

# Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава: клинический разбор

К.м.н. И.Н. Ляшев<sup>1</sup>, д.м.н. Е.В. Екушева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ НКЦО ФМБА России, Москва

<sup>2</sup> ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, Москва

## РЕЗЮМЕ

Болевой синдром в области лица и полости рта характеризуется полиморфной клинической картиной, отличается полиэтиологичностью, многофакторностью и объективной сложностью определения разнообразных причин его возникновения. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) является одной из наиболее распространенных причин хронического болевого синдрома в области лица и полости рта в клинической практике, не связанных со стоматологическими заболеваниями, однако подавляющее большинство этих пациентов оказываются на первичном приеме именно у стоматолога, реже — у челюстно-лицевого хирурга. Следует отметить, что определенный вклад в развитие и дальнейшее поддержание патологического процесса при болевой ДВНЧС вносит нарушение анатомических взаимоотношений в височно-нижнечелюстном суставе, в т. ч. дислокация внутрисуставного диска и компрессия богато иннервированной и васкуляризированной биламинарной зоны сустава, что важно учитывать при ведении этих пациентов. В статье представлено клиническое наблюдение пациентки с болевой ДВНЧС. Комплексный подход клиницистов различного профиля к ведению пациентки с орофациальной болью явился залогом успешного исхода ее лечения. Таким образом, диагностика и дальнейшее лечение коморбидных заболеваний и состояний у пациентов с орофациальной болью крайне важны, поскольку позволяют более эффективно помочь этим больным.

**Ключевые слова:** орофациальная боль, лицевая боль, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, мигрень.

**Для цитирования:** Ляшев И.Н., Екушева Е.В. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава: клинический разбор // PMJ. Медицинское обозрение. 2018. № 9. С. 22–24.

## ABSTRACT

**Temporomandibular joint dysfunction: clinical discussion**

I.N. Lyashev<sup>1</sup>, E.V. Ekusheva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Federal Research and Clinical Center of Otorhinolaryngology, Moscow

<sup>2</sup> Institution of Advanced Training of Federal Medical and Biological Agency, Moscow

Pain syndrome in face and mouth is characterized by a polymorphic clinical picture, characterized by multifactorial etiology and objective complexity of determining a variety of causes for its occurrence. Temporomandibular joint pain dysfunction (TMJPD) is one of the most common causes of chronic pain in the face and oral cavity in clinical practice, not related to dental diseases, but the vast majority of these patients are at the initial consultation at the dentist less often — at the maxillofacial surgeon. It should be noted that a violation of anatomical relationships in the TMJ, including the dislocation of the intra-articular disc and compression of the richly innervated and vascularized bilaminar joint zone makes a particular contribution to the development and further maintenance of the pathological process in TMJPD, which is essential to consider in the management of these patients. The article presents a clinical observation of a patient with TMJPD. A comprehensive approach of clinicians of various profiles to the management of patients with orofacial pain was the key to the successful outcome of its treatment. Thus, diagnosis and further treatment of comorbid diseases and conditions in patients with orofacial pain are crucial, as they allow more effective help to these patients.

**Key words:** orofacial pain, facial pain, temporomandibular joint dysfunction, migraine.

**For citation:** Lyashev I.N., Ekusheva E.V. Temporomandibular joint dysfunction: clinical discussion // RMJ. Medical Review. 2018. № 9. P. 22–24.

## ПАТОЛОГИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И ОРОФАЦИАЛЬНАЯ БОЛЬ

На сегодняшний день существует определенная переоценка роли заболеваний, связанных с патологией зубочелюстной системы, в возникновении орофациальной боли. Одним из примеров данного подхода является болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС)

как наиболее распространенная причина хронического болевого синдрома в области лица и полости рта в клинической практике, не связанная со стоматологическими заболеваниями.

