

МИОФАСЦИЈАЛЕН БОЛЕН СИНДРОМ ВО КРАНИОМАНДИБУЛАРНА РЕГИЈА

Др. Владимир Милошев, Клиничка болница, Одделение за максилофац. хирургија

Проф. др. Ленче Милошева, Универзитет „Гоце Делчев“, Штип

Апстракт

Краниомандибуларните нарушувања се карактеризираат со комбинација на симптоми кои вклучуваат болна осетливост и дисфункција на темпоромандибуларниот зглоб, усната шуплина, вратниот рбет и мускулите на мастикација. Резултатите од многу истражувања придонесуваат да се исчистат хипотезите за овој синдром на болка, започнувајќи со земање предвид и уважувајќи ги различните аспекти на интегрираните „хипотези на тригер-точки“. Продлабочените интердисциплинарни знаења придонесуваат не само да се разбере миофасцијалниот болен синдром (МПС) и миофасцијалните тригер точки (МТР), туку и нудат ефективни приоди за ослободување од болка, како и можности да ги вратат функциите и да придонесат значајно за квалитетот на живеење.

1. Вовед

Краниомандибуларните нарушувања се карактеризираат со комбинација на симптоми кои вклучуваат болна осетливост и дисфункција на темпоромандибуларниот зглоб, усната шуплина, вратниот рбет и мускулите на мастикација. Пациентите се жалат на локална дентоалвеоларна болка, мускулна болка, болки на главата, лицето и вратот, звуци за време на кондиларни движења, девијација и ограничени мандибуларни движења, променети оклузални односи. Краниофацијалните болни состојби имаат посебно емоционално и психолошко значење, од аспект на фацијалните експресији, говорот и другите орални функции. Во услови на краниофацијална болка оневозможена е нормалната комуникација.

Во просек околу 10 % од популацијата имаат манифестација на краниомандибуларна болка. Според Ле Реше (LeResche, 1997) преваленцата се движи од 0-10 % кај мажите и 2-18 % кај жените. Преваленцата кај деца и адолесценти се движи од 2-6 %.

Кај најголемиот дел од пациентите, болката е акутна, но транзиторна, а кај помал процент поминува во хронична болка (како што е тригеминалната невралгија). Кај поголем дел од пациентите болката се намалува со текот на времето, со или без третман, кај помал процент болката опстојува. Слично на другите мускулно-скелетни болни состојби, меѓу 5 и 15 проценти од пациентите со краниомандибуларни пореметувања (CMD), преминуваат во хронична состојба. Пациентите се упорна краниомандибуларна болка без објективни клинички и радиографски наод, се особен предизвик не само за оштиот стоматолог, туку и за ортодонтите, оралните и максилофацијаните хирурзи и др.

Генерално е прифатено дека краниомандибуларните пореметувања имаат мултифакторијална етиологија . Иако многу заболувања, како денталните заболувања, инфекции и тумори, се поврзани со појава на болка, повеќето хронични болки се од мускулно скелетна природа. Поврзаноста помеѓу оклузијата и краниомандибуларните пореметувања е предмет на повеќе истражувања. Повеќе студии го вклучуваат влијанието на стресот на краниомандибуларните пореметувања и осетливоста на мастикаторната мускулатура (Liptan, 2011).

Функционалните дисфункции на вратниот рбет треба да бидат земени во предвид при третманот на пациенти со краниомандибуларен болен синдром. Rocabado (според Liptan, 2011) развил прагматичен пристап вклучувајќи ја поврзаноста помеѓу вратен рбет, мандибулата и темпоромандибуларниот зглоб. Тој докажал дека правилна позиција може да се постигне само ако постои баланс помеѓу позицијата и придвижувањата на субкранијалните структури, среден и долен вратен рбет, хиоидната коска и мандибулата. Деталната биомеханичка проценка е доста важна. Во оваа проценка потребна е детална евалуација на цервикалната и краниомандибуларната мускулатура.

