ необходимо включать новые критерии, которые могут послужить специфическим скринингом при дифференциальной диагностики или определения степени тяжести заболевания, что в последующем сыграет важную роль в назначении рационального лечения.

Список литературы

1. Гаджиев А.М., Амирчуванов М.Д., Апагуни А.Э., Карпов А.С., Ивеева А.Д., Хатуева А.А. Вопросы классификации и клинической картины лицевых болей в историческом аспекте. Современные проблемы науки и образования. — 2017. — № 4.
2. Махинов К.А., Бариню А.Н., Жестикова М.Г., Мингазова Л.Р., Пархоменко Е.В., Лицевая боль: диагностика и лечение // Академия интервенционной медицины. — 2016.
3. В.Н. Цыган, Э.Г. Борисова, В.В. Никитенко. Диагностика и этиопатогенетическое лечение миофасциального болевого синдрома лица. Вестник российской военно-медицинской академии 3 (59). 2017.
4. Н.М. Фокина. Лицевая боль. Частные аспекты. Лечение. // Неврология и ревматология № 9. 2017. 44–48.
5. О.А. Шавловская, Н.М. Фокина. Терапия миофасциального болевого синдрома лица препаратами тиоктовой кислоты. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018; 118 (4): 121–125. DOI: 10.17116/jnevro20181184121-125.
6. Мингазова Н.Р., Орлова О.Р. Миофасциальный болевой синдром лица: клиника, диагностика и лечение с применением ботулинического токсина типа А // Эффективная фармакотерапия в неврологии и психиатрии. — № 1. — 2010. С. 36–42.
7. Wirz S, Ellerkmann RK, Buecheler M, Putensen C, Nadstawek J, Wartenberg HC. Management of chronic orofacial pain: a survey of general dentists in german university hospitals. Pain Med. 2010 Mar; 11 (3): 416–24. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2010.00805.x.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018; 38 (1): 1–211. doi.org/10.1177/0333102417738202.
9. М.Н. Шаров. Лицевая боль материалы научно-практической конференции (Нейростоматология: вчера, сегодня, завтра), посвященной 40-летию кафедры нервных болезней стоматологического факультета МГМСУ и 25-летию нейростоматологического отделения ГКБ № 50 ДЗ г. Москвы. 2012.
10. А.Е. Барулин, О.В. Курушина, Б.М. Калинин, Е.П. Черноволонко. Хроническая боль и депрессия // Лекарственный вестник № 1 (61) 2016. Том 10.
11. Шаров М.Н., Фищенко О.Н., Максимова М.Ю., Шестель Е.А. Место лицевых болей в структуре неврологических заболеваний: изыскание новых терапевтических возможностей. Лечащий врач, 2012. — № 10. — С. 75–79.
12. Беглярова М.А. Вторичный миофасциальный болевой синдром при невралгии тройничного нерва. Диссертация. 14.00.13. 2008.
13. Максимова М.Ю., Федин П.А., Суанова Е.Т., Тюриков В.М. Нейрофизиологические особенности атипичной лицевой боли. Анналы клинической и экспериментальной неврологии № 7, 2013 С. 9–16.
14. Курушина О.В., Барулин А.Е. Полинейропатии при соматических заболеваниях: роль невролога в диагностике и лечении // РМЖ. 2013. Т. 21. № 36. С. 1843.
15. Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. Am Fam Physician. 2015 Mar 15; 91 (6): 378–86.
16. Белязина Е.В., Исаханова Т.А. Дифференциальная диагностика миофасциального болевого синдрома лица с классической невралгией тройничного нерва (клинический случай) // Медицинский вестник Юга России. № 3. 2006. С. 108–112.
17. Ненарокомов А.Ю., Оруджев Н.Я., Антонова, Т.Ю., Курушина О.В., Фурсик О.В., Барковская А.Ю., Замятина И.И., Барулин А.Е., Сарангова К.А., Кондрашов А.А., Соломатин М.М. Этические проблемы онкологии, психиатрии, неврологии и анестезиологии. Биоэтика. 2012. № 1 (9). С. 36–44.
18. Барулин А.Е., Калинин Б.М., Пучков А.Е., Ансаров Х.Ш., Бабушкин Я.Е. Кинезиотейпирование в лечении болевых синдромов // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2015. № 4 (48). С. 29–31.
19. Исайкин А.И., Смирнова Д.С. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава // РМЖ. — № 24. — 2017. С. — 1750–1755.
20. К.Ю. Галебская. Сравнение частоты встречаемости дисфункции ВНЧС при односторонних и двусторонних концевых дефектах // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. № 4. 2015.
21. Fillingim R.B., Slade G.D., Diatchenko L. Summary of findings from the OPFERA baseline case-control study: implications and future directions // Pain. 2011. Vol. 12. P. 102–107.
22. Dworkin S.F., Le Resche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique // J. Cranio Mandib Disord. 1992. Vol. 6. P. 301–355.
23. Т.А. Лопушанская, Л.Б. Петросян. Клинические особенности, характерные для лиц с нарушением функционирования височно-нижнечелюстного сустава // Вестник Новгородского государственного университета. — № 3. — 2017.
24. Артюшкевич А.С., Руман Г.М., Дривотинов Б.В., Адашник Н.Ф. Лицевые боли // Медицинские новости. № 1. 2012.
25. Т.Л. Рединова, И.С. Рединов, В.А. Вальков, О.А. Злобина, С.В. Кожевников. Глоссалгия или синдром жжения полости рта: равнозначность или различие // Стоматология. — № 93. — 2014. С. — 15–19.
26. О.Р. Орлова. Фокальные дистонии: современные подходы к диагностике и возможности ботулинотерапии // Актуальные вопросы неврологии. — Нервные болезни. № 4. — 2016. С. 3–12.
27. Fernando R., Rafael Q., Alyne S., Patricia M. Photobiomodulation therapy on the palliative care of temporomandibular disorder and orofacial/cervical skull pain: study protocol for a randomized controlled clinical trial Carvalho et al. Trials (2019) 20: 200.