Многие вопросы патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) остаются актуальными, поскольку до сих пор отсутствует единое мнение об этиологии, патогенезе

и методах рационального и эффективного лечения ДВНЧС. Не существует и единой классификации, в которой бы учитывались разнообразные патологические процессы, развивающиеся в костных, хрящевых составляющих и прилегающих к ним мышечных и связочных структурах этого сложного анатомо-функционального образования. Многочисленные дискуссии по этим вопросам как в академических кругах, так и среди практикующих специалистов пока не смогли привести к формированию единой точки зрения. При этом подавляющее большинство пациентов с болевой ДВНЧС оказываются на первичном приеме именно у стоматолога — до 76% [1], реже — у челюстно-лицевого хирурга [2]. Вместе с тем признаки ДВНЧС различной степени выраженности определяются у 16–59% взрослого населения [3], притом что в 70–89% случаев наблюдается отсутствие каких-либо воспалительных изменений в области ВНЧС [4].

Наиболее вероятными причинами сложившейся ситуации являются отсутствие междисциплинарной коммуникации между специалистами, к которым обращаются пациенты с орофациальной болью, и специфика восприятия клинической картины врачами узконаправленного профиля, занимающимися лечением этих больных. Отчасти надо признать определенное несовершенство современной медицинской науки в плане формирования столь сфокусированного подхода к решению большинства клинических ситуаций. По мере накопления опыта и знаний клиницистами в специализированных разделах медицины происходит формирование определенного мировоззрения, позволяющего адаптировать и применять на практике полученные знания. Это зачастую приводит к некоторой заикленности специалиста на собственных методах лечения, а в случае неудачи последнего — к отрицанию ошибочного подхода и негативному отношению к пациенту и его проблеме. И напротив, специалисты узкого профиля торопятся направить больного на многочисленные инструментальные обследования, не уделяя должного внимания характеру жалоб и тщательному сбору анамнеза, или перенаправить к коллегам, в частности к неврологам или психиатрам, не оценив у пациента в полной мере клиническую картину с точки зрения своей специальности.

Концепция мультидисциплинарного подхода при анализе определенной клинической ситуации и поиска оптимальных терапевтических алгоритмов является наиболее выигрышной, пусть и не лишенной недостатков. В частности, она замечательно реализует себя при лечении коморбидных состояний, негативно влияющих на течение любого заболевания, которые, по нашим клиническим наблюдениям, достаточно часто отмечаются у пациентов с орофациальной болью. Болевой ДВНЧС последние годы придается большое значение как коморбидному расстройству при головной боли, поскольку высокая представленность этой патологии показана у пациентов с различными вариантами первичных цефалгий (до 67,1%) [5, 6], особенно у больных с эпизодической и хронической мигренью — в 86,8% и 91,3% случаев соответственно [7]. Наличие болевой ДВНЧС приводит к учащению приступов головной боли, существенно нарушает трудоспособность и еще больше снижает качество жизни пациентов с мигренью; наблюдаются также обратные клинические взаимоотношения этих двух заболеваний [8].

Реализация мультидисциплинарного подхода при ведении пациента с орофациальной болью после проведения первичного приема в идеале требует по мере необходимости дальнейших периодических консультаций в формате консилиума клиницистами разного профиля. На практике в подавляющем большинстве случаев, даже при одновременном наблюдении у нескольких специалистов, пациент может проходить лечение в условиях вполне понятной несогласованности лечебных мероприятий между ними. Это, безусловно, связано с изначальным отсутствием унифицированного алгоритма диагностики и лечения пациентов с орофациальной болью, общепринятого и утвержденного среди врачей различных специальностей.

В связи со сложившейся ситуацией ответственность каждого из специалистов, участвующих в процессе лечения пациента с болевым синдромом, значительно возрастает. С одной стороны, необходимо уметь грамотно дифференцировать патологию, относящуюся к сфере компетенции данного клинициста, а с другой — уметь правильно соотносить предъявляемые жалобы с клинической картиной у пациента и результатами полученных при обследовании данных для выявления или исключения при сочетанной патологии, а также четко представлять цели и задачи при направлении пациента к другим специалистам.

