



2. Для восстановления эстетической и функциональной симметрии лица инъекции ботулинического токсина типа А показаны пациентам как в острый период нейропатии лицевого нерва (на здоровой стороне), так и на стадии сформированных поздних осложнений (на обеих сторонах).

3. Положительными эффектами ботулинотерапии при лечении поражений лицевого нерва являются:

- уменьшение спазма пораженных мышц, формирующих контрактуру;
- подавление самопроизвольных миокимических подергиваний;
- коррекция клинических проявлений аберрантной регенерации вегетативных и моторных волокон лицевого нерва;
- снижение выраженности болевого синдрома.

Литература

1. Свистушкин В.М., А.Н. Славский. Невропатия лицевого нерва: современные подходы к диагностике и лечению // *PMJ*. 2016. Т. 24. №4. С.280–285 [Svistushkin V.M., A.N. Slavskij. Nevropatija licevogo nerva: sovremennye podhody k diagnostike i lecheniju // *RMZh*. 2016. Т. 24. №4. С.280–285 (in Russian)].
2. Шелеско А.А. Паралич лицевого нерва. М.: Медицина, 2001. 238 с. [Shelesko A.A. Paralich licevogo nerva. M.: Medicina, 2001. 238 s. (in Russian)].
3. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-лицевой области. М.: Медицинская литература. 1999. 456 с. [Bernadskij Yu.I. Travmatologiya i vosstanovitel'naya hirurgiya cherepno-chelyustno-licevoj oblasti. M.: Medicinskaya literatura. 1999. 456 s. (in Russian)].
4. Jackson C.G., Von Doersten P.G. The facial nerve. Current trends in diagnosis, treatment, and rehabilitation // *Medical Clinics of North America*. 2011. Vol. 83(1). P.179–195.
5. Степанченко М.А. и др. // Тез. докл. Всерос. съезда неврол. Ярославль. 2006. С.289–290 [Stepanchenko M.A. i dr. // Tез. dokl. Vseros. s'ezda nevrol. Jaroslavl'. 2006. S.289–290 (in Russian)].
6. Скрипченко Н.В. и др. // Матер. 1-го Балтийского конгр. по детской неврол. СПб. 2007. С.144–145 [Skripchenko N.V. i dr. // Mater. 1-go Baltijskogo kongr. po detsoj nevrol. SPb. 2007. S.144–145 (in Russian)].
7. Siu A. et al. Association of cerebellopontine angle atypical teratoid/rhabdoid tumors with acute facial nerve palsy in infants: Report of 3 cases // *J. of Neurosurgery: Pediatrics*. 2014. Vol. 13 (1). P.29–32.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.pmj.ru>

Боль в клинической практике стоматолога: ускользящая простота

К.м.н. И.Н. Ляшев¹, д.м.н. Е.В. Екушева²

¹ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва

²ФГБОУ ДПО ИГК ФМБА России, Москва

РЕЗЮМЕ

Практикующие стоматологи, как и врачи общей практики, достаточно часто сталкиваются с орофациальной болью. Правильная диагностика и определение тактики лечения болевого синдрома зачастую становятся нелегкой задачей для клинициста. Тщательный сбор анамнеза и внимательный анализ статуса пациента еще до проведения этапа дополнительной диагностики может стать ключом к выбору правильного алгоритма дальнейших мероприятий. Необходимость овладения базовыми знаниями в смежных дисциплинах и тесное сотрудничество со специалистами в этих областях являются основой эффективного подхода в лечении болевого синдрома. В статье представлены данные о распространенности орофациальной боли в общей популяции, рассмотрены вопросы о классификации и диагностические критерии орофациальной боли. Выделены клинические особенности одонтогенного болевого синдрома. В качестве примеров непростых маршрутов больных с длительной историей орофациальной боли приведены несколько наблюдений из собственной клинической практики. Тщательное сопоставление предъявляемых жалоб, анамнеза, клинического течения заболевания и данных объективного исследования помогает клиницисту обнаружить маскирующуюся до поры более серьезную неврологическую и хирургическую патологию.

Ключевые слова: орофациальная боль, лицевая боль, лицевая невралгия, лицевая невралгия, герпетическая невралгия, миофасциальный болевой синдром, артрит височно-нижнечелюстного сустава, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, одонтогенная боль.

