

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В НАУЧНОМ ОПИСАНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*Абдукодиров Элдор Исроилович., Махмудова Мадина Темурхон кизи.,
Иноятова Ситора Ойбековна., Ёдгарова Умида Гайбуллаевна
Ташкентский государственный стоматологический институт*

Абстрактный. Головная боль – это не только медицинская, но и социальная проблема. Частые и сильные головные боли снижают умственную и физическую работоспособность, стоматолог в силу своей специальности имеет ограниченное время и возможности в рамках диагностической и терапевтической практики, не всегда может уделить должное внимание оценке состояния пациента. Клинические признаки могут быть пропущены. В данной статье описаны практические навыки врача-стоматолога с научной точки зрения.

Ключевые слова. Головная боль, врача-стоматолог, симптом, соматических заболеваний, травм.

Головная боль - одна из наиболее частых жалоб, предъявляемых пациентами, не только в неврологической, но и общемедицинской практике. Головной болью принято называть болезненное или неприятное ощущение, возникающее кверху от бровей и до шейно-затылочной области. Головные боли можно разделить на две основные категории: первичные и вторичные. Первичные головные боли - это такие варианты головных болей, при которых даже самое тщательное обследование не выявляет органических причин. Первичные цефалгии - это самостоятельные нозологические формы. Вторичные (симптоматические) головные боли являются следствием разнообразных неврологических и соматических заболеваний, травм, метаболических расстройств, интоксикаций или приема лекарственных средств. В настоящее время в диагностике головной боли принято пользоваться Международной классификацией головной боли второго издания (2023 г.) [4].

Головная боль - это не только медицинская, но и социальная проблема. Частая и интенсивная головная боль снижает умственную и физическую работоспособность, негативно влияет на отношения в семье и на производстве, ухудшает качество жизни. Социально-экономические потери включают прямые затраты, вызванные медицинским обслуживанием в виде амбулаторной или стационарной диагностики и лечения, и опосредованные, связанные с нетрудоспособностью [6].

По данным различных эпидемиологических исследований, головная боль наблюдается у 80% трудоспособного населения европейских стран. Чаще всего

встречаются головная боль напряжения (приблизительно 70% всех случаев головной боли), мигрень (16%); на другие типы головной боли приходится около 14%. При этом практически половина больных с мигренью и головной болью напряжения не обращается к врачам, а при первом посещении правильный диагноз устанавливается только у 25% больных с мигренью и 1% - страдающих головной болью напряжения [2, 9].

В 2023 г Итальянский статистический центр провел исследование распространенности головной боли и представил следующие данные. Из 49 500 000 итальянцев (возраст от 15 лет и выше) на эпизоды головной боли как минимум один раз в жизни указывали 40 000 000 (81%) человек. Приступы цефалгии развивались трижды в год у 28 000 000 (57%) обследованных, от 1 до 3 раз в месяц - у 10 000 000 (36%) человек, не реже 1 приступа в неделю - у 6 000 000 (20%) человек [9].

Головная боль является междисциплинарной проблемой. Известно, что более 60% больных стоматологических клиник активно предъявляют жалобы на головную боль [10]. При этом во многих случаях возникает необходимость участия стоматолога, как в диагностике, так и лечении головной боли.

Конечно, стоматолог, будучи ограничен во времени и возможностях в рамках своей диагностической и терапевтической практики в силу своей специализации, не всегда способен уделить должное внимание оценке состояния пациента, поэтому некоторые важные клинические симптомы могут ускользнуть от его взгляда. Тем не менее, стоматолог, как и врач любой другой специальности, должен уметь распознавать те ситуации, когда головная боль свидетельствует о состоянии, угрожающем жизни пациента. В качестве подобных «сигналов опасности» расцениваются:

- травма головы и шеи,
- лихорадка,
- появление нового вида головной боли,
- изменения привычного характера головной боли,
- онкологический анамнез,
- признаки неврологических расстройств (эпилептические припадки, рвота, нарушения сознания, расстройства речи, нарушения глотания, слабость в конечностях, шаткость) [3].

