



Ю. В. Коцюбинская



Н. Ю. Сафонова

Соматоформное болевое расстройство в орофациальной области

Ю. В. Коцюбинская, к.м.н., с.н.с. отделения
Н. Ю. Сафонова, к.м.н., с.н.с. отделения

Отделение реабилитации психоневрологических больных ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии имени В. М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Somatoform pain disorder in orofacial region

Yu. V. Kotsyubinskaya, N. Yu. Safonova

National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology n.a. V. M. Bekhterev, Saint Petersburg, Russia

Резюме

К числу соматоформных расстройств относится хронический болевой синдром в орофациальной области — синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Ключевой особенностью данного заболевания является боль, и именно наличие или отсутствие боли в орофациальной области является критерием выздоровления. Помимо алгических явлений присутствуют определенные психопатологические феномены, выступающие как неотъемлемый атрибут этого заболевания. Односторонность врачебного подхода, игнорирование психопатологических особенностей проявления заболевания и сосредоточение терапевтических усилий исключительно на телесной стороне имеющегося у пациента страдания приводят к односторонним лечебным воздействиям, а значит, отсутствию патогенетически обоснованной терапии.

Ключевые слова: адаптация к стоматологическим процедурам, тревога, депрессия, соматоформное расстройство, оценка психоэмоционального статуса.

Summary

Somatoform disorders include chronic pain syndrome in the orofacial area — a syndrome of painful dysfunction of the temporomandibular joint. The key feature disease is pain. Absence of the pain in the orofacial area is criterion of recovery. In addition to algic phenomena, there are psychopathological phenomena. The one-sidedness of the medical approach, the ignoring of the psychopathological features of the disease manifestation and the concentration of therapeutic efforts exclusively on the corporal side of the patient's suffering lead to unilateral therapeutic effects, and hence to the absence of pathogenetically substantiated therapy.

Key words: adaptation to dental procedures, anxiety, depression, somatoform disorder, assessment of psycho-emotional status.

Соматоформные расстройства часто считаются находящимися в «ничейной земле» между пространствами неврологии и психиатрии. Игнорируется тот факт, что они являются краеугольным камнем, подчеркивающим самостоятельность этих дисциплин при одновременно целостном понимании рассматриваемых ими клинических феноменов. В последние десятилетия клиницисты и исследователи предложили широкий спектр теорий этиологии, диагностики и лечения этих состояний, однако консенсус по данным направлениям достигнут не был. Приходится констатировать, что в результате многие пациенты с неспецифическими (функциональными, соматоформными) расстройствами, при которых часто возникают повторяющиеся физические симптомы, оказываются вне четких критериев современной классификационной неврологической диагностики, поскольку их состояния лишь в малой степени соответствуют какой-либо

одной конкретной диагностической единице МКБ. Особую группу расстройств образуют состояния, основным проявлением которых является упорная соматоформная боль, которая не может быть объяснена наличием соматической патологии [1].

К числу редких соматоформных расстройств относится хронический болевой синдром в орофациальной области — синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СБД ВНЧС). Ключевой особенностью данного заболевания является боль, и именно наличие либо отсутствие боли в орофациальной области является критерием болезни или выздоровления. Однако далеко не всегда заболевание проявляется в классической форме. Так, не у всех пациентов СБД ВНЧС доминирующим оказывается болевой синдром. В частности, при безболезненном спазме локальная болезненность выявляется лишь при пальпации, причем латентная триггерная точка не имеет зоны отраженных болей, что

приводит к поздней или случайной диагностике. Существенной частью СБД ВНЧС, помимо алгических (явных или скрытых) явлений, являются определенные психопатологические феномены, выступающие как неотъемлемый атрибут этого заболевания, который, к сожалению, нередко ускользает от внимания невролога, оказывающегося в плену ограниченно жесткой физикальной (телесной) причинно-следственной категоризации наблюдаемых им клинических феноменов [2]. Вместе с тем многие исследователи считают, что как в формировании, так и в хронизации СБД ВНЧС значительную роль играют не только собственно физикальные, но также культуральные и психосоциальные факторы. Это обстоятельство получает свое отражение в том, что целостная картина СБД ВНЧС включает в себя, помимо физикальных, и некоторые психопатологические феномены. Так, пациентам с данным соматоформным расстройством присущи отдельные депрессивные

