

Изменение внутренней картины болезни в процессе лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Изучено отношение взрослых людей, страдающих различными формами заболеваний височно-нижнечелюстного сустава с болевым синдромом, к внутренней картине болезни. Для определения типа отношения пациента к болезни использовали методику «Тип отношения к болезни». Установлено, что у пациентов, страдающих патологией височно-нижнечелюстного сустава, толерантность к жевательной нагрузке чаще была снижена, а морфометрический индекс у 75,7% обследованных был ниже 0,7 у. е. Данные об отношении к болезни, полученные до начала лечения лиц, страдающих заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, не показали возрастных и половых различий, а также различий с учётом формы патологии височно-нижнечелюстного сустава. Отмечено, что до начала терапии независимо от возраста и пола у лиц, страдающих заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, отмечались типы отношения к болезни, при которых наблюдалось дезадаптивное поведение с преимущественно интрапсихической направленностью реагирования на болезнь. Так, среди типов отношения к болезни у лиц, страдающих заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, до лечения чаще выявляли ипохондрический (29,7%), меланхолический (25,9%), неврастенический (10,8%), реже – тревожный (8,1%) и апатический (5,4%) типы. При этом наличие у пациентов психической дезадаптации в связи с патологией височно-нижнечелюстного сустава определяется преимущественно как интрапсихическая направленность реагирования на болезнь. Это проявлялось характерными реакциями по типу раздражительной слабости, тревожным, подавленным, угнетённым состоянием. Проведённое в течение 30–40 суток лечение позволило у 94,6% больных устранить неадекватные реакции на болезнь или значительно улучшить их состояние, однако у 5,4% пациентов в области височно-нижнечелюстного сустава сохранялась слабовыраженная артралгия. Эффективность лечения пациентов составила 72,4%. У пациентов в основном исчезли жалобы на боль в области височно-нижнечелюстного сустава, в том числе при еде и разговоре, уменьшились звуковые феномены в области височно-нижнечелюстного сустава при открывании и закрывании рта. Проведённое комплексное лечение с использованием определенного режима поведения, питания, различных стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, упражнений лечебной физкультуры наряду с приёмом нестероидного противовоспалительного препарата «Эторикоксиб» позволило добиться эффекта в 40,3% случаев. При этом у пациентов, страдающих патологией височно-нижнечелюстного сустава, удалось изменить неадекватные реакции на болезнь, устранить выраженные явления психической дезадаптации, а также создать реалистические установки на лечение, способствовать восстановлению широких социальных связей и активного участия в лечении.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, дисфункция, артрозо-артрит, лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, отношение к болезни, внутренняя картина болезни, реакция пациента на болезнь, стоматологические лечебно-профилактические мероприятия, миогимнастика, окклюзионная реабилитация.

Введение. Особенности личности больного человека играют важную роль в обеспечении эффективного лечения и профилактике рецидивов не только при психосоматической, но и при стоматологической патологии [1, 2]. Поэтому позиция пациента по отношению к своему здоровью и проводимому лечению, а также к врачам и вспомогательному медицинскому персоналу является важным фактором успешности его реабилитации [5]. Известно, что часто встречающиеся заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) плохо поддаются лечению и очень мучительны для больных [4, 12]. Если у взрослых людей, не имеющих каких-либо профессиональных вредностей, распространённость патологии ВНЧС составляет от 12 до 75%, то у лиц, имеющих профессиональные вредности, её частота возрастает до 95–100% [3, 4]. Так, у лётного состава Вооруженных сил России частота встречаемости патологии

ВНЧС колеблется от 87 до 100% [8]. У пациентов, страдающих заболеваниями ВНЧС, часто наблюдаются рецидивы, проявляющиеся артралгией [6, 13]. Помочь выйти из такого «порочного круга» стоматологическому больному может не только устранение болевого синдрома, но и использование психофармакологических и психотерапевтических методик, направленных на изменение отношения пациента к болезни [7, 11]. Это может изменить не только реакцию на болезнь, но и создать реалистические установки на лечение, восстановление социальных связей в широком их смысле [9, 14], а также профилактику рецидивирования заболевания, которое у взрослых людей часто характеризуется коморбидностью [7, 15]. В то же время изучение отношения к болезни стоматологических больных практически не освещено в доступной отечественной и зарубежной литературе.

