

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

На правах рукописи

САРГИСЯН Анна Эрнестовна

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
БОЛЬНЫХ С БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

14.01.14 - стоматология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

д.м.н., ассистент кафедры
терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО
«Ставропольский государственный
медицинский университет»
Минздрава России
Хачатурян Эмилия Эдуардовна

Научный консультант:

д.м.н., профессор
кафедры стоматологии общей практики и
детской стоматологии ГБОУ ВПО
«Ставропольский государственный
медицинский университет»
Минздрава России
Порфириадис Михаил Павлович

Москва-2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	11
1.1. Современный взгляд на этиологию и клинические проявления болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица.....	11
1.2. Комплексный подход к терапии больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.....	16
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.....	24
2.1. Характеристика больных.....	24
2.2. Методы исследования.....	26
2.3. Методы терапии.....	36
2.4. Критерии эффективности лечения.....	37
2.5. Методы статистической обработки материала.....	38
ГЛАВА 3. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА.....	40
3.1. Влияние психоэмоционального состояния больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава на эффективность ортопедического лечения.....	40
3.2. Эффективность групповой когнитивно-поведенческой терапии у больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.....	48

3.3.	Предикторы эффективности групповой когнитивно-поведенческой терапии	56
ГЛАВА 4. РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА.....		
4.1.	Этиологические факторы болевой дисфункции височно- нижнечелюстного сустава.....	58
4.2.	Анализ клинической картины и патологических процессов у больных с болевой дисфункцией ВНЧС, сопровождающейся снижением высоты нижней трети лица.....	62
4.3.	Характеристика психоэмоционального состояния пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС.....	65
4.4.	Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий для пациентов с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица.....	69
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....		71
ВЫВОДЫ.....		77
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....		79
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....		80

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АТ	- аутогенная тренировка
БОС	- биологическая обратная связь
ВНЧС	- височно-нижнечелюстной сустав
ВАШ	- Визуальная аналоговая шкала
ГрКПТ	- групповая когнитивно-поведенческая терапия
КЖ	- качество жизни
КШ	- клиническая шкала
КТ	- компьютерная томография
МРТ	- магнитно-резонансная томография
ОЛ	- ортопедическое лечение
ЧЛО	- челюстно-лицевая область
ЭМГ	- электромиография
ННР	- Ноттингемский профиль здоровья

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

До настоящего времени болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) остается широко распространенным явлением стоматологической практики. Этиология ее в значительной степени полифакториальна.

Чаще всего больные с болевой дисфункцией ВНЧС предъявляют жалобы на боли в области сустава, уха, виска, головные боли, ограничение диапазона подвижности челюсти, щелканье, хруст или «запирание», ощущение скованности в области сустава. Иногда боли могут возникать только при попытках движения нижней челюстью, а иногда бывают самопроизвольными (Kafas P., Leeson R., 2006). Нередко пациенты отмечают, что не могут найти удобного положения для нижней челюсти, например при попытке заснуть. Присутствие вышеперечисленных симптомов приводит к тому, что пациенты становятся тревожными, а их настроение подавлено, у них снижен аппетит, нарушен сон, развивается неверие в выздоровление (Ивасенко П.И. и соавт., 2009).

Уже давно известно, что в этиологии и патогенезе болевой дисфункции ВНЧС имеют значение как окклюзионные нарушения с патологическими процессами в зубочелюстной системе и жевательных мышцах, так и психоэмоциональные нарушения (Баданин В.В., 2000, Хватова В.А., 2000; Сивовол С.И., 2002).

Одной из причин, на фоне которой может развиваться болевая дисфункция ВНЧС, является снижение высоты нижней трети лица вследствие патологической стираемости зубов, патологических видов прикуса и т.д. Установлено, что психологические факторы играют важную роль в возникновении и развитии болевой дисфункции ВНЧС (Abraham E. et al., 1997; Glaros A.G. et al., 2004).

Лечение больных с синдромом болевой дисфункции ВНЧС остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной стоматологии (Сивовол С.И., 2005).

Терапию таких пациентов целесообразно начинать с устранения причины, запустившей патологический процесс. Это весьма трудоемкий процесс, направленный на коррекцию окклюзионных взаимоотношений, повышение высоты нижнего отдела лица до физиологических значений, перестройку мышечно-суставного комплекса челюстно-лицевой области, нормализацию психологического состояния пациентов. К тому же перспектива носить в полости рта достаточно длительное время временные ортопедические конструкции усугубляет и без того депрессивное состояние пациентов.

По мнению большинства авторов, помимо стоматологического лечения, необходимы также: медикаментозная терапия (Moura M.D., Senna M.I., Madureira D.F. et al., 2008), физиотерапия, психотерапия (Пузин М.Н. и др., 1998). Не вызывает сомнений, что включение в терапию больных с синдромом болевой дисфункции ВНЧС психокоррекционных методов является насущной необходимостью (Pekiner F.N. et al., 2008). Однако до настоящего времени возможности психотерапии при данной патологии изучены явно недостаточно.

Таким образом, болевая дисфункция ВНЧС остается серьезной медицинской проблемой, которая налагает тяжелое бремя на пациента и требует поиска наиболее эффективных методов диагностики и лечения. А разработка показаний к проведению психотерапии в комплексном лечении болевой дисфункции ВНЧС требует дальнейших исследований, что и определило цель и задачи настоящей работы.

Цель исследования: разработать современные диагностические подходы и провести анализ эффективности групповой когнитивно-поведенческой терапии (ГрКПТ) в комплексном лечении болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Задачи исследования

1. Оценить клиническое состояние больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица, и проанализировать составляющие патологического процесса ВНЧС.
2. Уточнить эффективность включения ГрКПТ в комплексное лечение больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица, по клиническим и клинико-психологическим методам исследования.
3. Выявить предикторы эффективности ГрКПТ у больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица.
4. Определить влияние комплексной терапии, включающей стоматологическое лечение и психотерапию, на адаптацию к повышению прикуса у пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица.
5. Разработать алгоритм комплексного лечения больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица.

