

## ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

*Ю.В. Коцюбинская<sup>1</sup>, Т.А. Лопушанская<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт  
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

## PATHOPSYCHOLOGICAL REACTIONS IN PATIENTS WITH DYSFUNCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

*J.V. Kotsiubinskaya<sup>1</sup>, T.A. Lopuchanskaya<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> V.M. Bekhterev Research Psychoneurological Institute, Saint-Petersburg, Russia

<sup>2</sup> North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

© Ю.В. Коцюбинская, Т.А. Лопушанская, 2013

Проведенное исследование посвящено выявлению психосоматических проявлений, характерных для больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Больные были разделены на две группы: без наличия болевого синдрома и с жалобами на болевые ощущения. Установлено, что даже среди пациентов с выраженными стоматологическими жалобами количество пациентов с истинной депрессией – минимально, а число пациентов, достигающих в своем психическом состоянии невротического уровня, незначительно. Данное обстоятельство позволяет рекомендовать стоматологам, лечащим пациентов с дисфункцией ВНЧС, избегать гипердиагностики психоневрологического состояния больного, жалующегося на соматические и невротические дисфункции. В то же время представляется очевидным, что таким больным (особенно тем, в симптоматике которых присутствует болевой синдром) требуется обязательная коррекционная помощь со стороны невролога.

**Ключевые слова:** дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, бруксизм, лицевые боли, психоневрологические нарушения, депрессивный синдром, тревога при болевом синдроме.

This study is devoted to the identification of psychosomatic symptoms of patients with dysfunction of the temporomandibular joint (TMJ). Patients were divided into two groups: the first- without pain and the second-complaining of pain. There was found that even among patients with severe dental neurological complaints there were minimal patients with true depression. The quantity of patients who reach into their mental state of neurotic level, is negligible. This fact allows us to make recommendations for dentists treating patients with TMJ dysfunction to avoid aggravation by the patient their neuropsychiatric condition, if there were complaints of somatic and neurotic dysfunction. At the same time, it seems clear that in such patients (particularly those in the symptoms of which pain is present) requires a mandatory remedial assistance from the neurologist.

**Key words:** dysfunction of the temporomandibular joint, bruxism, facial pain, neuropsychiatric disorders, depressive symptoms, anxiety of pain.

### Введение

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) признана одной из наиболее сложных и неоднозначных проблем, изучаемых современной стоматологией. Возникновение дисфункциональных состояний ВНЧС обычно связывают с различными причинами – нарушениями окклюзии зубных рядов, функциональной перегрузкой жевательных мышц, профессиональными факторами, расстройствами нервной системы, психопатологическими нарушениями [1]. Рассмотрению этой патологии посвящены многие исследования, относитель-

но нее предложены различные методы диагностики и лечения, но, несмотря на применение самых современных стоматологических технологий, по-прежнему сохраняется категория больных, которых не удается реабилитировать в полном объеме. В результате многочисленных исследований было установлено, что в ряде случаев функциональные нарушения жевательного аппарата представляют собой психосоматические проявления, характерные для многих заболеваний [2, 3]. Так, у больных с депрессивными и истерическими невротическими расстройствами отмечается гипертонус скелетных мышц

в области головы и шеи, приводящий к функциональным нарушениям ВНЧС. Патологические состояния ВНЧС нередко сопровождаются и усугубляются явлениями бруксизма, который связан с повышенной и нецелесообразной активностью жевательных мышц [4]. Следует также отметить, что у пациентов, обращающихся к стоматологу, психологически и физиологически значимая дисфункция ВНЧС и боль в области сустава не ассоциируются с раздражительностью, пониженным фоном настроения, нарушениями сна, повышенной утомляемостью, которые зачастую выявляются при сборе анамнеза. Пациент, обращаясь к стоматологу, четко разделяет боль и дисфункцию ВНЧС – с одной стороны, и жалобы, связанные с общим ухудшением самочувствия, – с другой [5]. Однако зачастую именно проблемы в личной жизни, повышенная нервозность и раздражительность приводят к мышечно-суставной дисфункции. Это нередко проявляется у молодых пациентов, чей зубочелюстной аппарат сохранен – нет дефектов зубного ряда, признаков вторичной деформации прикуса, явлений остеопороза, артропатии. У пациентов, чей возраст старше 45–50 лет, хронические стрессы, нарушения режима сна и отдыха, колебания настроения и повышенная раздражительность – чаще не провоцируют, а, скорее, усугубляют мышечно-суставную дисфункцию, которая изначально развивается на фоне стоматологических проблем. Очевидно, что каждый клинический случай уникален, и жалобы многообразны.

