

8. Филиппова Т.П., Новицкая О.Н., Быков Ю.Н., Корнилова З.Х. ВИЧ-ассоциированный туберкулез центральной нервной системы в регионе с высоким уровнем распространения туберкулеза и ВИЧ-инфекции. – М.: РВалент, 2012. – 132 с.

9. Филиппова Т.П., Кочкин А.В., Новицкая О.Н., Каня О.В. Особенности течения туберкулеза центральной нервной системы у ВИЧ-позитивных больных // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Т. 105. №6. – С.91-93.

10. Филиппова Т.П., Новицкая О.Н., Быков Ю.Н. Современные аспекты развития эпидемии ВИЧ-ассоциированного туберкулеза // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Т. 90. №7. – С.5-8.

11. Шмерига Г.С., Хохлов Ю.К., Батыров Ф.А. и др. Прогноз у больных ВИЧ-инфекцией, страдающих туберкулезом, при присоединении поражения нервной системы // Нейроиммунология: материалы научно-практической конференции. – СПб., 2007. – Т. 5. №2. – С.138.

12. Шиян С.В. Факторы неблагоприятного исхода туберкулеза оболочек мозга и центральной нервной системы у ВИЧ-позитивных пациентов на основе многофакторного дисперсионного анализа // Міжнарод. неврол. ж. – 2009. – №3. – С.85-88.

13. Bernaerts A., Vanhoenacker F.M., Parizel P.M., et al. Tuberculosis of the central nervous system: overview of neuroradiological findings // Eur. Radiol. – 2003. – Vol. 13. №8. – P.1876-1890.

14. Corral I., Quereda C., Navas E., et al. Adenosine deaminase activity in cerebrospinal fluid of HIV-infected patients: limited value for diagnosis of tuberculous meningitis // Eur. J. Clin. Microbiol. and Infec. Diseases. – 2004. – Vol. 23. №6. – P.471-476.

15. Levine A.J., Hinkin Ch.H., Ando Kazuhiro, et al. An exploratory study of long-term neurocognitive outcomes following recovery from opportunistic brain infections in HIV+ adults // J. Clin. and Exp. Neuropsychol. – 2008. – №7. – P.836-843.

Информация об авторах: Александр Викторович Кочкин – к.м.н., старший научный сотрудник ЦНИЛ ГБОУ ДПО ИГМАПО МЗ РФ; Татьяна Павловна Филиппова – д.м.н., зав. кафедрой фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО ИГМУ МЗ РФ, e-mail: filipova_03@bk.ru; Елена Владимировна Батунова – научный сотрудник ЦНИЛ ГБОУ ДПО ИГМАПО МЗ РФ; Ольга Николаевна Новицкая – к.м.н., ассистент кафедры фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО ИГМУ МЗ РФ; Юрий Николаевич Быков – д.м.н., профессор, зав. кафедрой нервных болезней ГБОУ ВПО ИГМУ МЗ РФ; Ирина Владимировна Загорская – врач ГБУЗ ИОПД.

© СТЕФАНИДИ А.В., ДИДЕНКО Н.М., ДУХОВНИКОВА И.М., БАЛАБАНОВА Ж.Н. – 2013
УДК 616.857:616.314.26-007.26/271

МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ПРИКУСА

Александр Владимирович Стефаниди¹, Наталья Михайловна Диденко²,
Ирина Михайловна Духовникова¹, Жанна Николаевна Балабанова¹

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра медицинской реабилитации, зав. – д.м.н., проф. Д.Д. Молоков; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра ортопедической стоматологии, зав. – д.м.н., проф. А.Я. Вязьмин)

Резюме. Обследовано 210 человек с различными нарушениями прикуса и 92 человека без таких нарушений. Выявлено, что у лиц с нарушениями прикуса мышечно-фасциальные головные боли встречаются в два раза чаще (у 67% обследованных с нарушениями прикуса и у 35% обследованных без нарушений прикуса) и имеют более выраженный характер, чем у лиц с нормальным прикусом. Выраженность индекса мышечного синдрома мышц жевательного комплекса у лиц с нарушениями прикуса в 2,5 раза выше, чем у лиц с нормальным прикусом.

Ключевые слова: мышечно-фасциальная головная боль, головная боль напряжения, мышцы жевательного комплекса, нарушение прикуса.

MYOFASCIAL HEADACHES IN PERSONS WITH MALOCCLUSION

A.V. Stefanidi¹, I.M. Dukhovnikova¹, N.M. Didenko², J.N. Balabanova¹

(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; ²Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. The study involved 210 people with various abnormality of bite and 92 people without such disorders. It was revealed that in the patients with malocclusion myofascial headaches occur twice as often (in 67% of the patients with abnormal bite and in 35% of the patients without malocclusion) and are more pronounced than in those with normal occlusion. The intensity of index of chewing muscles muscular syndrome in patients with complex malocclusions is 2,5 times higher than in those with normal occlusion.

