

Темпоромандибулярные расстройства

Введение

Темпоромандибулярные расстройства (ТМР) охватывают группу мышечно-скелетных и нейромышечных синдромов, при которых в патологический процесс вовлекается височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС), жевательная мускулатура и все прилегающие ткани. Боль, связанная с ТМР, может клинически проявляться болью в жевательных мышцах (БЖМ) или болью в ВНЧС (синовит, капсулит, остеоартрит). Жевание или иная мышечная деятельность обычно обостряют мышечно-скелетную боль. Боль при ТМР может быть (но не всегда) связана с дисфункцией жевательной системы (щелкание или блокирование ВНЧС, а также ограничение движения челюсти).

Эпидемиология и экономика

Лицевая боль, связанная с ТМР, встречается у 9-13% общей популяции (соотношение женщины:мужчины составляет 2:1), но только 4-7% обращаются за медицинской помощью (женщины в 4 раза чаще). Пиковый возраст появления признаков и симптомов заболевания 20-40 лет. Переход к тяжелой и/или хронической форме связан со значительным психосоциальным дистрессом, нарушениями сна и сопутствующими заболеваниями. Боль, связанная с ТМР, может оказывать влияние на повседневную активность, физическую и психосоциальную деятельность и качество жизни.

Боль, ограничивающая трудоспособность, приводит к потере значительного количества рабочих дней и другим расходам, связанным со здоровьем.

Патофизиология

Многие аспекты этиологии ТМР остаются не выясненными. В отличие от причин со стороны зубов и прикуса, доказательства в поддержку которых несостоятельны, имеется определенные данные в пользу биопсихосоциального и многофакторного фона, иллюстрирующего сложное взаимодействие между биологическими (т.е. гормональными) механизмами, психологическими состояниями и характеристиками, условиями окружающей среды, а также наличием макро- и микротравмы.

Касательно БЖМ специалисты высказывают предположение о комплексном взаимодействии между факторами окружающей среды, а также эмоциональными, поведенческими и физическими составляющими, включая перегрузку (парафункции, такие как щелкание во время бодрствования и бруксизм во время сна), наличие (микро-)травмы, а также высвобождение медиаторов воспаления и нейропептидов в мышцах, которые могут сенситизировать периферическую и центральную нервную систему. В сочетании с измененными механизмами регуляции боли (которые также подвержены влиянию женских гормонов), такие факторы могут приводить к возникновению локализованной или более генерализованной мышечной боли, которая часто ассоциирована с сопутствующими заболеваниями. В недавних статьях подчеркивалось влияние национальных особенностей постоянной боли при ТМР на поведение пациента, а также генетических факторов (гаплотипы гена КОМТ).



Артралгия ВНЧС может развиваться в результате травмы, а также внешней и внутренней перегрузки ВНЧС (по имеющимся сведениям, от стискивания зубов), которая может превысить адаптационную способность тканей сустава. С другой стороны, адаптационная способность ВНЧС может быть снижена под воздействием внутренних факторов, таких как уменьшение объема кровоснабжения и недостаточное питание. Генетические факторы и пол также связаны с патофизиологией остеоартрита. Продукция свободных радикалов, провоспалительных и ноцицептивных нейропептидов, ферментов, костных морфогенетических белков и факторов роста приводят к развитию воспаления, боли и прогрессивных изменений в тканях.

Клинические особенности

БЖМ характеризуется как региональная, тупая, ноющая боль, наиболее выраженная в мышцах, поднимающих челюсть, которая может возникать в покое и усиливаться во время жевания. Боль может быть более выражена в утренние или вечерние часы и по интенсивности варьировать от легкой до сильной. В литературе описаны такие ассоциированные симптомы, как ограничение движения, головная боль, заложенность в ухе и боль в области шеи, но взаимоотношения причина-следствие до сих пор не установлены. Региональный синдром БЖМ следует отличать от БЖМ, которая возникает в составе генерализованного мышечного болевого расстройства, такого как фибромиалгия.

Артралгия ВНЧС характеризуется более локализованной и острой болью, от умеренной до сильной по интенсивности, в области ВНЧС и окружающих тканей, с иррадиацией преимущественно в область уха. Боль усиливается во время нагрузки и функционирования сустава и может ограничивать нормальную подвижность и функциональность. Боль в ВНЧС часто связана со смещенным или дисфункциональным суставным диском, вызывающим блокирование сустава, которое может являться дополнительной причиной ограничения подвижности. Остеоартрит ВНЧС может являться частью генерализованного артрита и сопровождаться крепитацией.