Научная новизна исследования

Впервые получены данные об эффективности ГрКПТ в процессе адаптации к ортопедическому лечению у больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица.

Доказано, что применение психотерапии у таких пациентов повышает эффективность терапии по сравнению с проведением только традиционного ортопедического лечения.

Психологическое состояние пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица, влияет на адаптацию к повышению прикуса.

Выявлена взаимосвязь выраженности изменений психоэмоционального состояния, прежде всего тревожности и неудовлетворенности, а также снижения качества жизни на проведение лечебных мероприятий.

Установлено, что труднее поддаются лечению больные, отличающиеся повышенной тревожностью, склонностью к фиксации внимания на своих ощущениях, пессимистической оценкой состояния своего здоровья.

Обнаружено, что использование ГрКПТ в комплексном лечении болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава способствует снижению интенсивности боли и устранению звуковых явлений в суставе, а также сокращает сроки адаптации к перестройке в мышечно-суставном комплексе челюстно-лицевой области больных.

Проведен анализ эффективности когнитивно-поведенческой терапии на отдаленные сроки лечения пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, выявлены предикторы ее эффективности.

Разработан алгоритм лечебных мероприятий и дифференцированной терапии для включения ГрКПТ в комплексное лечение больных с болевой дисфункцией ВНЧС.

Практическая значимость исследования заключается в формировании практически ориентированных программ применения ГрКПТ в комплексном лечении больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица. Разработанные терапевтические стратегии пригодны к широкому внедрению в лечебную деятельность, их использование повысит эффективность лечения и улучшит качество жизни больных.

На основе оценки психоэмоционального состояния больных уточнен прогноз эффективности лечения, что позволило более дифференцированно проводить терапию больным с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на

фоне снижения высоты нижней трети лица, а также сократить сроки ее проведения.

По данным анализа предикторов эффективности психотерапии разработан алгоритм включения ее в лечение больных с болевой дисфункцией ВНЧС, возникшей на фоне снижения высоты нижней трети лица, для сокращения сроков адаптации пациентов к длительному ортопедическому лечению.

Основные положения, выносимые на защиту

1. В патогенезе болевой дисфункции ВНЧС, помимо нарушения окклюзионных взаимоотношений и связанных с ними анатомических образований челюстно-лицевой области, большая роль отводится изменению психоэмоционального состояния больных.

2. Выраженные тревожно-депрессивные переживания снижают эффективность ортопедического лечения при болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

3. Детальный анализ этиологических факторов и клинических проявлений позволяет обосновать необходимость включения психотерапии в комплексное лечение больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, для сокращения сроков адаптации к длительному ортопедическому лечению и новому положению высоты прикуса.

4. Выделенные предикторы эффективности групповой когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с ортопедическим лечением позволяют более дифференцированно назначать психотерапию данной категории пациентов и повышают эффективность проводимого лечения.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы изложены на 3-х научно-практических конференциях.

Апробация диссертационной работы состоялась на совместном заседании сотрудников кафедры терапевтической стоматологии, кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, кафедры ортопедической стоматологии, кафедры неврологии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России 4 апреля 2014 г.

Внедрение

Результаты диссертационной работы внедрены в практику и в лечебно-диагностический процесс кафедры терапевтической стоматологии, кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, кафедры неврологии, стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, **ГАУЗ СК** «Городская стоматологическая поликлиника №1» г. Ставрополя, **ГАУЗ СК** «Городская стоматологическая поликлиника №2» г. Ставрополя.

По материалам диссертации опубликованы 2 печатные работы в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобразования России для публикации материалов диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Современный взгляд на этиологию и клинические проявления болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица

Заболевания височно-нижнечелюстных суставов имеют разнообразную этиологию и встречаются довольно часто. Среди них различают дисфункциональные состояния, артриты, артрозы, анкилозы и сочетанные формы. Из всех пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, эта патология встречается у 27-76%. Причем подавляющее большинство пациентов (87,4%) встречается с функционально обусловленными формами патологии сустава (Петросов Ю.А., 1996).

Под болевой дисфункцией ВНЧС понимается нарушение нормальной деятельности мышечного аппарата зубочелюстной системы, сопровождающееся изменениями объема и направления смещений нижней челюсти, болями и «шумовыми» явлениями при движениях, нарушениями жевания, головными болями, болями в области уха и т.д. В большинстве случаев болевая дисфункция ВНЧС является функциональным расстройством (Gatchel R.J. et al., 2006). Иницирующими факторами подобного рода расстройств могут быть стрессы (психогенный фактор), окклюзионные нарушения (патологические виды прикуса, зубочелюстные аномалии и деформации, ошибки при зубном протезировании, лечении дефектов твердых тканей зубов), факторы механической перегрузки мышц (односторонний тип жевания, особенности профессии – держание во рту мундштука у водолазов; молотобойцы, осуществляющие ежедневно тяжелый физический труд), парафункция жевательных мышц, функциональные и органические изменения в различных отделах центральной и периферической нервной системы. Таким образом, любая проблема, которая не позволяет ВНЧС и связанной с ним мускулатуре работать гармонично, приводит к данному расстройству (Сангулия С.Г., Зизевский С.А., 2000; Писаревский Ю.Л. и соавт., 2003; Рязанцев Э.Я. и соавт., 2007; Baskan S., Zengingul A., 2006; Mitchel A.D.,

2006). У больных, имеющих зубные протезы, симптомы болевой дисфункции ВНЧС встречаются в 48% клинических наблюдений (Хватовой В.А., 2001).

Большинство исследований показали, что симптомы дисфункции ВНЧС чаще других приходятся на средний возраст и женский пол (Wahlund K., 2003).