Для цитирования: Ляшев И.Н., Екушева Е.В. Боль в клинической практике стоматолога: ускользящая простота // *PMJ*. 2017. № 24. С. 1770–1774.

ABSTRACT

Pain in the clinical practice of the dentist: elusive simplicity

Lyashev I.N.¹, Ekusheva E.V.²¹ Scientific and Clinical Center of Otorhinolaryngology of Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow² Institute for Advanced Studies of the Federal Medical Biological Agency, Moscow

Practicing dentists, like general practitioners, often encounter an orofacial pain. Correct diagnosis and determination of the tactics of treatment of pain syndrome often becomes a difficult task for the clinician. Careful collection of anamnesis and careful analysis of the patient's status before the additional diagnosing can be the key to choosing the right algorithm for further activities. The need to have basic knowledge in related disciplines and close cooperation with specialists in these fields is the basis of an effective approach in the treatment of pain syndrome. This article presents data on the prevalence of orofacial pain in the general population, the issues of classification and diagnostic criteria for orofacial pain are discussed. The clinical features of odontogenic pain syndrome are highlighted. The authors give several observations from their own clinical practice as the examples of difficult routes of patients with a long history of orofacial pain. Careful comparison of the complaints, the history, the clinical course of the disease and the data of objective research helps the clinician to find a more serious neurological and surgical pathology disguised until now.

Key words: orofacial pain, facial pain, facial neuralgia, facial neuropathy, herpetic neuropathy, myofascial pain syndrome, temporomandibular joint arthritis, temporomandibular joint dysfunction, odontogenic pain.

For citation: Lyashev I.N., Ekusheva E.V. Pain in the clinical practice of the dentist: elusive simplicity // RMJ. 2017. № 24. P. 1770–1774.

Что приводит пациента к врачу? Какие симптомы являются превалирующими? В каком направлении проводить диагностический поиск? С чего начать лечение? Совокупность каких симптомов у каждого конкретного пациента определяет тактику дополнительного обследования?

Казалось бы, что может быть рутиннее жалоб на боль на приеме у стоматолога? На сегодняшний день, несмотря на общий рост в популяции профилактических мероприятий, орофациальная боль является причиной обращения именно к стоматологу в 16% случаев [1]. Не случайно в середине IX в. врачи этой специальности стали одними из первых использовать в своей работе анестезию, поскольку регулярно сталкивались со стонущими от боли пациентами. Родоначальником современной анестезиологии, по мнению Американской стоматологической ассоциации, является американский врач Хорас Уэллс, впервые применивший во время стоматологических манипуляций закись азота на себе, а потом и на своих пациентах и написавший ряд научных работ, посвященных обезболиванию в стоматологии. Трагичное стечение обстоятельств жизни Х. Уэллса привело к забвению и гибели талантливого доктора; однако признанием его заслуг перед человечеством стала надпись на надгробном памятнике, установленном в его честь в Париже: «Хорас Уэллс, изобретатель анестезии» [2].

Распространенность орофациальной боли в общей популяции составляет 7–10% [3, 4], причем ее хронический вариант наблюдается, по данным разных авторов, у 11–15% [4–6]. Болевые феномены в области лица и полости рта могут быть обусловлены весьма разнообразными причинами: патологией зубочелюстного аппарата, заболеваниями нервной системы, пазух носа, глаз, что связано с многообразием анатомического строения отдельных образований и структур области лица и рта и сложностью их структурно-функциональной организации, особенно периферического и центрального отделов нервной системы [3]. В частности, особенностями иннервации этой области являются: высокая плотность рецепторов поверхности кожи и слизистой лица; разнообразные Аδ-, Аβ-, С- и симпатические проводящие болевые импульсы волокна; отсутствие четких границ и общность иннервации многочисленных орофациальных анатомических структур черепно-мозговых нервов в этой области [7]. Следует отметить полиморфную клиническую картину, полиэтиологичность и

многофакторность в основе возникновения болевого синдрома в области лица и полости рта и сложность объективного определения причин при большинстве вариантов орофациальной боли, а также, как правило, отсутствие выявляемого морфологического субстрата заболевания [8]. Это объясняет столь высокий процент больных первичного приема стоматологов (25–76%), предъявляющих жалобы на боль, не имеющую отношения к зубочелюстной системе и без морфологических изменений в полости рта [9].

