

Отмечается низкая результативность акупунктуры после оперативного лечения, алкоголизации нерва, многолетнего применении финлепсина.

Следует также учитывать, что стремление добиться успеха за счет искусственного удлинения курса лечения нередко сопровождается обратным эффектом. Ориентиром к прекращению рефлексотерапии, как, впрочем, и при других заболеваниях, является отсутствие или недостаточный регресс симптоматики в течение первых 3-4 процедур.

Тем не менее, несмотря на эти негативные моменты, акупунктура является одним из надежных методов купирования тригеминальных болей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Г.Н. Рефлексотерапия заболеваний нервной системы. – М., 1999.
2. Агасаров Л.Г., Осипова Н.Н. Краткое руководство по рефлексотерапии. – М., 1996.
3. Гойденко В.С. Структурно-функциональная теория механизмов действия иглотерапии и микроиглотерапии: учебное пособие. – М., 1990.
4. Карлов В.А., Савицкая О.Н., Вишнякова М.А. Невралгия тройничного нерва. – М.: Медицина 1980. – 151 с.
5. Лувсан Гаваа. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. М. Наука. 1990. – стр. 575.
6. Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. – 2-е изд. – СПб.: Политехника, 1996 – 102-106 с.
7. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии: Учебн. пособие. – М.: МЕДпресс, 2001.
8. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2001. – Т.2. 279-292 с.

ЭХОСТРУКТУРА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ КРАНИОМАНДИБУЛЯРНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

* Л.Г.Турбина, ** А.Г.Надточий, * В.И.Пьянзин,
* О.М.Штанг, * А.В.Турбин

***Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского**

**** Центральный научно-исследовательский институт стоматологии**

Краниомандибулярный болевой синдром (КМБС) - миофасциальный болевой синдром лица (МБДС), височно-нижнечелюстное расстройство (ВНЧР)-состояние, проявляющееся лицевой болью и дисфункцией нижней челюсти. В настоящее время понятие КМБС включает все функциональные расстройства жевательного аппарата (2,3).

По данным различных авторов (3,4) частота КМБС колеблется от 30% до 60% пациентов стоматологических поликлиник. При этом частота клинических проявлений нарастает, начиная с подросткового возраста до 20-40 лет. У детей и лиц старше 40 лет симптомы КМБС встречаются реже.

Начало изучения КМБС положил Джеймс Костен, когда описал боли и шум в ушах у пациентов с полной вторичной адентией (1934 г). Далее изучение проблемы происходило в разных направлениях: исследовались мышцы как причина боли и дисфункции нижней челюсти (2,3,5,6); изучались особенности височно-нижнечелюстных суставов и клинических проявлений расстройств с ним связанных (3). В 80-десятые годы функциональные нарушения жевательного аппарата стали обозначать как височно-нижнечелюстные расстройства, а их причины разделили на две большие группы – суставные и внесуставные (5).

Предполагается, что КМБС развивается только тогда, когда на жевательный аппарат воздействуют силы, превосходящие его физиологическую толерантность. Понятие физиологической толерантности включает как местные

(полноценная функциональная окклюзия, ортопедически стабильное положение нижней челюсти, отсутствие мышечно-скелетной дисфункции лица), так и системные (отсутствие патологического стресса, тяжелого гиповитаминоза и др) факторы.

При любом сочетании этиологических факторов развития КМБС в большинстве случаев непосредственной причиной боли являются жевательные мышцы (1,5,6).

В этой связи исследование состояния жевательных мышц представляется весьма важным для понимания механизмов развития лицевой боли указанного типа.

Цель работы изучение особенностей эхоструктуры жевательных мышц у пациентов с КМБС.

Материал и методы.

Под нашим наблюдением было 52 больных КМБС в возрасте от 20 до 55 лет, мужчин - 5, женщин - 47.

Всем больным проведено клинко-неврологическое обследование, включавшее: исследования неврологического статуса, поверхностную, глубокую и клещевую пальпацию жевательных мышц, определение интенсивности лицевой боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в баллах и рисунка боли. Также проводилось стоматологическое обследование с определением прикуса, состояния зубных рядов и окклюзии, состояние височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) по клиническим и рентгенологическим данным. Результаты обследования заносились в специальную таблицу, имеющую схему лица, ВАШ, зубную формулу, результаты ультразвукового исследования мышц.

Эхографические исследования мышц выполнялись в В-режиме на ультразвуковом сканере "Sonoline-Sienna" (Siemens) с использованием мультисекторного линейного датчика с частотой колебаний 5,0 – 7,5 – 9,0 МГц.

Эхографическое исследование проводилось в горизонтальном положении пациента: пациент лежал на кушетке лицом вверх с подложенной под голову и плечи невысокой плотной подушкой, так, чтобы его голова была слегка запрокинута. Это положение не создавало неудобств пациенту и обеспечивало хороший доступ для исследования всех необходимых групп мышц: жевательных, височных и грудино-ключично-сосцевидных. Измерялась толщина мышцы в мм, ее длина, а также исследовалась эхо-структура: плотность, состояние гидрофильности мышцы, состояние перимизия в покое, при нагрузке, до и после локального введения в МТТ 0,1 мл препарата Долак, а также до назначения лечения с использованием мягкой стабилизирующей шины (трейнера), через 3 дня от начала лечения, затем на 14 день и через 3 месяца.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ "Statgraph". ("Statist".)

Результаты исследования и их обсуждение.

