

Роль стоматолога в лечении головных болей

Часть 2.



Жолудев С.Е.
д.м.н., профессор,
зав. кафедрой ортопед.
стоматологии
ГОУ ВПО УГМА,
г. Екатеринбург
ortoped_stom@e1.ru



Комар Ю.С.
врач-стоматолог
МУЗ СП № 6, г. Челябинск,
skarlett@inbox.ru



Карпова М.И.
к.м.н., доцент кафедры
нервных болезней и детской
неврологии ГОУ ВПО ЧГМА,
kmi_2008@mail.ru



Луганский В.А.
к.м.н., главный врач
МУЗ СП № 6, г. Челябинск,
ассистент кафедры
ортопед. стоматологии
ГОУ ВПО ЧГМА,
lugansk64@gmail.com

Резюме

Интервьюирование пациентов, обратившихся в стоматологическую клинику с целью зубного протезирования, показало, что 32% из них постоянно или периодически испытывают головную боль. В исследовании показано благоприятное влияние рационального протезирования на течение головной боли. Рекомендован комплексный мультидисциплинарный подход в лечении пациентов, страдающих головной болью.

Ключевые слова: головная боль, цефалгия, боль в зубах, височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС), расстройства ВНЧС.

THE ROLE OF THE DENTIST IN THE TREATMENT OF HEADACHES (Part 2)
Zhuludev S.E., Karpova M.I., Komar Y.S., Luganskii V.A.

The summary

Interviews with patients who have applied to the dental clinic to dental prostheses showed that 32% of them permanently or periodically experiencing headaches. The study shows a beneficial effect on the management of prosthetics for a headache. Recommended an integrated multidisciplinary approach in treating patients suffering from headache.

Keywords: headache, cephalgia, pain in teeth, temporal — mandibular joint (TMJ), TMJ disorders.

Жалобы на головные боли предъявляют около половины взрослого населения земного шара. Головная боль в определенный период жизни становится проблемой примерно для 40% европейцев. По данным Общественной службы амбулаторной медицинской помощи, две трети пациентов, страдающих мигренью, лечатся у участковых терапевтов и лишь 17% — у неврологов [6].

В общей практике наиболее часто встречаются четыре типа головной боли: мигрень, головная боль напряжения (ГБН), пучковая (кластерная) головная боль (ПГБ), каждая из которых имеет нейробиологическую основу, головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов (лекарственно-индуцированная или абзусная головная боль) [11]. Все эти цефалгии в той или иной степени вызывают дезадаптацию и снижают качество жизни пациентов,

нарушая трудоспособность, ухудшая семейные и социальные взаимоотношения. Поэтому важно научиться определять тип головной боли, возможный риск для здоровья, вероятные причины заболевания и варианты его контроля и лечения.

Наиболее распространенным вариантом головной боли является **головная боль напряжения (ГБН)**. Частота в популяции по разным данным составляет 32–71%, а среди других форм головных болей ей принадлежит ведущее место (до 85%). Свыше 90% больных составляют лица трудоспособного возраста, больше подвержены этому заболеванию женщины [5].

Больные описывают ГБН как двустороннюю, умеренную, тупую, давящую или стягивающую, монотонную, с «чувством давления на глазные яблоки», «чувством стягивания в виде шлема». Продолжительность таких болей зачастую составляет от одного до нескольких дней, а некоторые пациенты сообщают о ежедневном или практически ежедневном появлении болей [6]. Интенсивность боли пациенты обычно оценивают как умеренную, в редких случаях (обычно при хронической ГБН) как выраженную. Боль не усиливается при физической нагрузке, приеме алкоголя. Если имеется суточная динамика, то максимум приходится на утренние и вечерние часы. Иногда отмечается тошнота, рвота бывает редко, могут присутствовать фото- либо фонофобия. В некоторых случаях боль может быть односторонней [2, 4].