Клиническими признаками дисфункции ВНЧС являются: боль в височно-нижнечелюстной области или в жевательных мышцах, в области уха, щелчки в области ВНЧС в момент открывания или закрывания рта (Pollmann L., 1993; Kafas P., Chiotaki N., Stavrianos Ch, 2007). Симптомы дисфункции ВНЧС могут походить на другие состояния или медицинские проблемы (головные боли, звон в ушах). В связи с этим многие пациенты обращаются к врачам не стоматологического профиля (оториноларингологам, невропатологам, хирургам, терапевтам). Те, в свою очередь, будучи недостаточно знакомы с патологиями ВНЧС, часто ограничиваются симптоматическим лечением. Зачастую именно болевой симптом заставляет пациентов обращаться за врачебной помощью (Dworkin S.F., Huggins K.H., 1990).

Не существует единого мнения о природе данного расстройства, несмотря на то, что вопросам этиологии и патогенеза болевой дисфункции ВНЧС посвящено много публикаций (Баданин В.В., 1996; Каламкаров Х.А., 1996; Motoyoshi, 1996). В настоящее время большинство авторов склоняются к тому, что причиной развития болевой дисфункции ВНЧС является дисбаланс во взаимоотношениях одного или нескольких из 4-х стрессовых зон: состояние мышц, состояние окклюзии, эмоциональное состояние и состояние сустава (Biondi M., Picardi A., 1993; Abraham E. et al., 1997; Glaros A.G. et al., 2004).

В настоящее время все чаще в литературе отдается предпочтение тому, что в этиологии и патогенезе заболеваний ВНЧС имеют значение не только окклюзионные нарушения и патологические процессы в зубочелюстной системе, жевательных мышцах, но и психоэмоциональные и эндокринные расстройства (Al-Ani Z., Gray R.J., Davies S.J., 2005). От них зависит нарушение «функциональной гармонии жевательной системы». При взаимодействии двух

факторов – эмоционального и физического напряжения может развиваться гиперфункция жевательных мышц с появлением в них боли, ограничения подвижности в суставе (Гринин В.М., 1995; Flor H., Schugens M., Birbaumer W., 1992).

В последние годы некоторые исследователи склоняются к мнению о ведущей роли изменений психоэмоционального статуса в развитии синдрома болевой дисфункции (Горожанкина Е.А. и соавт., 2003; Трезубов В.Н. и соавт., 2006; Turner J.A., Dworkin S.F., 2004). Тревога (Speculand B., Goss A.N., Hughes A., 1983). Депрессия, соматические расстройства и расстройства личности (Aghabeigi V., Feinmann C., Harris M., 1992) встречаются чаще в группе пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, чем в контрольных группах.

Причем психоэмоциональные расстройства могут как провоцировать возникновение заболевания, так и быть следствием длительного болевого симптома при дисфункции ВНЧС (Шубина О.С. и др., 2007; Chen J. et al., 1998; Dickens C. et al., 2003). Эмоциональные нарушения являются неотъемлемой составляющей болезненных проявлений (Clarke R., Gervitz R., 1991). 64% пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС отмечали положительный результат лечения от действия плацебо, по данным исследования, проведенного Loodman с соавт. (1976). Изменения психики при болевой дисфункции ВНЧС колеблются от незначительных расстройств до выраженных психических нарушений (Агапов В.С. с соавт., 1999).

Lund J., Widmer C. (1987) рассматривают темпоромандибулярное расстройство как порочный круг: боль провоцирует мышечное напряжение, а мышечное напряжение вызывает боль. Длительно существующее, неправильно леченное патологическое состояние, не проходящий болевой симптом провоцируют развитие эмоциональных расстройств (Tanne K., Tanaka E., Sakuda M., 1996).

Развитие психосоматических расстройств провоцируется хроническим психоэмоциональным напряжением (Сукиасян С.Г. и др., 2000; Александровский Ю.А., 2007).

Следует отметить, что происхождение и течение болевой дисфункции ВНЧС во многом зависят от личностной структуры больного человека, особенностей его эмоционального реагирования. Переживание эмоции изменяет уровень электрической активности головного мозга, диктует, какие мышцы лица и тела должны быть напряжены или расслаблены, управляет кровеносной, дыхательной и эндокринной системами организма.

Резюмируя все вышесказанное, следует отметить, что клиническая картина болевой дисфункции ВНЧС включает как болевые, так и психологические нарушения различной степени выраженности, что необходимо учитывать при проведении терапии.

Чаще других к врачу-стоматологу обращаются пациенты с так называемым окклюзионно-артикуляционным синдромом. Причины, приводящие к его возникновению, разнообразны, но все так или иначе связаны с нарушениями окклюзионных взаимоотношений зубных рядов: снижающийся прикус, глубокий травматический прикус, ошибки в протезировании пациентов, внезапная потеря жевательных зубов, преждевременный контакт на каком-либо сегменте зубного ряда. В анамнезе пациентов можно встретить и травму зубочелюстной системы, сложное удаление жевательных зубов. Все эти причины приводят к хроническим заболеваниям ВНЧС. Следует отметить, что возникновение данной патологии полиэтиологично, так как все структуры зубочелюстной системы тесно связаны между собой анатомически и функционально, и возникновение одной причины тут же приводит к появлению нарушений во всех звеньях. Зачастую трудно бывает определить первопричину возникновения порочного круга, приводящего к болевой дисфункции ВНЧС. Во всех случаях в клинической картине важно отметить наличие хронического стресса у пациентов, который может возникнуть как от нарушения эстетики лица, так и от постоянно сопровождающих данную

патологию хронических болей. Кроме нарушения окклюзии, нередко отмечается и нарушение соотношения элементов ВНЧС.

Нарушения функции нейромышечного комплекса очень редко развиваются изолированно. Чаще они сочетаются с нарушениями окклюзии. К моменту обследования больного непосредственное действие инициирующего фактора зачастую прекращается, тем не менее у него остаются стойкие изменения в жевательной мускулатуре в виде дискоординации сокращений одноименных групп мышц правой и левой сторон, атонии, повышения тонуса. Причину развития дисфункции в большинстве случаев удастся выявить при сборе анамнеза заболевания. Больные указывают, что заболевание начинается внезапно с появления щелканья в суставе либо ощущения неудобства, тяжести в суставе, болезненности при жевании.

