



МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПРОЗОПАЛГИЯХ.

**Волгоградский Государственный Медицинский Университет
Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины**

к. м. н., доцент Вершинин Евгений Геннадьевич

Определение

Прозопалгия – это боль в области лица. Это одна из самых сложных проблем в современной медицине. Она может быть обусловлена патологией нервной системы, ЛОР-органов, глаз, зубочелюстной системы и т.д. Поэтому лечение пациентов с прозопалгией является совместным процессом врачей разных специальностей.



Все в настоящее время известные группы заболеваний и их клинические проявления в орофациальной области объединены в единую науку под названием «Нейростоматология».

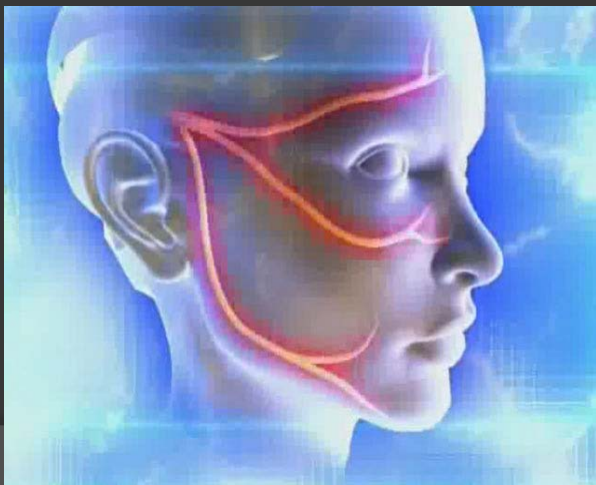
(Назаров В. М., Трошин В. Д., Степанченко А. В. Нейростоматология. М., 2008.)



Нейростоматологические заболевания

Это группа клинически разнородных состояний, во многом объединяемых патологическим характером функционирования механизмов ноцицепции.

Боль при этом превращается в системное страдание, действующее как активный психотравмирующий фактор, нередко ведущий к появлению у пациентов различных психических нарушений преимущественно невротоподобного регистра.



Причины возникновения

Боль в лице может быть обусловлена невралгией тройничного нерва и другими краниальными невралгиями, заболеваниями зубов и придаточных пазух носа, дегенеративными изменениями или травмой шейного отдела позвоночника, мигренью, кластерной головной болью, височным артериитом, синдромом височно-челюстного сустава, каротидинией, опухолями основания черепа, орбиты и носоглотки.



Распространённость

Значительная распространённость прозопалгий, сложность и стойкость нарушения функций, сопровождающихся порой длительной утратой трудоспособности, ставят проблему реабилитации в неврологии в ранг важнейших медико-социальных проблем жизни [Bonicas management of pain. Ed. J. D. Loeser. Third edition. 2001; Cranial neuralgia: 855–866].



Виды неврологических расстройств на лице:

1. невралгия тройничного нерва (НТН) (в т. ч. при демиелинизирующих заболеваниях);
2. миофасциальные боли в лице;
3. атипичная лицевая боль;
4. постгерпетическая невропатия тройничного нерва;
5. синдром Рамзая–Ханта различного генеза;
6. одонтогенная боль;
7. невропатия лицевого нерва.



Невралгия тройничного нерва

По данным недавних крупных исследований (6800 пациентов в Великобритании, 8268 — в центрах по оказанию первичной медицинской помощи в европейских странах), заболеваемость НТН составила 26,8 на 100 тыс. населения в год, она выше у женщин; пик заболеваемости приходится на 45–59 лет.



Основные симптомы НТН:

1. Боль в лице пароксизмального, чрезвычайно жестокого, стреляющего характера, сравниваемая пациентами с разрядами электрического тока.
2. Болевой пароксизм никогда не превышает 2 минут и продолжается в пределах 10–15 секунд.
3. Между двумя отдельными алгическими приступами есть светлый безболевой промежуток (рефрактерный период), длительность которого зависит от выраженности обострения.
4. Болевой рисунок в период экзацербации в пределах иннервационных тригеминальных территорий имеет определенное, существенно не меняющееся на протяжении многих лет заболевания направление.
5. Болевой пароксизм всегда имеет определенную протяженность — боль исходит из одного участка лица и достигает другого.



ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ НТН:

6. Наличие триггерных (trigger — «курок») зон, гиперсенситивных участков на коже лица и в полости рта, слабое раздражение которых вызывает типичный пароксизм. Наиболее частое расположение триггерных зон — носогубный треугольник и альвеолярный отросток.

7. Наличие триггерных факторов — действий или условий, при которых возникают типичные болевые пароксизмы. Чаще всего такими факторами являются умывание, чистка зубов, жевание, разговор.

8. Типичное болевое поведение. Как правило, во время отдельного болевого пароксизма больные не плачут, не кричат, не двигаются, а замирают в той позе, в которой их застиг приступ. Иногда пациенты растирают зону боли или совершают чмокающие движения.



Общепринятая тактика ведения больных с НТН

Очень важен консенсус многих специалистов по лицевой боли в отношении терапии НТН. К выбору базисного средства следует подходить строго индивидуально, учитывая предпочтения пациента. Лечение обострения НТН должно проводиться с использованием всех возможных средств, включая как медикаментозную терапию, так и физиолечение, иглорефлексотерапию (ИРТ), биофизические методики (электросудорожная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция).



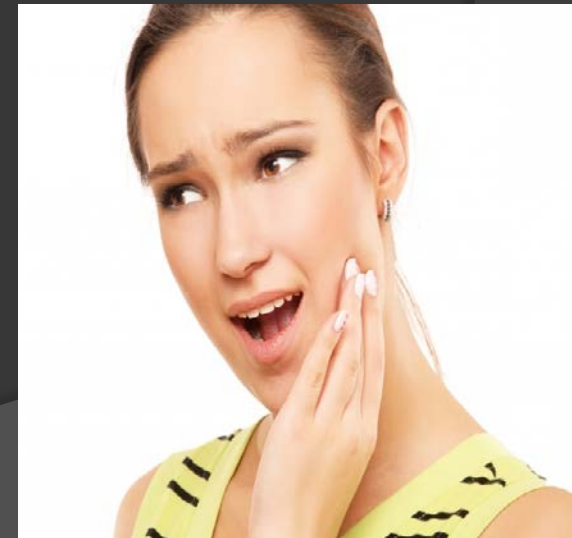
Значимость

Значительные экономические потери общества от заболеваемости пароксизмальными прозопалгиями, в частности тригеминальной невралгией (ТН), трудности их адекватной диагностики, терапии и профилактики обуславливают не только клиническую, организационно-медицинскую, но и социально-экономическую значимость проблемы.



Миофасциальный болевой синдром лица

является результатом стрессовых ситуаций (90% случаев), вмешательств на челюстно-лицевой системе (исправление прикуса, удаление зубов, протезирование и т. д.). Клинически проявляется жалобами на региональную боль в области напряженной мышцы. При этом пальпируется «тугой» тяж пораженной мышцы, имеется участок повышенной чувствительности в области «тугого» тяжа, характерен паттерн отраженной боли или чувствительных расстройств; ограничение объема движений в височно-нижнечелюстном суставе.



Атипичная лицевая боль

Её диагностируют, если, несмотря на тщательное обследование, органических причин боли выявить не удалось. Боль обычно носит постоянный характер. У части больных она ограничивается определенной частью лица, но иногда распространяется на всю половину лица и шеи. Чаще боль бывает односторонней, но может быть и двусторонней (как правило, асимметричной). У таких больных часто выявляются признаки депрессии, и в конце концов боли признают «психогенными» («психалгией»).



Постгерпетическая НТН

- ⦿ Заболевание возникает на шестом или более поздних десятилетиях жизни. Кожа лба у таких больных покрыта депигментированными рубцами после перенесенных герпетических высыпаний. Сенсопатические нарушения характеризуются в первую очередь постоянным зудом, жжением и в меньшей степени болью, на фоне которых возникают единичные малоинтенсивные прострелы, обычно провоцируемые соприкосновением ресниц или касанием кожи лба на стороне поражения.
- ⦿ Обычно постгерпетическая невралгия в диагностическом плане не представляет особых трудностей — наличие соответствующего анамнеза, гипер- или депигментация в области лба, аллодиния, зуд и жжение.



