

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

**Караков К.Г., Хачатурян Э.Э., Саргисян А.Э., Темирболатова А.Х.**

*ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, e-mail: Terstomsgma@yandex.ru*

Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СДВНЧС) – один из самых трудных и противоречивых диагнозов, с которым приходится сталкиваться практикующим врачам-стоматологам. По данным В.А. Хватовой от 27% до 76% больных, обращающихся за помощью к стоматологу, имеют жалобы на нарушение функции ВНЧС. Разнообразие клинических проявлений дисфункции височно-нижнечелюстного сустава определяется полиэтиологичностью развивающихся в нем патологических изменений, что усложняет его диагностику и лечение. Проведено определение роли неврологических расстройств в структуре диагностики синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

**Ключевые слова:** дисфункция, психологические аспекты, алекситимия, личностная тревожность

## PSYCHOLOGICAL FEATURES DYSFUNCTION SYNDROME OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

**Karakov K.G., Hachaturyan E.E., Sargisyan A.E., Temirbolatova A.H.**

*Stavropol State Medical University, Stavropol, e-mail: Terstomsgma@yandex.ru*

Dysfunction of temporomandibular joint syndrome (DTMJS) is one of the most difficult and contradictory diagnoses which dentists have to encounter in their practice. According to V.A.Khvatova between 27 and 76% of patients visiting dentist have dysfunction of temporomandibular joint. Variability of clinical manifestations of DTMJ is determined by presence of multiple causative factors leading to pathological changes what makes its diagnosis and treatment very difficult. A study defining the role of neurological disorders in the structure of diagnostic dysfunction syndrome temporomandibular joint.

**Key words:** dysfunction, psychological aspects, alexithimia, personal anxiety

В настоящее время не существует единого мнения о природе синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) [2,7]. В тоже время, подавляющее число исследователей признают важную, а иногда и ключевую роль, психологических факторов в возникновении и поддержании данного страдания [4]. Наблюдается тенденция, при которой сторонники какой-либо одной этиологической концепции игнорируют или преуменьшают роль других [3]. Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), по разным данным, наблюдается у 27–78% пациентов, обратившихся за стоматологической помощью. В 90 – 91% случаев – это лица, страдающие функциональными нарушениями работы сочленения, которые обусловлены нарушением окклю-

зии и дискоординацией деятельности жевательных мышц [6]. Несмотря на значительное освещение в литературе вопросов лечения болевой дисфункции ВНЧС, данная проблема не теряет своей актуальности.

Целью настоящего исследования послужило определение роли неврологических расстройств в структуре диагностики синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

### **Материалы и методы исследования**

В исследовании приняли участие 145 человек, страдающих синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Возраст обследованных находился в диапазоне от 25 до 65 лет, средний возраст пациентов составил 45 лет. Среди них – 99 женщин и 46 мужчин. Группа контроля состояла из 145 здоровых лиц и была эквивалентна по возрасту и

половому составу основной группе. Длительность заболевания составляла не менее 18-ти месяцев. В группе исследования преобладали пациенты женского пола молодого возраста (до 40 лет), что отражает общую тенденцию в распространенности синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Стоматологическое обследование больных начиналось с выяснения жалоб. Сбор анамнеза включал выявление времени появления первых патологических изменений, выяснялось, с чем пациент связывал начало заболевания, возможные этиологические факторы, детализировались все предыдущие методы лечения. Определялись факторы, ухудшающие или облегчающие состояние больного, наличие вредных привычек, бруксизма, характера питания, психоэмоциональное и общее состояние больного. Выявлялись факторы, усиливающие боль в динамике. Уточнялся характер возникновения боли. При внешнем осмотре особое внимание уделялось мимике пациента, выражению глаз, степени сжатия челюстей, привычке выдвигать вперед нижнюю челюсть, симметричности лица в положении центральной окклюзии, состоянию кожных покровов лица и области височно-нижнечелюстных суставов. Пальпация ВНЧС осуществлялась двумя способами: непосредственно через кожные покровы и со стороны наружного слухового прохода. При пальцевом исследовании через наружный слуховой проход выявлялось наличие глухого щелканья, болезненности в области задней стенки суставной ямки, наличие или отсутствие подвижности суставной головки, анкилозы, вывихи и подвывихи. Определялся характер движений нижней челюсти при открывании и закрывании рта. Затем прово-

дилась пальпация головки нижней челюсти снаружи и со стороны слухового прохода в покое и при движении нижней челюсти.