Некоторые больные упоминают о возникновении неудобных положений челюсти, которых они вынуждены избегать. Другие указывают на высокую утомляемость мышц. Тщательный сбор анамнестических сведений достаточно часто позволяет поставить под сомнение факт внезапности возникновения заболевания. Больные с симптомами хруста или щелканья, как правило, за медицинской помощью не обращаются и длительное время остаются вне внимания врачей. Перерастяжение мышечно-связочного аппарата сустава, дальнейшее расстройство функции нейромышечного комплекса приводят к явно выраженной дискоординации мышечных сокращений, атипичным движениям мышечков, возникновению болевых симптомов, блокированию в суставах, нарушению функции жевания, что вынуждает больного обратиться за медицинской помощью.

Симптомы поражения бывают разнообразными, чисто функциональными или возникшими вторично вследствие органического поражения элементов сустава. Клиническая практика показала, что чаще всего возникновение симптомов связано с функциональными нарушениями жевательного нейромышечного комплекса, реже - с органическими поражениями суставов (Петросов

Ю.А., Калпакьянц О.Ю., Сеферян Н.Ю., 1996). Среди заболеваний ВНЧС выявлен значительный удельный вес таких форм его патологии, при которых в общей клинической картине функциональные нарушения явно преобладают над органическими, последние следуют за проявлениями дисфункции или являются следствием ее.

1.2. Комплексный подход к терапии больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава

До настоящего времени лечение пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС остается одной из наиболее актуальных проблем современной стоматологии (Семкин В.А., Рабухина Н.А., 2000; Sherman J.J., Turk D.C., 2001). Многообразие клинических симптомов и полифакториальная этиология требуют индивидуального подхода к каждому пациенту (Cristensen L.V., Donegan S.J., 1996).

В связи со множеством клинических симптомов данной патологии методы лечения достаточно разнообразны. Некоторые авторы рекомендуют применять массаж мышц, горячий душ, сауну (Just J.K., Perry H.T., 1991). Пассивные или активные нижнечелюстные упражнения были рекомендованы при щелчках в суставе, ограничениях в открытии рта, несимметричном движении нижней челюсти (Selby A., 1985). Предположено, что упражнения и физиотерапия эффективно снижают боль и улучшают открытие нижней челюсти у 53% пациентов с обоюдными щелчками в ВНЧС (Kirk W.S., Calabrese J., Calabrese D.K., 1989).

Предложено применение медикаментозной терапии – боль и, возможно, воспаление могут сдерживаться нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) (Greene C.S., 1992; Yuasa H., Kurita K., 2001).

Phillips J.M. и др. (2001), оценивая половой фактор в отношении развития дисфункции ВНЧС, пришел к заключению, что некоторые виды терапии могут быть более полезными для женщин, нежели для мужчин, и наоборот.

Некоторые авторы рекомендуют использовать терапию путем наложения окклюзионных шин (Kafas P., Kalfas S., Leeson R., 2007). Описано множество их вариантов: мичиганская шина, твердые акриловые шины (Greene C.S., Laskin D.M., 1972), плоские прямые шины (Clark G.T., Veemsterboer P.L., 1997), переднезубная шина и т.д.

Уменьшение боли может быть обусловлено продвижением диска вперед, что позволяет пространству задисковой ткани восстанавливаться. Однако если задисковые ткани не полностью восстановились к тому моменту, когда мышцелок возвращается в углубление, может начаться добавочное воспаление (Okeson J.P., 1991).

Мягкие шины могут уменьшать головные боли и щелчки (Quayle A.A., Gray R.J., 1990). Однако их влияние не всегда выражено, особенно в долгосрочном периоде.

Исследование выявило, что большинству пациентов с болью в жевательных мышцах помогает использование стабилизационной шины. В то же время стабилизационная шина, по-видимому, не дает лучшего клинического эффекта по сравнению с мягкой шиной, небной шиной, физиотерапией или акупунктурой (Turp J., Komine F., Hugger A., 2004).

Несомненным является факт обязательной окклюзионной коррекции, который бы включал помещение нижней челюсти в центральную позицию посредством протезирования зубов или ортодонтических методов лечения, по показаниям.

Шведское рандомизированное испытание (Wahlund K., 2003) показало, что боль при дисфункции ВНЧС среди взрослых наилучшим образом снимается с помощью окклюзионного устройства.

Однако Koh H., Robinson P.G. (2003, 2004) оценивали путем обзора работ эффективность окклюзионной терапии для лечения и предупреждения болевой дисфункции ВНЧС среди взрослых. Все рандомизированные и квази-рандомизированные контрольные испытания, сравнивающие окклюзионную

терапию с плацебо, были включены в экспертизу. Различия между терапевтической и контрольной группой не были обнаружены. Авторы заключили, что данных, позволяющих утверждать, что окклюзионная терапия лечит или предотвращает болевую дисфункцию ВНЧС недостаточно.

Терапия ультразвуком, ионофорезом, диатермией, инфракрасными лучами, применением холодного лазера может помогать некоторым пациентам с болевой дисфункцией ВНЧС, однако, как представляется, контрольных испытаний мало (Mohl N.D., Ohrbach R.K., 1990).

Изучение чрескожной электростимуляции нерва часто испытывает недостаток в пригодных контрольных группах, включают малые объемы и используют неподходящие методы оценки (Clark M.S., Silverstone L.M., 1987). Другие способы воздействия, такие как краниальная (черепная) манипуляция, гидротерапия иммерсионная, вихревые ванны, миомониторная терапия, миофункциональная терапия, нейромускулярное обучение и использование ботулин-токсина, были описаны, но оценены как менее важные из-за недостатка научных доказательств и организованных испытаний (Clark M.S., Silverstone L.M., 1987).