Синдром Рамзая–Ханта

представляет собой высыпания на барабанной перепонке, в наружном слуховом проходе, на ушной раковине, мягком небе, небных миндалинах, гиперестезия козелка, слухового прохода, расстройства слуха, слюноотделения, боли умеренные в глубине наружного слухового прохода с ретроаурикулярной иррадиацией, парез лицевого нерва (чаще умеренный, с хорошим восстановлением). Подобно постгерпетической невралгии отличается достаточно стойким болевым синдромом, особенно в пожилом возрасте.



Одонтогенная боль

Боль в области верхней и нижней челюсти часто возникает вследствие ирритации нервов при кариесе, заболеваниях пульпы зуба, периодонтальных абсцессах. Обычно боль усиливается по ночам, имеет пульсирующий характер и сопровождается локальной болезненностью в области корня зуба. Боль провоцируется холодом, теплом, сладким. При невралгии тройничного нерва холод тоже поначалу провоцирует боль, но затем возникает привыкание к нему. Иногда хронические лицевые боли бывают вызваны остеомиелитом челюсти с образованием микроабсцессов. После экстракции зуба или стоматологических операций может возникать невропатия тройничного нерва, проявляющаяся снижением чувствительности в области нижней губы, слабостью жевательных мышц.

Неврит лицевого нерва

проявляется в первую очередь параличом или парезом мимических мышц. Пораженная часть лица застывает, превращаясь в маску, лицо перекашивается, становится асимметричным, угол рта опускается, веко глаза перестает закрываться, а глазное яблоко выпирает и поворачивается кверху. Кроме того, проявляются симптомы нарушения чувствительности – онемением части лица, нарушением вкуса (потеря вкусовых ощущений), а также – обостренная чувствительность к громким звукам (гиперакузия), гул в ушах, боль в области уха – связаны с прохождением лицевого нерва через внутренний слуховой проход и околоушную железу вблизи слухового нерва.



Общие принципы лечения боли предусматривают клиническую оценку состояния нейрофизиологических и психологических компонентов ноцицептивной и антиноцицептивной систем и воздействие на все уровни организации этой системы.



Нейростоматологи пытаются определить оптимальные лечебно-диагностические и реабилитационные схемы терапии больных с пароксизмальными прозопалгиями.

При этом для достижения максимального клинического эффекта необходимо подобрать комбинацию медикаментозных и немедикаментозных средств, наиболее подходящую конкретному больному.



В число нейропсихореабилитационных мероприятий следует включать назначение медикаментозных средств, направленных на улучшение проводимости нерва, снижение мышечного тонуса, нормализацию кровообращения в мышцах, в сочетании с тренировкой методом электромиографической обратной связи, обучение больных приемам постизометрической релаксации мимических мышц, создание оптимального режима деятельности мимических мышц и психологической адаптации больного к своему дефекту.

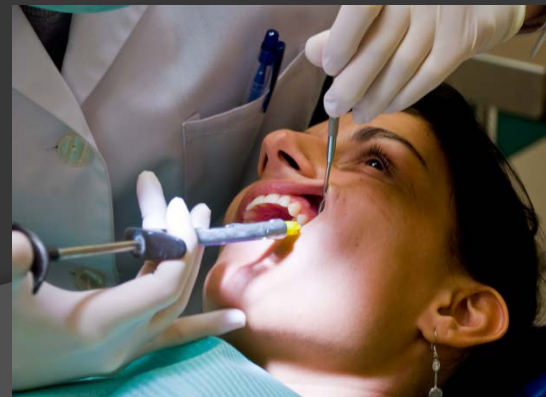


Целью реабилитации больных с хроническими болевыми синдромами в области лица является прерывание «спирали боли» одновременно на нескольких участках.

В комплекс реабилитационных мероприятий входят:

1. Этиологическое и патогенетическое лечение в тех случаях, когда удастся выяснить причину развития болевого синдрома.
2. Обезболивающая терапия, целью которой является ограничение поступления болевых импульсов из зон повреждения и блокирование систем, проводящих болевую импульсацию.

