

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания.....	5
Предисловие.....	10
Список сокращений и условных обозначений	11
Глава 1. Эпидемиология орофациальной боли.....	13
Глава 2. Топографо-анатомические особенности орофациальной области	20
2.1. Анатомия орофациальной области.....	20
2.2. Мышцы орофациальной области.....	33
2.3. Строение височно-нижнечелюстного сустава	38
2.4. Топографо-анатомические особенности носа и околоносовых пазух	54
2.5. Топографо-анатомические особенности слухового и вестибулярного анализаторов.....	60
2.6. Анатомо-физиологические особенности строения орбиты и смежных областей.....	65
Глава 3. Классификация орофациальной боли.....	94
Глава 4. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при орофациальной боли.....	105
Глава 5. Орофациальные боли при стоматологических заболеваниях	127
5.1. Орофациальная боль, связанная с нарушением дентоальвеолярных и сопутствующих структур.....	127
5.2. Боль слизистой оболочки полости рта.....	131
5.3. Гнатологические аспекты морфологической и функциональной связи органов зубочелюстно-лицевой системы	142
5.4. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.....	165
5.5. Бруксизм.....	171
5.6. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и бруксизма	180
5.7. Лечение бруксизма и мышечно-суставной дисфункции	224
5.8. Артрит височно-нижнечелюстного сустава.....	248
5.9. Дифференциальная диагностика заболеваний височно- нижнечелюстного сустава и некоторых заболеваний орофациальной области.....	252
Глава 6. Неврологические проявления орофациальных болей.....	273
6.1. Миофасциальная орофациальная боль.....	273
6.2. Орофациальная боль, связанная с поражением или заболеванием черепных нервов.....	281
6.3. Орофациальные боли наподобие проявлений первичных головных болей	288
6.4. Нейроваскулярная орофациальная боль	292
6.5. Идиопатическая орофациальная боль	292
6.6. Постоянная односторонняя лицевая боль с приступами.....	294

Глава 7. Орофациальные боли в оториноларингологии	297
7.1. Орофациальные боли при заболеваниях носа и околоносовых пазух	297
7.2. Орофациальные боли при патологии глотки и гортани	318
7.3. Орофациальные боли при патологии слухового и вестибулярного анализаторов.....	338
Глава 8. Окулофациальные боли	357
8.1. Астенопия.....	357
8.2. Заболевание глазной поверхности (синдром «сухого» глаза, «сухой» кератоконъюнктивит).....	360
8.3. Односторонний задний склерит	363
8.4. Увеит	368
8.5. Острый приступ закрытоугольной глаукомы.....	374
8.6. Неврит зрительного нерва и острые оптические невротии	377
8.7. Неспецифические воспаления орбиты	381
Глава 9. Орофациальные боли в психиатрической практике	388
9.1. Особенности орофациальных болей в психиатрии	388
9.2. Феноменология. Дифференциальная диагностика.....	390
9.3. Психосоциальная оценка пациента с орофациальной болью	392
9.4. Комплексное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение.....	401
Глава 10. Немедикаментозные методы лечения.....	403
10.1. Физиотерапия	403
10.2. Остеопатическая коррекция.....	457
10.3. Рефлексотерапия	474
10.4. Медицинский массаж	481
Глава 11. Нейрохирургическое лечение тригеминальной невралгии	486
11.1. Особенности клинического течения, этиологические факторы и диагностика тригеминальной невралгии	486
11.2. Пункционные методики лечения тригеминальной невралгии.....	491
11.3. Микрохирургическая васкулярная декомпрессия.....	493
Глава 12. Вопросы интегративного подхода при обучении специалистов, занимающихся проблемой орофациальной боли	499
Предметный указатель	503

Глава 1

Эпидемиология орофациальной боли

Орофациальная боль (ОФБ) — состояние, имеющее как соматическую, так и психологическую составляющую и возникающее в первую очередь в структурах, иннервируемых тройничным нервом. Оно представляет проблему для миллионов людей по всему миру, поскольку мешает повседневной деятельности, социальным отношениям и влияет на качество жизни человека.