Key words: myofascial headache, tension headache, muscles of masticatory complex, malocclusion.

Головная боль – это одно из наиболее часто встречаемых страданий человека, жалобы на боли этой локализации предъявляет по данным разных авторов от 25 до 70% населения Земли. В структуре болевых синдромов распространенность головной боли занимает третье место после болей в спине и суставных болей [1,6,8].

Мышечно-фасциальные головные боли не являются определенной нозологической единицей. В МКБ-10 они рассматриваются в рамках рубрики G44.2 («головная боль напряжения с болезненным напряжением перикраниальных мышц») или в рубрике G44.8 («другой уточненный синдром головной боли») [14]. Однако, по данным ряда авторов [6,7,10,11,12], головные и лицевые боли, связанные с мышечно-фасциальными триггерными точками встречаются намного чаще, чем головные и лицевые боли, вызванными другими причинами.

Под термином мышечно-фасциальный болевой синдром понимают чувствительные, двигательные и вегетативные симптомы, вызываемые мышечно-фасциальными триггерными точками. Мышечно-фасциальная триггерная точка – это чрезвычайно раздраженный участок скелетной мышцы, ассоциированный со сверхчувствительным пальпируемым узлом, расположенным в уплотненном пучке. Такой участок болезненности при компрессии может вызывать появление характерной отраженной боли, незначительной отраженной поверхностной болезненности, нарушения функции и вегетативных феноменов [10].

Также большая роль в патогенезе головных и лицевых болей принадлежит дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) или заболеванию ВНЧС по МКБ-10 [9,14]. В течение жизни происходят

возрастные изменения жевательных мышц, челюстей и зубов (стираемость, разрушение, их утрата) и всех элементов ВНЧС. В ряде случаев, незначительные изменения во взаимоотношениях зубов и челюстей, окклюзионные нарушения, стрессовая ситуация, приводят к болезненному спазму жевательных мышц и, как следствие, возникновению головных и лицевых болей [7]. Существует также мнение, что мышечно-фасциальные триггерные точки являются главной причиной возникновения и проявления функциональных нарушений в височно-нижнечелюстном суставе [10].

Цель исследования: определение частоты встречаемости и анализ клинических особенностей головной боли у лиц с нарушениями прикуса и без таковых.

Материалы и методы

На первом этапе исследования, для определения частоты встречаемости головной боли у лиц с нарушениями прикуса и без таковых, нами было обследовано 210 человек (95 мужчин и 115 женщин) с различными нарушениями прикуса и 92 человека (43 мужчины и 49 женщин) с физиологическим прикусом.

Изучение характера смыкания зубных рядов проводили во время интраорального исследования. Окклюзионные взаимоотношения зубов анализировали в положении центральной, передней, боковых и динамической окклюзиях. Прикус оценивали как физиологический при правильной анатомической форме окклюзионной поверхности зубов и антропометрическими признаками физиологического прикуса. За нарушение прикуса принимали разрушение твердых тканей (кариозного и некариозного происхождения) и частичное отсутствие зубов, деформации зубных рядов, самостоятельные формы аномалий прикуса, а также сочетания этих нарушений. Если у обследованных лиц после санации зубов не была восстановлена правильная анатомическая форма окклюзионной поверхности зубов, то эти лица причисляли к лицам, имеющим нарушения прикуса.

Исследование мышц челюстно-лицевой области и шеи проводили с помощью методик, описанных в работах А.Я. Вязьмина (1999) и А.М. Пузина, А.Я. Вязьмина (2002) [4,9].

Средний возраст обследуемых составил $29,4 \pm 5,6$ года в первой группе и $29,1 \pm 4,9$ года во второй группе, с преобладанием в возрастной группе 25-30 лет в обеих группах. По полу, возрасту, профессиям, основным параметрам заболевания, воздействию медико-биологических и социально-гигиенических факторов обследуемые группы статистически значимо не отличались.

На втором этапе работы обследовано 141 человек из первой группы и 32 человека из второй группы, предъявляющих жалобы на головную боль различной локализации.

Все пациенты обследованы по стандартизированной программе исследований. С целью унификации сбора материала была разработана структурированная история болезни, в которую включались визуально-аналоговая шкала боли, а также разделы, где отмечались результаты визуальной, мануальной диагностики, диагностики функционального состояния зубочелюстной системы, данные дополнительных методов исследования, наличие постуральных нарушений, степень выраженности клинических проявлений и эффективность лечения.