При клинко-неврологическом обследовании установлено, что КМБС является болевым синдромом непароксизмального типа, с интенсивностью боли 5,9 баллов по ВАШ

В жевательных мышцах пальпаторно определялись локальные мышечные гипертонусы – в височных мышцах у 29 чел, в жевательных – у 38 чел, в грудино-ключично-сосцевидных – у 36 чел. МТТ у 26 больных. Усредненный рисунок боли соответствовал височно-околоушно-жевательной области – 48, с распространением на ипсилатеральную половину головы – 4 чел, двухсторонние боли отмечены у 7 больных..

Данные стоматологического обследования: ортогнатический прикус у 10, окклюзионная дизгармония за счет вторичной адентии у 42, глубокое резцовое перекрытие у 29, вертикальная асимметрия лица – у 37 больных, ограничение

открывания рта – у 47 больных., клинко-рентгенологические признаки артроза височно-нижнечелюстного сустава – у 10 больных.

По данным эхографического исследования мышц выявлено 3 типа изменений см. таблицу 1.

Таблица 1.Результаты эхографического исследования мышц больных КМБС

Количество больных	Диффузные изменения		Локальные изменения		Сочетанные	
	+	-	**	*	+ **	+ *
Всего	18	8	9	12	3	2

Условные обозначения: + гипертрофия, - гипотрофия, ** локальное повышение эхогенности, * локальное понижение эхогенности, +** гипертрофия с локальным повышением эхогенности, +* гипертрофия с локальным понижением эхогенности.

Как следует из таблицы 1, в группе наблюдения у 34,6% больных отмечались явления гипертрофии жевательных и височных мышц на стороне боли, что проявлялось некоторым повышением эхогенности мышечной ткани и увеличением поперечного сечения мышцы. У 37% больных диагностированы локальные изменения с пониженной эхогенностью мышечной ткани, которые в 85,7% случаев лоцировались в эхогенно неизменной мышце, а в 14,2% случаев – на фоне гипертрофически измененной мышцы. У 23% наблюдаемых определялось локальное повышение эхогенности мышцы либо изолированно, либо на фоне гипертрофии всей мышцы. Сопоставление клинических проявлений КМБС с данными локальных изменений эхоструктуры мышц показало, что гипозоногенные локальные изменения развиваются на ранних этапах заболевания в сроки до 6 месяцев от его начала, гиперэхогенные локальные изменения отмечены в более поздние сроки – год и более. Гипотрофия жевательной и височной мышц регистрировалась у 17,3% больных, у которых в последующем был диагностирован артроз ВНЧС на стороне гипотрофии. При этом у данной группы больных локальных изменений в мышцах на фоне гипотрофии установлено не было. Источником боли в этих случаях были периартикулярные ткани ВНЧС.

При клинко-эхографическом сопоставлении локальные изменения эхоструктуры жевательных мышц соответствовали клинически определяемым мышечным триггерным точкам в 100% случаев.

Нами проведено изучение изменения эхоструктуры МТТ под влиянием блокад и ортопедического лечения с использованием индивидуальной мягкой стабилизирующей каппы (трейнера).

После введения в МТТ 0,1 мл раствора долака, клинически отмечалось снижение интенсивности болевого синдрома в среднем на 4-5 баллов через 30мин после введения. УЗИ-исследование мышц через 1 час после блокады позволяло определить значительное (в 2 раза) уменьшение размеров локальных изменений эхогенности мышечной ткани, а через 2 часа локальные изменения полностью регрессировали. Диффузные изменения уменьшались незначительно..

Ортопедическое лечение с помощью мягкой стабилизирующей каппы также положительно влияло на состояние жевательных мышц. Так у больных с локальными изменениями в жевательных мышцах использование каппы в течение 1 часа в день клинически уменьшало интенсивность боли до 1-2 баллов ВАШ на второй день от начала лечения. Применение каппы в течение двух недель приводили к полному восстановлению эхоструктуры жевательных мышц. При сочетании локальных и диффузных изменений последние регрессировали позже локальных в среднем на 2-2,5 недели. Позитивные изменения эхогенности жевательных мышц как после блокад МТТ, так и после применения каппы сохранялись в сроки более 3-х месяцев.

Выводы.

При краниомандибулярном болевом синдроме клинически определяемые МТТ топографически соответствуют локальным изменениям экоструктуры мышечной ткани.

Диффузное повышение эхогенности жевательных мышц свидетельствует о перегрузки мышцы, обусловленной мышечно-скелетной дисфункцией лица.

При артрозе ВНЧС в 80% случаев развивается гипотрофия жевательных мышц.

Лечение КМБС с применением блокад МТТ раствором препарата долак приводит к клиническому выздоровлению и полному регрессу локальных изменений экоструктуры жевательных мышц.

Применение мягкой стабилизирующей шины для лечения КМБС дает длительный положительный клинический и эхографический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иваничев Г.А. Мануальная медицина . М.-1998. 470с.
2. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. М. Медицина .-1989.
3. Турбина Л.Г. Нетригеминальные болевые синдромы лица и полости рта. Автореф. Дисс.д.м.н.-2000.- 36с
4. DelBalso AM. Anatomy of the mandible, temporomandibular joint, and dentition // Neuroimaging. Clin. N. Am. 1998. V. 8(1). P. 157-169.
5. Lamey PJ. Burnett CA. Fartash L. Clifford TJ. McGovern JM. Migraine and masticatory muscle volume, bite force, and craniofacial morphology // Headache. 2001. V. 41(1). P. 49-56.
6. Liu ZJ. Yamagata K. Kuroe K. Suenaga S. Noikura T. Ito G. Morphological and positional assessments of TMJ components and lateral pterygoid muscle in relation to symptoms and occlusion of patients with temporomandibular disorders // J. Oral Rehabil. 2000. V. 27(10). P. 860-874.