Электромиография (ЭМГ) интенсивно использовалась в сочетании с релаксацией и терапией с применением биологической обратной связи (БОС). Существующие в настоящее время данные предполагают, что, хотя ЭМГ БОС может обеспечить некоторый контроль ночного бруксизма, эта польза представляется краткосрочной.

Не вызывает сомнений тот факт, что лечение болевой дисфункции должно быть комплексным и включать в себя воздействие на все звенья патогенеза. Оптимальный терапевтический подход к болевой дисфункции ВНЧС должен включать психокоррекционные мероприятия (Crocket D.J. et al., 1986; Flor H., Birbaumer N., 1993; Schwartz M., 1995). По мнению Ю.А. Хоревой (1999), психологическая коррекция, помимо традиционного, стоматологического лечения, должна являться обязательным атрибутом комплексного лечения

болевого дисфункции ВНЧС. Одновременное проведение аутогенной тренировки (контролируемое саморасслабление), медикаментозного лечения (миорелаксанты, седативные препараты) и лечебной физкультуры позволило добиться положительных результатов более чем у 50% больных (Вакуленко В.И. и др., 1989).

Весьма важным компонентом комплексного лечения болевой дисфункции ВНЧС как заболевания является психофармакотерапия с применением транквилизаторов, антидепрессантов, анксиолитиков (Агапов В.С. и др., 1999). Изучение австралийских пациентов показало, что как окклюзионная шинная терапия, так и терапия дотиепином были необходимы для уменьшения боли в ВНЧС у пациентов с депрессией, в то время как пациенты без депрессии плохо реагировали на шинную терапию в отдельности и демонстрировали посредственный ответ на дотиепин, применяемый в отдельности (Tversky J., Reade P.C., 1991).

Акупунктура, рассечение сухой дисцизионной иглой и инъекции в триггерные зоны могут дать некоторое улучшение в локальной боли и слабости, но это улучшение длится менее шести месяцев (List T., Helkimo M., Karlsson R., 1993). Результаты, полученные в ходе мета-анализа, показали, что акупунктура может быть эффективным видом терапии дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. К сожалению, ни одно из исследований не включало в себя контроль эффекта плацебо (Ernst E., White A.R., 1999).

Одним из наиболее простых и эффективных методов при лечении болевой дисфункции ВНЧС является аутогенная тренировка (АТ) (Tomioka M., Kubo S., 2006). В исследованиях показано, что использование АТ в определенных случаях может обеспечить эффективную альтернативу анальгетикам (Spinhoven P. et al., 1992; Linden W., 1994). Отмечается, что включение АТ в комплексную терапию больных с болевой дисфункцией оказывает редуцирующее воздействие на головную боль, способствует уменьшению тревоги и депрессии (Kanji N., 2000). Установлено, что АТ позволяет достоверно снизить напряжение жевательных

мышц (Watanabe Y. et al., 2003). Пациенту следует советовать проводить релаксацию при первых признаках появления напряжения жевательных мышц, предостерегать от вредных привычек стискивания челюстей и скрежетания зубами, рекомендовать нежное двухстороннее пережевывание пищи (Булычева Е.А., 1999). Кроме того, АТ способствует улучшению психического состояния пациентов за счет снижения уровня тревоги и нормализации настроения (Kanji N., Ernst E., 2000), что положительно сказывается на социальной адаптации больных (Линдеман Х., 2002).

Гипнорелаксация имеет потенциально полезный эффект в лечении болевых миофасциальных жевательных расстройств. Винокур с сотр. показали, что гипнорелаксация совместно с окклюзионным устройством более эффективна, чем минимальное лечение (Winocur E., Gavish A., 2002).

Значительной эффективности лечения патологии височно-нижнечелюстного сустава удалось достигнуть с помощью биоуправления, базирующегося на принципе биологической обратной связи. Клинический потенциал этих технологий высок, что подтверждается данными многочисленных исследований, проводимых во всем мире (Evans J.R., Abarbanel A., 1999).

В многочисленных работах убедительно показано, что курс лечения с использованием БОС приводит к уменьшению выраженности болевого синдрома при дисфункции ВНЧС (Пузин М.Н., 2002; Walker E.A. et al., 1993; Pettengill C.A., Growney M.R., 1998; Domon H. et al., 2001; Raphael K.G., Klausner J.J. 2003; Stowell A.W, Gatchel R.J., Wildenstein L., 2007). Считается, что БОС способствует повышению толерантности больных к стрессовым воздействиям, уменьшению выраженности психических изменений, снижению уровня тревоги и депрессии (Бугаев С.А. и соавт., 1993; Рябус М.В., 1999; Bussone G. et al., 1988; Marcus D.A. et al., 1998; Sarafino E.P. et al., 2000).

По мнению ряда авторов (Вязьмин А.Я., 1999), без адекватной психотерапевтической и психофармакологической коррекции психического состояния больных сложно рассчитывать на успех лечения болевой дисфункции

ВНЧС. Если говорить о комплексном лечении, то нельзя не упомянуть о привлечении к лечению больных с болевой дисфункцией ВНЧС психиатров, психотерапевтов и неврологов.

Уже давно в различных областях медицины наряду с традиционными методами лечения заболеваний успешно применяются психотерапевтические методики. Укрепление веры в выздоровление улучшает настроение больного, а это очень важно для мобилизации внутренних сил на борьбу с болезнью (Бек Джудит С., 2006). Нередко от этого зависят течение, сроки лечения и исход заболевания.