симптомы: интросомническое расстройство, нарушение аппетита, навязчивые неотвязные мысли о собственном страдании, болезненная фиксированность на симптомах. Тревога проявляется прежде всего в виде повышенного реагирования на внешние события состоянием усиленного мышечного напряжения, которое часто сопровождается сжиманием челюсти, изменением выражения лица. Пациентам зачастую присущи алекситимия (трудности в описании или признании своих эмоций, скудость в эмоциональной и фантазийной жизни) и катастрофизация проявлений имеющегося недуга (преувеличение негативных последствий боли, навязчивые мысли о ней, восприятие боли как серьезной угрозы и т. п.). При наличии свойственной данной группе больных интерперсональной сенситивности болезненные переживания скрываются пациентами, что в большой степени способствует хронизации соматоформного расстройства.

Таким образом, в настоящее время причины формирования СБД ВНЧС остаются во многом неизвестными [3]. Тем не менее все более значимой оказывается точка зрения, согласно которой основными факторами, провоцирующими развитие СБД ВНЧС (симптоматически сходного с хроническими болями в других областях тела), являются комплексно взаимодействующие патофизиологические и психосоциальные влияния. Не случайно многие исследователи рассматривают причину возникновения данной патологии как многофакторную и считают целесообразным рассматривать СБД ВНЧС с позиций биопсихосоциального этиопатогенетического подхода [4].

У пациентов с коморбидно существующими психопатологическими изменениями, например, такими, как высокий уровень тревожности и депрессии, склонность к ипохондризации, наличие мыслей абсессивного характера, клинически трудно определить, что развивается раньше: мышечная дисфункция или соматоформная боль. У одних пациентов орофациальная патология осложняется формированием сома-

топсихических расстройств, у других соматоформное психическое расстройство, возможно, провоцирует развитие стойкого патологического напряжения жевательной мускулатуры и формирование СБД.

Дисфункция — одно из самых распространенных заболеваний ВНЧС, с которым неразрывно связана дискоординация работы жевательных мышц, в первую очередь латеральной крыловидной мышцы. Бруксизм считается самым вредным среди всех парафункциональных нарушений жевательной мускулатуры и рассматривается в качестве фактора риска развития СБД ВНЧС и миофасциальных болей. Совместные воздействия ряда местных и системных факторов, действующих одновременно, определяют манифестацию заболевания.

Мышечный спазм — основа развития дисфункционального синдрома

Симптомы заболевания проявляются в виде болезненности при жевании, неудобства при смыкании зубов, щелканья в суставе, ограничения движения нижней челюсти. Миофасциальные расстройства в лицевой мускулатуре развиваются по тем же механизмам, что и в скелетных мышцах, и являются наиболее распространенными после хронической боли в пояснице [5]. Наиболее значимым компонентом мышечного спазма является боль. Болевая импульсация активирует альфа- и гамма-мотонейроны передних рогов спинного мозга, что усиливает спастическое сокращение мышц, иннервируемой данным сегментом. В то же время мышечный спазм, возникающий при сенсомоторном рефлексе, усиливает стимуляцию ноцицепторов мышцы. Так, по механизму отрицательной обратной связи формируется замкнутый порочный круг: спазм — боль — спазм — боль. Формирующийся порочный круг включает в себя мышечный спазм, боль, локальную ишемию, дегенеративные изменения в суставе, что способствует усугублению метаболических расстройств, которые усиливают первопричину патологических изменений

[6]. Большинство пациентов с мышечно-тоническими расстройствами жевательной мускулатуры предъявляют жалобы на боли в области ВНЧС локального или диффузного характера, головные боли по типу мышечно-тонического напряжения в области жевательных мышц, боли и ограничение движений в шейном отделе позвоночника, ограничение открывания рта, чувство напряжения лицевой и жевательной мускулатуры.