Цель исследования. Изучить отношение взрослых людей, страдающих различными заболеваниями ВНЧС, к болезни, а также выявить динамику этого показателя в процессе устранения болевого синдрома с использованием современных фармакологических средств.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 37 взрослых людей (21 мужчина и 16 женщин) в возрасте от 19 до 47 лет, страдающих различными заболеваниями ВНЧС: болевой формой дисфункции ВНЧС (19 (51,4%) человек) и височно-нижнечелюстным артрозо-артритом (8 (48,6%) человек).

Для определения типа отношения пациента к болезни была использована клиническая методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), в которой реализовалась клиничко-психологическая типология отношения пациента к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 г. [9]. Методика предусматривает возможность определения одного из двенадцати типов реагирования: чувствительный (С), тревожный (Т), ипохондрический (И), меланхолический (М), апатический (А), неврастенический (Н), эгоцентрический (Э), паранойяльный (П), анозогнозический (З), дисфорический (Д), эргопатический (Р) и гармоничный (Г), которые выделены в 3 блока: условно-адаптивный (I), интрапсихически-дезадаптивный (II) и интерпсихически-дезадаптивный (III) [7]. Тип отношения к болезни определяли дважды: до и после лечения.

Комплекс лечебно-профилактических мероприятий предусматривал определенный режим поведения и питания пациента [7, 15], санацию полости рта, нормализацию окклюзионных взаимоотношений между рядами челюстей путём устранения преждевременных контактов между зубами челюстей (супраконтакты), выравнивания окклюзионной кривой путём избирательного шлифования зубов (окклюзионная реабилитация), ночного ношения подбородочно-теменной повязки и эластичной каппы, изготовленной по общепринятым рекомендациям [8, 7], а также медикаментозной терапии (эторикоксиб по 60–90 мг 1 раз в день в течение 2–3 недель) и упражнений лечебной физической культуры [8, 7].

Толерантность ВНЧС к жевательной нагрузке устанавливали по методике А.К. Иорданишвили и др. [4, 5] путём определения морфометрического индекса. При клиническом анализе степени тяжести патологии ВНЧС и степени тяжести её течения использовали общепринятую методику [4, 5]. Клиническую оценку эффективности лечения заболеваний ВНЧС осуществляли по методике А.К. Иорданишвили и др. [3, 10]. Для выявления звуковых феноменов в области ВНЧС использовали электронный стетофонендоскоп (рис. 1). Данные аускультации были также необходимы для оценки степени тяжести течения патологии ВНЧС и оценки эффективности проводимого лечения.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан с использованием специализированного пакета для статистического



Рис. 1. Выполнение аускультации ВНЧС с помощью электронного стетофонендоскопа

анализа – «Statistica for Windows v. 6.0» Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты предъявляли жалобы на боль или чувство дискомфорта в области ВНЧС. При пальпации ВНЧС определялись болевые точки, в том числе при пальпации ВНЧС через наружный слуховой проход. У 15 (40,5%) человек диагностирована патология ВНЧС лёгкой степени, у 10 (27%) – средней степени, у 12 (32,5%) – тяжёлой степени. У всех пациентов были выявлены звуковые феномены в области ВНЧС с одной или обеих сторон, которые определялись как с помощью стетофонендоскопа, так и без него. Выявлено, что у пациентов, страдающих патологией ВНЧС, толерантность к жевательной нагрузке чаще была снижена ($p \leq 0,05$), а морфометрический индекс у 28 (75,7%) человек был ниже 0,7 у. е. Данные об отношении к болезни, полученные до начала лечения лиц, страдающих заболеваниями ВНЧС, не показали возрастных и половых различий, а также различий с учётом формы патологии ВНЧС. Поэтому результаты исследования при их анализе были объединены без учёта возраста, пола и формы заболевания (рис. 2).