2. Миофасцијален Болен Дисфункционален Синдром (МБДС) и миофасцијалните тригер точки (МТР)

Во литературата, мускулната болка со или без ограничување во отворањето на устата е означена како Миофасцијален Болен Дисфункционален Синдром (МБДС). Според Симонс, Травел

и Симонс (Simons, Travell & Simons, 1999) овој синдром претставува склоп на сензитивни, моторни и автономни симптоми предизвикани од миофасцијалните тригер точки (МТР). Овие точки клинички се дефинирани како хипериритабилни зони во скелетната мускулатура. Овие места се болно осетливи на притисок. Доброто познавање на миофасцијалните тригер точки и миофасцијалниот болен синдром, ќе придонесе стоматолозите, ортодонтите, оралните хирурзи и другите клиничари да обезбедат ефективен пристап за ублажување на проблемот и значително да придонесат за подобрување на квалитетот на живеење на таквите пациенти. Миофасцијалната болка е слаба , но упорна и длабока болка, за разлика од денталните и кожните болки. За многу клиничари болката е збунувачка, бидејќи пациентите се жалат на болка во непосредна близина на миофасцијалните тригер точки. Кај пациентите со миофасцијален болен синдром, мускулатурата е во континуирана контрактура, што може да резултира со мускулна исхемија, замор и болка.

Дијагнозата на миофасцијалниот болен синдром воглавно е базирана на палпација. Не постојат стандардизирани дијагностички критериуми за иницијално дијагностицирање на истиот. Точната дијагноза пред се зависи од искуството и вештините на клиничарот за идентификација на миофасцијалните тригер точки. Постојат два основни типа на палпациони техники за точна идентификација на миофасцијалните тригер точки. Flat – палпација , за палпација на темпоралниот и масетеричниот мускул, и Pincher- палпација , за палпација на стерноклеидомастоидниот и горен дел на трапезоидниот мускул.

За поставување на дијагнозата минимумот присутни симптоми се : затегнатост на мускулите и болна осетливост на палпација на тригер точките. Во диференцијалната дијагноза на миофасцијалниот болен синдром влегуваат: темпоромандибуларни дисфункции, мигрена, хипертензивни главоболки, радикулопатии, повреди на вратот и др.

Постојат разни мануелни техники во третманот на овој синдром, како што се миофасцијалната релаксациона техника, компресија, компресија на тригер точките комбинирано со активна контракција на инволвираната мускулатура, масажна терапија, површинска и длабока медикаментозна апликација во тригер точките. Кај поедини случаи се користи ботулин токсин заради блокирање на ослободување на ацетилхолин.

Но, ова сепак не претставува целиот третман кај овие пациенти. Потребно е да се обрне вниманието на причините кои довеле до ова, пред сè на психолошките фактори. Само комплексен приод во решавањењето на миофасцијалниот болен синдром, може да резултира со долготрајно отстранување на проблемите.

3. Заклучок

Миофасцијалниот болен синдром (МПС), онака како што е дефиниран од Симонс, Травел и Симонс (Simons, Travell & Simons, 1999) им нуди на клиничарите одлични влезни точки во проблемите со акутните и хронични болки. Миофасцијалните тригер точки (МТР) се заеднички извор или придонесувачки фактор за многу мускулно скелетни пореметувања. Во краниомандибуларниот регион миофасцијалните тригер точки се најчесто одговорни за локалните и референтните обрасци на болка, предизвикувајќи главоболки, темпомандибуларна болка и дисфункција, забоболка и болка на лице. На клиничарите им се препорачува, во своите испитувања и поставување на диференцијална дијагноза рутински да ги вклучат тригер точките (Dommerholt & Issa, 2003). Резултатите од многу истражувања придонесуваат да се исчистат хипотезите за овој синдром на болка, започнувајќи со земање предвид и уважувајќи ги различните аспекти на интегрираните „хипотези на тригер-точки“.

Продлабочените интердисциплинарни знаења придонесуваат не само да се разбере миофасцијалниот болен синдром (МПС) и миофасцијалните тригер точки (МТР), туку и нудат ефективни приоди за ослободување од болка, како и можности да ги вратат функциите и да придонесат значајно за квалитетот на живеење.

Литература

- LeResche, L. (1997). Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. *Crit Rev Oral Biol Med*, 8, p. 291-305.
- Dommerholt, J, & Issa, T. (2003). Differential diagnosis: myofascial pain. In: Chaitow L, editor. *Fibromyalgia: a practitioner's guide to treatment*. Edinburgh: Churchill Livingstone, p. 149-177.
- Mense, S.(2003). The pathogenesis of muscle pain. *Current Pain and Headache Reports* ,7(6), p. 419-425.
- Rachlin, E.S., & Rachlin, I.S. (2002). *Myofascial pain and fibromyalgia, trigger point management*. St. Louis: Mosby.
- Simons, D.G., Travell, J.G.,& Simons, L.S. (1999). *Travell and Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual*. 2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Liptan, G.(2011). *Figuring out fibromyalgia: Current science and the most effective treatments*. Portland: Visceral Books.