

Роль вертебрального компонента в патогенезе миофасциального болевого дисфункционального синдрома челюстно-лицевой области

Е. Н. СИЛАНТЬЕВА, В. Ю. ХИТРОВ.

Кафедра терапевтической и детской стоматологии и ортодонтии Казанской государственной медицинской академии.

Миофасциальный болевой дисфункциональный синдром челюстно-лицевой области (МБДС ЧЛО) — многофакторное заболевание.

Анализ литературы свидетельствует, что на возникновение МБДС оказывают влияние состояние жевательных мышц, окклюзии височно-нижнечелюстного сустава, а нередко эмоциональный фон больного, гиповитаминозы, нарушение функции половых гормонов и др. Дисбаланс во взаимоотношениях одного или нескольких из этих факторов приводит к появлению синдрома.

Ряд сообщений указывают на связь миофасциальных лицевых и шейных вертеброгенных болей. Позиции нижней челюсти, головы и шеи сложно взаимосвязаны, и в развитии МБДС ЧЛО имеет значение состояние позвоночника.

Цель работы — изучить распространенность МБДС ЧЛО у «практически здоровых» школьников и у больных с клинически значимым шейным остеохондрозом и его связь с шейным вертебральным дистрофическим синдромом и аномалиями зубочелюстной системы.

Материал и методы

Для выявления частоты МБДС ЧЛО и его этиопатогенетической связи с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА) и шейным вертебральным дистрофическим синдромом (ШВДС) обследован 581 «практически здоровый» школьник города Казани в возрасте от 10 до 17 лет, никогда не обращавшийся к невропатологу, а также 221 больной с клинически значимым шейным остеохондрозом в возрасте от 15 до 62 лет.

Все они прошли клиническое (стоматологическое, неврологическое) обследование по стандартным схемам, нейроортопедическое исследование состояния шейного отдела позвоночника (ШОП), мышц шеи, надплечий, жевательных мышц с описанием наличия болезненных мышечных гипертонусов и участков контрактуры. Проводили ортопантомографию, рентгенографию шейного отдела позвоночника в 2 проекциях с функциональными пробами, реографию наружной сонной и позвоночной артерий с функциональными пробами: повороты, сгибание, разгибание ШОП, глобальную миографию жевательных мышц, мышц шеи и надплечий в состоянии физиологического покоя и при жевании для височной и собственно жевательной мышц.

В результате отбора были исключены больные с аномалиями развития кранио-вертебральной области, заболеваниями центральной нервной системы, травмами и врожденными асимметриями ЧЛО, заболеваниями ВНЧС, бруксизмом, хроническими периодонтитами. При необходимости пациенты консультировались у соответствующих специалистов (отоларинголог, педиатр, терапевт и др.).

В соответствии с основными периодами формирования зубо-челюстной системы выделены возрастные группы обследованных практически «здоровых» школьников: с 10-13 лет — период сменного прикуса — младшая (198 детей) и с 14 до 17 лет — период сформированного прикуса — старшая (383 подростка).

В зависимости от наличия или отсутствия заболеваний тканей пародонта и патологии прикуса больные МБДС ЧЛО с клинически значимым шейным остеохондрозом (ШОХ) были разделены на 2 группы: 1-я — больные МБДС ЧЛО с клинически значимым ШОХ — 49 человек в возрасте от 15 до 62 человек; 2-я — больные МБДС ЧЛО с клинически значимым ШОХ и патологией тканей пародонта и ЗЧА — 52 пациента в возрасте от 18 до 57 лет. По клиническим проявлениям ШОХ в каждой группе выявлены 3 подгруппы больных [2]: 1.1 и 2.1 больные с мышечно-дистоническими; 1.2 и 2.2 — больные с мышечно-дистрофическими и 1.3 и 2.3 — больные с вегетативно-ирритативными проявлениями.

Результаты исследования

Клиническое обследование школьников выявило наличие ЗЧА в младшей возрастной группе у 106 человек (53,5%), в старшей — у 159 подростков (41,52%).

Встречались аномалии зубных рядов, прогнатия, прогения, перекрестный, глубокий и открытый прикус. У половины подростков зубной ряд был интактным, у остальных индекс КПУ не превышал 2, удаленные зубы отсутствовали.

В обеих возрастных группах не обнаружено достоверной разницы в распространенности МБДС ЧЛО у лиц с ЗЧА и без ЗЧА и достоверного увеличения частоты синдрома с возрастом (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность МБДС ЧЛО у школьников (в %)

Возраст	с зубочелюстными аномалиями	без зубочелюстных аномалий
10-13 лет	46,2%	36,9%
14-17 лет	50,3%	41,5%

Независимо от наличия ЗЧА, сменного или сформированного постоянного прикуса ни в одном случае не удалось диагностировать МБДС ЧЛО без клинических, реографических, миографических и рентгенологических признаков шейного вертебрального дистрофического синдрома. В младшей возрастной группе дистрофические поражения ШОП встречались изолированно у обследованных с ЗЧА — в 36,7% и в сочетании с МБДС ЧЛО — в 46,2%, у детей без ЗЧА — 32,6% и в 36,9% соответственно; в старшей группе с ЗЧА — в 38,9% и 50,3% соответственно; без ЗЧА — в 31,2% и 41,5% соответственно ($p > 0,05$).