Существующие на сегодняшний день классификации и диагностические критерии орофациальной боли, предложенные Международной ассоциацией по изучению боли (англ.: The International Association for the Study of Pain, IASP) [10], Американской академией по изучению орофациальной боли (англ.: American Academy of Orofacial Pain, AAOP) и Международным обществом по изучению головной боли (англ.: International Headache Society, IHS), Международная классификация головной боли (подразделы 11.6–11.8 и 13.1–13.12 МКГБ-3 бета, 2013 г.) [11] используются наиболее часто в клинической практике специалистов в этой области. Однако они имеют ряд недостатков и неточностей как в области терминологии обширного синдрома орофациальной боли, так и с точки зрения диагностических критериев различных по этиопатогенезу относящихся к этому синдрому заболеваний и состояний [8]. Следует отметить, что наиболее удобным в клинической практике с точки зрения диагностики и дальнейшего ведения пациентов является разделение вариантов орофациальной боли: по своей природе – на стоматогенные и экстраоральные; по течению болезни – на острые или хронические; по локализации – на одно- или двусторонние болевые феномены.

Согласно классификации IASP (2-е изд., 2011) выделяют следующие варианты болевого синдрома: нейропатический, скелетно-мышечный, вследствие повреждения ротовой полости, носа, уха различной этиологии и др. (табл. 1).

К последним относятся, прежде всего, рутинные и не вызывающие особых проблем для диагностики и лечения одонтологии на фоне эмалево-дентинных дефектов, пульпиты с наиболее интенсивным болевым синдромом, периодонтиты и периапикальные воспалительные процессы со значительно менее выраженной болью, альвеолит, или «сухая лунка», синдром прорезывающегося зуба и т. д. Также в эту группу относят атипичную одонтоалгию, а в настоящее время и синдром пылающего рта – эти два забо-

левания относят к незубной орофациальной боли. Клиническими особенностями одонтогенного болевого синдрома являются: односторонние, чаще интенсивные и упорные боли; возможная реакция при физическом или химическом воздействии на причинный зуб; нередко усиление в ночное время; часто иррадиация в проекции нескольких ветвей тройничного нерва на стороне поражения; практически всегда определенный (полный или частичный) эффект от анальгетических средств, особенно нестероидных противовоспалительных препаратов, и его отсутствие от средств из группы антидепрессантов и антиконвульсантов. Как правило, не составляет труда выявление источника боли: при адекватном лечении болевой синдром купируется на фоне стоматологического лечения. В основном данная группа пациентов ввиду специфики патологии на этапе первичного приема у врача-стоматолога получает лечение с большим или меньшим эффектом.

Орофациальные боли нейропатической природы включают различные нозологические варианты, в т. ч. вторичные, развившиеся на фоне травмы или ятрогенные; инфекции вирусной этиологии, реже – аутоиммунной или онкологической природы. Необходимо отметить, что клинический паттерн нейропатической боли отличается динамичным развитием и разнообразными характеристиками, которыми пациент пытается описать всю гамму разнообразных ощущений, которые его беспокоят: жжение, покалывание, прострелы, чувство мороза на коже, зуд и др. Именно поэтому необходимо дать возможность больному как можно более подробно «рассказать про свою боль». Как правило, эта категория пациентов попадает на прием к неврологу по направлению от других специалистов, осмотревших его на этапе первичного обращения, – стоматолога, челюстно-лицевого хирурга, отоларинголога или офтальмолога, реже – самостоятельно. И зачастую этот путь занимает не один месяц, что приводит к ненужным манипуляциям, неправильному и часто неоправданному лечению, хронизации боли и выраженной дезадаптации больных.

К орофациальным болям относятся боли на фоне дисфункции или артрита височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Соответственно локализации пациенты данной группы могут искать консультации как стоматолога (до 76% больных [12]), так и невролога, реже – челюстно-лицевого хирурга и других специалистов. Распространенность данной патологии в популяции составляет 10–15% [4, 13].