При наличии этих состояний необходимо направить пациента на консультацию к неврологу.

Поражение зубов, челюстей, височно-нижнечелюстных суставов в некоторых случаях является непосредственной причиной головной боли. Особенностью этих цефалгий является тесная временная связь развития болевого синдрома и стоматологической патологии, а также регресс боли в

течение 3 месяцев после успешного лечения заболевания. Ниже приводятся критерии диагностики данных вариантов головной боли в соответствии с Международной классификацией головной боли второго издания.

Головная боль, связанная с патологией зубов, челюстей и связанных с ними структур

Диагностические критерии

А. Головная боль, сопровождающаяся болью в зубах и/или челюсти (-ях) и отвечающая критериям С и D.

В. Очевидные признаки заболевания зубов, челюстей или связанных с ними структур.

С. Головная боль и боль в зубах и/или челюсти (-ях) развиваются в тесной временной связи с заболеванием.

Д. Головная боль и боль в зубах и/или челюсти (-ях) проходят в течение 3 месяцев после успешного лечения заболевания зубов.

Среди стоматологических заболеваний, которые могут служить причиной головной боли, особый интерес представляют расстройства височно-нижнечелюстного сустава (РВНЧС). Согласно проведенным исследованиям, это состояние часто сопровождается болевыми ощущениями. Cooper и Kleinberg отметили, что 79% из 4528 пациентов, обратившихся в стоматологическую клинику для лечения РВНЧС, предъявляли жалобы на головную боль. Trejo и Michael сравнили больных, наблюдающихся в клинике головной боли, с пациентами, проходящими лечение РВНЧС. Они обнаружили, что 73% пациентов с РВНЧС сообщали о случаях головной боли и 60% пациентов с головными болями сообщали о симптомах РВНЧС. De Rossi et al. (2000) обнаружил значительно большую распространенность РВНЧС у пациентов, обращающихся к неврологам с головными болями, по сравнению с контрольной группой [10].

Ретроспективно были изучены истории болезней 68 пациентов, прошедших лечение краниомандибулярного болевого синдрома или дисфункции (РВНЧС). Из 14 признаков и симптомов, отмеченных у пациентов исследуемой группы, головная боль была самым распространенным симптомом и наблюдалась у 85% пациентов. У 63% пациентов отмечалась цервикалгия, и у 54% была атипичная лицевая боль или невралгия. Пациенты прошли лечение по перепозиционированию нижней челюсти в нейромышечное окклюзионное положение с помощью орального ортопедического приспособления (шины) после контроля на ЭМГ. Результаты лечения, по оценке обеих групп пациентов и врачей, показали устранение симптомов на 97% после лечения [7].

Еще одна категория пациентов, к лечению которых может быть привлечен стоматолог, - это больные первичными головными болями. В структуре

первичных цефалгий лидирующую позицию занимают головная боль напряжения и мигрень. Считается, что эти заболевания связаны с активацией нейронов, проводящих болевые импульсы в мозге, и обусловлены нарушением баланса и активности нейромедиаторов. Согласно современным взглядам, первичные головные боли - это нейрогенные заболевания. Сосудистые нарушения, которые имеют место при мигрени, являются следствием изменения активности нервной системы [3]. Первичные головные боли характеризуются вариабельностью клинического течения. В некоторых случаях они проявляют себя редкими приступами, не нарушающими качества жизни и подчас не требующими обследования и медикаментозной терапии. Однако у некоторых больных цефалгии приобретают прогрессирующее течение, принимая хронический характер и приводя к выраженной дезадаптации [8]. В лонгитудинальном эпидемиологическом исследовании показано, что в течение 1 года у 3% больных мигренью эволюционирует из эпизодической в хроническую форму [11].

