

Роль стоматолога в лечении головных болей

Часть 1. Вводная



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



Комар Ю.С.
врач – стоматолог МУЗ СП
№ 6, г. Челябинск



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
кафедрой ортопедической
стоматологии ГОУ ВПО
ЧГМА, lugansk64@gmail.com

Резюме

Показаны особенности ортопедического лечения на группе имплантатов реставрациями на каркасах, фрезерованных из диоксида циркония и имеющих трансокклюзионную фиксацию.

Ключевые слова: винтовая фиксация, оксид циркония, протезирование на имплантатах.

THE ROLE OF THE DENTIST IN THE TREATMENT OF HEADACHES

(Part 1. Introductory)

Zholudev S.E., Karpova M.I., Komar Y.S., Luganskiy V.A.

The summary

We consider the problems arising in patients with headaches of applying for dental care. It is shown that cooperation of the dentist with neurologists, needle-rflex-therapists, physiotherapists and specialists in manual therapy allows for an adequate examination without extra costs to improve the results of dental treatment and prosthetic of patients with headache.

Keywords: headache, cephalgia, pain in teeth, temporal – mandibular joint (TMJ), TMJ disorders, percutaneous electrical neurostimulation.

Головная боль – одна из наиболее частых жалоб, предъявляемых пациентами, не только в неврологической, но и общемедицинской практике. Головной болью принято называть болезненное или неприятное ощущение, возникающее сверху от бровей и до шейно-затылочной области. Головные боли можно разделить на две основные категории: первичные и вторичные. Первичные головные боли – это такие варианты головных болей, при которых даже самое тщательное обследование не выявляет органических причин. Первичные цефалгии – это самостоятельные нозологические формы. Вторичные (симптоматические) головные боли являются следствием разнообразных неврологических и соматических заболеваний, травм, метаболических расстройств, интоксикаций или приема лекарственных средств. В настоящее время в диагностике головной боли принято пользоваться Международной классификацией головной боли второго издания (2003 г.) [4].

Головная боль – это не только медицинская, но и социальная проблема. Частая и интенсивная головная боль снижает умственную и физическую работоспособность, негативно влияет на отношения в семье и на производстве, ухудшает качество жизни. Социально-экономические потери включают прямые затраты, вызванные медицинским обслуживанием в виде амбулаторной или стационарной диагностики и лечения, и опосредованные, связанные с нетрудоспособностью [6].

По данным различных эпидемиологических исследований, головная боль наблюдается у 80% трудоспособного населения европейских стран. Чаше всего встречаются головная боль напряжения (приблизительно 70% всех случаев головной боли), мигрень (16%); на другие типы головной боли приходится около 14%. При этом практически половина больных с мигренью и головной болью напряжения не обращается к врачам, а при первом посещении правильный диагноз устанавливается только у 25% больных с мигренью и 1% – страдающих головной болью напряжения [2, 9].

В 2000 г. Итальянский статистический центр провел исследование распространенности головной боли и представил следующие данные. Из 49 500 000 итальянцев (возраст от 15 лет и выше) на эпизоды головной боли как минимум один раз в жизни указывали 40 000 000 (81%) человек. Приступы цефалгии развивались трижды в год у 28 000 000 (57%) обследованных, от 1 до 3 раз в месяц – у 10 000 000 (36%) человек, не реже 1 приступа в неделю – у 6 000 000 (20%) человек [9].

Головная боль является междисциплинарной проблемой. Известно, что более 60% больных стоматологических клиник активно предъявляют жалобы на головную боль [10]. При этом во многих случаях возникает необходимость участия стоматолога, как в диагностике, так и лечении головной боли.