По нашим наблюдениям, на современном этапе развития медицины существует некоторая неоднородность в протоколе диагностики болевого синдрома мышечно-скелетного

происхождения. С одной стороны, существует такое явление, как гипердиагностика дисфункции ВНЧС, в первую очередь в среде специалистов-стоматологов, и связанные с этим излишние обследования, диагностические и терапевтические вмешательства. С другой стороны, особенно среди специалистов, не имеющих стоматологического образования, зачастую имеет место недооценка роли стоматологической патологии в этиологии и поддержании орофациальной боли [14]. Частота встречаемости болевого синдрома в той его степени, которая требует немедленного лечения, составляет 1–2% у детей, 5% у подростков и 5–12% у взрослых [15]. При этом признаки клинически «незвучащей» дисфункции ВНЧС без болевых проявлений в виде крепитации, дефлексии или девиации нижней челюсти, напряжения мышц и болезненности при пальпации периартикулярных тканей при активном осмотре профильными специалистами наблюдаются гораздо чаще – до 40% случаев [16]. Дисфункция ВНЧС в 70–89% не сочетается с воспалительными изменениями в ВНЧС [12], однако в патогенезе развития дисфункции сустава определяется четкая корреляция между внутрисуставными нарушениями и выявляемыми с помощью инструментальных методов диагностики признаками капсулита или синовита [17].

Вследствие широкой рекламы такого коммерчески развитого направления медицины, как стоматология, особенно часто на первичном приеме у стоматолога могут оказаться непрофильные пациенты, жалобы которых тем не менее сходны с обычными жалобами стоматологического больного, или пациенты с многофакторным и полиэтиологическим болевым синдромом, ведение которых требует участия врачей нескольких специальностей – неврологов, нейрохирургов и отоларингологов. С другой стороны, с целью привлечения как можно большего количества потенциальных клиентов, стоматологические клиники и отдельные специалисты зачастую позиционируют себя как медицинские центры по оказанию помощи пациентам с целым рядом сопутствующей патологии, в т. ч. неврологической, опорно-двигательного аппарата и т. д., при этом зачастую не обладая ни опытом, ни знаниями, ни соответствующей оснащенной базой для ведения подобного рода больных. Также ситуация может усугубляться неоднозначностью жалоб и гетерогенностью клинической картины при различных вариантах болевого синдрома, зачастую маскирующих одну патологию под другую и требующих либо разнообразных знаний и известного рода интуиции при проведении дифференциальной диагностики, либо привлечения профильных специалистов для совместного ведения этой категории «трудных» пациентов. В реальной жизни эти больные встречаются гораздо чаще, чем принято считать, и неоднократно посещают стоматолога, отоларинголога, челюстно-лицевого хирурга, невролога и даже психиатра, претерпевают множество разнообразных исследований и назначений и редко получают адекватную помощь и долгожданное облегчение. В качестве примеров непростых маршрутов больных с длительной историей орофациальной боли приводим несколько наблюдений из собственной клинической практики.

Клинический пример № 1

Пациентка Ю., 24 года, обратилась к челюстно-лицевому хирургу с жалобами на постоянные ноющие и ломящие боли в области II ветви левого тройничного нерва, иррадиирующие в угол нижней челюсти и левое ухо; на выраженное ограничение при открывании рта и преимущественное жевание на правой половине ротовой полости; а также на заметную асимметрию лица.

Таблица 1. Синдромы, условно локализованные в области головы и шеи

I	Невралгия головы и лица
II	Краниофациальные боли скелетно-мышечного происхождения
III	Поражение уха, носа и полости рта – отиты, пульпиты, периодонтиты, периапикальные абсцессы, синдром прорезывающегося зуба, фурункулы, перихондриты
IV	Первичная головная боль, сосудистые нарушения, синдромы спинномозговой жидкости, перекрестные синдромы головной боли
V	Боли в области лица, головы и шеи психологической природы
VI	Субокципитальные и цервикальные скелетно-мышечные нарушения
VII	Висцеральные боли в области шеи

