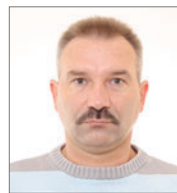


Хронические болевые синдромы полости рта – важная проблема современной стоматологии



■ З.Г. Борисова,

доктор медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии. Заслуженный деятель науки и образования.



■ В.В. Никитенко,

кандидат медицинских наук, начальник кафедры терапевтической стоматологии, полковник м/с, Заслуженный врач Российской Федерации.

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства Обороны РФ

Практически нет людей, которые в течение своей жизни не пережили чувство боли. Боль сопровождает более 70% всех известных заболеваний и патологических состояний [3,8,11]. Но в то время как острая боль обычно является симптомом какого-то заболевания или травмы, хроническая боль является отдельной нозологической единицей, причем она наносит значительный ущерб не только больному индивиду, но и обществу в целом и поэтому признается одной из ведущих проблем современной медицины, в частности стоматологии [11,12]. В последнее время появился ряд работ, демонстрирующих, что характер, длительность и интенсивность болевых ощущений зависят не только от самого повреждения, но и во многом определяются неблагоприятными жизненными ситуациями, социальными и экономическими проблемами [11]. Сейчас активно обсуждается тот факт, что восприятие и длительность алгического синдрома зависит не только от локализации и характера повреждения, но и от травмирующей ситуации, от психологического состояния человека, его индивидуального жизненного опыта, установок, гендера, национальных традиций. В свою очередь, хроническая боль оказывает влияние не только на соматическое и эмоциональное состояние индивидуума, но и на его межличностные контакты, профессиональную активность и состояние социума в целом.

По данным эпидемиологических исследований, распространенность хронических болевых синдромов (без учета онкологических заболеваний) составляет не менее 40% взрослого населения, и эти цифры имеют тенденцию к неуклонному росту [3,8,11].

Зубная боль является ощущением, хорошо знакомым почти каждому человеку.

Происхождение болей в лице и в полости рта может иметь самое разнообразное происхождение – от стоматологических заболеваний и патологий до поражений нервной системы.

В большинстве случаев проблемы диагностики хронических болевых синдромов полости рта объясняются довольно сложной, с наличием многочисленных иннер-

вационных взаимосвязей, многоуровневой системой рецепции лица и полости рта, нарушения в которой часто приводят к изменению болевых ощущений и распространению боли. Необходимо отметить, что из-за высокой персональной значимости, патологические процессы области полости рта, нередко усугубляются различной неврологической симптоматикой, что также значительно усложняет постановку диагноза.

Одним из социальных аспектов хронической боли в полости рта является бесконтрольный прием обезболивающих и седативных средств, самолечение пациентов, что часто приводит к хронической интоксикации организма и лекарственной зависимости [2,3,5].

Пациенты с хроническими болями полости рта ходят порой по замкнутому кругу: от стоматолога к

терапевту, от терапевта к неврологу или психиатру, вновь возвращаясь к стоматологу. Вместе с тем, наблюдается резистентность хронических болей полости рта к используемым в практике лечебным мероприятиям, чем обуславливается необходимость поиска современных, более эффективных методов лечения данной патологии.

Поэтому существует реальная необходимость разработок программ повышения качества жизни пациентов с хронической болью полости рта, которые включали бы стандартный уровень медикализации, физическую реабилитацию, психологическую реабилитацию, информационно-образовательный компонент, адекватный выбор модели взаимоотношений врача-стоматолога и пациента, что позволяет индивидуализировать лечение и добиться зна-

чительного повышения качества жизни пациентов.

Боли в лице и в полости рта может иметь самое разнообразное происхождение – от стоматологических заболеваний и патологий до поражений нервной системы. К таким заболеваниям относятся, в частности, нейропатия тройничного нерва одонтогенного (связанного с зубочелюстной системой) генеза, глоссалгия, миофасциальный болевой синдром лица. Провоцирующими факторами могут быть общее охлаждение организма, удаление зуба, длительного раздражения языка протезом (острым краем зуба и т. п.), инфекционные (в том числе аллергически-воспалительные) реакции в ветвях тройничного нерва, причем чаще всего у лиц пожилого возраста с явлением дисциркуляторной энцефалопатии.

В повседневной практике врача-стоматолога пациенты часто предъявляют жалобы на такие неприятные проявления, как «скрип», «скрежетание» зубами по ночам, утомленность в жевательных мышцах по утрам, «периодическое движение нижней челюсти», «челюсть уходит в сторону», «насильственное стискивание зубов», «зубы стучат друг о друга», повышенная стираемость и гиперчувствительность зубов, частое «скалывание» пломб и металлокерамических коронок, вкладок, частые головные боли неясного происхождения. При этом пациент обычно убежден в одонтогенном происхождении боли и настаивает на лечении и удалении зубов. Но без тщательного обследования у специалиста, проведения дополнительных методов диагностики, удаление зубов или эндодонтическое лечение будет безуспешным для устранения симптомов, и лишь усугубит страдания пациента.