Важнейшим провокатором приступа ГБН является эмоциональный стресс (острый при ЭГБН и хронический при ХГБН). При отвлечении внимания или положительных эмоциях боль может ослабевать или полностью исчезать, затем возвращается вновь. Кроме того, у пациентов с ГБН почти всегда присутствуют жалобы на повышенную тревожность, сниженный фон настроения, плохое качество

ночного сна, тоску, апатию, или, наоборот, агрессивность и раздражительность. Эти проявления — следствие тревожных и депрессивных расстройств, степень которых у пациентов с ГБН варьирует от легкой до тяжелой. Выраженная депрессия наиболее часто обнаруживается у пациентов с ХГБН; она поддерживает мышечное напряжение и болевой синдром, приводя к серьезной дезадаптации этих пациентов. Второй провокатор боли при ГБН — так называемый «мышечный фактор»: напряжение (длительное вынужденное положение шеи и головы во время работы за столом, за рулем автомобиля) [8].

Несбалансированная окклюзия, значительное отклонение окклюзионной плоскости от горизонтальной линии, дистальное положение нижней челюсти относительно верхней и, как следствие, нефизиологичные положения внутрисуставных элементов и сама функция ВНЧС становятся причиной нарушений гармоничной работы ЧЛЮ и неразрывно связанной с ней областью шеи. Возникающее хроническое переутомление жевательных мышц и мышц шеи способствует появлению постоянной, тупой, ноющей боли, которая ощущается с обеих сторон в височных и лобных областях и часто описывается как ощущение стянутости головы, а также боли, распространяющейся вперед из подзатылочной области в переднюю часть головы — так в зоне головы и шеи находит свое отражение миофасциальный болевой синдром. Отраженная боль, ассоциированная с миофасциальной болью, часто описывается пациентом как головная боль напряжения. Иногда при этом в цервикальной и затылочной областях ощущается неясный умеренный мышечный дискомфорт. Боль, иррадиирующая от фронтальной части окципитально-фронтальной мышцы, ощущается как фронтальная головная боль, а боль, иррадиирующая от затылочной части, ощущается как боль позади глазного яблока и в боковых отделах головы. Также боль, иррадиирующая от стернального отдела грудино-ключично-сосцевидной мышцы, ощущается в виде диффузной боли в области лица и головы, иррадиация от ключичного отдела ощущается как постаурикулярная и фронтальная головная боль. Верхний отдел трапециевидной мышцы дает иррадиирующую боль, которая чувствуется как постаурикулярная и височная головная боль. *m.splenius capitis*, *splenius cervicis* и другие задние цервикальные и субокципитальные мышцы могут также вносить свой вклад в развитие головной боли напряжения [12].

Пациенты, страдающие головной болью, связанной с височно-нижнечелюстными нарушениями, обычно описывают одностороннюю головную боль, которая распространяется от жевательных мышц, околоушной области в висок и вниз по нижней челюсти — область, иннервируемую нижнечелюстной ветвью тройничного нерва. Другой характерной жалобой может быть ощущение наполненности уха (Pettengill, 1999). Эти субъективные признаки в сочетании с ограничением открывания рта с или без отклонения нижней челюсти, особенно в сочетании с суставными шумами, болезненностью жевательных мышц, позволяют определить головную боль как симптом дисфункции ВНЧС [13].

Мигрень встречается у 12–15% людей. Заболевание дебютирует обычно в подростковом возрасте, иногда раньше или позднее, однако в большинстве случаев манифестация

приступов возникает до 35 лет. Клиническая картина характеризуется повторяющимися приступами, которые имеют определенную структуру. Начинаются они с продрома, она встречается у половины больных, длительность ее обычно составляет несколько часов. Продрома характеризуется сменой настроения, снижением или извращением аппетита, задержкой жидкости в организме, повышением чувствительности к свету, звуку, запахам [1].

