УДК 616-08:616.74-009

А. С. Сон, Ю. І. Горанський, В. В. Добровольський, Н. В. Добровольська

ГОЛОВНИЙ БІЛЬ НАПРУЖЕННЯ ЯК ПРОЯВ МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ СКРОНЕВИХ М'ЯЗІВ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616-08:616.74-009

А. С. Сон, Ю. И. Горанский, В. В. Добровольский, Н. В. Добровольская

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ВИСОЧНЫХ МЫШЦ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Нами обследовано 6 человек с жалобами на выраженную диффузную головную боль и регионарную в височно-околоушно-жевательной области с видимой гипертрофией височных мышц. В результате обследования были поставлены следующие диагнозы: головная боль напряжения на фоне миофасциального болевого синдрома: гипертрофия височных мышц (3), бруксизм (1), психогенная головная боль (1), миофасциальный болевой синдром как проявление побочного действия лекарств «Салметерол» (1). Наблюдалась положительная динамика на фоне лечения миорелаксантом «Толперизон» и анксиолитиком «Гидроксизин» с выраженным эффектом на 27–32-й день лечения; у 3 пациентов отмечалось снижение (38–44-й день) и полное отсутствие эффекта, несмотря на увеличение дозы препаратов вдвое. У этих пациентов положительная динамика отмечалась от первой инъекции ботулотоксина в область височных мышц на 7–10-й день. Таким образом, традиционное использование миорелаксантов и анксиолитиков с целью нивелирования миофасциального болевого синдрома приводит к терапевтическому эффекту через 3–4 нед. При использовании ботулотоксина эффект наступает значительно раньше, уже на второй неделе лечения. Важный эффект ботулотоксина при этом — быстрая косметическая коррекция измененного гипертрофией мышц лица.

Ключевые слова: гипертрофия височных мышц, головная боль напряжения.

UDC 616-08:616.74-009

A. S. Son, Yu. I. Goranskyy, V. V. Dobrovolskyy, N. V. Dobrovolska

TENSION-TYPE HEADACHE AS A MANIFESTATION OF THE MYOFASCIAL PAIN SYNDROME IN PATIENTS WITH TEMPORAL MUSCLE HYPERTROPHY

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Introduction. Orofacial muscle spasm is a major problem, as the diagnosis and detection of the causes of muscle pain in the face is difficult because of the variety of clinical symptoms. Complexity of diagnosis often leads to a prolonged and ineffective treatment. Muscle function disorders play a crucial role in the processes of change in contractile muscle, manifested in the form of increased tone of the muscle and leading to its hypertrophy. Features of the central regulation of muscle function, related to the activity of trigeminal nerve, the nuclei of which are related to the reticular system of alerting, cause a correlation between feelings of fear, anger, pain, and increased tone.

Case presentation. We examined 6 patients with complaints of headaches and pronounced diffuse regional pain (oromandibular and temporal region) with an apparent hypertrophy of the temporal muscle, fatigue masticators muscles in the evening and after the conversation, "violent clenching of teeth". As a result of a neurological examination, patients had the following diagnoses: tension-type headache as a manifestation of the myofascial pain syndrome in patients with temporal muscle hypertrophy (3 patients), bruxism (teeth grinding) (1 patients), psychogenic headache (1 patients), the side effects of drugs "Salmeterol" (1 patients). All patients had favorable response to treatment with muscle relaxant "Tolperisone" (150 mg orally three times a day) and anxiolytic "Hydroxyzine" (25 mg orally three times a day) with a positive effect from 10–14 days and marked 27–32 days of treatment with 3 patients showed a decrease (38–44 days of treatment) and the complete lack of effect, while increasing doses twice for 2 weeks. In these patients, a positive trend was observed from a first injection of Botulinum toxin (20 units "Disport") in the region of the temporal muscle, an average of 7–10 days after injection.