Из анамнеза: болевые ощущения возникли 1,5 года назад, когда после сильного переохлаждения появились периодические интенсивные боли в области II ветви левого тройничного нерва. Была обследована отоларингологом по месту жительства, который после обнаружения кисты в левой гайморовой пазухе произвел открытую гайморотомию с цистэктомией, не оказавших никакого влияния на выраженность болевого синдрома. В дальнейшем были сделаны две повторные эндоскопические ревизии пазухи, которые также не имели эффекта. При очередном эндоскопическом осмотре между оперативными вмешательствами отоларингологом был обнаружен болезненный элемент в области левого слухового прохода, предположительно пуста, по поводу которого пациентке был рекомендован левомеколь местно. После обращения к неврологам был назначен габапентин (600 мг/сут), на второй день лечения боль регрессировала в значительной степени, в связи с чем пациентка самостоятельно отменила препарат через месяц его приема. После очередного переохлаждения появилось уже постоянное ощущение распирания и потягивания слева, на фоне которого возникали периодические приступообразные простреливающие и жгучие боли, в связи с чем отмечалось нарушение сна в виде сложности засыпания. После обращения к стоматологу по месту жительства был поставлен диагноз «одонтоалгия» и произведено последовательное удаление жевательной группы зубов (26–28) в области верхней челюсти на стороне боли. Постоянные боли стали более интенсивными, жгучие прострелы более длительными и частыми, пациентка с трудом могла заснуть. Назначение препаратов, содержащих флупиртин, карбамазепин, флувоксамин и эторикоксиб, имело кратковременный и частичный противоболевой эффект.

При осмотре: асимметричная деформация челюстей при заметном увеличении проекции угла нижней челюсти справа; выраженная гипертрофия жевательной мышцы справа; гипермобильность в области обоих ВНЧС с незначительной крепитацией в них. В полости рта: слева потеря жевательной группы зубов верхней челюсти и вторичная зубоальвеолярная деформация со снижением межальвеолярной высоты слева.

Проведены конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) лицевого скелета для уточнения вида деформации и повреждения твердых тканей и магнитно-резонансная томография (МРТ) ВНЧС для диагностики возможной патологии сустава и околоуставных тканей. Для проведения комплексного лечения имеющейся деформации лицевого скелета и болевого синдрома консультирована совместно с ортодонтом и неврологом, а в последующем, после обнаружения высоких титров вируса герпеса человека (ГВЧ) 6-го типа в крови и слюне направлена к дерматовенерологу в Герпетический центр.

Таким образом, спустя почти 2 года была диагностирована постгерпетическая невралгия II ветви тройничного нерва слева на фоне хронической герпетической инфекции 6-го типа. Рекомендована длительная противовирусная, иммуномодулирующая и противоболевая терапия, включающая препараты из группы антиконвульсантов. В течение недели после начала лечения пациентка отметила значительное уменьшение длительности и выраженности болевого синдрома, жгучие прострелы прекратились. Через месяц наблюдала полное исчезновение болевых феноменов при периодическом ощущении стягивания левой половины лица, в связи с чем самостоятельно прекратила прием всех препаратов. Через несколько дней болевой синдром возобновился, пациентка возобновила рекомендованную терапию с выраженным положительным эффектом. В дальнейшем в течение полугода были неоднократные попытки самостоятельной коррекции назначенного лечения или отмены части принимаемых препаратов, что вызывало рецидив болевого синдрома в области лица и полости рта. После длительной поездки в зимний период в страну тропического климатического пояса, в течение двух ме-

сяцев отмечалась значительно бо́льшая интенсивность болевого синдрома, несмотря на проводимое лечение и увеличение суточной дозы принимаемых препаратов. После последнего визита проведена разъяснительная беседа о необходимости длительной терапии под наблюдением профильных специалистов.

Данный клинический пример иллюстрирует ситуацию недостаточной диагностики этиологии болевого синдрома на этапе первичного приема, что, вероятно, обусловлено недостаточным знанием этой патологии, выходящей за рамки только одной специальности отоларинголога или стоматолога. Как уже говорилось выше, жалобы, полиморфная и динамичная клиническая картина пациентов с орофациальной болью могут дезориентировать несведущего в неврологии стоматолога и даже побудить его к проведению необоснованных лечебно-диагностических мероприятий. Вместе с тем тщательный сбор анамнеза и анализ течения заболевания, а также правильная интерпретация результатов физикального обследования могли бы позволить пациенту избежать ненужных страданий и, по сути, калечащих хирургических вмешательств.

В ряде случаев у пациента с орофациальной болью могут быть определенные предпосылки к развитию болевого синдрома, как часто бывает, например, в случаях с дисфункцией ВНЧС. В качестве примера можно привести широко известный синдром идиопатической или прогрессирующей кондилорезорбции (англ.: *idiopathic condylar resorption/progressive condylar resorption*, ICR/PCR) у пациентов с высоким углом окклюзионной плоскости и тенденцией к вертикальному типу роста лицевого скелета. Данная патология, сопровождающаяся структурным нарушением ВНЧС, в ряде случаев осложняется развитием болевого синдрома вследствие дислокации внутрисуставного диска сустава и компрессии богато иннервированной и васкуляризированной биламинарной зоны.