Стратегия диагностики ОФБ должна проводиться путем определения этиологии и составления плана лечения в соответствии с ней. С позиций топографической анатомии головная боль затрагивает глазную ветвь тройничного нерва и дерматомы большого и малого затылочных нервов, тогда как орофациальная боль, согласно последней Международной классификации расстройств головной боли, возникает ниже инфраорбитомеатальной линии, выше шеи и впереди от ушной раковины, в дерматомах, иннервируемых максиллярной и мандибулярной ветвью тройничного нерва. В отличие от головной боли, при которой преобладают первичные головные боли, ОФБ часто является вторичной и может быть признаком наличия других патологий, например таких, как синусит или дентоальвеолярные воспалительные процессы. Она может наблюдаться приблизительно у 10% пациентов с первичными головными болями (мигренью, кластерными болями) и в таких случаях входит в симптомокомплекс первичной головной боли.

Иногда диагностические исследования не выявляют признаков органического поражения, а лицевая боль присутствует — у таких пациентов диагностируют идиопатическую (первичную) ОФБ.

Поскольку часто причины лицевой боли вторичны по отношению к поражению прилегающих структур, чаще всего дентоальвеолярной, первым врачом для пациентов с лицевой болью во многих случаях являются стоматологи. Однако стоматологическое диагностическое обследование в ряде клинических ситуаций не выявляет никакой определенной этиологии процесса, несмотря на типичное проявление «зубной» боли. Такие пациенты многократно посещают врачей разных специальностей, прежде чем из-за неадекватного ответа на лечение в конечном итоге обращаются за помощью в специализированный центр головной и лицевой боли.

В клинической практике определение этиологии ОФБ может быть исключительно сложной задачей. Неопределенный диагноз иногда приводит к ненужным попыткам интервенционного вмеша-

тельства. Например, предполагалось стоматологическое происхождение и зуб был удален, но лицевая боль остается неизменной. Поэтому можно постулировать, что междисциплинарное сотрудничество специалистов [например, стоматолога, оториноларинголога (ЛОРа), невролога] имеет решающее значение для установления точного диагноза.

В связи с этим использование общей терминологии в классификации лицевых болевых синдромов является важным первым шагом, конечная цель которого — лучшее понимание лицевых болевых синдромов и улучшение качества лечения. Для лучшей классификации расстройств ОФБ Международное общество головной боли (International Headache Classification, IHS), Международная ассоциация по изучению боли (International Association for the Study of Pain, IASP), Международная сеть по методологии орофациальной боли и связанных с ней расстройств и Американская академия орофациальной боли совместно представили первое издание книги «Международная классификация орофациальной боли» 2020 г. (МКОБ-1, ICOP-1). Структура и содержание строго соответствуют логике Международной классификации расстройств головной боли. Согласно МКОБ-1, лицевая боль подразделяется на шесть категорий.

1. ОФБ, связанная с поражением зубочелюстных и анатомически связанных структур.
2. Миофасциальная ОФБ.
3. Боль в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС).
4. ОФБ, связанная с поражением или заболеванием черепных нервов.
5. ОФБ, напоминающие проявления первичных головных болей.
6. Идиопатическая ОФБ.

Первые три категории представляют заболевания, затрагивающие прилегающие структуры, и их обычно лечат стоматологи. Позиции с четвертой по шестую включают болевые синдромы, при которых никакие морфологические корреляты со стороны зубов, пародонта или ВНЧС не объясняют боль.