Конечно, стоматолог, будучи ограничен во времени и возможностях в рамках своей диагностической и терапевтической практики в силу своей специализации, не всегда способен уделить должное внимание оценке состояния пациента, поэтому некоторые важные клинические симптомы могут ускользнуть от его взгляда. Тем не менее, стоматолог, как и врач любой другой специальности, должен уметь распознавать те ситуации, когда головная боль свидетельствует о состоянии, угрожающем жизни пациента. В качестве подобных «сигналов опасности» расцениваются:

- травма головы и шеи,
- лихорадка,
- появление нового вида головной боли,
- изменения привычного характера головной боли,
- онкологический анамнез,
- признаки неврологических расстройств (эпилептические припадки, рвота, нарушения сознания, расстройства речи, нарушения глотания, слабость в конечностях, шаткость) [3].

При наличии этих состояний необходимо направить пациента на консультацию к неврологу.

Поражение зубов, челюстей, височно-нижнечелюстных суставов в некоторых случаях является непосредственной причиной головной боли. Особенностью этих цефалгий является тесная временная связь развития болевого синдрома и стоматологической патологии, а также регресс боли в течение 3 месяцев после успешного лечения заболевания. Ниже приводятся критерии диагностики данных вариантов головной боли в соответствии с Международной классификацией головной боли второго издания.

Головная боль, связанная с патологией зубов, челюстей и связанных с ними структур

Диагностические критерии

- А. Головная боль, сопровождающаяся болью в зубах и/или челюсти (-ях) и отвечающая критериям С и D.
- В. Очевидные признаки заболевания зубов, челюстей или связанных с ними структур.
- С. Головная боль и боль в зубах и/или челюсти (-ях) развиваются в тесной временной связи с заболеванием.
- Д. Головная боль и боль в зубах и/или челюсти (-ях) проходят в течение 3 месяцев после успешного лечения заболевания зубов.

Комментарий

Заболевания зубов обычно являются причиной зубной и/или лицевой боли и редко – причиной головной боли. В то же время боль, исходящая из зубов, может по типу отраженной боли вызывать цефалгию. Наиболее частыми причинами отраженной боли являются периодонтит или перикоронит, как результат инфекции или травматического раздражения вокруг частично прорезавшегося зуба мудрости.

Головная или лицевая боль, связанная с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

Диагностические критерии

- А. Повторяющаяся боль в одной или нескольких зонах головы и/или лица, отвечающая критериям С и D.

В. Патология ВНЧС, подтвержденная рентгенографией, МРТ и/или скинтиграфией костей.

С. Связь боли с патологией ВНЧС, подтвержденная, по меньшей мере, одним из следующих симптомов:

- 1) боль провоцируется движениями челюсти и/или жеванием твердой пищи;
- 2) ограничение открывания рта;
- 3) специфический звук в зоне ВНЧС с одной или обеих сторон при открывании рта;
- 4) болезненность при пальпации суставных капсул одного или обоих ВНЧС.

Д. Головная боль проходит в течение 3 месяцев и не возобновляется после успешного лечения патологии ВНЧС.

Комментарий

Типичным проявлением является боль в области ВНЧС или окружающих тканей, причинами которой могут быть различные нарушения ВНЧС (смещение суставных дисков, остеоартрит, гиперподвижность сустава) или ревматоидный артрит, которые могут сопровождаться миофасциальным болевым синдромом и головной болью.

Среди стоматологических заболеваний, которые могут служить причиной головной боли, особый интерес представляют расстройства височно-нижнечелюстного сустава (РВНЧС). Согласно проведенным исследованиям, это состояние часто сопровождается болевыми ощущениями. Соорег и Kleinberg отметили, что 79% из 4528 пациентов, обратившихся в стоматологическую клинику для лечения РВНЧС, предъявляли жалобы на головную боль. Trejo и Michael сравнили больных, наблюдающихся в клинике головной боли, с пациентами, проходящими лечение РВНЧС. Они обнаружили, что 73% пациентов с РВНЧС сообщали о случаях головной боли и 60% пациентов с головными болями сообщали о симптомах РВНЧС. De Rossi et al. (2000) обнаружил значительно большую распространенность РВНЧС у пациентов, обращающихся к неврологам с головными болями, по сравнению с контрольной группой [10].