До начала терапии независимо от возраста и пола у лиц, страдающих заболеваниями ВНЧС, отмечались типы отношения к болезни, входящие преимущественно (73%) во второй блок. При таком отношении к болезни эмоционально-аффективная сфера отношений у данных лиц проявляется в дезадаптивном поведении, для которого характерны реакции по типу раздражительной слабости и тревожного состояния. У больных, страдающих заболеваниями ВНЧС с болевым компонентом, психическая дезадаптация в связи с болезнью отличалась интрапсихической направленностью реагирования на болезнь.

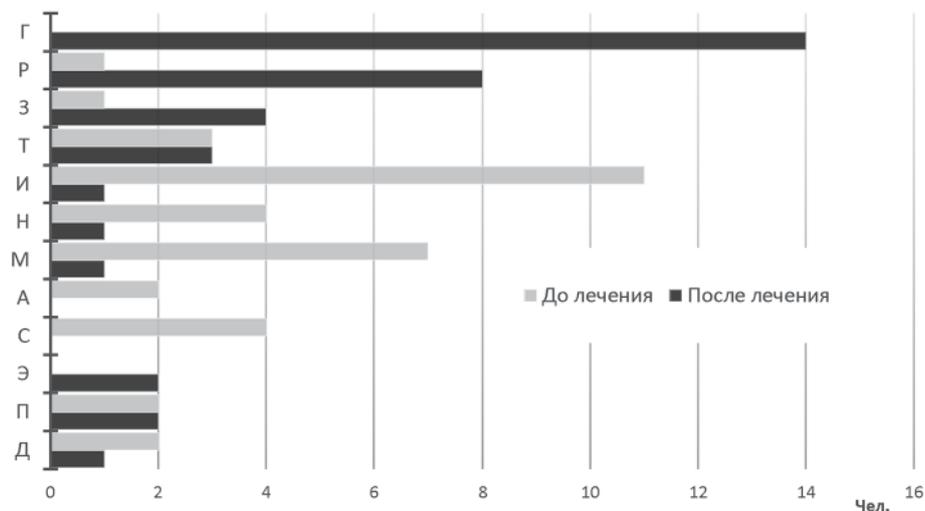


Рис. 2. Частота встречаемости различных типов отношения к болезни среди пациентов, страдающих заболеваниями ВНЧС, до и после комплексного лечения

Так, среди типов отношения к болезни у лиц, страдающих заболеваниями ВНЧС, до лечения (рис. 3) наиболее часто выявляли ипохондрический (29,7%), меланхолический (25,9%), неврастенический (10,8%), реже – тревожный (8,1%) и апатический (5,4%) типы. При этом наличие у пациентов психической дезадаптации в связи с патологией ВНЧС преимущественно имеет характер интрапсихической направленности реагирования на болезнь.

При ипохондрическом типе отношения к болезни у пациентов отмечалось чрезмерное сосредоточение на субъективных и других неприятных ощущениях, связанных с наличием височно-нижнечелюстной артралгии, при сочетании желания лечиться и неверия в успех последнего. Меланхолический тип отношения к болезни характеризовался удрученностью пациентов, неверием в возможное устранение этой патологии в связи с длительным течением заболевания при

сравнительно удовлетворительном их общем самочувствии. При неврастеническом типе отношения к болезни пациенты, страдающие заболеваниями ВНЧС, были раздражительны, нетерпеливы и из-за наличия болевого синдрома настаивали на скорейшем начале лечения. У лиц с тревожным типом отношения к болезни отмечено желание получения дополнительной информации об имеющемся у них заболевании ВНЧС и способах его лечения, а также поиск «авторитета» для «более профессионального» лечения патологии ВНЧС. Лица с апатическим типом отношения к болезни проявляли некоторое безразличие к своей судьбе, а также возможности и исходу лечения имеющейся у них патологии. У них наблюдались вялость и апатия в поведении, профессиональной деятельности, а также межличностных отношениях.