В некоторых случаях лицевые боли у пациентов с соматоформным болевым расстройством возникают как следствие рефлексорного спазма жевательных мышц, что приводит к возникновению участков локального мышечного гипертонуса. В этой связи они становятся источником локальных и отраженных болей с последующим превращением в триггерные точки. На первом этапе в мышце возникает остаточное напряжение, а затем стабильный локальный гипертонус. Триггерные точки (ТТ) обнаруживаются чаще в *m. masseter*, *m. temporalis*, латеральной и медиальной крыловидных мышцах. В мимических мышцах миофасциальные расстройства возникают значительно реже и, как правило, бывают вторичными в ответ на гипертонус и ТТ в других мышцах: *m. sternocleidomastoideus*, *m. masseter* и *m. trapezius*. Чаще поражаются круговая мышца глаза, *m. zygomaticus major* и *m. platysma*. Проблема устранения нарушений мышечного тонуса является чрезвычайно важной при лечении заболеваний, сопровождающихся острыми и хроническими болевыми синдромами, нарушениями двигательных функций, гипертонусом жевательной мускулатуры.

Заболевания, связанные с расстройством функции жевания, представляют собой серьезную проблему для здравоохранения в целом, так как протекают длительно, имеют тенденцию к хронизации и, не приводя к выраженной инвалидизации пациентов, значительно ограничивают трудовую деятельность (особенно связанную с речевой нагрузкой), снижают работоспособность и отрицательно влияют на качество жизни пациентов [7].

Эпидемиология соматоформного болевого расстройства в орофациальной области

Статистические данные о заболеваемости с расстройством жевания, затруднениями при открывании рта с резким ограничением диапазона (тризм, lockjaw), болевыми феноменами в орофациальной области, требующими лечения, варьируются в пределах от 5 до 12 %.

При этом наблюдаются и возрастные колебания заболеваемости: пик наблюдается в период от 14 до 40 лет [8], тенденция к снижению — в пожилом возрасте (22 %). Однако, без учета возраста, клинические симптомы болевой дисфункции ВНЧС у больных, имеющих сложные стоматологические конструкции, встречаются в пределах до 48 % случаев. Доказано, что в 70–82 % случаев этим заболеванием страдают женщины в возрасте от 14 до 40 лет. По нашим данным, до 75 % обследуемых — женщины [9].

Клинические проявления соматоформного болевого расстройства в орофациальной области

Мышечно-суставная дисфункция ВНЧС характеризуется быстрой утомляемостью и спазмом со стороны жевательных мышц, шумовыми проявлениями в области ВНЧС, ограничением открывания рта, сопровождающимся болевым синдромом.

При внешнем осмотре необходимо проводить оценку симметричности лица в покое и при движении: характер мимики, жевания. В области нижней трети лица возможно появление глубоких морщин вокруг губ, складок в области носогубного треугольника.

Также во время осмотра определяются локальная болезненность триггерных мышечно-тонических паттернов, боли в области шейного отдела позвоночника, чувство напряжения в области висков (*m. temporalis*), а также боковых поверхностей лица (*m. masseter*) и шеи (*m. platizma*, *m. sternocleidomastoideus*, *m. trapezius*), не окрашенное лицо, напряжение мышц лица (в области жевательной мускулатуры).

Пальпаторное исследование лица (указательные пальцы устанавливаются впереди козелка уха с обеих сторон, и врач просит больного широко открывать рот) позволяет выявить хруст и щелканье в ВНЧС (возможна аускультация стетоскопом). Также проводится пальпация места прикрепления собственно жевательных, височных мышц, а через полость рта, за зубными рядами, латеральных крыловидных мышц. При пальцевом обследовании мышц, участвующих в движении нижней челюсти (поверхностная, сравнительная, бимануальная, клещевая), выявлялись участки гипертрофии, уплотнения мышечной ткани, их размеры и степень уплотнения, болезненность, зоны иррадиации боли.