Ретроспективно были изучены истории болезней 68 пациентов, прошедших лечение краниомандибулярного болевого синдрома или дисфункции (РВНЧС). Из 14 признаков и симптомов, отмеченных у пациентов исследуемой группы, головная боль была самым распространенным симптомом и наблюдалась у 85% пациентов. У 63% пациентов отмечалась цервикалгия, и у 54% была атипичная лицевая боль или невралгия. Пациенты прошли лечение по перепозиционированию нижней челюсти в нейромышечное окклюзионное положение с помощью орального ортопедического приспособления (шины) после контроля на ЭМГ. Результаты лечения, по оценке обеих групп пациентов и врачей, показали устранение симптомов на 97% после лечения [7].

Еще одна категория пациентов, к лечению которых может быть привлечен стоматолог, – это больные первичными головными болями. В структуре первичных цефалгий лидирующую позицию занимают головная боль напряжения и мигрень. Считается, что эти заболевания связаны с активацией нейронов, проводящих болевые импульсы в мозге, и обусловлены нарушением баланса и активности нейромедиаторов. Согласно современным взглядам,

первичные головные боли – это нейрогенные заболевания. Сосудистые нарушения, которые имеют место при мигрени, являются следствием изменения активности нервной системы [3]. Первичные головные боли характеризуются вариабельностью клинического течения. В некоторых случаях они проявляют себя редкими приступами, не нарушающими качества жизни и подчас не требующими обследования и медикаментозной терапии. Однако у некоторых больных цефалгии приобретают прогрессирующее течение, принимая хронический характер и приводя к выраженной дезадаптации [8]. В лонгитудинальном эпидемиологическом исследовании показано, что в течение 1 года у 3% больных мигренью эволюционирует из эпизодической в хроническую форму [11].

Исходя из этого, особую важность приобретает выявление факторов, провоцирующих неблагоприятное течение мигрени и головной боли напряжения. Одним из таких состояний является болезненное напряжение мышц области головы и шеи, которое получило название «дисфункция перикраниальных мышц». Дисфункция перикраниальных мышц наиболее часто обнаруживается у больных головной болью напряжения, однако около половины пациентов с мигренью также имеют данное расстройство. Наличие дисфункции перикраниальных мышц у больных мигренью ассоциировано с высокими показателями тревоги и депрессии и низким качеством жизни [5]. Предполагается, что одной из причин формирования дисфункции перикраниальных мышц служат нарушения со стороны зубочелюстного аппарата, в частности, ВЧНС. Поврежденный височно-нижнечелюстной сустав становится источником раздражения рецепторов окончаний тройничного нерва, способствуя развитию стойкой активации тригеминальной системы. Кроме того, нефизиологическое функционирование нижней челюсти провоцирует отклонения в работе прилежащих к ней скелетно-мышечных структур, становится причиной изменения пространственного положения головы и нарушения характера глотательных движений. Это приводит к изменению стереотипа движений в различных группах мышц, сухожилий и суставах головы, шеи и плечевого пояса с формированием комплекса вторичных по отношению к патологии ВЧНС изменений. Перикраниальные и шейные мышцы становятся дополнительным источником боли.

Дисфункция перикраниальных мышц также характерна для больных цервикогенной головной болью, причиной которой является патология шейного отдела позвоночника. Этот тип цефалгии часто встречается в популяции и по распространенности приближается к мигрени [1].

В настоящее время доказана взаимосвязь между головными болями и состоянием краниомандибулярных мышц [13]. Механизмы, по которым мышцы приспособляются к сопутствующей неправильной окклюзии, подробно изучены. Показано, что неправильный бугорково-фиссурный контакт зубов-антагонистов с течением времени может привести к неправильному функционированию мышц, провоцирующему лицевые боли, головные боли, боль в шее и эмоциональный стресс. Пациенты, страдающие головными болями, не осознают негативную роль неправильной окклюзией зубов в развитии головной боли напряжения. В результате, с этой проблемой они обычно не обращаются к стоматологам и не сообщают о симптомах головной боли,

пока им не задают этот вопрос во время стоматологического осмотра. Ситуация усугубляется тем, что большинство стоматологов не информированы о существовании взаимосвязи между цефалгиями и функциональным состоянием жевательного аппарата [7].