Следующей фазой является мигренозная аура. Это эпизод обратимых очаговых неврологических симптомов, длящийся не более часа. Аура обычно предшествует головной боли, реже возникает одновременно с ней. В качестве ауры могут выступать зрительные симптомы — мерцающие пятна или полосы, светящиеся зигзаги, скотомы, гемианопсия. При этом могут возникать расстройства восприятия, включающие метаморфопсию, микропсию, мозаичное видение, сочетающиеся с нарушением восприятия тела, состоянием измененного сознания («уже виденного», «никогда не виденного»), нарушениями восприятия времени, трансподобными состояниями. Наиболее типичный симптом зрительной ауры — мерцающая скотома. Для нее характерно появление в поле зрения мерцающей зигзагообразной дуги («фортификационный спектр»), которая, расширяясь в размерах, движется от центра к периферии зрительного поля, постепенно ослабевает по интенсивности мерцания и оставляет после себя скотому. Иногда аура представлена чувствительными симптомами — ощущением покалывания, онемения (чаще в руке, языке, перiorальной зоне). Двигательная аура проявляется парезом, вначале вовлекающим лишь кисть и предплечье, затем постепенно распространяющимся на половину тела. Двигательные нарушения никогда не достигают степени пареза. Парез может сохраняться дольше других симптомов ауры — до 24 часов. Афатическая аура представлена нарушениями речи, такими, как трудность в подборе слов, в понимании обращенной речи, кратковременная неспособность внятно выразить свои мысли, произношение непонятных звуков вместо намеченных фраз [3]. Следующей фазой приступа является болевая. Боль в типичных случаях имеет одностороннюю локализацию, преимущественно в лобно-височной и глазничной области, причем сторона боли от приступа к приступу меняется. Не менее, чем в 40% случаев боль бывает двусторонней либо, начинаясь с одной стороны, генерализуется.

Для мигренозного приступа является типичной высокая интенсивность болевых ощущений. Часто отмечается пульсирующий, а также ломящий, распирающий характер боли. Боль усиливается при физической активности — ходьбе, подъеме по лестнице, наклонах, кашле. Во время болевой фазы отмечаются бледность кожи, инъекция конъюнктивы, отечность век, «синие круги» под глазами, набухание височных вен. Помимо тошноты, рвоты, повышенной чувствительности к свету, звуку, запахам, во время приступа иногда возникают заложенность носа, кишечные колики, полиурия, ощущение жара или холода, профузное потоотделение. В болевую фазу мигрени больные обычно стремятся уединиться в темной тихой комнате, лечь, сдвинуть голову, растереть лицо, приложить холодное полотенце. Для мигрени очень характерно, что купированию приступа могут способствовать сон или рвота.

Кластерная (пучковая) головная боль — относительно редкая форма головной боли, встречающаяся у 0,069-0,4% населения, преимущественно у мужчин (соотношение мужчин и женщин 9:1). Заболевание обычно возникает в возрасте 30–50 лет, но может начинаться в более молодом или старшем возрасте. Приступ пучковой головной боли характеризуется внезапным началом, быстрым достижением максимальной интенсивности боли. Пучковая головная боль является одной из самых сильных головных болей, болевые ощущения носят сверлящий, жгучий характер. Локализация боли строго односторонняя, иногда наблюдается распространение боли из орбитальной, височной области на ухо, щеку, нижнюю челюсть, шею. На стороне боли отмечаются локальные вегетативные проявления. Во время приступа больные часто ведут себя причудливым образом, проявляя беспокойство: стонут, кричат, мечутся, ходят, надавливают рукой на глаз. Более половины приступов возникает в ночные и утренние часы, часто приступы развиваются в одно и то же время суток. Провоцирующими факторами в период обострения могут служить алкоголь, нитроглицерин и другие сосудорасширяющие средства, сонные апноэ, приводящие к гипоксемии, интенсивная физическая нагрузка [3, 7].

Эффективное лечение головной боли требует системного подхода. Интегративная медицина представляет собой правильный с научной точки зрения подход к лечению, который сфокусирован в каждом человеке (не только в заболевании или симптомах), отношение к пациенту индивидуально (как в оценке, так и в лечении), с ярко выраженной лечебной помощью. Наиболее эффективные результаты лечения возможны при сотрудничестве врачей разных специальностей: невролога, сомнолога, стоматолога, остеопата, ревматолога, аллерголога, ЛОР-врача.