Дисфункциональные мышечные нарушения и локальная болезненность способствуют патологии движения нижней челюсти. Так, изменяется характер движения при открывании и закрывании рта: определяются волнообразные движения, ограничения или гипермобильность. Считается, что амплитуда открывания рта не ограничена в том случае, когда пациент свободно и безболезненно открывает рот на 50 мм и может производить боковые и передние движения до 7 мм включительно.

Ограничением открывания рта принято считать следующее:

- немного ограничена функция (открывание рта 30–39 мм, боковые и передние движения 4–6 мм);
- сильно ограничена функция (открывание рта менее 30 мм, боковые и передние движения 0–3 мм).

Для балльной оценки болевых ощущений удобно использовать вербальную описательную шкалу оценки боли (ВАШ) [Verbal Descriptor Scale (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990)]. Оцениваются шесть вариантов ответа оценки боли: от 0 (нет боли) до 10 баллов (нестерпимая боль). Субъективная оценка выраженности боли в различных отделах лица по результатам шкалы ВАШ позволяет объективизировать болевые ощущения.

У пациентов с лицевой болью были выявлены следующие болевые феномены мышечно-тонических нарушений: боль и чувство дискомфорта

в области ТТ и участках отраженной мышечной боли *m. masseter* (иррадиация в подглазничную область, верхнюю челюсть, надбровье, висок), *m. temporalis* (иррадиация в надбровную область, висок, область носа), *m. pterygoideus medialis / lateralis* (иррадиация в околоушную область, переднюю поверхность шеи, нижнюю челюсть).

Жалобы на чувство жжения в области лица и неприятные ощущения в виде локального онемения и снижения чувствительности кожи лица могут беспокоить отдельных пациентов, в анамнезе которых сложные стоматологические процедуры с возможным травматическим повреждением ветвей *n. trigeminus* (длительная анестезия ветвей *n. trigeminus*, имплантация, оперативное лечение).

Наибольшая интенсивность боли обычно отмечается в жевательной мускулатуре при жевании и при нагрузке (длительной речевой нагрузке, откусывании больших кусков еды), а также при приступообразном характере болей в области ВНЧС или локальной боли в области ВНЧС — более 5 баллов по ВАШ.

Непсихотические психопатологические проявления обнаруживаются у большинства пациентов с соматоформным болевым расстройством. При этом представленность отдельных психопатологических симптомов различна: от низкой при физической их окраске (давление в груди, снижение аппетита) до средней (при отдельных эмоциональных проявлениях в виде лабильности, плаксивости, напряжения, раздражительности и тревоги) и частой — в форме неглубоких или умеренно выраженных депрессивных переживаний (пониженный фон настроения).

Основные методы лечения

Лечение СБД ВНЧС является комплексным и основано на сочетании курса нейрорегуляторов, антиконвульсантов в малых дозах, миорелаксантов, психотерапии. Применение нейрорегуляторов (сонапакс, сероквель и т.д.) и антиконвульсантов (ламотридин и т.д.) позволяет существенно уменьшить проявления непсихотических психопатологических

ких нарушений, уменьшить раздражительность, тревожность, дезорганизацию мышления. Психотерапия и биологическая обратная связь дают возможность создать благоприятный фон для купирования болевого и спастического синдромов. Среди миорелаксантов наиболее эффективной оказалась ботулинотерапия (ботулотоксином типа А).

Заключение

По мнению многих исследователей, при соматоформном болевом расстройстве в орофациальной области в практической сети чаще всего имеет место использование односторонних лечебных воздействий, что означает отсутствие полноценной патогенетически обоснованной терапии [10], происходит своего рода, игнорирование психопатологических особенностей проявления заболевания, все терапевтические усилия сосредотачиваются на телесной стороне страдания, что, в свою очередь, существенно снижает эффективность лечения.