В качестве примера, иллюстрирующего диагностический поиск вероятной причины заболевания и междисциплинарный подход к ведению пациента с болевым синдромом в области лица, приводим случай болевой ДВНЧС. Следует отметить, что определенный вклад в развитие и дальнейшее поддержание патологического процесса при болевой ДВНЧС вносит нарушение анатомических взаимоотношений в ВНЧС, в т. ч. дислокация внутрисуставного диска и компрессия богато иннервированной и васкуляризированной биламинарной зоны сустава, что важно учитывать при ведении этих пациентов.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

**Пациентка А.,** 28 лет, обратилась к челюстно-лицевому хирургу с жалобами на приступообразные боли ломящего, ноющего характера в области верхней челюсти справа, сопровождающиеся жжением, онемением и ощущением ползания мурашек на лице и в полости рта и распространяющиеся в область виска, уха и угол нижней челюсти; на дискомфорт и звуковые феномены (щелчки, хруст) в области ВНЧС, возникающие при широком открывании рта и при пережевывании жесткой и твердой пищи, а также на периодически возникающие интенсивные головные боли в теменно-височных областях, сопровождающиеся тошнотой, непереносимостью света и громких звуков и длящиеся в течение суток и более.

*Из анамнеза:* приступы головной боли впервые появились еще в школе, в связи с ними всегда принимала анальгетики и старалась лечь и поспать; они возникали несколько раз в году. У мамы и бабушки отмечались аналогичные головные боли, которые прошли с течением времени. Несколько лет назад консультирована неврологом, магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга патологии не выявила. Был поставлен диагноз «мигрень без ауры», рекомендованы препараты из груп-

пы триптанов для купирования боли. В настоящее время приступы интенсивной цефалгии возникают 1 раз в неделю, стали хуже помогать прежде назначавшиеся лекарственные средства. Щелчки и небольшой хруст в области ВНЧС, не сопровождающиеся болью, отмечала еще в юности. В последние несколько месяцев стала замечать дискомфорт в области ВНЧС, больше справа; 2 мес. назад после сильного переохлаждения появились жгучие боли в области верхней челюсти, которые не проходили после приема анальгетических препаратов (нимесулид, ибупрофен). После обращения к неврологу был назначен карбамазепин, прием которого имел лишь частичный противоболевой эффект, более выраженный в 1-й мес. лечения (600 мг/сут), дальнейшее увеличение дозы препарата (до 800 мг/сут) не принесло должного эффекта и очень плохо переносилось пациенткой. Боли в области верхней челюсти справа стали постоянными.

*При осмотре:* асимметричная лицевая деформация; гипермобильность при движении в области обоих ВНЧС, при аускультации незначительная крепитация. В полости рта — зубо-альвеолярная деформация класса II Angle. Справа в проекции иннервации II ветви тройничного нерва отмечается гиперестезия с участками аллодинии. Двигательных, координаторных и иных неврологических расстройств нет.

Проведены МРТ ВНЧС, по данным которой определяется полная вентральная дислокация обоих дисков ВНЧС без репозиции, и конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) лицевого скелета, обнаружившая наличие асимметричной скелетной деформации за счет уменьшения задней лицевой высоты и размеров обоих мышечковых отростков. С целью определения дальнейшей тактики ведения пациентки и проведения комплексного лечения имеющихся хронического болевого синдрома и деформации лицевого скелета консультирована совместно челюстно-лицевым хирургом, ортодонтом и неврологом, а в последующем, после обнаружения высоких титров вируса герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6) в крови и слюне, направлена к дерматовенерологу в Герпетический центр. Диагностированы дисфункция ВНЧС, асимметричная деформация лицевого скелета с тенденцией к вертикальному типу роста, мигрень без ауры, постгерпетическая нейропатия II ветви правого тройничного нерва (ВГЧ-6).

Была рекомендована длительная противовирусная, иммуномодулирующая и противоболевая терапия, включающая препараты из группы триптанов с целью купирования приступов головной боли,  $\beta$ -блокаторов и антиконвульсантов (габапентин) для профилактической терапии мигрени без ауры и лечения постгерпетической нейропатии II ветви правого тройничного нерва. Для нормализации стоматологического статуса рекомендовано комплексное ортохирургическое лечение имеющейся патологии ВНЧС и скелетной деформации в плановом порядке.