Несомненно, в лечении больных первичными головными болями, а также цервикогенной головной болью стоматологические манипуляции не играют ведущей роли, дополняя комплекс медикаментозных и немедикаментозных методов. Однако адекватное ортопедическое стоматологическое лечение может существенно повысить эффективность терапии, способствуя минимизации медикаментозной нагрузки. Целью терапии является уменьшение частоты и интенсивности приступов и повышение качества жизни больных.

При вероятном наличии у пациента зубочелюстных нарушений стоматологу необходимо с внимательностью исследовать состояние скелетно-мышечной системы. Вести на первой стадии обследования такого пациента доктору могут быть полезны простейшие диагностические приемы, например, осмотр и пальпация крыловидных, жевательных, височных и прилежащих мышц показывает степень постуральной дисфункции нижней челюсти, пальпация области слухового прохода и функциональные пробы дают представление о болезненности ВЧНС.

Роль стоматолога на начальной фазе терапии заключается в реабилитации окклюзии пациента хотя бы при помощи обратимых съемных устройств (шин). Наиболее показаны они в случае отсутствия у него зубов, значительном недоразвитии челюстей, выраженных вторичных деформаций, дистализации нижней челюсти с целью обеспечения физиологической функции зубочелюстного аппарата. Стоматологу следует действовать аккуратно и осмотрительно, чтобы не усугубить нестабильность ВЧНС при протезировании или хирургическом вмешательстве (например, при удалении восьмых зубов), а следовательно, и симптоматику расстройств ВЧНС. Рекомендуется тщательно подготовить пациента к лечению / операции, подобрать подходящий для него тип терапии или хирургического вмешательства и назначить, при необходимости, постоперационные физиотерапевтические процедуры [9].

Стоматолог может и должен обращаться за помощью к другим специалистам. Сотрудничество с неврологами, иглорефлексотерапевтами, физиотерапевтами и специалистами по мануальной терапии позволяет провести адекватное обследование, без лишних затрат улучшить результаты стоматологического лечения и протезирования пациента с головной болью.

В литературе представлены статьи, описывающие использование оральных ортопедических приспособлений, которые часто называют шинами, назначаемых для уменьшения головной боли, лицевой и шейной боли и улучшения жевательной функции.

Низкочастотная, малоамплитудная чрезкожная электрическая нейростимуляция (TENS) жевательных мышц способствует расслаблению многих участвующих мышц и размещению нижней челюсти в состояние физиологического покоя. Это служит основанием для определения терапевтического соотношения нижней челюсти относительно верхней, которое обычно называется нейромышеч-

ной окклюзией. Установление этого соотношения является основанием для изготовления терапевтического нижнечелюстного или верхнечелюстного ортопедического приспособления, если такое необходимо.

Физиологическая окклюзия и состояние покоя предполагают уменьшение активности жевательных мышц в состоянии покоя и второстепенно – такое же воздействие на цервикальные мышцы. Наблюдаемый клинический результат – практически всеобщее заключение об уменьшении или избавлении от головных болей и других болевых симптомов РВНЧС [7].

Соорет сообщил результаты исследования 1182 пациентов, прошедших лечение РВНЧС с использованием нейромышечной окклюзии и ортопедических приспособлений. Из этого числа пациентов 81,6% изначально сообщали о симптоме головной боли. После расслабления мышц с помощью TENS, электромиографические исследования группы показали среднее уменьшение электрической активности передних височных жевательных мышц на 39,3% и жевательных мышц – на 40,6%. После коррекции нейромышечного положения нижней челюсти с помощью орального ортопедического приспособления пациентов попросили заполнить внутреннюю анкету самооценки симптомов. 68% пациентов сообщили об улучшении или избавлении от головных болей после одного месяца лечения, и 78% – после трех месяцев, сопровождавшемся понижением электрической активности постуральных мышц нижней челюсти в состоянии покоя с помощью ЭМГ [12].