Клинико-неврологическое обследование проводилось по общепринятой методике и включало: анализ жалоб и анамнеза заболевания, исследование черепно-мозговых нервов, двигательной и чувствительной сфер. Для оценки выраженности и характера болевого синдрома применяли визуально-аналоговую шкалу оценки боли (ВАШ), по которой интенсивность болевого син-

дрома пациенты оценивали по 10-ти балльной шкале (0 – отсутствие боли, 10 – нестерпимая боль), и русифицированный опросник о характере боли Мак-Гилла (McGill Pain Questionnaire) [2,13,15]. Фиксировали особенности болевого синдрома, уточняли характер, локализацию, интенсивность и длительность боли.

Использование визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ) позволило нам, согласно выраженности болевого синдрома, поделить всех пациентов на 3 группы: с незначительной выраженной болью (от 1 до 3 балла по ВАШ), с умеренно выраженной (4-7 баллов по ВАШ) и с выраженной (8-10 баллов по ВАШ). Деление на эпизодическую и хроническую головные боли произведено согласно Международной классификации головной боли, опубликованной в 1988 г. При эпизодических формах количество дней с головной болью не превышает 15 в месяц или 180 в год. При хронических формах количество дней с головной болью более 15 в месяц или 180 в год.

Для оценки подвижности тканей, локального напряжения и болезненности проводили кинестезическую диагностику методом послойной пальпации [7,10]. Наличие и выраженность локальных болезненных гипертонов определяли на основании жалоб и результатов пальпации. Для количественного выражения полученных при обследовании мышц данных оценивался индекс мышечного синдрома (ИМС), определяемый суммой баллов субъективных и объективных признаков: $ИМС = Т + Б + ПБ + СИ + КУ$, где Т – тонус мышц, Б – болезненность, ПБ – продолжительность боли, КУ – количество пальпируемых болезненных узелков, СИ – степень иррадиации боли при пальпации. В норме $ИМС=1$ (у здорового человека тонус мышц равен 1 баллу) [12]. ИМС у всех обследованных лиц оценивался для височных, жевательных, латеральных и медиальных крыловидных, над- и подподъязычных, грудиноключично-сосцевидных и трапецевидных мышц, а также коротких экстензоров шеи.

В зависимости от исходного материала (качественные, количественные признаки) и законов распределения (нормальное, ненормальное) были использованы параметрические и непараметрические методы расчетов. Сравнение результатов обследования групп лиц с нарушениями прикуса и без таковых проводили с помощью критерия Манна-Уитни [5]. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Результаты анализа результатов интраорального исследования характера смыкания зубных рядов у лиц с нарушениями прикуса приведен в таблице 1.

Таблица 1

Распределение обследуемых по разновидностям нарушений прикуса

Разновидности нарушений прикуса	Нарушения прикуса (210 чел.)			
	ЧРТТКЗ	ЧОЗ	ДЗР	АП
Самостоятельные формы	10	14	-	56
Сочетания нарушений	-	-	4 (ЧРТТКЗ) 12 (ЧОЗ) 42 (ЧРТТКЗ и ЧОЗ)	72 (ДЗР)
Всего	10	14	58	128

Примечания: ЧРТТКЗ – частичное разрушение твердых тканей коронок зубов; ЧОЗ – частичное отсутствие зубов; ДЗР – деформация зубных рядов; АП – аномалии прикуса.

При обследовании 210 человек (95 мужчин и 115 женщин) с различными нарушениями прикуса выявлено, что 141 (67%) человек страдает головной болью различной локализации, распределение по гендерному признаку в этой группе было следующим: 46 (33%) мужчин и 95 (67%) женщин. При обследовании 92 человек без нарушений прикуса выявлено, что жалобы на головные боли в этой группе предъявляют 32 (35%) человека, из них 13 (40%) мужчин и 19 (60%) женщин. У всех

обследованных головная боль соответствовала диагностическим критериям головной боли напряжения с болезненным напряжением перикраниальных мышц.

Распределение обследуемых с нарушениями прикуса по продолжительности и выраженности головной боли (n=141)

Частота возникновения головной боли	Степень болевого синдрома			ИТОГО
	Легкий (1-3 балла по ВАШ)	Умеренный (4-7 баллов по ВАШ)	Выраженный (8-10 баллов по ВАШ)	
Эпизодическая боль	15	47	28	90 (64%)
Хроническая боль	12	29	10	51 (36%)
ИТОГО	27 (19%)	76 (54%)	38 (27%)	141(100%)

Распределение пациентов по частоте возникновения и выраженности болевого синдрома отражено в таблицах 2 и 3. Следует отметить, что характер боли большинство обследуемых определяло, как «ноющую», «распирающую» или «сдавливающую».

Как видно из результатов таблиц 1 и 2, у людей с нарушениями прикуса головная боль становится хронической чаще, чем у людей с нормальным прикусом, при этом ощущается как более интенсивная ($p<0,05$).