После нормализации показателей иммунного статуса (в т. ч. и при отсутствии ВГЧ-6 в крови и слюне) пациентке А. была изготовлена назубная дистракционная предоперационная пластинка для создания декомпрессии в области обоих ВНЧС, выполнены оперативная репозиция и фиксация в физиологическом положении внутрисуставных дисков обоих ВНЧС. На контрольной МРТ ВНЧС отмечалось стабильное положение репонированных дис-

ков обоих суставов. В послеоперационном периоде проведена необходимая коррекция пластинки для создания стабильности нижней челюсти, ношение которой рекомендовано пациентке в дальнейшие 3 мес. Больная отмечала существенное уменьшение разнообразных болевых проявлений в области верхней челюсти и урежение частоты приступов мигрени до двух раз в месяц.

После ортодонтической подготовки зубных рядов проведен второй этап хирургического лечения: ортогнатическая операция для ликвидации имеющейся скелетной деформации. У больной создана адекватная окклюзионная поддержка для обоих ВНЧС, восстановлены оптимальные анатомические взаимоотношения со стороны лицевого скелета. Пациентка А. завершает лечение под наблюдением ортодонта и динамическим наблюдением невролога с коррекцией принимаемой терапии по мере необходимости. Отмечается полный регресс болевого синдрома в области лица и полости рта, приступы головной боли возникают не чаще 1 раза в месяц и успешно купируются приемом триптаносодержащих препаратов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болевой синдром в области лица и полости рта, как правило, характеризуется полиморфной клинической картиной, отличается полиэтиологичностью, многофакторностью и объективной сложностью определения разнообразных причин его возникновения. Представленный комплексный подход челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, дерматовенеролога и невролога к ведению пациентки с ДВНЧС, имеющей мигрень без ауры и постгерпетическую нейропатию II ветви тройничного нерва, явился залогом успешного исхода ее лечения, вклад в который внес каждый из специалистов, взаимно дополнявших друг друга до достижения стабильного результата. Таким образом, диагностика и дальнейшее лечение коморбидных заболеваний и состояний у пациентов с орофациальной болью крайне важны, поскольку позволяют более эффективно помочь этим больным, тогда как наличие коморбидной патологии поддерживает их хронический и подчас труднокурабельный болевой синдром.

## Литература

- Zakrzewska J.M. Multi-Dimensionality of the chronic pain of the oral cavity and face // J. of Headache and Pain. 2013. Vol. 14. P. 37.
- Ляшев И.Н., Екушева Е.В. Боль в клинической практике стоматолога: ускользающая простота // PMЖ. 2017. № 24. С. 1770–1774 [Lyashev I.N., Yekusheva Ye.V. Bol' v klinicheskoy praktike stomatologa: uskol'zayushchaya prostota // RMZH. 2017. № 24. S. 1770–1774 (in Russian)].
- Shephard M.K., MacGregor A., Zakrzewska J.M. Orofacial pain: a guide for the headache physician // Headache. 2014. Vol. 54. P. 22–39.
- Hoffmann R.G., Kotchen J.M., Kotchen T.A. et al. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities // Clin. J. Pain. 2011. Vol. 27(3). P. 268–274.
- Silva Jr. A.A., Brandao K.V., Faleiros B.E. et al. Temporo-mandibular disorders are an important comorbidity of migraine and may be clinically difficult to distinguish them from tension-type headache // Arq Neuropsiquiatr. 2014. Vol. 72(2). P. 99–103.
- Schiffman E., Ohrbach R., Truelove E. et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group // J. Oral. Facial. Pain Headache. 2014. Vol. 28(1). P. 6–27.
- Goncalves M.C., Lidiane L.F., Thais C.C. et al. Do Women with Migraine Have Higher Prevalence of Temporomandibular Disorders? // Braz. J. Phys. Ther. 2013. Vol. 17(1). P. 64–68.
- Schoenen J., Dodick D.W., Sandor P.S. (Eds.). Comorbidity in Migraine. London: Wiley-Blackwell. 2011. 152 p.