Список литературы

1. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform Disorders and Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence Dtsch Arztebl Int. 2015 Apr 17; 112 (16): 279–87. doi: 10.3238/arztebl.2015.0279.
2. Nifosi F., Nardini G., Violato E., Manfredini D., Pavan C. et al. Psychopathology and Clinical Features in an Italian Sample of Patients with Myofascial and Temporomandibular Joint Pain: Preliminary Data // Int'l. J. Psychiatry in Medicine. — 2007. — V. 37 (3). — P. 283–300.
3. Greene CS, Obrez A. Treating temporomandibular disorders with permanent mandibular repositioning: is it medically necessary? Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2015 May; 119 (5): 489–98. doi: 10.1016/j.oooo.2015.01.020. Epub 2015 Feb 14.
4. Macfarlane TV, Kenealy P, Kingdon HA, Mohlin B, Pilley JR, Mwangi CW, Hunter L, Richmond S, Shaw WC. Orofacial pain in young adults and associated childhood and adulthood factors: results of the population study, Wales, United Kingdom. Community Dent Oral Epidemiol. 2009 Oct; 37 (5): 438–50. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00482.x. Epub 2009 Jul 14.
5. Osiewicz MA, Manfredini D, Loster BW, van Selms MKA, Lobbezoo F. Comparison of the outcomes of dynamic/static tests and palpation tests in TMD-pain patients. J Oral Rehabil. 2018 Mar 45 (3): 185–190. doi: 10.1111/joor.12600. Epub 2018 Jan 15.
6. Шаров М. Н. Фищенко О. Н. Максимова М. Ю. Шестель Е. А. Атипичная лицевая боль: в фокусе болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава // Лечащий врач. — 2015. — №5. — С. 21–24.
7. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, [et al] Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. // J Oral Facial Pain Headache. 2014 Winter; 28 (1): 6–27. doi: 10.11607/jop.1151.
8. Жулев Е. Н., Вельмакина И. В. Изучение особенностей психоэмоционального статуса у лиц молодого возраста, имеющих ранние признаки синдрома мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Фундаментальные исследования. — 2015. — № 1–7. — С. 1354–1357.
9. Психологическое тестирование стоматологических больных (выявление готовности к лечению пациентов, прошедших на стоматологический прием). Т. А. Лопушанская, Ю. В. Кошубинская, А. В. Силен, В. А. Михайлов, И. А. Ашноква. Учебное пособие. — СПб. Издательство ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 68 с.
10. Nikolaos N. G., Keller L., Rammelsberg P., Klaus-Thomas Kronmüller Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls // Journal of Dentistry. — 2010. — V. — 38. — Issue 5. — P. — 369–376.

Козэнтикс (секукинумаб): инновация в терапии ревматологических заболеваний

28 сентября 2018 г. в заключительный день IV Евразийского конгресса ревматологов состоялся пресс-ланч, посвященный инновационным решениям и новым направлениям в терапии ревматологических заболеваний, организованный компанией «Новартис Фарма». В ходе мероприятия ведущие российские эксперты обсудили важность появления новых таргетных препаратов для врачебного сообщества и для пациентов, а также отметили возможности в области ревматологии, которые появляются у специалистов благодаря таким инновационным решениям нового поколения, как секукинумаб.

Большое внимание было уделено выбору эффективной терапии таких ревматологических заболеваний, как болезнь Бехтерева (анкилозирующего спондилита — АС) и псориатический артрит (ПсА), которые сегодня входят в число одних из наиболее актуальных проблем современной ревматологии.

Секукинумаб — это первое и на сегодняшний день единственное полностью человеческое антитело к интерлейкину-17А, зарегистрированное в России в 2016 году для лечения псориаза, АС и ПсА. Интерлейкин-17А играет важную роль в воз-



никновении и развитии воспалительных заболеваний суставов. Он воздействует на саму причину воспаления, блокируя действие интерлейкина-17А, что позволяет отнести его к классу таргетных (от англ. target — цель) препаратов.

В исследованиях была также продемонстрирована эффективность се-

кукинумаба в отношении замедления прогрессирования АС и преимущества по фармакоэкономическим показателям. В связи с этим, согласно Клиническим рекомендациям 2018 года, он был признан препаратом первой линии для всех пациентов с АС.