Высок процент МБДС ЧЛО у школьников с дистрофическими поражениями ШОП: у детей (10-13 лет) без ЗЧА синдром определен в 53,1%, с ЗЧА — в 55,7%; у подростков (14-17 лет) — в 57,0% и 56,3% соответственно.

Обследование больных с клинически значимым ШОХ определило МБДС ЧЛО у 163 человек, что составляет 73,7%. Распространение больных МБДС ЧЛО при клинически значимом ШОХ по возрастным группам представлено в табл. 2, из которой следует, что МБДС ЧЛО у больных с клинически значимым ШОХ достоверно чаще встречается в возрасте до 30 лет ($p < 0,05$).

Таблица 2

Распространенность МБДС ЧЛО у больных ШОХ по возрастным группам (в %)

	Возраст, лет					
	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	старше 60
Распространенность	34,4%	30,06%	12,9%	11,04%	9,2%	2,4%

Таким образом, по сравнению с распространенностью у «практически здоровых» школьников и у школьников с дистрофическими поражениями ШОП достоверно возрастает частота синдрома у лиц с клинически значимым ШОХ ($p < 0,05$).

У больных МБДС ЧЛО с клинически значимым ШОХ 2-й группы встречались следующие виды патологии тканей пародонта, ЗЧА и их сочетание: хронический генерализованный катаральный гингивит I-III степени тяжести, хронический генерализованный пародонтит I-III степени тяжести, аномалии зубных рядов, прогения, прогнатия, глубокий и перекрестный прикус.

Сравнение распространенности, клинических симптомов МБДС ЧЛО и результатов дополнительных методов обследования у школьников с различными проявлениями ШВДС и у больных с клинически значимым ШОХ не выявило их зависимости от зубочелюстных аномалий и заболеваний тканей пародонта, то есть данная патология достоверно не влияет на частоту и тяжесть течения синдрома.



В то же время определена зависимость особенностей течения МБДС ЧЛО от варианта клинического проявления ШВДС и ШОХ, независимо от наличия патологии тканей пародонта и ЗЧА: более тяжелое течение синдрома наблюдается у больных с мышечно-дистрофическими проявлениями ШОХ ($0,05 > p > 0,02$).

Клинические признаки шейного вертебрального синдрома зависят от возраста больных. В младшей возрастной группе это были преимущественно варианты гипермобильности ШОП с мышечно-дистоническими проявлениями. В возрастной группе от 14 до 35 лет к гипермобильности добавлялись симптомы цервикоспондилопериартроза, компрессии шейных корешков, вегетативно-ирритативные и мышечно-тонические проявления. В возрасте старше 35 лет доминировали цервикоспондилоартроз, нейродистрофические поражения структур ШОП с его гипомобильностью.

Клинические признаки нарушения гемодинамики в вертебробазилярном бассейне, подтвержденные реографически, выявлены у всех больных МБДС ЧЛО и зависели от проявлений ШВДС и ШОХ: более значимые нарушения кровенаполнения, показателей тонуса артериол и вен найдены у больных МБДС ЧЛО с мышечно-дистрофическими проявлениями, менее выраженные — у больных МБДС ЧЛО с мышечно-дистоническими проявлениями ШОХ.

По данным электромиографии более выраженные изменения жевательных мышц, мышц шеи и надплечий у больных МБДС ЧЛО встречались при мышечно-дистонических и мышечно-дистрофических проявлениях ШОХ, менее выраженные — при вегетативно-ирритативных.

Функциональная рентгенография ШОП показала, что в младшей возрастной группе преобладали признаки нестабильности ШОП, которые с возрастом дополнялись признаками дистрофического поражения структур позвоночника. У больных с клинически значимым ШОХ выявлены критерии, отражающие нарушение амортизационной функции диска, и критерии, отражающие нарушение двигательной функции позвоночного сегмента.