У 8 (21,6%) больных, страдающих заболеваниями ВНЧС, типы внутренней картины болезни по

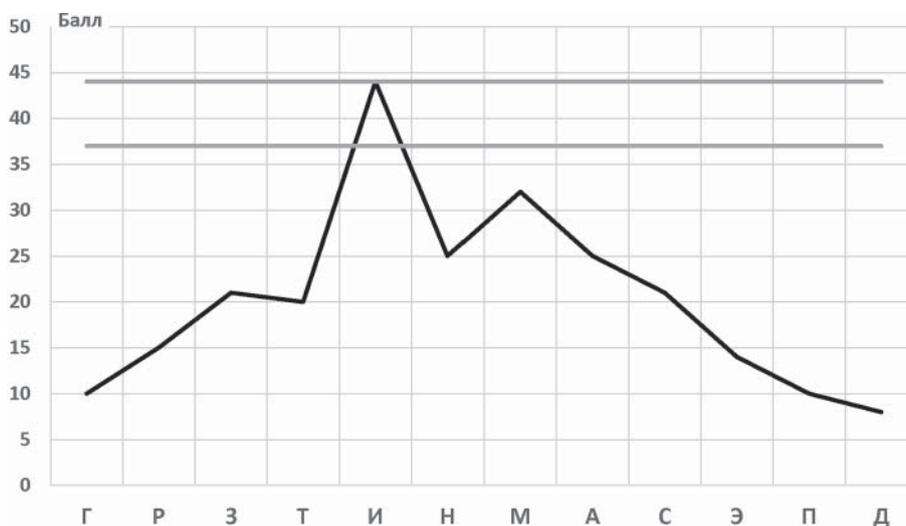


Рис. 3. Типы отношения к болезни у больных, страдающих дисфункцией ВНЧС, до лечения

методике ТОБОЛ формировались в 3-й блок. Среди них у 4 (10,8%) человек определен сенситивный, у 2 (5,4%) – паранойяльный, у 2 (5,4%) – дисфорический (агрессивный) типы отношения к болезни. Для лиц с сенситивным типом отношения к болезни характерна озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения об их болезни, чрезмерная ранимость, а также колебания настроения, связанные с межличностными контактами. При паранойяльном типе характерна подозрительность и настороженность больных к разговорам о себе, лечению и процедурам. Такие пациенты способны приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарственных веществ халатности или злему умыслу врачей и другого медицинского персонала. Для лиц, имеющих дисфорический (агрессивный) тип отношения к болезни, было характерно гневливо-мрачное, озлобленное настроение, ненависть к здоровым людям, в том числе близким и родным.

У 2 (5,4%) пациентов, страдающих заболеваниями ВНЧС лёгкой степени, отмечены варианты отношения к болезни (методика ТОБОЛ) по первому блоку, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушаются. У 1 (2,7%) больного отмечен эргопатический тип отношения к болезни, для которого характерно стеничное, подчас одержимое отношение к работе, то есть «уход от болезни в работу», а также стремление, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать свою профессиональную деятельность. Ещё у 1 (2,7%) больного определён анозогнозический тип отношения к болезни, для которого характерно отбрасывание мысли о наличии болезни и возможных её последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Заметим, что при типах отношения к болезни, входящих в первый блок, выраженные явления психической дезадаптации у пациентов отсутствуют. В то же время у таких пациентов может отмечаться снижение критичности к своему здоровью, преуменьшение значения заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, реже – отрицанием факта заболевания.

Проведённое в течение 30–40 суток лечение позволило у 35 (94,6%) больных устранить или значительно улучшить их состояние, но у 2 (5,4%) пациентов в области ВНЧС сохранялась слабовыраженная артралгия.

Эффективность лечения пациентов составила 72,4%. У пациентов в основном исчезли жалобы на боль в области ВНЧС, в том числе при еде и разговоре, уменьшились звуковые феномены в области ВНЧС при открывании и закрывании рта (рис. 4).