Распределение обследуемых без нарушений прикуса по продолжительности и выраженности головной боли (n=32)

Частота возникновения головной боли	Степень болевого синдрома			ИТОГО
	Легкий (1-3 балла по ВАШ)	Умеренный (4-7 баллов по ВАШ)	Выраженный (8-10 баллов по ВАШ)	
Эпизодическая боль	14	9	2	25 (78%)
Хроническая боль	3	4	0	7 (22%)
ИТОГО	17 (53%)	13 (41%)	2 (6%)	32 (100%)

Анализ результатов изучения индекса мышечно-го синдрома (ИМС) в группе обследуемых, предъявляющих жалобы на головную боль, показал, что у лиц с нарушениями прикуса ИМС мышц жевательного комплекса выше, чем у лиц с нормальным прикусом в среднем в 2,5 раза ($p<0,05$, использовали непараметрический критерий Манна-Уитни). ИМС мышц шеи был выше у лиц с нормальным прикусом.

По данным авторов, посвятивших себя исследованию мышечно-фасциальных триггерных пунктов [10,11], каждая мышца головы и шеи, в которой появляются триггерные точки, способствующие возникновению

головной боли, имеет свою характерную отраженную картину. Так, триггерные точки в верхних пучках трапецевидной мышцы обычно отражают боль в область

Таблица 2

задней поверхности шеи, основания черепа, виска и нижней челюсти. Эти точки являются частой причиной хронической односторонней, а иногда и двусторонней головной боли. Триггерные точки в грудино-ключичнососцевидной мышце отражают боль в затылочную, теменную, заушную, лобную и щечную области. В этой мышце почти всегда обнаруживаются активные триггерные пункты у лиц с рецидивирующей болью. Триггерные точки подзатылочных мышц вызывают отраженные боли, проходящие вдоль головы через затылочную, височную и лобную области. Триггерные точки в мышцах жевательного комплекса (жевательные, височные, медиальные и латеральные крыловидные) и связанных мышцах передней и задней поверхности шеи и области надплечий (стабилизирующие

Таблица 3

голову и шею против силы тяжести при движениях нижней челюсти) вызывают сильную боль в области височно-нижнечелюстного сустава и боковой поверхности головы. Возникающая головная боль может быть острой и иногда ошибочно принимается за приступ мигрени. Как правило,

боль в основном сосредоточена в преддверной и височной областях. Необходимо также учитывать, что мышцы жевательного комплекса – это постуральные мышцы, контролирующие положение нижней челюсти и реагирующие на постуральный баланс человека в целом.

Таким образом, у лиц с нарушениями прикуса мышечно-фасциальные головные боли встречаются в два раза чаще и имеют более выраженный характер, чем у лиц с нормальным прикусом. У лиц с нарушениями прикуса выраженность индекса мышечного синдрома мышц жевательного комплекса в 2,5 раза выше, чем у лиц с нормальным прикусом.

ЛИТЕРАТУРА

- Алексеев В.В. Диагностика и лечение головных болей // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9. №7-8. – С.330-333.
- Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – М.: Антидор, 2002. – 736 с.
- Бугровецкая О.Г. Постуральный дисбаланс в патогенезе прозопагий. Саногенетическое значение мануальной терапии при нейростоматологических заболеваниях: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 40 с.
- Вязьмин А.Я. Диагностика и комплексное лечение синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Иркутск, 1999. – 42 с.
- Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. – Л.: Медицина, 1973. – 144 с.
- Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. Головная боль // Клиническая медицина. – 1998. – №11 – С.63-65.
- Иваничев Г.А. Миофасциальная боль. – Казань, 2007. – 392 с.

- Павленко С.С. Эпидемиология боли // Неврологический журнал. – 1999. – Т. 4. №1 – С.41-46.
- Пузин А.М., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. – М.: Медицина, 2002. – 160 с.
- Трэвелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли и дисфункции: руководство по триггерным точкам. – Пер. с англ. – М.: Медицина, 2005. – В 2 т.: Т. 1. – 1192 с.
- Фергюсон Л.У., Гервин Р. Лечение миофасциальной боли. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 544 с.
- Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. – Казань, 2002. – 472 с.
- Чернышева Т.В., Багирова Г.Г. Валидация русскоязычных версий опросников у больных с синдромом боли в нижней части спины // Научно-практическая ревматология. – 2005. – №4. – С.24-33.
- Шток В.Н., Левин О.С. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. – М.: МИА, 2010. – 520 с.
- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods // Pain. – 1975. – Vol. 1. – P.277-299.

Информация об авторах: Стефаниди Александр Владимирович – профессор кафедры, д.м.н., 664079, Иркутск. м-н Юбилейный, 100, ИГМАПО, e-mail: stefanidiav@mail.ru; Диденко Наталья Михайловна – ассистент кафедры, к.м.н.; Духовникова Ирина Михайловна – ассистент кафедры, к.м.н., Балабанова Жанна Николаевна – аспирант кафедры.