**Целью** нашего исследования явилась объективизация и актуализация жалоб на боль в области лица, головную боль, сниженный фон настроения, нарушение сна у пациентов стоматологического профиля с дисфункцией ВНЧС.

### Материалы и методы

Мы использовали возможность совместного консультирования стоматологом, неврологом и психологом для диагностики стоматологического и неврологического статуса и выявления сопутствующих и неврологических и психологических расстройств состояний при дисфункции ВНЧС. Обследованы 57 пациентов с дисфункцией ВНЧС. Из них 50 (87,71 %) женщин и 7 мужчин (12,29 %), средний возраст испытуемых –  $47,81 \pm 1,57$ . Исследуемые пациенты были разделены на две группы по признаку наличия или отсутствия болевого синдрома. Количество исследуемых в первой группе – 23 пациента, не предъявляющие жалобы на боль, ассоцииро-

ванную с жеванием. Во вторую группу включено 34 пациента, предъявляющих жалобы на локальную болезненность в области ВНЧС, болезненность при жевании, разговоре, головные боли и боли в области шеи. Для объективизации проблем психоневрологического спектра использовались «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», разработанная A.S. Zigmond и R.P. Snaith [6], оценивающая степень тяжести и выраженность проявлений депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики, а также «Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)» [7, 8]. При математической обработке материала использовались методы описательной статистики и проверки нормальности распределения (меры центральной тенденции, меры изменчивости, критерий Колмогорова – Смирнова); методы сравнения (непараметрический критерий U Манна – Уитни).

### Результаты и их обсуждение

Работа с представленными опросниками перед приемом психоневролога помогает пациенту формулировать и четко излагать свою проблему, жалобы. При заполнении опросника пациенты с дисфункцией ВНЧС чаще всего отмечали, что их беспокоит «головная боль, общая слабость и головокружение», «нервозность и внутренняя дрожь», «чувство недовольства другими», «повторяющиеся неприятные, неотвязные мысли», «снижение памяти». У пациентов, предъявляющих жалобы на головные боли и болезненность при жевании, во время общения «легко возникает досада и раздражение», а также отмечается «упадок сил и заторможенность».

В первую группу (группа 1) вошли пациенты, чьи жалобы на дисфункцию ВНЧС: уменьшение амплитуды открывания рта, девиацию нижней челюсти при открывании и закрывании рта, ограничение степени выдвижения нижней челюсти вперед и в стороны, шум (щелчки, крепитацию, хруст) в области ВНЧС, чувство напряжения в области висков (*m. temporalis*), а также боковых поверхностей лица (*m. masseter*) и шеи (*m. platizma*, *m. sternocleidomastoideus*, *m. trapezius*) не были окрашены болью. Оценивался фактор наличия или отсутствия бруксизма. Во вторую группу (группа 2) вошли пациенты, в анамнезе которых, помимо жалоб на дисфункцию ВНЧС и напряжение в области лица, присутствовали указания на боль при движениях нижней челюсти в области ВНЧС, головные боли, боль и утомляемость в мышцах

лица при жевании, разговоре. По результатам клинического психоневрологического осмотра только у трех из всех обследованных пациентов (5,3 %) выявлен депрессивный синдром умеренной степени выраженности. Данные по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» в группе в целом не достигали клинически значимых показателей (таб. 1). В то же время отмечаются различия в проявлениях тревоги ( $p = 0,016$ ), а также депрессивных мыслей и жалоб ( $p = 0,026$ ) между группами исследуемых пациентов. У пациентов с выраженным болевым синдромом уровень тревоги ( $9,21 \pm 1,58$ ) достигает субклинического (от 10 до 12 баллов) значения.

Методикой диагностики психопатологического состояния SCL-90-R были выявле-

ны различия в исследуемых группах по ряду параметров (таб. 2). По шкале «Соматизация», включающей жалобы на сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную и др. системы, у пациентов с болевым синдромом средняя величина проявления жалоб  $1,32 \pm 0,26$ , у пациентов без болевого синдрома –  $0,83 \pm 0,19$  (норма – 0,69 [9]). Высока и значимость различий в проявлении жалоб соматического характера в клинических группах ( $p = 0,008$ ). Ядром обсессивно-компульсивного параметра является одноименный клинический синдром, в основе которого лежат навязчивые мысли и действия. Параметр включает пункты, указывающие на повторяемость и нежелательность этих явлений. Жалобы подобного характера особенно выражены у пациентов с болевым синдромом.