У одного из пациентов с сохранившимся слабовыраженным болевым синдромом в области ВНЧС после завершения курса лечения определялся тревожный, а у другого – дисфорический тип отношения к болезни.

Среди пациентов с хорошим результатом лечения патологии ВНЧС у 26 (74,3%) отмечались типы отношения к болезни (методика ТОБОЛ), входящие в первый блок (рис. 5). У 5 (14,3%) человек сохранились типы отношения к болезни, входящие во второй блок: тревожный (2 (5,7%) человека), ипохондрический (1 (2,7%) человек), неврастенический и меланхолический (по одному человеку). У 2 (5,7%) человек сохранился паранойяльный тип, ещё у 2 (5,7%) больных выявлен эгоцентрический тип, который не определялся до лечения. Для лиц с эгоцентрическим (истероидным) типом отношения к болезни было характерно выставление напоказ своих страданий, а также поиск выгод в связи с существующим заболеванием.

Графическое отображение типов отношения к болезни у пациентов, страдающих заболеваниями ВНЧС, после комплексного лечения представлено на рисунке 6.

Заключение. Учитывая наличие трёх типов внутренней картины болезни (согласно методике ТОБОЛ), формирующих три блока, больные, страдающие заболеваниями ВНЧС с выраженным болевым синдромом, имеют высокие показатели во втором блоке, для которого характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на заболевание, обуславливающая нарушения социальной адаптации пациентов. Комплексное лечение данной категории пациентов позволило в 40,3% случаев достигнуть эффекта: у 94,6% пациентов – устранить болевой синдром в области ВНЧС, у 5,4% – добиться заметного клинического улучшения, изменить неадекватные реакции на болезнь, устранить выраженные явления психической дезадаптации, создать реалистические установки на лечение, способствовать восстановлению широких социальных связей и активного участия в лечении.

Считаем, что полученные сведения о типе отношения пациентов, страдающих хронической тяжелой

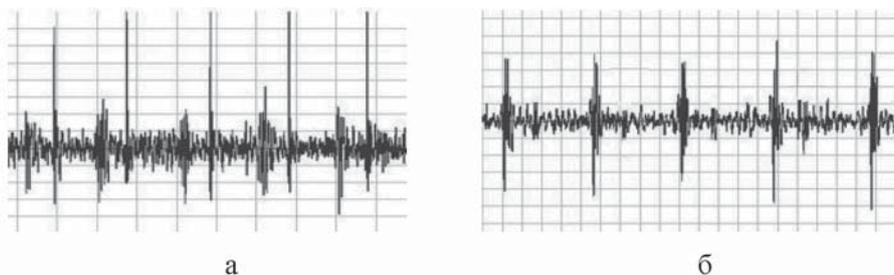


Рис. 4. Фонограмма ВНЧС при движении нижней челюсти пациента С. 39 лет: а – до лечения; б – после лечения