Существуют медикаментозные и немедикаментозные (дополнительные) методы лечения головных болей. Основная цель лечения головной боли состоит в купировании приступа головной боли, устранении сопутствующих вегетативных симптомов, быстром восстановлении работоспособности больного. Основными группами препаратов, используемыми для купирования приступа головной боли, являются ненаркотические и наркотические анальгетики, комбинированные анальгетики, агонисты 5HT₁ рецепторов, противорвотные препараты, антидепрессанты и другие. Основная цель профилактического лечения — уменьшение частоты возникновения приступов головной боли, длительности и выраженности головной боли, предупреждение развития абзусной головной боли, повышение качества жизни больных. Лечение считается успешным, если частота приступов уменьшилась на 50% и более [5].

Немедикаментозные методы лечения должны использоваться при лечении больных, страдающих головной болью. В комплекс лечебных мероприятий могут быть включены методы биологической обратной связи, массаж, ИРТ, мануальная терапия, лечебная гимнастика, нормализация режима сна, физиотерапия, электролечение, светолечение, ароматерапия, фитотерапия, гомеопатия, гипноз, нормобарическая и гипербарическая оксигенация.

Психотерапия включает различные формы и методы психологической коррекции, которые должны быть направ-

лены на снижение тревоги и расслабление мышц, на осознание внутреннего конфликта и поиск выхода из него, на адаптацию к «жизни без боли».

Массаж является одним из ведущих немедикаментозных методов лечения ГБН. Воздействие производят на лобную область, волосистую часть головы и шейно-воротниковую зону. Применение приемов лечебного массажа улучшает микроциркуляцию в тканях, уменьшает венозный и лимфатический стаз, нормализует тонус и улучшает трофику мышц [4].

Метод биологической обратной связи (БОС). Сущность метода состоит в использовании «обратной связи», для произвольного регулирования физиологических функций. Целью лечебного воздействия является обучение больного приемам эффективной произвольной релаксации [9].

Диетотерапия предполагает ограничение в рационе пищевых продуктов, провоцирующих головную боль.

Постизометрическая релаксация (ПИР) применяется для снижения тонического напряжения мышц [4].

Рефлексотерапия (иглокалывание, лазеропунктура, точечный массаж, роллинг-массаж, поверхностная многоигельчатая стимуляция, цубо-терапия, микроиглотерапия, краниопунктура) оказывает комплексное воздействие на организм, имеет психотропный, противоболевой, миорелаксирующий, репаративный эффекты [4].

Физиолечение — фонофорез, фототерапия, дарсонвализация, солено-кислые, серно-кислые, кислородные ванны, циркулярный душ могут способствовать расслаблению мышц, оказывают психотерапевтическое воздействие на пациента [4, 10].

Лечебная физкультура способна уменьшить влияние эмоционального стресса, мышечное напряжение [4].

Нормобарическая оксигенация, гипербарическая оксигенация способствуют улучшению реактивности сосудов, стимулируют регенераторные процессы.

TENS и шинотерапия способствуют расслаблению многих жевательных мышц, созданию физиологической сбалансированной окклюзии, репозиции элементов ВНЧС.

Рациональное протезирование, заключающееся в выравнивании окклюзионных рядов относительно линии горизонта, создании сбалансированной окклюзии, физиологичном позиционировании внутри суставных элементов и восстановлении двусторонней жевательной эффективности.

Проведя анализ доступной отечественной литературы, мы не смогли найти роль стоматолога в выявлении и лечении пациентов с этой патологией. Целью нашей работы было выявить на стоматологическом приеме пациентов с сопутствующей патологией в виде головной боли и оценить влияние стоматологических вмешательств на ее течение.

В исследовании приняли участие пациенты, самостоятельно обратившиеся в МУЗ СП №6 г. Челябинска с целью протезирования. На основе собственно разработанной анкеты было опрошено 306 человек в возрасте от 24 до 60 лет.

В наш диагностический протокол включены вопросы, позволяющие выявить и оценить картину головной боли, ее интенсивность, частоту, продолжительность, влияние на поведение и образ жизни, выявить возможные провоцирующие факторы и эффективность применяемых медикаментозных средств.