Широко применяются психорелаксационные методики, психокоррекция. Важно, чтобы пациент понял суть своего заболевания, возможные причины его возникновения. Нередко следует объяснить анатомию ВНЧС, провести демонстрацию муляжей, рассказать о компенсаторных возможностях организма, о роли эмоционально-волевого фактора в борьбе с болезнью. Важно довести до сознания пациентов роль эмоции в переживании боли, возможность трансформации эмоциональных нарушений в болевые (Yoshida A. et al., 1998). В ходе лечения больных с болевой дисфункцией ВНЧС необходимо информировать пациента о проводимом лечении и о динамике изменений состояния зубочелюстного аппарата (Дымкова В.Н., 1998). M.Schwartz (1995) считает полезным получение от больных данных самонаблюдения, включающих ежедневные записи о сжимании зубов, состоянии сустава, болевых ощущениях, о мыслях перед засыпанием, вызывающих беспокойство, т.н. «дисфункциональных когнициях». Автор полагает, что формирование правильной внутренней картины болезни является необходимым компонентом лечебной программы. Необходимо убедиться, что пациент правильно понял объяснение патогенеза боли как синдрома, базирующегося на модели гиперактивности и триггерных точек. Полезно попросить больного повторить данное объяснение. Эффект лечения может быть недостаточным, если пациент остается убежденным в том, что боль

вызвана «изнашиванием» или разрушением сустава, а не стресс-индуцированным повышением мышечного напряжения.

Для совладания с болезненными ощущениями в области ВНЧС следует, как полагает автор, рассказать пациенту о нормальной анатомии и физиологии височно-нижнечелюстного сустава и ассоциированных с ним мышц; продемонстрировать пациенту данные о физическом состоянии его сустава; описать, как стресс и парафункциональная активность влияют на функцию сустава; рассказать, как назначенное лечение воздействует на обследуемые параметры; подробно рассказать о назначенной терапии и дать больному брошюры, в которых рассказывается о патологии ВНЧС. Необходимо в ходе терапии оценивать понимание больным патогенеза заболевания в начале терапии и на протяжении курса лечения.

Возможность лучше справляться со своими трудностями пациентам дает проведение групповой когнитивно-поведенческой терапии. Эмпирически найденные принципы мышления, чувствования и поведения транслируются на практические стратегии, которые могут вести к изменениям в субъективных и объективных мыслях, чувствах и поведенческих состояниях. Процесс ГрКПТ включает: постановку целей, оспаривание негативных автоматических мыслей, релаксацию и дыхательные упражнения, упражнения по когнитивной визуализации, овладение поведенческими стратегиями, стрессовый менеджмент и навыки суждений.

ГрКПТ является эффективным подходом для самоуправления во многих условиях, включая стресс, тревогу, депрессию, колебания настроения, панические атаки, фобии, посттравматические стрессовые расстройства, бессонницу, неадекватные привычки, злоупотребления лекарствами, хронические боли (Morley S., Eccleston C., 1999), сдерживание эмоций и заниженную самооценку. КПТ в сочетании с другими методами лечения показала свою эффективность в уменьшении боли (Gardea M.A., Gatchel R.J., Mishra K.D., 2001).

Когнитивная терапия у больных с болевой дисфункцией ВНС давала уменьшение боли сроком до шести месяцев после шестинедельной программы лечения, состоящей из интраорального устройства и стресс-менеджмента с БОС, в сравнении с той же самой программой с недирективным поддерживающим консультированием (Turk D.C., Rudy T.E., 1996).

Dworkin S.F. с сотр. (2002) изучали эффективность когнитивной терапии на пациентах с болевой дисфункцией ВНС, которые демонстрировали плохую психологическую адаптацию. Это рандомизированное контрольное испытание сравнивало результаты 6 сессий когнитивной терапии с простой терапией и показало, что когнитивная - высокоэффективна. Наоборот, неопределенность и слабая информированность усиливают проявления тревоги, степени психоэмоционального напряжения, что негативно сказывается на результатах лечения (Бугровецкая О.Г., 2006; Силин А.В., 2007).

Таким образом, высокая частота встречаемости, полиэтиологичность заболевания, трудности диагностики и лечения болевой дисфункции ВНС требуют разработки новых диагностических и терапевтических подходов.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

2.1. Характеристика больных

Для решения поставленных задач было проведено обследование 145 пациентов с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), находящихся на лечении у врача-стоматолога. Критериями включения в настоящее исследование послужили больные, причиной или одним из ведущих факторов развития болевой дисфункции ВНЧС у которых было выявлено снижение высоты нижней трети лица. Из общего количества обследованных их число составило 88 человек.

Клинически больные предъявляли жалобы на боль и звуковые явления в области ВНЧС, смещения нижней челюсти, эстетически неудовлетворительное состояние нижнего отдела лица, затруднения при открывании рта и пережевывании пищи, частые головные боли, ощущения заложенности уха, эмоциональную лабильность, тревогу, плохое настроение, нарушение сна (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Фотография нижней трети лица пациентки с болевой дисфункцией ВНЧС

Средний возраст обследованных составил $52,8 \pm 7,43$ года (от 30 до 64 лет) (Таблица 1).

Таблица 1 – Возрастная характеристика больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава

Показатель	Возрастная группа				Всего
	до 40 лет	40–50 лет	51–60 лет	61 год и старше	
Число больных, абс.	10	28	45	5	88
Число больных, %	11	32	51	6	100

Женщины составили большинство - 57 человек (65 %), мужчины – 31 (35 %), что отражает количество больных болевой дисфункцией ВНЧС того или другого пола в популяции. Среди обследованных были больные с высшим, средним и средним специальным образованием. В основном больные имели среднее специальное образование (43 %) (Таблица 2), 65 % (57 человек) работали.

Таблица 2 – Распределение больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава по уровню образования

Показатель	Образование			Всего
	Среднее	Среднее специальное	Высшее	
Число больных, абс.	26	38	24	88
Число больных, %	29	43	28	100

Длительность заболевания колебалась от 2 до 9 лет (в среднем $4,3 \pm 2,5$ года).

2.2. Методы исследования

При обследовании больных оценивались соматический и психологический статусы.