Таблица 1

**Распределение по группам по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии»**

Показатель	Группа 1	Группа 2	Уровень значимости различий $p$
	Средняя величина $\bar{x} \pm tm_{\bar{x}}/Me$	Средняя величина $\bar{x} \pm tm_{\bar{x}}/Me$	
Уровень тревоги	$6,74 \pm 1,39$	$9,21 \pm 1,58$	0,016*
Уровень депрессии	$4,61 \pm 1,28$	$6,97 \pm 1,13$	0,026*

\* – достоверно значимые различия.

Таблица 2

**Распределение по группам по данным «Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)»**

Изучаемые показатели	Группа 1	Группа 2	Уровень значимости различий $p$
	Средняя величина $\bar{x} \pm tm_{\bar{x}}/Me$	Средняя величина $\bar{x} \pm tm_{\bar{x}}/Me$	
<b>1. Соматизация жалоб</b>	<b><math>0,83 \pm 0,19</math></b>	<b><math>1,32 \pm 0,26</math></b>	<b>0,008*</b>
2. Обсессивно-компульсивный параметр	$0,73 \pm 0,23$	$1,03 \pm 0,24$	0,058
3. Интерперсональная сенситивность	$0,74 \pm 0,27$	$0,92 \pm 0,22$	0,228
4. Депрессия	$0,77 \pm 0,27$	$1,01 \pm 0,22$	0,096
<b>5. Тревога</b>	<b><math>0,54 \pm 0,27</math></b>	<b><math>0,96 \pm 0,24</math></b>	<b>0,004*</b>
6. Враждебность, агрессивность	$0,55 \pm 0,19$	$0,66 \pm 0,18$	0,328
7. Фобическая тревога	0,14	0,29	0,209
8. Параноидное мышление	$0,37 \pm 0,19$	$0,59 \pm 0,18$	0,077
9. Психотизм	0,10	0,3	0,113
<b>10. Дополнительные пункты</b>	<b><math>0,55 \pm 0,19</math></b>	<b><math>0,94 \pm 0,2</math></b>	<b>0,008*</b>
<b>Общий балл – индекс GSI</b>	<b><math>0,6 \pm 0,19</math></b>	<b><math>0,87 \pm 0,18</math></b>	<b>0,021*</b>
<b>PSI</b>	<b><math>34,74 \pm 7,18</math></b>	<b><math>46,26 \pm 5,71</math></b>	<b>0,016*</b>
<b>PDSI</b>	<b><math>1,45 \pm 0,17</math></b>	<b><math>1,61 \pm 0,14</math></b>	<b>0,176</b>

\* – достоверно значимые различия.

Общий показатель в группе –  $1,03 \pm 0,24$ , что несколько превышает показатели нормы –  $(0,76 [9])$ . Те же близкие к норме данные предъявляют пациенты с дисфункциями ВНЧС, но без выраженного болевого синдрома ( $0,73 \pm 0,23$ ). Симптомы, составляющие основу фактора «интерперсональная сенситивность», сконцентрированы на чувствах личной неадекватности и неполноценности. Данный фактор включает пункты, отражающие самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии. Отражает склонность к рефлексии и заниженную самооценку с отрицательными ожиданиями. Мы не выявили достоверно значимых различий в группах, а равно, значительных отклонений от клинической нормы –  $(0,66 - 0,03 [9])$ . Данные, относящиеся к «депрессии», отражают широкий круг обстоятельств, сопутствующих клиническому депрессивному синдрому. Параметр также включает пункты, связанные с чувствами безнадежности и бесполезности. У пациентов с дисфункцией ВНЧС без выраженного болевого (группа 1) показатели по шкале «депрессия» ( $0,77 \pm 0,27$ ) близки к норме ( $0,68 [9]$ ), а пациенты, в структуру жалоб которых входил болевой синдром, – более высокие показатели ( $1,01 \pm 0,22$ ), которые, однако, за исключением ряда пациентов, не достигали показателей, характерных для клинически выраженного невроза. К параметру «тревога» относится группа симптомов и реакций, которые обычно связываются с очевидной (явной) тревогой, отражающей чувство гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства. Основой данного параметра является ощущение нервозности, нетерпеливости и внутреннего напряжения. По данной шкале у пациентов в группе 1 – низкие показатели ( $0,54 \pm 0,27$ ), у пациентов в группе 2 показатели тревожности повышены ( $0,96 \pm 0,24$ ), а также выявляются статистически значимые различия ( $p = 0,004$ ). По шкалам «враждебность», «фобическая тревога», «параноидное мышление», «психотизм» отклонений от «нормы» в группах исследуемых больных не выявлено. Также «дополнительно» у пациентов выяснялось, беспокоили ли их плохой аппетит, затруднение при засыпании, мысли о смерти или умирании, раннее пробуждение, беспокойный или нарушенный сон, чувство вины. Интросомнические нарушения и жалобы меланхолического характера чаще отмечали пациенты с болевым синдромом ( $p = 0,008$ ). Общий балл (General Symptomatical Index – средний показатель по всем шкалам)