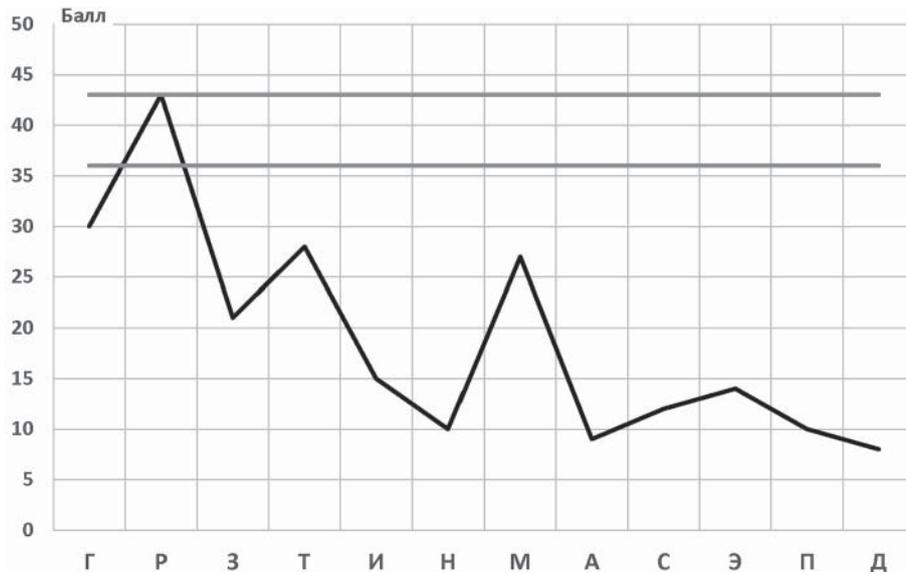


Рис. 5. Типы отношения к болезни у пациентов, страдающих дисфункцией ВНЧС, после лечения

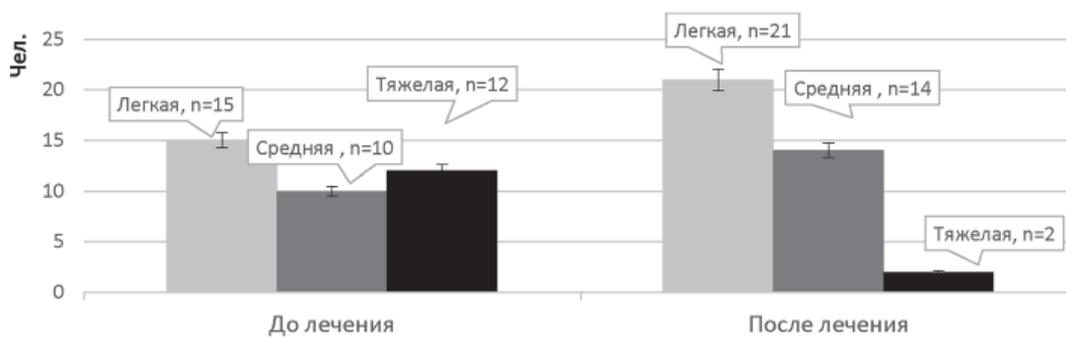


Рис. 6. Степень тяжести течения заболеваний ВНЧС до и после завершения лечения

и мучительной патологией ВНЧС, имеют выраженное прикладное значение, суть которого заключается в том, что достижение положительного лечебного результата и успешная реабилитация лиц, страдающих височно-нижнечелюстной артралгией, возможна только при изменении отношения пациента к болезни, особенно при втором и третьем типах отношения к болезни, для чего необходимо привлечение к реабилитации таких пациентов клинического психолога или психотерапевта.

Литература

1. Заборовский, К.А. Психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желёз / К.А. Заборовский, В.В. Лобейко, А.К. Иорданишвили // Курск. науч.-практич. вестн. «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С. 47–54.
2. Ильин, Е.П. Психофизиология состояний человека / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2005. – 412 с.
3. Иорданишвили, А.К. Применение электронного фонендоскопа-стетоскопа в стоматологической артрологии / А.К. Иорданишвили, А.И. Потапов, Д.Н. Бобунов // Институт стоматологии. – 2006. – № 1 (30). – С. 92–93.
4. Иорданишвили, А.К. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц у людей пожилого и старческого возраста / А.К. Иорданишвили, Л.Н. Солдатов, Г.А. Рыжак. – СПб.: Нордмедиздат, 2011. – 134 с.
5. Иорданишвили, А.К. Оценка стоматологической реабилитации пациентов старшей возрастной группы с патологией височно-нижнечелюстного сустава / А.К. Иорданишвили, В.В. Самсонов, А.А. Поленс // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2011. – № 4 (36). – С. 65–68.
6. Иорданишвили, А.К. Возрастные изменения жевательно-речевого аппарата / А.К. Иорданишвили. – СПб.: Человек, 2015. – 140 с.
7. Иорданишвили, А.К. Оптимизация диагностики и оценки эффективности лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц в стоматологической практике / А.К. Иорданишвили [и др.] // Вестн. СЗГМУ. – 2015. – Т. 7, № 4. – С. 31–37.
8. Комплексное лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей старших возрастных групп / А.К. Иорданишвили [и др.] // Институт стоматологии. – 2012. – № 4 (61). – С. 46–48.
9. Личко, А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. – 1980. – № 8. – С. 1195–1198.