Стоматологическое обследование исследуемых больных проводилось по определенной схеме и начиналось с выявления жалоб, сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания больного, осмотра полости рта и челюстно-лицевой области. Проводились пальпация и аускультация суставов, определение тонуса мышц, болевых точек в мышцах и на лице, изучение суставов при движении нижней челюсти, измерение расстояния между режущими краями центральных резцов при максимально открытом рте, пальпация лимфоузлов и слюнных желез. Завершалось обследование определением высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя, изучением диагностических моделей в артикуляторе, проведением дополнительных методов исследования.

При выяснении жалоб и сборе анамнеза заболевания особое внимание уделялось их детализации: когда начали проявлять себя первые симптомы заболевания ВНЧС, с какими причинами больной связывает их появление, что возникло первым - боль или щелканье в суставе. Последовательность появления симптомов должна учитываться при установлении диагноза. Больному задавались наводящие вопросы, упоминая основные и часто встречающиеся причины, способствующие возникновению различных видов патологий в ВНЧС. Уточнялась локализация боли: точечная, разлитая, иррадиирующая. Точечная, или строго локальная, боль типична для дисфункциональных синдромов. Выяснялся характер боли: тупая, ноющая, периодическая. Уточнялся характер возникновения болей - внезапная, возникающая постепенно с чувства неловкости в суставе, разлитая, с последующей локализацией в определенной точке, и наоборот. При обследовании исключались такие нозологические единицы, как невралгия тройничного нерва, пульпит, периодонтит, миозит, отит.

Подробно изучались симптомы щелканья, хлопающий звук. Выявлялись интенсивность и тональность звука щелканья: глухое, громкое, ощущаемое лишь

при пальцевом исследовании через наружный слуховой проход и при выслушивании стетоскопом; начало возникновения щелканья. При незначительном открывании рта и боковых движениях нижней челюсти щелканье, как правило, наблюдается при нейромускулярном и окклюзионно-артикуляционном синдромах. При сжатии челюстей хруст и щелканье отмечаются у пациентов со снижающимся прикусом.

Выяснялось, бывает ли у больного блокировка, или, как говорят сами пациенты, «заклинивание» в суставе. При обследовании уточнялось, бывают ли у больного сжатие челюстей, скрежет зубов, быстрая утомляемость мышц, чувство постоянного разжевывания и перемалывания пищи. Выявлялось наличие наследственной отягощенности, воздействия психогенных факторов. Подробно уточнялось количество обращений к врачу по поводу данной патологии, их периодичность, проведенное лечение, его интервалы и эффективность.

При внешнем осмотре обращалось внимание на симметричность лица в положении центральной окклюзии, состояние кожных покровов лица и особенно области ВНЧС, наличие асимметрии лицевой мускулатуры, обусловленной, как правило, смещением нижней челюсти, отсутствие гипертрофии жевательной мускулатуры. Особое внимание уделялось нижней трети лица, где констатировалось опущение уголков рта, наличие глубоких морщин вокруг губ, выраженность складок в области носо-губного треугольника.

Специальные методы исследования суставов. Пальпаторно (указательные пальцы устанавливаются впереди козелка уха с обеих сторон, и врач просит больного широко открывать рот) определялись хруст и щелканье в ВНЧС. При пальцевом исследовании через наружный слуховой проход выявлялось глухое щелканье, болезненность в области задней стенки суставной ямки, наличие или отсутствие подвижности суставных головок. Также проводилась пальпация места прикрепления собственно жевательных, височных мышц, а через полость рта, за зубными рядами, латеральных крыловидных мышц. При пальцевом обследовании мышц, участвующих в движении нижней челюсти (поверхностная,

сравнительная, бимануальная, клещевая), выявлялись участки гипертрофии, уплотнения мышечной ткани, их размеры и степень уплотнения, болезненность, зоны иррадиации боли. Пальпировались шейные и подчелюстные лимфоузлы, околоушные, подчелюстные, подъязычные слюнные железы.

Обращалось внимание на характер движения нижней челюсти при открывании и закрывании рта: плавные, толчкообразные, зигзагообразные, круговые; в момент открывания рта – на наличие и степень смещения нижней челюсти. Уточнялось начало смещения нижней челюсти: при незначительном или широком открывании рта.

Осмотр полости рта начинался с осмотра состояния слизистой оболочки преддверья и собственно полости рта, языка, миндалин, задней стенки глотки. Измерялось расстояние между режущими краями центральных резцов. Осматривались зубные ряды для выявления кариеса, пульпита, периодонтита, определялась степень подвижности зубов, наличие дефектов зубных рядов (особенно концевых), повышенной стираемости зубов, деформации окклюзионной поверхности, аномалии прикуса, снижения высоты нижнего отдела лица, функциональной перегрузки зубов. Продолжалось изучение зубных рядов и соотношение челюстей на контрольно-диагностических моделях.

При наличии искусственных протезов оценивали соответствие требованиям конструкции и технического изготовления их. Выясняли тип жевания: односторонний или двусторонний. Проводили функционально-диагностические пробы.

Дополнительные методы исследования

Рентгенография зубов проводилась на дентальном аппарате и ортопантомографе по общепринятой методике с целью выявления патологических процессов твердых тканей зубов, в периодонте, в пародонте, а также с целью планирования дальнейшего ортопедического лечения, выбора ортопедической конструкции.

С целью анализа измерений суставных элементов и их соотношений в

процессе лечения проводилась томография суставов при максимально открытом рте и в положении центральной окклюзии для установления локализации и распространенности патологического процесса в ВНЧС и тканях, окружающих сустав, для того, чтобы проследить динамику различных патофизиологических процессов, оценить результаты лечения.

Интенсивность и характер болевых ощущений оценивались на основе визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) боли (Пузин М.Н. 1997) и опросника боли MPQ (McGill Pain Questionnaire) (Melzack R., 1975)

ВАШ основана на субъективной оценке пациентом своих болевых ощущений и предназначена для количественной регистрации интенсивности боли: от отсутствия болевых ощущений (0 баллов) до невыносимой боли (100 баллов). ВАШ считается одной из наиболее валидных методик для оценки выраженности болевого синдрома (Scrimshaw S.V., Maher C., 2001).