- ◎ *Методы обезболивания.* Местное воздействие с помощью мазей и гелей, нестероидных противовоспалительных средств, анальгетики, лечебные блокады, обезболивающая электроимпульсная терапия (диадинамические токи, синусоидально-модулированные токи, чрезкожная электрическая стимуляция нервов, электрофорез), магнитотерапия.
- ◎ *Вазоактивная терапия.* Вазоактивная терапия позволяет улучшить кровообращение пораженных органов. Наиболее эффективны препараты, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин, эуфиллин, никотиновая кислота).



◎ *Миорелаксирующая терапия:*

- прием миорелаксантов (тизанидин, мидокалм, баклофен);
- инъекции ботокса;
- миорелаксирующая физиотерапия (теплolечение, криотерапия);
- постизометрическая релаксация;
- массаж.



◎ *Повышение порога восприятия боли*
(улучшение состояния
антиноцицептивной системы):

- прием некоторых антиконвульсантов
(карбамазепин, карбалепсин ретард,
габапентин и т. п.);
- иглорефлексотерапия;
- транскраниальная
электростимуляция;
- электросудорожная
терапия.



◎ *Психотропная терапия.*

Психотропная терапия проводится с целью снижения уровня тревоги и депрессии и включает в себя:

- антидепрессанты;
- транквилизаторы;
- лечебную физкультуру, повышающую активность и настроение больного;
- психотерапию.



Основные задачи ЛФК при лечении прозопалгий

- профилактика нарушений деятельности органов дыхания, кровообращения, обмена веществ;
- улучшение крово- и лимфообращения в зоне поражения с целью стимуляции процессов регенерации;
- сохранение функции мимических и жевательных мышц непораженной половины лица;
- улучшение психоэмоциональной сферы;
- восстановление трудоспособности больного.

Упражнения для жевательных мышц:

- открывание и закрывание рта из исходного положения сомкнутых челюстей;
- открывание и закрывание рта из положения резцового смыкания зубов;
- выдвигание нижней челюсти вперед;
- боковые движения челюстей;
- открывание рта с одновременным выдвиганием нижней челюсти вперед;
- выдвигание нижней челюсти вперед с одновременным и движениям в стороны;
- круговые движения нижней челюсти с включением мимических мышц.



Упражнения для мимических мышц:

- собирание губ в трубочку;
- оттягивание верхней губы вниз;
- поднимание нижней губы вверх (достать верхнюю губу);
- максимальное смещение ротовой щели попеременно то вправо, то влево;
- круговое движение губ;
- прищуривание глаз с поднятием мышц скуловой области вверх;
- попеременное прищуривание левого (правого) глаза с поднятием мышц скуловой области;
- сморщивание лба и поднятие бровей с последующим опусканием.



Упражнения на координацию движений:

- открывание рта с одновременным запрокидыванием головы, движением рук в различных направлениях, упражнениями для нижних конечностей и позвоночника, дыхательными упражнениями и др.;
- движение нижней челюстью вперед и назад с одновременным движением головы вперед и назад;
- движение нижней челюстью попеременно вправо и влево с одновременным поворотом головы в ту же сторону;
- доставание подбородком поочередно правого и левого плеча, груди;
- разведение рук в стороны, отклонив голову назад, открыв рот, затем скрестив руки перед грудью, опустив голову, закрыв рот.



Особенности ЛФК в стоматологии:

- во время проведения занятий необходимо размещать больных перед зеркалом так, чтобы они могли контролировать свои движения;



- мимические мышцы имеют одну точку прикрепления к костной ткани, поэтому обладают небольшой силой и при их поражении требуется более длительный срок восстановления, чем для жевательных мышц;



- занятия ЛФК повторяются больным (в начале лечения) не менее 2-3 раз в день под наблюдением методиста ЛФК или в виде самостоятельных занятий. В дальнейшем количество самостоятельных занятий должно постепенно увеличиваться до 5-8 раз в день;
- специальные упражнения выполняются только симметрично как для пораженной, так и непораженной половины лица. Наличие дренажей в ране и системы диализа не являются противопоказанием к выполнению упражнений;
- в самостоятельных занятиях больные выполняют только специальные упражнения. При показаниях во время занятий ЛФК и приема пищи можно снять резиновую тягу (при двухчелюстной фиксации) для восстановления подвижности нижней челюсти;

ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

Различают три периода при заболеваниях челюстно-лицевой области.

Первый период - период острого проявления патологического процесса. Он характеризуется развитием воспалительных или реактивных воспалительных процессов в поврежденных тканях или значительной интоксикации.

