

Фибромиалгия – стоматологические аспекты

М. Панчовска¹, Н. Николов², Е. Фиркова¹, Зл. Коларов³

¹Медицинский университет г. Пловдива,

²Медицинский университет г. Плевена,

³Медицинский университет г. Софии, Болгария

¹Medical University of Plovdiv,

²Medical University of Pleven,

³Medical University of Sofia, Bulgaria

Контакты: Мария Панчовска
panchovska@abv.bg

Contact: Maria Panchovska
panchovska@abv.bg

Поступила 23.05.13

Фибромиалгия – заболевание, которое сопровождается диффузной хронической болью в течение ≥ 3 мес и болезненностью при пальпации по меньшей мере в 11 из 18 анатомических точек (критерии Американской коллегии ревматологов). В 2010 г. в пересмотренные критерии фибромиалгии включена также боль в челюстях. У некоторых пациентов отмечаются болевые точки на лице, симптомы и признаки дисфункции височно-нижнечелюстной области в сочетании с хронической усталостью и нарушением сна. В статье представлены результаты прямого анонимного опроса пациентов с достоверным диагнозом фибромиалгии. Фибромиалгия рассматривается как междисциплинарная проблема. Больные фибромиалгией нуждаются в наблюдении семейного врача, врача-ревматолога и стоматолога.

Ключевые слова: фибромиалгия, лицевая боль, дисфункция височно-нижнечелюстной области.

FIBROMYALGIA: DENTAL ASPECTS

M. Panchovska¹, N. Nikolov², E. Firkova¹, Zl. Kolarov³

Fibromyalgia is a disease accompanied by diffuse chronic pain for ≥ 3 months and tenderness on palpation in at least 11 of 18 anatomic points (American College of Rheumatology criteria). Gnathalgia was also included in the revised fibromyalgia criteria in 2010. Some patients have facial pain spots, symptoms and signs of temporomandibular dysfunction in combination with chronic fatigue and sleep disorder. The paper presents the results of an anonymous questionnaire survey in patients with a valid diagnosis of fibromyalgia. The patients with this disease require a follow-up by a family physician, a rheumatologist, and a dentist.

Key words: fibromyalgia, facial pain, temporomandibular dysfunction.

Фибромиалгия является заболеванием, которое сопровождается хронической диффузной болью продолжительностью > 3 мес и болезненностью при стандартной пальпации с силой до 400 г/см² по крайней мере в 11 из 18 характерных анатомических точек. У некоторых пациентов отмечаются и такие симптомы, как хроническая усталость, нарушение сна, головные боли, когнитивные нарушения [1]. Со времен Костена и описания им данного синдрома продолжают изучение и переоценка дисфункции височно-нижнечелюстной области, а также лицевой боли с миофасциальным болевым синдромом [2, 3]. В 2010 г. были предложены пересмотренные критерии для диагностики фибромиалгии, включающие и боль в челюсти соответственно с левой и правой стороны [4]. Фибромиалгия встречается в 5–9 раз чаще у женщин, чем у мужчин, и наблюдается в различных возрастных группах. Ее распространенность составляет 3,9% среди лиц 20–40 лет и достигает 5,8% в возрасте 40–60 лет. У части пациентов с фибромиалгией имеются симптомы, которые требуют консультации не только ревматолога, но и стоматолога. Нередко семейные врачи проводят симптоматическое лечение, что является причиной поздней диагностики и запоздалого лечения. Эти факторы приводят к снижению качества жизни пациентов с фибромиалгией.

Цель исследования – выявить частоту симптомов дисфункции височно-нижнечелюстной области; описать полную стоматологическую симптоматику фибромиалгии.

Материал и методы

Проведен прямой индивидуальный анонимный опрос 31 женщины с первичной фибромиалгией. Средний возраст пациенток составил $47,10 \pm 9,14$ года, а средняя продолжительность боли – $9,3 \pm 5,2$ года. Статистическую обработку результатов проводили с применением методов описательного анализа.

Результаты и обсуждение

На момент исследования 19 (61,29%) пациенток принимали трициклические антидепрессанты и/или ингибиторы обратного захвата серотонина.