Психологическое обследование проводилось по следующим тестам и шкалам. Шкала депрессии Бэка: обследуемому предлагается опросник с утверждениями и возможными вариантами ответов, каждому из которых дана балльная оценка. Обработка результатов состоит в суммировании баллов, а интерпретация основана на сравнении полученной суммы с предлагаемыми диагностическими критериями. Торонтская шкалы алекситимии представляет собой опросник для оценки уровня алекситимии. Алекситимический тип личности выявляется при 74 баллах по данной шкале. Неалекситимический тип набирает 62 балла и ниже. Методика по оценке реактивной и личностной тревожности Спилберга: испытуемому предлагается ответить на 40 вопросов-суждений, из которых 20 – для измерения состояния реактивной тревожности, и 20 – для оценки личностной тревоги. На каждый вопрос возможны 4 варианта ответа. Интерпретация результатов проводится на основании того, что итоговый показатель каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов.

### Результаты исследования и их обсуждение

Обследование пациентов с ДВНЧС, включенных в исследование, позволило выявить некоторые закономерности (табл.1).

**Таблица 1**

Причины, с которыми больные связывали развитие дисфункции ВНЧС

Патогенные факторы	Количество больных	%
Лечение зубов	40	27,7
Нерациональное протезирование или отсутствие протезирования длительное время	72	49,7
Травмы челюстно-лицевой области	11	7,6
Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	19	13
Не указывали причину	3	2
ИТОГО:	145	100

Как видно из таблицы, чаще всего пациенты связывали развитие расстройства с нерациональным или не проведенным вовремя протезированием и врачебными манипуляциями в полости рта.

Больных, включенных в данное исследование, в зависимости от их поведенческих и эмоциональных особенностей, выявленных при общении с ними, можно условно разделить на несколько групп. 1 группа - пациен-

ты с преобладанием тревожных симптомов (33 человека - 22,8%). 2 группа (6 человек - 4,1%) представлена пациентами с паническими расстройствами, проявлявшимися в виде рекуррентных неожиданных приступов паники с последующим периодом постоянной обеспокоенности по поводу возможности повторения приступа. 3 группа была выделена на основании преобладания в структуре аффекта тоскливо-подавленного

настроения (15 человек - 10,3%). 4 группа представлена пациентами (2 человека - 1,4%), характер предъявления жалоб которых (некоторая вычурность, аффектация, демонстративность, капризность поведения) позволяли говорить о наличии у этих больных истерических личностных черт. 5 группа состояла из пациентов, где в структуре аффективных расстройств преобладала дисфория (раздражительность, озлобленность, реакция обиды) (2 человека - 1,4%). 6 группа не имела выраженных аффективных расстройств (87 человек - 60%). Жалобы, как правило, были лаконичные, четкие, адекватные клинической картине. Отношение к заболеванию, а также к лечению и прогнозу носило конструктивный, позитивный характер. Несмотря на выраженный болевой синдром, эти пациенты терпеливо переносили страдания, верили в успех лечения, отмечали даже незначительные положительные сдвиги в ходе терапии.

Особенностью психосоматических проявлений (58 человек - 40%) являлось то, что больные не акцентировали внимание врача на эмоциональных, личностных проблемах, старались уходить во время беседы от их

обсуждения, переводя разговор в русло соматического нездоровья, пытались избежать контакта с психотерапевтом. При беседах с ними обращали на себя внимание трудности при вербализации жалоб, неумение говорить о чувствах (алекситимия), слабая способность к дифференцировке внутренних ощущений, непонимание своего тела. Часто они имели искаженную внутреннюю картину болезни, неправильно представляли анатомическое строение сустава. От этих пациентов нередко можно было услышать заявления, что у них "разрушился или окостенеет сустав". Некоторые пациенты из этой группы выглядели грустными, подавленными, отмечалась некоторая двигательная заторможенность. Однако жалобы на снижение настроения отсутствовали. По нашему мнению, данный психологический фон лежал в основе развития и обуславливал хроническое течение болезненного процесса.