Распространенность лицевых болей среди населения в целом невелика по сравнению с заболеваемостью головной болью. По данным голландских авторов, оценочная частота возникновения любой лицевой боли составляет 38,7 на 100 000 человеко-лет, причем женщины страдают от нее несколько чаще, чем мужчины. Недавно проведенное британское исследование показало, что распространенность ОФБ составляет порядка 2% среди населения в целом, причем в половине случаев боль является хронической и встречается у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин. Расхождение между обоими исследованиями отражает сложность оценки истинной распространенности лицевой боли, частично из-за большого разнообразия определений и отсутствия общей терминологии для лицевой боли. Кроме того, как указывают шведские исследователи, некоторые пациенты могут обращаться к другим специалистам, например к ЛОРам, из-за локализации боли, что еще больше усложняет оценку распространенности/заболеваемости.

В то же время, по мнению других авторов, ОФБ является третьей по распространенности среди взрослого населения после болей в позвоночнике и коленных суставах, этой патологией страдают до 15% населения.

Эта патология оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов, приводит к очень серьезным социальным и финансовым затратам. Наиболее часто встречаются ОФБ, связанная с нарушением дентоальвеолярных и сопутствующих структур, миофасциальная ОФБ и боль в ВНЧС. Острая боль в орофациальной области, как правило, связана с болью в зубах, в то время как хроническая — с костно-мышечными нарушениями и патологиями ВНЧС. Патологии нижне-

челюстного сустава включают боль и нарушение функции жевательных мышц, сустава и связанных с ними областей.

Эпидемиология конкретного заболевания в соответствии со структурой МКОБ-1 следующая: распространенность зубной боли в течение жизни оценивается в 7–32%, а боль или дискомфорт во рту, зубах или деснах варьирует в пределах 19–66%. Распространенность миофасциальной боли в области челюсти и лица с длительностью в течение 1 года колебалась от 4 до 19% в зависимости от диагностических критериев, а частота возникновения боли в ВНЧС в течение 1 года составляла 8% среди студентов университетов. Таким образом, орофациальные расстройства, отнесенные к первым трем главам МКОБ-1, относительно распространены и, вероятно, являются причиной большинства пациентов с ОФБ. Что касается ОФБ, связанной с черепными нервами, частота невралгии тройничного нерва колебалась от 4 до 20 на 100 000 человеко-лет, а распространенность составляла 0,01–0,02%, тогда как частота невралгии языкоглоточного нерва в 5–10 раз ниже по сравнению с невралгией тройничного нерва.

Эпидемиологические исследования невропатической ОФБ, кроме невралгии, все еще отсутствуют, как и исследования лицевых проявлений головной боли на уровне сообществ.

Однако имеется большое количество эпидемиологических исследований первичных головных болей. Распространенность мигрени во всем мире составляет 14,4% (13,8–15,0), и в 2,3–8,9% случаев сообщается о поражении лица, что соответствует примерно 0,3–1,3% общей популяции с «лицевой» локализацией мигрени. Примечательно, что тригеминальные вегетативные цефалгии с большей вероятностью локализуются на лице (14,8–45%), но их распространенность остается крайне низкой (0,1%) в общей популяции. Если говорить об идиопатических ОФБ, частота персистирующей идиопатической лицевой боли составляла 4,4 на 100 000 человеко-лет, а распространенность — 0,03%. Эти более ранние исследования проводились до МКОБ-1, и исходя из определения конкретного клинического случая некоторые из них могут включать пациентов с невропатической болью, тогда как МКОБ-1 теперь позволяет дифференцировать и, следовательно, провести надлежащее исследование.

В целом можно констатировать, что эпидемиологические исследования первичной ОФБ по-прежнему недостаточны. Лицевая боль дентоальвеолярной или миофасциальной этиологии является наиболее распространенным типом, за ней следуют лицевые проявления головной боли из-за высокой распространенности первичных головных болей. Невралгия/невропатическая лицевая боль, или идиопатическая ОФБ, встречается относительно редко.