Conclusion. Thus, the traditional use of muscle relaxants and anxiolytics for the purpose of removing myofascial pain syndrome results in therapeutic effect after 3–4 weeks. When using Botulinum toxin, effect became much earlier — on the second week of treatment. An important effect of Botulinum toxin is a quick cosmetic correction of facial muscles hypertrophy.

Key words: temporal muscle hypertrophy, tension headache.

Гіпертонус орофаціальної мускулатури становить значну проблему, тому що діагностика і виявлення причин виникнення м'язового болю утруднені через різноманітність клінічної симптоматики [1]. Частка м'язового болю становить 90 % від усіх випадків хронічного орофасціального болю і найчастіше асоціюється з одонтогенною етіологією. Складність діагностики часом призводить до тривалого і неефективного лікування. М'язовий біль — це вид глибокого соматичного болю, який здатний спричинювати центральний збудливий вплив. В основі порушень м'язових функцій вирішальну роль відіграють зміни скорочувальних процесів у мускулатурі, що проявляються у вигляді гіпертонусів і призводять до її гіпертрофії (рис. 1, 2). Особливості центральної регуляції м'язової функції, що належить до діяльності трійчастого нерва, ядра якого мають відношення до ретикулярної системи передачі сигналів тривоги, зумовлюють кореляцію між почуттями страху, гніву, болю та підвищенням тонусу.

Нами обстежено 6 осіб, серед них 1 (17 %) чоловік, 5 (83 %) жінок, середній вік 23–37 років, зі скаргами на виражений дифузний головний і регіональний біль (скронево-привушно-жувальна ділянка) з видимою гіпертрофією скроневих м'язів, стомлюваністю жувальних м'язів у другій половині дня та після розмови, «насильницьким стисканням зубів». Ніхто з пацієнтів не пов'язував наявність болю з проведеним раніше стоматологічним лікуванням.

Диференційну діагностику проводили між такими захворюваннями:

— міозитом (гострий біль при пальпації окремих жувальних м'язів);

Рис. 1. Зовнішній вигляд пацієнтки з гіпертрофією скроневих м'язів

— міофасціальним синдромом (наявність у м'язах «тригерних» зон, при пальпації яких виникає біль в інших ділянках голови та шиї);

— артрозом (постійна крепітація при рухах нижньої щелепи, зміни кісткових суглобових поверхонь на рентгенограмі);

— колагеновими захворюваннями («відкритий прикус», позитивні проби на колагеноз та імунні захворювання);

— підвивихи скронево-нижньощелепного суглоба (клацання, обмеження відкривання рота, біль).

У соматичному статусі були виявлені такі супровідні патології: бронхіальна астма (1), посттравматична енцефалопатія (3), спондилоартроз шийного відділу хребта (4), тривожно-депресивний синдром (5).

У результаті неврологічного обстеження пацієнтам було визначено такі діагнози: головний біль напруження на тлі міофасціального больового синдрому: гіпертрофія скроневих м'язів (3), бруксизм (1), психогенний головний біль (1), міофасціальний больовий синдром як прояв побічної дії ліків (1).