При объективизации степени тяжести мы руководствовались критериями выраженности аффективных нарушений и определением двигательной функции височно-нижнечелюстного сустава (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных по степени тяжести клинических проявлений

Пол	Степень тяжести заболевания			Всего
	легкая	средняя	тяжелая	
Женский Абс.	35	50	14	99
%	35,4	50,6	14	68,3
Мужской Абс.	14	27	5	46
%	30,3	58,6	10,1	31,7
ИТОГО	49	77	19	145
%	33,8	53	13,2	100

Пациенты с легкой степенью тяжести характеризовались, как правило, отсутствием выраженных аффективных расстройств. Они проявляли лишь незначительное беспокойство по поводу щелканья в суставе и незначительную болезненность во время приема пищи. Открывание рта было полным. Пациенты со средней степенью тяжести расстройства отличались более выраженной эмоциональной нестабильностью.

Как правило, эмоциональные расстройства проявлялись в виде тревоги, ипохондрической фиксации на болезненных ощущениях постоянного характера. Отмечалось ограничение открывания рта до 2,5-3 см. Ригидность жевательных мышц носила умеренный характер. Тем не менее, больные этой группы продолжали справляться со служебными и домашними обязанностями, вести активный образ жизни. Охотно лечились и

верили в успех терапии. Больные с тяжелой степенью расстройства отличались выраженными аффективными нарушениями. Многие из них чувствовали безысходность, испытывали разочарование в лечении. Отмечалось стойкое ограничение открывания рта до 1 см. Боли иррадиировали в висок, ухо, шею, затылочную область, языкогло-

точное пространство. При пальпации височно-нижнечелюстного сустава отмечалась резкая болезненность. Иногда наблюдалось повышение температуры кожных покровов в области сустава.

В таблице 3 представлены результаты нейропсихологического тестирования.

**Таблица 3**

Результаты нейропсихологического обследования.

Шкалы	Шкала депрессии А.Бэка	Торонтовская Шкала алекситимии	Шкала тревожности по Спилбергеру
Группы	М ±m	М ±m	М ±m
Больные с ДВНЧС n=145	25,4±3,7	69,3±2,5	49,1±2,7
Здоровые n=145	12,5±3,4 **	59,5±2,8 ***	32,8±24 **

\*\* -p<0.01 \* \*- p<0.001

Уровни депрессии, тревоги и алекситимии были достоверно выше, как показывает таблица 3, в группе больных, чем в группе здоровых лиц.

### Заключение

Таким образом, проведенное обследование позволило показать, что ведущим синдромом в исследуемой группе больных был нейромышечный синдром. 40% лиц из группы исследования находились в состоянии психоэмоционального напряжения. Аффективные расстройства чаще всего проявлялись в виде депрессии и тревоги. Пациентов с ДВНЧС отличала склонность к подавлению негативного аффекта, невротический сверхконтроль аффективных реакций, неспособность к асертивному поведению. Психотерапевтическая коррекция и психофармакотерапия, назначенные больным с ДВНЧС на стадии функциональных нарушений, предотвращают развитие органической патологии височно-нижнечелюстного сустава. Понимание психологических особенностей пациентов, адекватная психотерапия, психофармакотерапия, назначенные больным на ранних этапах болезни, позво-

лят ускорить процесс реабилитации больных с СДВНЧ, сократить сроки лечения.

### Список литературы

1. Булычева Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциональными жевательных мышц, и их комплексное лечение // *Стоматология*. – 2006. – Т.85, №6. – С.58-61.
2. Кравченко Д.В., Семкин В.А., Рабухин Н.А. Современные методы диагностики больных с функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава // *Материалы VII-го Всероссийского научного форума с международным участием. "Стоматология"*. – М., 2005. – С.235-236.
3. Куприянова О.Н., Пузин М.Н. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с дисплазией соединительной ткани // *Российский стоматологический журнал*. – 2007. – № 2. – С.34-36.
4. Лебедеко И.Ю. Функциональные нарушения ВНЧС у больных с ревматоидным артритом, на фоне вторичной частичной адентии / И.Ю. Лебедеко, В.М.Гринин, А.А. Абдуллаев // *Актуальные проблемы стоматологии: сб. науч. тр.* – М., 2002. – С.116-118.
5. Лебедеко И.Ю., Гринин В.М. Нарушение функции ВНЧС у больных, страдающих ревматоидным артритом // *Стоматология*. – 2002. – № 6. – С.41-49.
6. Шаныгина Д.В. Психоэмоциональный стресс пациента на стоматологическом ортопедическом приеме / Д.В. Шаныгина // *Актуальные проблемы стоматологии: сб. науч. тр.* – М., 2002. – С.267-268.