При переходе боли в хроническую форму, как БЖМ, так артралгия ВНЧС могут сопровождаться центральной сенситизацией и психологическими проблемами, например, депрессией, соматизацией и тревожностью.

Диагностические критерии

Рекомендации Американской академии орочаальной боли (2013) и Диагностические критерии (ДК-ТМР в печати) предлагают следующие критерии:

БЖМ: Жалобы на боль в мышцах челюсти, в области виска, уха или спереди от уха, обусловленную движениями, функцией и парафункцией челюсти. Повторные случаи появления этой привычной боли возникают при провокационном исследовании жевательных мышц (т.е. пальпации височных или жевательных мышц) или максимальном самостоятельном или при помощи специалиста открытии угла рта. Может наблюдаться ограничение движения(ий) нижней челюсти, вторичное по отношению к боли.



Артралгия ВНЧС: Жалобы на боль в суставе, которая вызвана движением челюсти, функцией или парафункцией. Повторные случаи появления этой привычной боли возникают при провокационном исследовании ВНЧС (т.е. при пальпации латерального полюса или прилежащей области) или при максимальной степени открывания рта самостоятельно или при помощи специалиста, боковых движениях влево или вправо или протрузионных движениях.

Психосоциальные факторы оцениваются посредством графического изображения боли в отношении ее локализации, оценки сопутствующих заболеваний, применения Шкалы оценки хронической боли (GCPSS Graded Chronic Pain Scale) для оценки интенсивности боли и физической функции, Шкалы оценки ограничения функции челюсти (JFLS Jaw Function Limitation Scale), сокращенной формы для оценки ограничения функции, Опросника анамнеза заболевания (PHQ-4) для оценки депрессии и тревожности и Поведенческого опросника для оценки оральных парафункций.

Диагностика и лечение

Золотым стандартом для диагностики боли, связанной с ТМР, является сочетание истории болезни и клинического обследования. За исключением визуализации, обследования технического характера (например, электромиография или исследование прикуса) не требуется. Симптомы, как правило, проходят самостоятельно и имеют доброкачественное естественное течение.

Лечение направлено на обеспечение оптимальных условий для излечения и развития адаптации. Независимые, консервативные (обратимые) методы лечения, которые укладываются в биопсихосоциальный подход, включают:

- обучение пациента, активную самопомощь, последующее врачебное наблюдение;
- физиотерапевтическое лечение, физические программы саморегулирования;
- интраоральные окклюзионные устройства;
- лекарственная терапия (анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты).

У пациентов с хроническим ТМР данные методы лечения должны сочетаться с:

- психологической поддержкой, например, когнитивно-поведенческой терапией, релаксационной терапией;
- применением низких доз трициклических антидепрессантов.

У пациентов с персистирующей артралгией ВНЧС, может рассматриваться артроцентез, но хирургическое вмешательство на ВНЧС применяется редко, почти никогда, и показано в контексте лечения боли при ТМР.



Литература

1. Benoliel R, Sharav Y. Masticatory myofascial pain, and tension-type and chronic daily headache. In: Sharav Y, Benoliel R, editors. Orofacial pain and headache. Edinburgh: Elsevier; 2008. p. 109-28.
2. Benoliel R, Svensson P, Heir GM, Sirois D, Zakrzewska J, Oke-Nwosu J, Torres SR, Greenberg MS, Klasser GD, Katz J, Eliav E. Persistent orofacial muscle pain. Oral Dis 2011;17(Suppl 1):23-41.
3. De Boever JA, Nilner M, Orthlieb JD, Steenks MH; Educational Committee of the European Academy of Craniomandibular Disorders. Recommendations by the EACD for examination, diagnosis, and management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner. J Orofac Pain 2008;22:268-78.
4. de Leeuw R, Klasser G. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management, 5th ed. The American Academy of Orofacial Pain. Quintessence; 2013.
5. Greene CS. Managing the care of patients with temporo-mandibular disorders: a new guideline for care. J Am Dent Assoc 2010;141:1086-8.
6. List T, Axelsson S. Management of TMD: evidence from systematic reviews and meta-analyses. J Oral Rehabil 2010;37:430-51.
7. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112:453-62.
8. Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. J Orofac Pain 2013;27:99-110.
9. Michelotti A, Liguori R, Toriello M, D'Antò V, Vitale D, Castaldo G, Sacchetti L. Catechol-O-methyltransferase (COMT) gene polymorphisms as risk factor in temporomandibular disorders patients from southern Italy. Clin J Pain 2013; Epub Feb 26.
10. Schiffman EL. 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 Orofac Pain; in press.