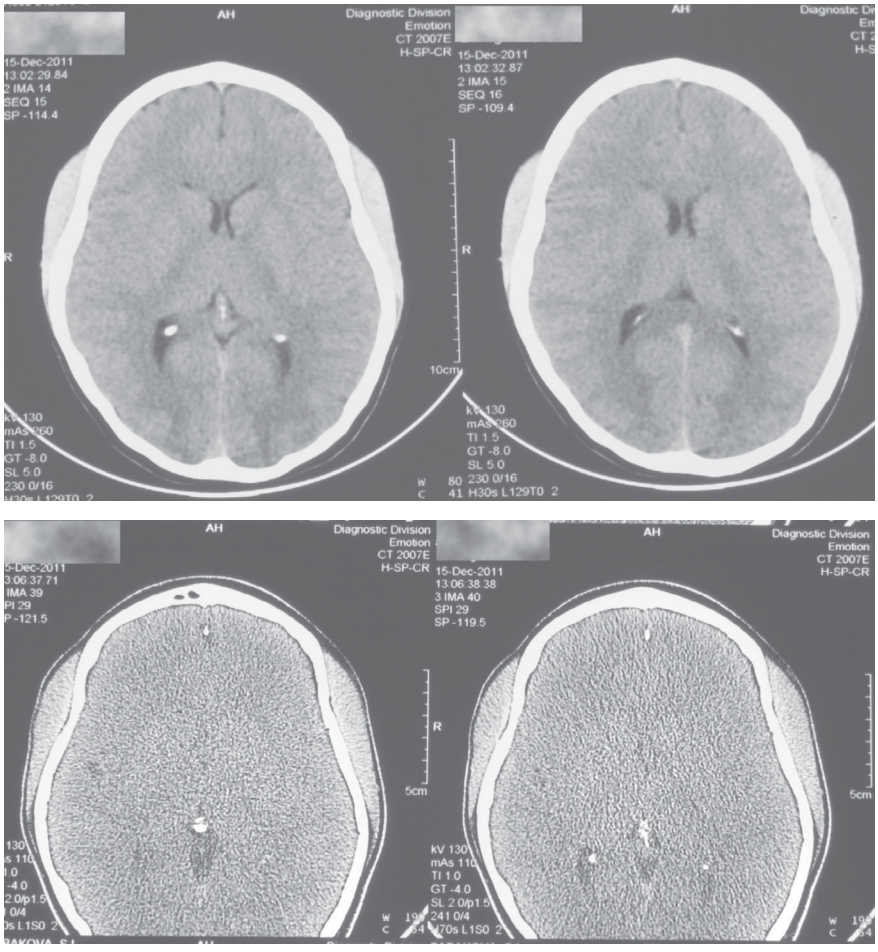

Рис. 2. Гіпертрофія скроневих м'язів. Комп'ютерна томограма

Аналіз клінічних даних показав, що у 1 пацієнтки етіологічним фактором виявився побічний ефект від тривалого прийому «Салметеролу» («Серетид») через напади бронхіальної астми; у 3 пацієнтів — асоціювався з перенесеними в анамнезі черепно-мозковими травмами.

У всіх пацієнтів спостерігалася позитивна динаміка на тлі лікування міорелаксантом («Толперизон» («Мідокалм») 0,15 всередину тричі на день) і анксіолітиком («Гідроксизин» («Атаракс») 0,025 всередину тричі на день) з позитивним ефектом, починаючи з 10–14-го дня, і вираженим — з 27–32-го дня лікування.

У 3 пацієнтів відзначалося зниження на 38–44-й день лікування й повна відсутність ефекту, незважаючи на збільшення дози препаратів удвічі впродовж 2 тиж. У цій групі спостерігався позитивний ефект від першої ін'єкції ботулотоксину (20 ОД «Диспорту» в ділянку скроневих м'язів) у середньому на 7–10-й день після ін'єкції.

Таким чином, традиційне застосування міорелаксантів й анксіолітиків з метою нівелювання міофасціального больового синдрому приводить до позитивної дії з терапевтичним ефектом через 3–4 тиж. При використанні ботулотоксину ефект настає значно раніше, вже на 2-му тижні лікування. Важливим ефектом ботулотоксину при цьому є швидка косметична корекція змінених гіпертрофією м'язів обличчя.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Рачин А. П.* Миофасциальный болевой синдром / А. П. Рачин, К. А. Якунин, А. В. Демешко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 120 с. : ил.

REFERENCE

1. Rachin A.P., Yakunin K.A., Demeshko A.V. Miofascial pain syndrome [Myofastsialnyy bolevoy sindrom]. M., GEOTAR-Media, 2009. 120 p. : ill.

Надійшла 1.11.2013

Передплачуйте і читайте

ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ***Теорія і експеримент***
- ***Клінічна практика***
- ***Профілактика, реабілітація, валеологія***
- ***Новітні технології***
- ***Огляди, рецензії, дискусії***