Обоснованность гипотезы вертеброгенного происхождения клинических проявлений МБДС ЧЛО подтверждена и

результатами успешного дифференцированного лечения, включавшего санацию полости рта, лечение заболеваний пародонта, воздействие на ВНЧС, жевательные мышцы, на структуры ШОП, его центральные рефлексогенные зоны, на мышцы надплечий. Проведенные нами исследования показали, что самостоятельная полноценная функция ВНЧС и обслуживающих его мышц невозможна отдельно от работы всего шейно-лицевого двигательного паттерна. При этом актуален весь механизм поддержания вертикальной позы, включая позно-тоническую и фазическую деятельность нижних конечностей, таза, позвоночника, плечевого пояса, шеи и головы. Изменение динамических и статических составляющих этого ортостатического механизма в любом звене изменяет взаимоотношения черепа и ШОП. На начальных этапах дисбаланса эти нарушения носят, как правило, обратимый функциональный характер. С накоплением дистрофических изменений в перегруженных участках опорно-двигательного аппарата наступает этап морфологических изменений в тканях наиболее функционально неблагополучных звеньев стато-кинематической цепи.

Заключение

Изучение этиопатогенетической связи ЗЧА с развитием МБДС ЧЛО у детей и подростков с ШВДС и у больных с клинически значимым ШОХ выявило, что в целом ЗЧА не увеличивают распространенность заболевания и существенно не влияют на тяжесть его течения. Наиболее выраженная прямая зависимость существует между МБДС ЧЛО и клиническими проявлениями ШВДС и ШОХ. Особенности течения, клиническая картина, тяжесть МБДС ЧЛО зависят от варианта проявления шейного вертебрального дистрофического синдрома и шейного остеохондроза.

Таким образом, проведенные исследования, позволившие выявить зависимость развития МБДС ЧЛО от состояния структур шейных позвоночно-двигательных сегментов, особенностей его течения при различных проявлениях ШВДС и ШОХ и отсутствие достоверной взаимосвязи с ЗЧА, подтверждают выдвинутую ранее вертеброгенную концепцию этиопатогенеза МБДС ЧЛО.

Нейропсихологические особенности больных с миофасциальным болевым синдромом при паркинсонизме

Л. Н. БАЙРАМОВА. Кафедра неврологии и рефлексотерапии КГМА (руководитель — профессор Г. А. Иваничев).

Психиатрический аспект паркинсонизма достаточно полно исследован. В соответствующих работах описываются депрессивные состояния, мнестико-интеллектуальные нарушения, изменения личности. На фоне этих работ обращает на себя внимание отсутствие исследований, касающихся психических нарушений при паркинсонизме, сопровождающемся миофасциальным болевым синдромом. Вместе с тем, являясь признанной характеристикой паркинсонизма, болевой синдром может вносить свою лепту в оформление клинической картины этого заболевания, в том числе и его нейропсихологических симптомов.

Данное исследование посвящено выявлению нейропсихологических особенностей больных с миофасциальным болевым синдромом при разных формах паркинсонизма.

Материал и методы исследования

Клинико-инструментальное исследование было проведено у 91 человека от 23 до 98 лет (35 женщин и 56 мужчин). Контингент обследованных включал: акинетико-ригидную форму паркинсонизма (АРФ) — 33 пациента (11 женщин, 22 мужчины) и дрожательно-ригидную форму паркинсонизма (ДРФ) — 58 человек (24 женщины, 34 мужчины). В рамках проведения настоящего исследования больных групп АРФ и ДРФ подразделялись на группы: в группу I вошли больные с наличием миофасциального болевого синдрома, в группу II — без миофасциального болевого синдрома.

Нейропсихологическое тестирование было проведено у 14 пациентов с АРФ (I группа — 10, II группа — 4), 17 пациентов с ДРФ (I группа — 12, II группа — 5). В качестве

контроля обследовали 8 здоровых добровольцев.

Клиническое обследование включало неврологический осмотр по специально разработанной карте. Характер и выраженность паркинсонических симптомов оценивались по шкале балльной оценки основных клинических проявлений паркинсонизма, предложенной Papavasiliou (1982), в модификации Я. И. Левина (1991). Базисная оценка тяжести заболевания — по схеме Hoehn, Yahr (1967) в модификации Lindvall (1989), Tetrad, Langston (1989). Уровень боли оценивался по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Определение уровня болезненности мышц проводилось тензальгиметром Фишера. Уровень тревожности оценивался тестом Спилбергера, депрессии — шкалой Бека, изменения личности — характерологическим тестом Шмишека.

Результаты исследования и их обсуждение

Тремор, ригидность и (гипо-)акинезия являлись ведущими жалобами всех обследованных больных с паркинсонизмом. В зависимости от формы выявлялись различия их выраженности. Отмечались поструральная неустойчивость, изменение походки, речи и почерка, вегетативные проявления, слабость, нарушения тазовых функций — частое мочеиспускание и запоры, в общем, весь ансамбль симптомов и синдромов, характеризующих паркинсонизм. В таблице 1 представлены данные, характеризующие основные показатели паркинсонизма для исследуемых групп пациентов.

Статистически достоверная разница в показателях между пациентами с АРФ и ДРФ выявлена для тремора ($p < 0,001$), брадикинезии ($p < 0,001$), нарушений походки ($p < 0,05$) и ве-