Наибольший интерес мы проявляем к ответам респондентов на следующие вопросы:

- Беспокоят ли Вас головные боли?
- Как часто Вас беспокоят головные боли? Как давно?
- Что усиливает головную боль?
- Головная боль постоянная или периодическая?
- Характер боли: пульсирующая / тупая, давящая, сжимающая?
- Какова средняя продолжительность эпизода головной боли?
- Боль односторонняя или двусторонняя?
- В какой области локализуется головная боль (височных, затылочной, теменной, лобной)?
- Сопровождается ли головная боль свето- или звукобоязнью?
- Сопровождается ли головная боль тошнотой или рвотой?
- Вы испытываете скрежет зубами во время сна очень часто, периодически или не испытываете его вообще?
- Вы испытываете болезненность зубов, десен или мышц челюсти, когда просыпаетесь?
- Принимаете ли Вы таблетки от головной боли? Как часто?
- Оцените интенсивность Вашей боли по 10-балльной шкале, где 0 — нет боли, 1 — слабая, 10 — выраженная.

На основании анализа анкет было выявлено, что 98 человек (32%), 81 женщина и 17 мужчин, обратившихся к нам за стоматологической помощью, постоянно или периодически испытывают головную боль.

Дальнейший анализ ответов респондентов позволил выявить наиболее распространенные особенности головной боли. 87 человек (89%), 72 женщины и 15 мужчин, отметили, что испытывают двустороннюю тупую, давящую боль в височных областях (боль в виде обруча сжимает голову), интенсивность которой по 10-балльной шкале составила 5–6 баллов. Продолжительность таких болей составила от одного до нескольких дней. 11 человек (11%), 9 женщин и 2 мужчин, описали головную боль как пульсирующую одностороннюю, у 2 женщин головная боль сопровождалась тошнотой и рвотой. Интенсивность головной боли по 10-балльной шкале в среднем составила 8,5 балла. 47 человек (48%) отметили, что регулярно (несколько раз в неделю) принимают обезболивающие препараты для избавления от головной боли.

Для дальнейшего исследования нами была взята группа из 63 пациентов, 54 женщин и 9 мужчин, которые испытывали двусторонние, давящие головные боли в височных областях, характерные для головной боли напряжения. От предложения обратиться на консультацию к врачу-неврологу пациенты официально отказались. Данным пациентам было проведено углубленное стоматологическое обследование на основе собственно разработанного листа осмотра, которое включает изучение положения головы относительно позвоночного столба (вид спереди, сзади, сбоку), формы лица, обследование элементов полости рта:

отдельных зубов, зубных дуг в целом, языка, слизистых оболочек губ, щек, неба. Оценена траектория движения нижней челюсти при ее открывании и закрывании, выдвигении и боковых перемещениях, выявление наличия суставных вибраций и шумов при движении нижней челюсти и болевых ощущений при пальпации жевательных, шейных мышц и ВНЧС.

Из инструментальных методов диагностики были использованы рентгенологическое исследование (обычно до-статочно ОПТГ зубных дуг с отображением обоих ВНЧС), электромиография, виброанализ ВНЧС, низкочастотная ТЭНС, УЗИ ВНЧС.

При анализе полученных результатов было выявлено, что у 47 человек (75%) отмечена болезненность при пальпации височных и жевательных мышц, у 30 человек (47%) выявлены признаки расстройств височно-нижнечелюстных суставов (РВНЧС), у 53 человек (84%) наблюдается снижение высоты нижней трети лица из-за отсутствия жевательной группы зубов, наличие преждевременных контактов было выявлено у 4 человек (6%), признаков бруксизма — у 7 человек (11%).

После углубленного обследования и постановки диагноза 19 пациентам была назначена терапия с использованием окклюзионных шин (полностью или частично закрывающие зубной ряд, в зависимости от исходной ситуации), 2 пациентам произведено избирательное пришлифовывание преждевременных контактов, 42 пациентам проведено рациональное протезирование, заключающееся в восстановлении высоты прикуса, двусторонней жевательной эффективности, создании сбалансированной окклюзии с передней и клыковыми направляющими. Всем пациентам в первое посещение был выдан дневник головной боли, который необходимо заполнять несколько раз в день, отмечая время появления головной боли, ее интенсивность, количество и тип применяемых медикаментозных средств, возможные провоцирующие факторы (стресс, критические дни у женщин).