Для лечения РВНЧС многие годы широко используются окклюзионные шины, и в ряде исследований авторы советуют применять этот метод лечения в случае головных болей, хотя механизм остается неизвестным. Использование метода ноцицептивной тригеминальной ингибиции, суть которого состоит в закреплении акриловых пластин на резцах, что уменьшает сжимание челюстей, показал свою эффективность при лечении мигрени [14]. Ношение в полости рта корригирующих пластин в ночное время позволило значительно снизить частоту приступов мигрени [11]. Обнаружено, что лечение РВНЧС с использованием окклюзионной шины привело к уменьшению головных болей у некоторых пациентов, иногда даже лучше, чем традиционное лечение. Лучшие результаты были обнаружены в случаях височно-нижнечелюстных нарушений с двусторонней болью, и клинический успех был выше при миогенных височно-нижнечелюстных нарушениях, чем при артрогенных.

В литературе встречаются статьи, в которых окклюзионная шина NTI-tss (частичная разобщающая шина в переднем отделе) описывается как более эффективный способ снижения симптомов головной боли напряжения и мигрени, в сравнении с традиционными шинами полного зубного ряда [10].

Выводы

Наравне с врачами других специальностей стоматолог должен диагностировать потенциально опасные расстройства, сопровождающиеся головной болью.

В тех случаях, когда головная боль связана с патологией зубов, челюстей, ВНЧС, адекватное стоматологическое пособие способствует полному регрессу головной боли.

У больных мигренью, головной болью напряжения, цервикогенной головной болью стоматологические манипуляции могут повысить эффективность терапии.

Междисциплинарный подход к лечению головных болей позволяет оптимизировать комплекс диагностических и лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

- Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А. Головная боль напряжения. – Казань: «Медицина», 2001. – 132 с.
- Карпова М.И., Шамуров Ю.С., Василенко А.Ф., Маркова В.В. Головная боль: клиника, диагностика, лечение. Учебно-методическое пособие – Челябинск, 2008. – 76 с.
- Маркус Д.А. Головная боль. пер. с англ. Под ред. Г.Р. Табеевой. М.: – ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 224 с.
- Международная классификация головной боли, 2-ое издание / Разработана классификационным комитетом Международного общества головной боли, пер. с англ. В.В.Осиповой при участии Т.Г. Вознесенской. Международное общество головной боли, 2003. – 326 с.
- Осипова В.В. Мигрень: клинико-психологический анализ, качество жизни, терапевтические подходы: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2003. – 42 с.
- Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. Справочное руководство для врачей. – М.: Ремедиум, 2000. – 129 с.
- Barry C. Cooper «Relationship of temporomandibular disorders to muscle tension-type headaches and a neuromuscular orthosis approach to treatment». CRANIO: The Journal of Craniomandibular Practice – 2009. – vol. 27. – P. 465-470.
- Bigal M.E., Lipton R.B. Modifiable risk factors for migraine progression // Headache. – 2006. – Vol. 46, № 9. – P. 1334-1343.
- Grappiolo E.G. Diagnostica differenziale della cefalea nel paziente odontoiatrico.
- Selvaratnam P., Niere K., Zuluaga M. Headache, orofacial pain and bruxizm. Diagnosis and multidisciplinary approaches to management//Churchill Livingstone, 2009. – 400 p.
- Scher A.I., Stewart W.F., Ricci J.A., Lipton R.B. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. Pain 2003, 106, 81-89.
- Shevel E. Craniomandibular muscles, intraoral orthoses and migraine // Expert Rev Neurotherapeutics. – 2005. – N. 5. – P. 371-377.
- Rokicki L.A., Houle T.T., Dhingra L.K., Weinland S.R., Urban A.M., Bhalla R.K. A preliminary analysis of EMG variance as an index of change in EMG biofeedback treatment of tension-type headache Appl. Psychophysiol Biofeedback. 2003. Vol.28, N. 9. P. 205.
- Lamey P.J., Steele J.G., Aitchison T. Migraine: the effect of acrylic appliance design on clinical response // Brit. Dent. J. – 1996. – N. 180. – P. 137-140.