Клинический пример № 2

Пациентка Б., 26 лет, обратилась к челюстно-лицевому хирургу с жалобами на сильные приступообразные простреливающие боли в области II ветви правого тройничного нерва. Диагностирована болевая дисфункция ВНЧС.

Из анамнеза: в течение жизни неоднократно отмечала эпизоды ограничения открывания рта и периодические болевые ощущения в области обоих ВНЧС при движении нижней челюсти. Вышеуказанные интенсивные боли в области лица возникли 8 мес. назад после стресса и длительного переохлаждения (живет в субарктическом климатическом поясе) и провоцировались пережевыванием твердой пищи и переохлаждением. Обследование по месту жительства: ортопантограмма; МРТ головного мозга (3 Тесла) в режиме T2 FSE с последовательностью FIESTA и мультиспиральная компьютерная томография сосудов головного мозга – патологии не выявило. Прием карбамазепина в дозе 200 мг/сут в течение месяца привел к полному исчезновению болевого синдрома. Спустя 4 мес. после переохлаждения возникли аналогичные высокоинтенсивные пароксизмы боли. Возобновление приема карбамазепина 200 мг/сут и добавление препаратов альфа-липоевой кислоты привело к выраженному регрессу болевого синдрома, однако периодически продолжали возникать кратковременные приступы интенсивной боли преимущественно при чистке зубов, приеме твердой пищи, длительном разговоре, в связи с чем пациентка практически перестала есть на стороне боли, возник страх перед приемом твердой пищи.

При осмотре: врожденная деформация лицевого скелета; открытый прикус; крепитация и другие акустические феномены в

области ВНЧС. Болезненная пальпация жевательных и височных мышц, больше справа. Ограничение открывания рта из-за болезненных ощущений в области ВНЧС преимущественно справа.

КЛКТ лицевого скелета обнаружила нарушение развития лицевого скелета с недоразвитием средней и особенно нижней зоны лица; с высоким углом окклюзионной плоскости, укорочением ветвей нижней челюсти. По данным МРТ ВНЧС выявлена полная вентральная дислокация суставных дисков обоих ВНЧС без репозиции. Для проведения комплексного лечения имеющейся деформации консультирована совместно с ортодонтом, который рекомендовал ношение расслабляющей капы. Направлена к неврологу для уточнения этиологии болевого синдрома и дальнейшей тактики лечения; а после обнаружения в крови и слюне высоких титров ГВЧ 6-го типа и вируса Эпштейна – Барр в крови и слюне направлена к дерматовенерологу в Герпетический центр.

Таким образом, далеко не сразу был поставлен диагноз: постгерпетическая невралгия II ветви тройничного нерва справа на фоне хронической сочетанной герпетической инфекции (вирус Эпштейна – Барр и ГВЧ 6-го типа). Миофасциальный болевой синдром мышц лица, преимущественно справа. Дисфункция ВНЧС, полная вентральная дислокация дисков обоих ВНЧС без репозиции.

На первом этапе лечения рекомендована длительная противовирусная, иммуномодулирующая и противовоспалительная терапия, включающая препараты из группы антиконвульсантов. На фоне 7-месячной комплексной и непрерывной терапии с повторными исследованиями и под наблюдением профильных специалистов (невролога и дерматовенеролога) болевой синдром полностью регрессировал.

Второй этап мультидисциплинарного ведения рассматриваемой больной предполагал функциональную подготовку к оперативному вмешательству в объеме двусторонней артротомии ВНЧС с репозицией и фиксацией суставных дисков. После проведения указанного хирургического лечения пациентка продолжила ношение стабилизирующей капы на период заживления в течение 3-х месяцев после проведенной операции. Планируется третий этап, который предполагает ортодонтическую подготовку и последующее оперативное лечение имеющейся скелетной деформации с формированием правильных окклюзионных взаимоотношений. Необходимо отметить полное отсутствие болевого синдрома в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, что не могло не сказаться на мотивации пациентки к проведению этапных хирургических вмешательств.