Во многих исследованиях показана вариабельность распространенности ОФБ в зависимости от социально-экономического статуса пациента. Более высокая распространенность зубочелюстной боли у пациентов, посещающих государственные клиники, по сравнению с теми, кто посещает частные клиники, может свидетельствовать о связи зубочелюстной боли и социально-экономического статуса пациента, поскольку государственные клиники являются ключевыми ресурсами, но недостаточными для удовлетворения потребностей обслуживаемых групп населения. Другие данные, включая наличие записей о восстановительном лечении, но не уходе за зубами, а также о потере постоянных зубов, могут указывать на прошлое или настоящее плохое здоровье полости рта. Общая распространенность также была выше в странах с низким уровнем дохода, и исследования подчеркивают важность информирования пациентов об опасностях, связанных с самолечением и поздним обращением за лечением. Во многих исследованиях сообщается, что распространенность ОФБ снижается в старших возрастных группах, однако

неясно, почему. В оцененных в современном метаанализе всех 39 исследованиях у женщин общая распространенность или заболеваемость ОФБ выше, чем у мужчин, что объясняется биологическими, гормональными, стрессовыми факторами и психосоциальными характеристиками. Гендерно-специфические механизмы, по-видимому, играют роль не только при возникновении лицевой боли, но и при переходе от острой формы к хронической.

Существуют значительные различия в гендерном отношении и среди пациентов, страдающих ОФБ, связанные с ВНЧС — с раннего подросткового возраста пациентки женского пола превалируют над пациентами мужского пола и к взрослому состоянию женщины превосходят мужчин в 2 раза по частоте встречаемости этой патологии.

В последние годы наблюдается рост частоты встречаемости ОФБ — шведское исследование продемонстрировало увеличение распространенности этой патологии в течение периода наблюдения (8 лет), причем при развитии персистирующего характера боли. Надо отметить, что только незначительная часть пациентов смогли добиться выздоровления. Это исследование показало незначительную (около 9%) частоту обнаружения ОФБ, связанной с болью в зубах, однако в других географических регионах значительную долю ОФБ могут составлять боли дентоальвеолярного происхождения. Боли, связанные с ВНЧС, имеют высокую распространенность — ею страдают до 20% населения. Наиболее часто встречается миалгия, которая, как и артралгия, приводит к ограничению функций жевательных мышц и сустава.

Исследование, проведенное в Саудовской Аравии, показало связь ОФБ с ВНЧС и депрессией, тревогой, соматическими патологиями у детей и подростков, что подчеркивает необходимость ранней диагностики такой патологии.

Известно, что ОФБ, особенно связанные с ВНЧС, часто встречаются у музыкантов, играющих на духовых инструментах. Это связано с перегрузками жевательных мышц и ВНЧС, возникающих в результате профессиональной деятельности — монотонных повторяющихся движений стоматогнатической системы, сопровождающихся приложением значительной силы при репетициях и выступлениях, что приводит к болевым ощущениям, нарушениям движения ВНЧС, а также появлению звуковых эффектов (щелчкам) при активной работе ВНЧС. Дополнительным фактором, усугубляющим проявления заболеваний, в том числе поражений мышц и суставов, является высокий уровень тревоги и стресса, сопровождающих работу музыканта. Существуют различия в прилагаемой силе при использовании духовых инструментов в зависимости от их материала — было показано, что металлические духовые инструменты требуют приложения большего усилия, чем деревянные, что, в свою очередь, может приводить к различиям в степени проявления ОФБ. Известно, что нарушения ВНЧС имеют различия преваляирования, связанные с полом: частота встречаемости у женщин в 5 раз превосходит ее у мужчин. Значительным ограничением многих исследований распространенности ОФБ у музыкантов является включение в исследование только музыкантов, занимающихся профессиональной деятельностью в период исследования, что исключает возможность включения в них специалистов, утративших возможность применения профессиональных навыков в результате тяжелых болевых и функциональных нарушений в области ВНЧС и жевательных мышц.