Исходя из этого, особую важность приобретает выявление факторов, провоцирующих неблагоприятное течение мигрени и головной боли напряжения. Одним из таких состояний является болезненное напряжение мышц области головы и шеи, которое получило название «дисфункция перикраниальных мышц». Дисфункция перикраниальных мышц наиболее часто обнаруживается у больных головной болью напряжения, однако около половины пациентов с мигренью также имеют данное расстройство. Наличие дисфункции перикраниальных мышц у больных мигренью ассоциировано с высокими показателями тревоги и депрессии и низким качеством жизни [5]. Предполагается, что одной из причин формирования дисфункции перикраниальных мышц служат нарушения со стороны зубочелюстного аппарата, в частности, ВЧНС. Поврежденный височно-нижнечелюстной сустав становится источником раздражения рецепторов окончаний тройничного нерва, способствуя развитию стойкой активации тригеминальной системы. Кроме того, нефизиологическое функционирование нижней челюсти провоцирует отклонения в работе прилежащих к ней скелетно-мышечных структур, становится причиной изменения пространственного положения головы и нарушения характера глотательных движений. Это приводит к изменению стереотипа движений в различных группах мышц, сухожилий и суставах головы, шеи и плечевого пояса с формированием комплекса вторичных по отношению к патологии ВЧНС изменений. Перикраниальные и шейные мышцы становятся дополнительным источником боли.

Дисфункция перикраниальных мышц также характерна для больных цервикогенной головной болью, причиной которой является патология шейного

отдела позвоночника. Этот тип цефалгии часто встречается в популяции и по распространенности приближается к мигрени [1].

В настоящее время доказана взаимосвязь между головными болями и состоянием краниомандибулярных мышц [13]. Механизмы, по которым мышцы приспособляются к сопутствующей неправильной окклюзии, подробно изучены. Показано, что неправильный бугорково-фиссурный контакт зубов-антагонистов с течением времени может привести к неправильному функционированию мышц, провоцирующему лицевые боли, головные боли, боль в шее и эмоциональный стресс. Пациенты, страдающие головными болями, не осознают негативную роль неправильной окклюзией зубов в развитии головной боли напряжения. В результате, с этой проблемой они обычно не обращаются к стоматологам и не сообщают о симптомах головной боли, пока им не задают этот вопрос во время стоматологического осмотра. Ситуация усугубляется тем, что большинство стоматологов не информированы о существовании взаимосвязи между цефалгиями и функциональным состоянием жевательного аппарата [7].

Несомненно, в лечении больных первичными головными болями, а также цервикогенной головной болью стоматологические манипуляции не играют ведущей роли, дополняя комплекс медикаментозных и немедикаментозных методов. Однако адекватное ортопедическое стоматологическое лечение может существенно повысить эффективности терапии, способствуя минимизации медикаментозной нагрузки. Целью терапии является уменьшение частоты и интенсивность приступов и повышение качества жизни больных.

При вероятном наличии у пациента зубочелюстных нарушений стоматологу необходимо с внимательностью исследовать состояние скелетно-мышечной системы. Вести на первой стадии обследования такого пациента доктору могут быть полезны простейшие диагностические приемы, например, осмотр и пальпация крыловидных, жевательных, височных и прилежащих мышц показывает степень постуральной дисфункции нижней челюсти, пальпация области слухового прохода и функциональные пробы дают представление о болезненности ВНЧС.

Роль стоматолога на начальной фазе терапии заключается в реабилитации окклюзии пациента хотя бы при помощи обратимых съемных устройств (шин). Наиболее показаны они в случае отсутствия у него зубов, значительном недоразвитии челюстей, выраженных вторичных деформаций, дистализации нижней челюсти с целью обеспечения физиологичной функции зубочелюстного аппарата. Стоматологу следует действовать аккуратно и осмотрительно, чтобы не усугубить нестабильность ВНЧС при протезировании или хирургическом вмешательстве (например, при удалении восьмых зубов), а следовательно, и

симптоматику расстройств ВНЧС. Рекомендуется тщательно подготовить пациента к лечению / операции, подобрать подходящий для него тип терапии или хирургического вмешательства и назначить, при необходимости, постоперационные физиотерапевтические процедуры [9].