По результатам анализа заполненных дневников головной боли пациентами, проходящими ортопедическое лечение в течение 1–6 месяцев с использованием принципов нейромышечной стоматологии, было выявлено существенное уменьшение частоты головной боли и ее интенсивности у 38 пациентов (60%). Также пациенты отмечают уменьшение частоты приема и дозы обезболивающих лекарственных препаратов.

Выводы

Выявив в своем исследовании высокую частоту встречаемости головной боли, можно рекомендовать врачам-стоматологам включать в клиническое обследование пациентов вопросы по диагностике головной боли. Врач-стоматолог может одним из первых выявить наличие у пациента головной боли и направить на дальнейшее обследование к соответствующему специалисту.

Учитывая благоприятное влияние рационального протезирования на течение головной боли, считаем необходимым применять комплексный мультидисциплинарный подход в лечении пациентов, страдающих головной болью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. Клинико-физиологические особенности продромального и постдромального периодов мигренозного приступа // «Боль», № 2 (7), 2005. — С. 21–25.
2. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М. Вейна. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 368 с.
3. Избранные лекции по неврологии / Под ред. проф. Голубева В.Л. Изд-во «Эйдос медиа», Москва, 2004. — С. 136–151, 171–189, 190–202.
4. Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А. Головная боль напряжения. — Казань: «Медицина», 2001. — 132 с.
5. Карпова М.И., Шамуров Ю.С., Василенко А.Ф., Маркова В.В. Головная боль: клиника, диагностика, лечение. Учебно-методическое пособие — Челябинск, 2008. — 48 с.
6. Маркус Д.А. Головная боль. Пер. с англ. под ред. Г.Р. Табеевой. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. — 224 с.
7. Матхаликов Р.А., Скоробогатых К.В. Некоторые аспекты диагностики и патогенеза кластерной головной боли: обзор по материалам журнала «Cephalgia» за 2004 г. // «Боль», №2 (7), 2005. — С. 59–62.
8. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли. Практическое руководство. / В.В. Осипова, Г.Р. Табеева. — М.: 2007. — 60 с.
9. Рябус М.В. Лечение головной боли напряжения методом биологической обратной связи (БОС): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. — 24 с.
10. Справочник по физиотерапии / Под ред. В.Г. Ясногородского. — М.: «Медицина», 1992. — 512 с.
11. Стайнер Т.Дж. и соавт. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей; перевод с английского Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; научная редакция В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табеевой. — М.: ООО «ОГТИ. Рекламная продукция», 2010. — 56 с.
12. Okeson Jeffrey P. de Leeuw Reny. Differential diagnosis of temporomandibular disorders and other orofacial pain disorders // Dental clinics of North America 2011; 55 (1). — P. 105–200.
13. Selvaratnam P., Niere K., Zuluaga M. Headache, orofacial pain and bruxism. Diagnosis and interdisciplinary approaches to management. Глава 8 (Guy Zito Клинические особенности головной боли шейного генеза и боли, связанной с височно-нижнечелюстным суставом). / Mosby. — 2008. — P. 321–349.



XII специализированная выставка



ДЕНТАЛЭКСПО СТОМАТОЛОГИЯ УРАЛА

18-20 октября

2011

Второй открытый Чемпионат зубных техников



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ИНФОРМАЦИИ АНАЛИЗА
И МАРКЕТИНГА В СТОМАТОЛОГИИ

КОНТАКТЫ В УФЕ:

ЛИГАС LIGAS

Выставочный центр «Лигас»

тел./факс: +7 (347) 253-76-05, 253-81-89

e-mail: ligas@ufanet.ru

www.ligas-ufa.ru

В МОСКВЕ:

DENTALEXPO®

125319, Москва, ул. Усиевича, 8А

тел.: +7 (495) 921-40-69

e-mail: info@dental-expo.com

www.dental-expo.com