ОФБ, связанная с поражением черепных нервов, встречается сравнительно редко — распространенность поражения тройничного нерва составляет порядка 0,02%, а распространенность поражения языкоглоточного нерва встречается до 10 раз реже. Частота встречаемости хронической идиопатической ОФБ составляет 0,03% населения.

Частота ОФБ наподобие проявлений первичных головных болей незначительна — порядка 9% пациентов с мигренью сообщали о вовлечении лицевой зоны, что соответствует 1,3% пациентов с орофациальными проявлениями.

В развитых странах ОФБ является одним из состояний, которое достаточно хорошо определено, изучено и лечится. К сожалению, в отличие от отработанного лечения ОФБ в развитых странах, решение этой проблемы в развивающихся странах все еще находится на недостаточно высоком уровне. В настоящее время существует несколько факторов, которые считаются причинами неудачного лечения ОФБ в развивающихся странах. Один из них — недостаток знаний о симптомах ОФБ. Поэтому просвещение большего числа людей о признаках этого вида боли должно быть включено в комплексный план ее лечения в развивающихся странах.

Поскольку проблема ОФБ в развивающихся странах возникает на глубинном социокультурном уровне, образование должно охватывать не только тех, кто занимается лечением боли, но и тех, кто может ее испытывать. Более того, такое состояние проблемы инициирует дополнительные исследования в области ОФБ в развивающихся странах. Правильная формула лечения ОФБ в этих странах до сих пор не разработана должным образом. Последнее эпидемиологическое исследование распространенности ОФБ среди 1551 участника в Индонезии в одной из ее крупнейших провинций показало, что почти половина опрошенных участников (49,9%) испытывали или испытывают ОФБ в течение последних 6 мес. Исследование, проведенное К. Sipilä и соавт. (2012), посвященное изучению распространенности ОФБ и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) у 1501 жителя Финляндии и Таиланда, показало, что у тайцев выше риск жалоб на ОФБ, зубную боль и боль в лице. В то же время пилотное исследование в Малайзии, проведенное с участием 16-летних студентов в Келантане, показало, что у 44% из них их были ОФБ в течение последних 4 нед. Из 44% опрошенных 27% заявили, что они все еще испытывали боль во время интервью, однако только 8 из 27% обратились за профессиональной помощью.

Другое эпидемиологическое исследование, проведенное в Индии S.S. Oberoi и соавт. (2014) на 500 пациентах государственного стоматологического колледжа, показало, что 42,7% из 500 пациентов обращаются с жалобами на орофациальные болевые симптомы, причем зубная боль является наиболее частым симптомом (57,6%). Эпидемиологическое исследование, выполненное в Пакистане, показало, что 300 участников из 700 сообщили о наличии симптомов ОФБ. Такая высокая заболеваемость ОФБ в развивающихся странах может быть связана с несколькими причинами, одна из которых — отсутствие понимания критериев ОФБ. Несмотря на то что ОФБ четко определяется как боль, связанная с мягкими и/или минерализованными тканями в области рта и лица, не все слои населения знакомы с этим понятием. В течение многих лет ОФБ определялась и называлась болью, исходящей только от зуба. Процесс понимания концепции того, как боль в лице или полости рта может возникать независимо, без участия зуба, занял годы, прежде чем ее наконец удалось понять.

Исследования, посвященные оценке знаний стоматологов и специалистов по ОФБ, выявили разрыв в знаниях между этими двумя группами врачей, что указывало на необходимость более широкого включения материалов о хронической ОФБ на уровне бакалавриата. Концепция ОФБ, включая концепцию хронической боли или вызванной ДВНЧС, развивается. Одна из концепций, которая четко обозначила эволюцию концепции ОФБ, предложена S.F. Dworkin, J.A. Burgess (1987). Согласно этим представлениям, для развития и поддержания ОФБ большое значение имеет психологическое состояние пациента, которое необходимо учитывать