Боль в жевательных мышцах (преимущественно mm. masseters) отмечалась у 14 (45,16%) больных, а трудности открытия рта имели место в 17 (54,83%) случаях. Односторонняя или двусторонняя лицевая боль была у 15 респондентов, что составило 46,87% всех опрошенных. Боль в височно-нижнечелюстных суставах зарегистрирована у 12 (38,70%), а крепитация – у 9 (29,03%) женщин. Головной болью страдали 18 (58,06%) пациенток, у 7 из них случались приступы мигрени. Боль в шее отмечалась в 11 (35,48%) случаях. На нарушение сна, усталость и/или хроническую усталость жаловались 22 (70,96%) и 20 (64,51%) больных соответственно. У 7 (22,58%) женщин диффузная боль появилась после стрессовых расстройств.

Дифференциальная диагностика фибромиалгии охватывает широкий круг заболеваний: ревматические, эндокринные, инфек-

ционные [1]. Часть пациентов предъявляют жалобы на лицевую боль, имеют височно-нижнечелюстную дисфункцию и орофациальные симптомы. После консультации ревматолога им был поставлен диагноз фибромиалгии на основании общепринятых критериев [5–7].

В нашей группе частота выявления патологии височно-нижнечелюстной области и лицевой боли (47–55%) значительно ниже, чем у других авторов [8–10]. Это можно объяснить разными факторами. Во-первых, наши пациентки страдали первичной фибромиалгией и 61,29% из них проводилась терапия трициклическими антидепрессантами и/или ингибиторами обратного захвата серотонина. Во-вторых, проводимая терапия влияет на частоту нарушений сна и хронической усталости, усугубляющих болевые ощущения. В-третьих, имеются различия в подходе к ведению таких больных [11, 12]. Пятнадцать (48,38%) женщин наблюдались у стоматолога для лечения профильной патологии, им проводилась физио-

терапия, назначались нестероидные противовоспалительные препараты и миорелаксанты. У невролога лечились 23 (74,19%) пациентки. Наряду с нестероидными противовоспалительными препаратами и миорелаксантами им были назначены ингибиторы обратного захвата серотонина и противосудорожные средства. Окончательный диагноз фибромиалгии пациенткам обеих групп был поставлен после консультации ревматолога.

Связь дисфункции височно-нижнечелюстной области, триггерных точек на лице, с одной стороны, и фибромиалгии – с другой – обсуждается как ревматологами, так и стоматологами [13]. В.Р. Fraga и соавт. [9] предложили рассматривать фибромиалгию как фактор риска развития дисфункции височно-нижнечелюстной области. Пересмотренные диагностические критерии фибромиалгии (2010), включающие боль в височно-нижнечелюстной области, подчеркивают междисциплинарный характер данной проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматология: Клинические рекомендации. Под ред. акад. РАМН Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011;649–67.
2. Безруков В.М. Справочник по стоматологии. М.: Медицина, 1998.
3. Петросов Ю.А. О синдроме Костена. Стоматология 1985;64(5):52–5.
4. Wolfe F, Clauw D.J., Fitzcharles M.A. et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthr Care Res (Hoboken)* 2010;62:600–10.
5. Hoffmann R.G., Kotchen J.M., Kotchen T.A. et al. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain* 2011;27:268–74.
6. Pimentel M.J., Gui M.S., Martins de Aquino L.M. et al. Features of temporomandibular disorders in fibromyalgia syndrome. *Cranio* 2013;31:40–5.
7. John M.T., Reissmann D.R., Schierz O. et al. Patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2007;21:46–54.
8. Aaron L.A., Burke M.M., Buchwald D. Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Arch Intern Med* 2000;160:221–7.
9. Fraga B.P., Santos E.B., Farias J.P., Mactera J.C. Signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in fibromyalgic patients. *J Craniofac Surg* 2012;23:615–8.
10. Hedenberg-Magnusson B., Emberg M., Kopp S. Presence of orofacial pain and temporomandibular disorder in fibromyalgia. A study by questionnaire. *Swed Dent J* 1999;23:185–92.
11. Salvetti G., Manfredini D., Bazzich L., Bosco M. Clinical features of the stomatognathic involvement in fibromyalgia syndrome: a comparison with temporomandibular disorders patients. *Cranio* 2007;25:127–33.
12. Saurenmann R. The difficult diagnosis of temporomandibular joint arthritis. *J Rheumatol* 2012;39(Suppl 1):1778–80.
13. Plesh O., Wolfe F., Lane N. The relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: Prevalence and Symptom severity. *J Rheumatol* 1996;23:1948–52.