Данный клинический случай демонстрирует многофакторность и полиэтиологичность орофациальной боли. Несмотря на наличие явных клинических признаков, традиционно сопутствующих болевой дисфункции ВНЧС, последняя хотя и имела место у рассматриваемой пациентки, но была не единственной причиной, вызывающей болевой синдром.

И в первом и во втором клиническом случае отмечались симптомы дисфункции ВНЧС, деформации лицевого скелета, дисбаланс тонуса парачелюстных мышц либо сочетание в разной пропорции перечисленных симптомов. Подавляющее большинство пациентов из наблюдаемой нами группы нуждались в локальной или комплексной стоматологической реабилитации независимо от имеющегося болевого синдрома, а также обязательном мультидисциплинарном подходе с участием врачей различных специальностей.

Клинический пример № 3

Пациентка К., 28 лет, консультирована челюстно-лицевым хирургом по поводу асимметричной деформации лица за счет увеличенного объема жевательной мышцы справа. С целью уточнения вида скелетной деформации и имеющихся повреждений твердых тканей проведена КЛКТ лицевого скелета, показавшая

неравномерную структуру костной ткани в области правой ветви нижней челюсти с резко выраженным контуром утолщенной надкостницы. Проведенная МРТ ВНЧС обнаружила отек в области надкостничной муфты ветви нижней челюсти справа.

Из анамнеза: обратилась к стоматологу в мае 2017 г. с жалобами на наличие крайне неприятного ощущения и болезненного напряжения в области жевательной мышцы справа и дискомфорт, возникающий в связи с этим при жевании и в покое. Диагностирован миофасциальный болевой синдром, и пациентка направлена к гнатологу. Последующее комплексное исследование обнаружило дисбаланс тонуса жевательной мускулатуры, в связи с чем рекомендовано изготовление и ношение релаксирующего спланта для снижения тонуса указанной группы мышц. В дальнейшем консультирована стоматологом-хирургом: выявлено затрудненное прорезывание нижнего III моляра справа с формированием синдрома прорезывающегося зуба. Произведена экстракция причинного зуба, послеоперационный период протекал без особенностей, вместе с тем в отдаленном периоде исходные жалобы на дискомфорт и повышенный тонус жевательной мышцы справа сохранялись.

После лабораторного обследования (общий и биохимический анализы крови и мочи, трепанобиопсия области ветви нижней челюсти с последующим гистологическим исследованием) у пациентки диагностирован гиперпластический остеомиелит ветви нижней челюсти справа. В настоящее время ожидаются результаты гистологического исследования, после которого будет назначен курс необходимой терапии.

Таким образом, данный клинический пример демонстрирует противоположную ситуацию гипердиагностики. Пациентке был поставлен ошибочный диагноз миофасциального болевого синдрома и начато соответствующее лечение, тогда как исследуемая патология являлась одонтопатией или орофациальной болью и относилась к зубочелюстной системе, причина ее возникновения была скрыта в не диагностированном вовремя хроническом воспалительном процессе.

Одонтопатии различного происхождения традиционно первенствуют на первичном приеме врача-стоматолога. Согласно нашим клиническим наблюдениям, среди остальных пациентов, имевших болевой синдром неodontогенного происхождения, преобладали больные с невралгической или невропатической патологией, особенно герпетической этиологии, а также пациенты с имеющейся болевой дисфункцией ВНЧС и воспалительными изменениями в суставе – капсулитом или синовитом.

Резюмируя сказанное, мы хотели бы привлечь особое внимание специалистов к непростой группе пациентов с орофациальной болью. Тщательное сопоставление предъявляемых жалоб, анамнеза, клинического течения заболевания и данных объективного исследования поможет клиницисту обнаружить маскирующуюся до поры более серьезную неврологическую и хирургическую патологию. С одной стороны, это избавит страдающего, ищущего и не находящего помощи пациента от ненужных и зачастую вредных лечебных мероприятий, а с другой – избавит врача от неудовлетворенности результатами лечения.

Безусловно, важным условием для установления точного диагноза и залогом успешного лечения является углубленное и всестороннее изучение этиопатологии орофациальной боли и лежащих в ее основе нейробиологических механизмов, а также тесное взаимодействие и сотрудничество с коллегами разных специальностей на всех этапах лечения этих «трудных» пациентов.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>