Опираясь на многолетний опыт работы по диагностике, лечению и профилактике болевых синдромов лица и полости рта, приведем несколько клинических примеров, когда неправильная (неуточненная) постановка диагноза приводила к необоснованному лечению.

Клинический пример 1. Пациентка К-ая, 53 лет, обратилась в клинику с жалобами на чувство жжения в передних 2/3 языка, сухость полости рта, нарушение сна и повышенную раздражительность. Считает себя больной около 1 года,

когда впервые возникли описываемые явления после стрессовой ситуации на работе. В течение года трижды проходила курс лечения у стоматолога, где был поставлен диагноз: Кандидозный глоссит. Боль и жжение усилились.

При осмотре – язык обычной окраски, движения языка безболезненны, отмечается незначительное снижение чувствительности на кончике языка. При оценке боли по ВАШ – 6 баллов, шкала HADS – 10 баллов. Поставлен диагноз: Глоссодиния. Назначен соответствующий курс лечения. После 4 дней лечения пациентка отметила уменьшение жжения языка, улучшение засыпания. По окончании курса – парестезии значительно уменьшились (ВАШ – 2 балла), нормализовался сон, исчезла раздражительность (шкала HADS – 6 баллов). Мы наблюдали пациентку в течение 6 месяцев. Рецидивов нет.

Клинический пример 2. Пациентка Н-ич, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли «стреляющего, рвущего» характера в нижней челюсти справа, нарушение сна, головные боли. Перед обращением к нам, было проведено обследование у невролога, где был поставлен диагноз: Невралгия III ветви тройничного нерва, пациентка в течение недели принимала назначенный врачом комплекс медикаментозных препаратов, в том числе финлепсин. Появились сильные головные боли, головокружение, дизориентация, но боли в челюсти не исчезли.

При осмотре обнаружена глубокая кариозная полость в 4.6 зубе, расположенная в пришеечной области на дистальной поверхности, зондирование резко болезненно, термотест положительный, на рентгенограмме четко просматривается связь кариозной полости с пульповой камерой. Результаты ЭОД – 57 мкА. Диагноз: Хронический гангренозный пульпит 4.6.

После проведенного соответствующего эндодонтического лечения вся «неврологическая» симптоматика исчезла. Назначенное неврологом лечение было отменено в первый день посещения после обследования пациентки и постановки диагноза.

К сожалению, можно приводить довольно много примеров из клинической практики, когда боли в зубах, приводят к необоснованному множественному удалению. Именно в таких случаях требуется помощь

грамотного стоматолога-альголога или стоматоневролога.

Авторы искренне надеются на взаимное сотрудничество с коллегами и обмен опытом по вопросам оказания специализированной помощи пациентам с болевыми синдромами полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боль и аналгезия: справочник практикующего врача / М.Л. Машфорд [и др.]. – Москва : Литтера, 2004. – 488 с.
2. Борисова Э.Г. Глоссодиния – хронический болевой синдром языка / Э.Г. Борисова, А.А. Кунин, Ю.А. Ипполитов. – Воронеж, 2014. – 107 с.
3. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях / Э.Г. Борисова. – Воронеж : Изд-во ВГУ, 2011. – 128 с.
4. Борисова Э.Г. Использование аппарата ДЭНАС в комплексном лечении болевых симптомов стоматологических заболеваний / Э.Г. Борисова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2006. – Т. 5, № 1. – 2006. – С. 106–108.
5. Борисова Э.Г. Клиническая оценка применения динамической электронной стимуляции (ДЭНС) и модулированного светодиодного излучения (МСДИ) при болях, возникающих после пломбирования корневых каналов / Э.Г. Борисова // Клиническая стоматология. – 2011. – № 4. – С. 22–23.
6. Борисова Э.Г. Клинические результаты изучения качества жизни больных с глоссалгией / Э.Г. Борисова // Клиническая стоматология. – 2012. – № 1. – С. 20–21.
7. Борисова Э.Г. Оказание специализированной помощи больным с болевыми синдромами лица и полости рта / Э.Г. Борисова // Российский журнал боли. – 2012. – № 1. – С. 9–10.
8. Вейн А.М. Боль и обезболивание / А.М. Вейн, М.Я. Авруцкий. – Москва Медицина, 1999. – 280 с.
9. Гандылян К.С. Хронические непароксизмальные прозопагии: клиника, диагностика, лечение : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / К.С. Гандылян. – Москва, 2011. – 41 с.
10. Ерохина Л.Г. Лицевые боли / Л.Г. Ерохина. – Москва : Медицина, 1973. – 163 с.
11. Кукушкин М.Л. Общая патология боли / М.Л. Кукушкин, Н.К. Хитров. – Москва : Медицина, 2004. – 562 с.
12. Пузин М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. – Москва : Медицина, 2002. – 160 с.
13. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания / М.Н. Пузин. – Москва : Медицина, 2000. – 368 с.