объективировал значимые различия в группах 1 и 2 ( $p = 0,021$ ). Индекс проявленной симптоматики (Positive Symptomatical Index) выявил достоверность различий между группами 1 и 2 ( $p = 0,016$ ) и составил у пациентов с дисфункциями ВНЧС без жалоб на боль –  $34,74 \pm 7,18$ , у пациентов с болевым синдромом –  $46,26 \pm 5,71$ . Важно отметить, что, несмотря на различия между группами, по данным С.В. Соломонова [10], групповые показатели не достигали болезненного, невротического уровня. Не выявлено статистически значимых различий показателей между группами по «общему индексу выраженности дистресса» (Positive Distress Symptomatical Index). В то же время у некоторых пациентов (7 пациентов из всех обследуемых, 3,99 %) показатели достигали болезненного, невротического уровня (свыше 2,0 баллов).

### Заключение

Исследуемая группа стоматологических больных отличается клиническим своеобразием, обусловленным причиной, побудившей пациентов обратиться к врачу-стоматологу. Отсюда и направленность жалоб – стоматологическая, скрывание и неформулирование личностных проблем, игнорирование связи и негативное отношение к выявлению психологических проблем, жалоб, связанных с социальным функционированием, и прочее. Необходимо также отметить, что в основном пациенты нацелены на выполнение ряда процедур и обследований, легко идут на создание терапевтического альянса. Следует также подчеркнуть, что даже среди пациентов с выраженными стомато-неврологическими жалобами количество пациентов с истинной депрессией – минимально, а число пациентов, достигающих в своем психическом состоянии невротического уровня, – незначительно. Данное обстоятельство позволяет рекомендовать стоматологам, лечащим пациентов с дисфункцией ВНЧС, избегать гипердиагностики психоневрологического состояния больного, жалующегося на соматические и невротические дисфункции. В то же время представляется очевидным, что таким больным (особенно тем, в симптоматике которых присутствует болевой синдром) требуется обязательная коррекционная помощь со стороны невропатолога, ибо в противном случае расстройство психосоматического состояния больного существенно снизит результат стоматологического лечения дисфункции ВНЧС.

## Литература

1. *Трезубов, В.Н.* Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение : учебник для медицинских вузов / В.Н. Трезубов, Л.М. Мишнев, Е.Н. Жулёв, В.В. Трезубов ; под ред. В.Н. Трезубова. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 384 с.
2. *Маркскорс, Р.* Психосоматика в стоматологии / Р. Маркскорс – Москва : Информационное Агентство Newdert, 2008. – 112 с.
3. *Булычева, Е.А.* Психологическая диагностика с помощью опросника Е.А. Александровича пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, осложненными парафункцией жевательных мышц / Е.А. Булычева // Функциональная и эстетическая реабилитация в стоматологии : материалы 2-го Международного конгресса «Лицензирование и аккредитация в стоматологии : материалы 3-й Всерос. конф.» – СПб., 2003. – С. 207–208.
4. *Брокар, Д.* Бруксизм / Д. Брокар, Ж.-Ф. Лалюк, К. Кнеллесен. – М. : Изд. Дом Азбука, 2009. – 89 с.
5. *Трошин, В.Д.* Болевые синдромы в практике стоматолога: руководство для студентов и врачей / В.Д. Трошин, Е.Н. Жулев – Н. Новгород : Изд-во Новгородской гос. мед. академии, 2002. – 424 с.
6. *Zigmond, A.S.* The Hospital Anxiety and Depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snait // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.
7. *Тарабрина, Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
8. *Xu, W.H.* Investigation of the psychological status of 162 female TMD patients with different chronic pain severity / W.H. Xu, C.B. Guo, R.G. Wu, X.C. Ma // Chin. J. Dent. Res. – 2011. – Vol. 14 (1). – P. 53–57.
9. *Жуков, Ю.Ю.* Оценка выраженности психопатологической симптоматики и ее связь с личностными характеристиками у высококвалифицированных спортсменов / Ю.Ю. Жукова // Ученые записки. – 2009. – № 7(53). – С. 39–44.
10. *Соломонова, С.В.* Сравнительная эффективность методов лечения тревожно-фобических невротических расстройств : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / С.В. Соломонова – СПб., 2010. – 27 с.

---

*Ю.В. Коцюбинская*

*Тел.: 8 (921) 776-76-38*

*e-mail: platonk-juliak@yandex.ru*