В этот период рекомендуется проводить упражнения для мышц, не связанных с поврежденными тканями, и дыхательные упражнения. Применяют дозированные движения общего характера и локальные (местные) для непораженных мышц, косвенно воздействующие на пораженные ткани.

Физические упражнения в этом периоде способствуют улучшению местного обмена, рассасыванию кровоизлияний и профилактике развития стягивающих рубцов.

Второй период - подострый, характеризуется уменьшением или исчезновением воспалительных явлений и улучшением общего состояния больного.

Рекомендуется проводить следующие специальные упражнения:

- активные свободные, активные с помощью для нижней челюсти с максимально возможной амплитудой движения;
- массаж языком поврежденной слизистой оболочки и собственно полости рта;
- активные движения мимических мышц и массаж кожных покровов;
- активные движения с помощью и использованием резиновых пробок, клиньев, активные движения для височно-нижнечелюстного сустава;
- упражнения для языка в случае его повреждения для восстановления нормальной функции речи.

В занятиях применяются упражнения вне полости рта и произношение гласных звуков, слогов, слов.

После того как язык достиг хорошей подвижности, следует переходить к произношению букв и слов. В дальнейшем рекомендуется чтение вслух и нараспев.

Третий период характеризуется восстановлением функции челюстно-лицевого аппарата. Он соответствует образованию костной мозоли при повреждении костной ткани и окончанию рубцевания или эпителизации при повреждениях мягких тканей.

Средства ЛФК применяются при контрактурах челюстей, рубцовых изменениях в приротовой области, поражениях лицевого нерва, повреждении языка, мышц шеи.

МАССАЖ

Массаж лица применяется в трёх видах: лечебный (классический), гигиенический, косметологический.



Лечебный массаж при стоматологических болезнях имеет ряд особенностей, связанных с анатомо-физиологическими свойствами мягких тканей лица (кровоснабжение, лимфообращение, иннервация). Массажные приемы на лице (особенно разминание) необходимо выполнять осторожно, чтобы не вызвать значительного растягивания кожи и повреждения эластических волокон. Чем нежнее мягкие ткани лица и чем больше нарушена эластичность кожи, тем более щадящим и нежным должны быть массажные движения. Направление массажных движений (приемов) на лице должно совпадать с направлением тока лимфы по лимфатическим сосудам.



Особое место в комплексном лечении больных стоматологического профиля занимает массаж слизистой оболочки полости рта. Благодаря дозированному механическому воздействию на ткани полости рта улучшается циркуляция крови и лимфы, ускоряется рассасывание воспалительных процессов.



Самомассаж - средство для сохранения тонуса кожных покровов и мышц в области лица.

При самомассаже используют следующие приемы:

- поглаживание лба: подушечками III и IV пальцев поглаживают лоб в направлении от бровей к волосистой части головы; правой рукой поглаживают правую половину лба, левой - левую;
- поглаживание верхней части щеки: подушечками II и III пальцев проводят легкое поглаживание в направлении от спинки носа к височной области;
- поглаживание средней части щеки: проводят ладонной поверхностью II и III пальцев от середины верхней губы по направлению к наружному слуховому проходу;
- поглаживание нижней части щеки и подбородка. Различают два способа: поглаживание ладонной и тыльной поверхностью пальцев. Ладонной поверхностью пальцев легко и поверхностно поглаживают от середины подбородка к мочкам ушных раковин. Тыльной поверхностью четырех пальцев обеих рук - от середины подбородка, под ним и в стороны – по направлению к ушным раковинам.



психотерапия

Психотерапия должна быть направлена на устранение внутренних и межличностных психических конфликтов, мобилизацию возможностей больного, изменение привычного «болевого поведения»



В связи с большим разнообразием видов и механизмов болей, даже при аналогичном основном заболевании, реально существует необходимость участия в их диагностике и лечении различных специалистов — неврологов, нейрохирургов, стоматологов, физиотерапевтов, врачей лечебной физкультуры, психотерапевтов и др. Только комплексный междисциплинарный подход к изучению теоретических и клинических проблем прозопалгий может решить назревшую задачу нашего времени — избавление людей от страданий, связанных с болью.



**Благодарю за
внимание!**