10. Патент на полезную модель № 75927 Российская Федерация от 10.09.2008г., МПК А61Н23.00. Устройство для диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / А.К. Иорданишвили [и др.]; опублик. 20.01.2009. – Бюлл. № 02. – С. 37.
11. Судаков, К.В. Индивидуальность эмоционального стресса / К.В. Судаков // Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, № 2. – С. 4–12.
12. Farman, A.G. The basics of maxillofacial cone beam computed tomography / A.G. Farman, W.C. Scarfe // Seminars in Orthodontics. – 2009. – Vol. 15, № 1. – P. 2.
13. Helkimo, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state / M. Helkimo // Swed. Dent. J. – 1977. – Vol. 67. – P. 101–121.
14. Helkimo, M. Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system / M. Helkimo // Temporomandibular Joint and Dysfunction. – Copenhagen: Munksgaard, 1979. – P. 175–192.
15. Martinmäki, K. Intraindividual validation of heart rate variability indexes to measure vagal effects on heart / K. Martinmäki [et al.] // American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology. – 2006. – Vol. 290 (2). – P. 640–647.

A.A. Serikov, A.K. Iordanishvili

Changes in the internal diseases picture during of the temporomandibular joint disease treatment

Abstract. *The attitudes of adults suffering from various forms of diseases of the temporomandibular joint with pain syndrome to the internal picture of the disease have been studied. To determine the type of attitude of the patient to the disease, the «Type of attitude towards the disease» method was used. It was established that in patients suffering from temporomandibular joint pathology, the tolerance to chewing load was often reduced, and the morphometric index of 75,7% of the people surveyed was below 0,7 in u. e. Data on attitudes to the disease obtained prior to the treatment of persons suffering from temporomandibular joint diseases, did not show age and gender differences, as well as differences, taking into account the form of the pathology of the temporomandibular joint. It was noted that prior to the start of therapy, regardless of age and gender in persons suffering from temporomandibular joint diseases, types of attitudes toward the disease were observed, in which maladaptive behavior was observed with a predominantly intrapsychic response to the disease. Thus, among the types of attitudes towards the disease, patients suffering from temporomandibular joint diseases before treatment were more likely to have hypochondria (29,7%), melancholic (25,9%), neurasthenic (10,8%) and less often – alarming (8,1%) and apathetic (5,4%) types. At the same time, the presence in patients of mental maladjustment in connection with the pathology of the temporomandibular joint is marked primarily by an intrapsychic orientation of the response to the disease. This was manifested by characteristic reactions of the type of irritable weakness, anxious, depressed, and depressed. The treatment carried out within 30–40 days, allowed eliminating or significantly improving their condition in 94,6% of patients, but in 5,4% of patients, mild arthralgia remained in the temporomandibular joint. Patient treatment efficacy was 72,4%. Patients mostly had complaints about pain in the temporomandibular joint, including when eating and talking, and decreased sound phenomena in the temporomandibular joint when opening and closing the mouth. Comprehensive treatment with the use of behavior and nutrition, various dental treatment and preventive measures, exercise therapy exercises, as well as non-steroidal anti-inflammatory drug etoricoxib, made it possible to achieve effective treatment in 40,3% of cases. At the same time, patients suffering from the temporomandibular joint pathology were able to change inadequate reactions to the disease, eliminate the pronounced phenomena of mental maladjustment, as well as create realistic treatment settings for them, help restore broad social connections and actively participate in treatment.*

Key words: *temporomandibular joint, dysfunction, arthrosis-arthritis, treatment of diseases of the temporomandibular joint, attitude to the disease, internal picture of the disease, patient's response to the disease, dental therapeutic and preventive measures, myogymnastics, occlusive rehabilitation.*

Контактный телефон: +7-981-897-83-58; e-mail: vmeda-nio@mail.ru