Стоматолог может и должен обращаться за помощью к другим специалистам. Сотрудничество с неврологами, иглорефлексотерапевтами, физиотерапевтами и специалистами по мануальной терапии позволяет провести адекватное обследование, без лишних затрат улучшить результаты стоматологического лечения и протезирования пациента с головной болью.

В литературе представлены статьи, описывающие использование оральных ортопедических приспособлений, которые часто называют шинами, назначаемых для уменьшения головной боли, лицевой и шейной боли и улучшения жевательной функции.

Выводы

Наравне с врачами других специальностей стоматолог должен диагностировать потенциально опасные расстройства, сопровождающиеся головной болью.

В тех случаях, когда головная боль связана с патологией зубов, челюстей, ВНЧС, адекватное стоматологическое пособие способствует полному регрессу головной боли.

У больных мигренью, головной болью напряжения, цервикогенной головной болью стоматологические манипуляции могут повысить эффективность терапии.

Междисциплинарный подход к лечению головных болей позволяет оптимизировать комплекс диагностических и лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исмагилов М.Ф., Якупов РА., Якупова А.А. Головная боль напряжения. - Казань: «Медицина», 2001. - 132 с.
2. В.В. Головная боль: клиника, диагностика, лечение. Учебно-методическое пособие - Челябинск, 2008. - 76 с.
3. Abduqodirova M.B., Xodjibekova Y.M., Abdukodirov E.I., Possibilities of ultrasound examination in the diagnosis of tunnel neuropathies of the upper limb// European journal of modern medicine and practice vol. 2 no. 10 (oct - 2022) ejmmp issn: 2795-921x. [Http://innovatus.es/index.php/ejmmp](http://innovatus.es/index.php/ejmmp)
4. Mardonova Kh.Zh., Abdukodirov E.I. analysis of statistical data on patients with parkinson's disease// innovative research of the xxi century: science and education International Conference. February, 2023 Djakarta, Indonesia DOI http://doi.org/10.37077/J_2 . 50 ст.

5. Abduqodirova M.B., Xodjibekova Y.M., Abdukodirov E.I., Diagnosis and treatment of proximal tunnel neuropathy of the upper limb// Научные идеи молодых ученых, Scientific ideas of young scientists. International scientific and practical conferences October 2022 Warsaw, Poland.
6. Абдуқодиров Э. И., Каланов А. Б., Каримова М. У., Матмуродов Р. Ж., Ботиров С.Ё., Назарова М.Ф. Болевые синдромы во время Covid-19 и как его последствие// 2022. Pag.: 36-44. Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. ISSN : 2181-2799.
7. Абдуқодиров Э.И., Матмуродов Р. Ж., Хайдаров Н. К., Иноятова С.О., Сайдуллаев З. С. Analysis of Risk Factors in the Etiopatogenesis of Congenital Myopathy Syndrome// International Journal of Health Systems and Medical Science. ISSN: 2833-7433. Volume 1 | No 5 | Dec-2022. 148-155ст. <https://inter-publishing.com/index.php/IJHSMS>
8. Abdukodirov Eldor Israilovich, Tairova Dilyaram Zakirovna, Babaeva Farzona Yuldashevna. The Role Of Neuroprotective Therapy In Primary Care In Acute Ischemic Stroke// International Journal of Health Systems and Medical Sciences ISSN: 2833-7433 Volume 2 | No 1 | January -2023. 31-36. Journal Homepage: <https://inter-publishing.com/index.php/IJHSMS>.
9. E. I. Abdukodirov., N. Sh. Sirojiddinova., Z. S. Saidullaev., Sh. Kh. Bobokulov. Impact of Various Factors on Psycho-Emotional States in the Mother during Lactation// research journal of trauma and disability studies. Польша. Volume: 02 Issue: 01 | Jan – 2023 ISSN: 2720-6866. 72-80ст.