Опросник боли MPQ – предназначен для оценки различных составляющих болевого восприятия. Рассчитывались следующие показатели: 1) суммарный (в баллах) ранговый индекс боли (РИБ); 2) показатель для каждой из шкал, оценивающих сенсорную (РИБс), аффективную (РИБа) и эвалюативную (РИБэ) составляющие восприятия боли; 3) показатель числа выделенных дискрипторов по сенсорной (ЧВДс), аффективной (ЧВДа) и эвалюативной (ЧВДэ) шкалам. Значения суммарного рангового индекса боли могут быть в пределах от 0 до 78 баллов (по шкале РИБс - от 0 до 58, РИБа – от 0 до 15, РИБэ – от 0 до 5 баллов), по ЧВДс – от 0 до 13, ЧВДа - от 0 до 6, ЧВДэ – от 0 до 1. При этом более высокие показатели свидетельствуют о большей интенсивности болевого восприятия.

Нейрофункциональные методы исследования. С целью изучения периферической иннервации жевательных мышц проводилось электромиографическое обследование, с помощью которого осуществляли регистрацию суммарной интерференцированной ЭМГ жевательных мышц с двух сторон. Исследовались жевательные мышцы в покое, при вдохе и напряжении. В качестве функциональной нагрузочной пробы проводилась имитация модели

стресса с определением длительности латентного периода подбородочного рефлекса (тест MC) (Call W.D., Ulthman A.H. et al., 1978). Исследования проводились на электромиографе М-400 фирмы «Медикор». Основные параметры суммарной ЭМГ оценивались в соответствии с критериями, разработанными Юсевич Ю.С. (1958).

Для снятия излишней напряженности в мышцах, которая может возникнуть в результате волнения, больному разъясняли безболезненность и безвредность всех манипуляций.

Для определения взаимоотношений анатомических элементов ВНЧС проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ). Оценку состояния и определение дислокации элементов височно-нижнечелюстного сочленения проводили методом функциональной МРТ. Методика исследования включала получение T1-взвешенных изображений ВНЧС с закрытым ртом при смыкании зубных рядов в привычной окклюзии, а затем T1-взвешенных изображений в тех же проекциях с максимально открытым ртом. Для фиксации нижней челюсти в положении максимального открывания рта во время сканирования применяли индивидуальные силиконовые прикусные блоки, заранее изготовленные в клинике. Для наиболее оптимальной оценки состояния ВНЧС использовались изображения в трансверзальной, косой сагиттальной (перпендикулярно длиннику головки нижней челюсти) и косой коронарной проекциях (по длиннику головки нижней челюсти).

Клинико-психопатологическое обследование включало в себя формализованную оценку психического статуса пациентов на основе Клинической шкалы (КШ). Клиническая шкала разработана для стандартизированной оценки психического статуса больных с болевой дисфункцией ВНЧС. При обследовании по единым критериям содержания и степени выраженности психопатологических синдромов (тревога, обсессивно-фобический, ипохондрический, неврастенический, депрессивный, истерический) и определяется психопатологический профиль больного. Выраженность

психических изменений оценивалась по четырехбалльной системе: 0 – отсутствуют (психическое состояние оценивается как нормальное); 1 – легкие (симптомы непостоянные, носят не резко выраженный характер, проявляются в соответствующих жалобах больного, которые нередко выявляются лишь при целенаправленном расспросе, поведение больного существенным образом не изменяется); 2 – умеренные (психопатологическая симптоматика постоянна, наличие у больных психических изменений, требующих лечения, не вызывает сомнений, поведение больного изменяется соответственно особенностям ведущего психопатологического синдрома); 3 – выраженные (психические нарушения – главный фактор, определяющий состояние больного в целом, работоспособность больного снижена).

Также обследование включало в себя следующие тесты: Сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ), Шкала депрессии Бека, Шкала тревоги Спилбергера, Шкала враждебности (ШВ), Торонтская шкала алекситимии (ТША). Качество жизни (КЖ) больных оценивалось с помощью шкалы Nottingham Health Profile (NHP) (Hunt S. et al., 1981).

Психологический тест СМОЛ (Зайцев В.П., 2004) представляет собой русскоязычный вариант теста Mini-Mult, разработанного на базе теста MMPI. Включает 71 утверждение, с которым испытуемому предлагается согласиться или не согласиться. По результатам тестирования проводится анализ личностного профиля по 11 шкалам: 3 оценочные шкалы (L, F, K) и 8 клинических шкал, позволяющих определить следующие психологические особенности: ипохондрические (1), депрессивные (2), истерические (3), параноидные (6), психастенические (7), шизоидные (8), гипоманиакальные (9), а также уровень социальной адаптации (4 шкала). Полученный первичный результат переводится в T-баллы, на основании которых выводятся сопоставимые оценки каждой из исследуемых тенденций. Графическое выражение совокупности этих оценок составляет профиль личности пациента.

Шкала тревоги Спилбергера (Spielberger C.D. et al., 1970; Карелин А.А., 1999): уровень реактивной тревожности отражает реакцию человека на стрессовые ситуации различного характера и поэтому является достаточно изменчивым во времени показателем. Уровень личностной тревожности оценивает способность субъекта видеть угрозу своему благополучию в различных ситуациях. Количественно уровень тревожности 20–34 балла расценивался как низкий, 35–45 баллов – как средний, свыше 46 баллов – как высокий.

Шкала депрессии Бека (Beck A.T., Steer R.A., 1989) позволяет исследовать уровень депрессии пациента на основании количественной оценки отдельных симптомов депрессии, представленных в виде 21 группы утверждений с различными вариантами ответа. Количественно значение 10 баллов и ниже расценивалось как отсутствие клинически значимой депрессии, 11–20 баллов – как легко выраженная депрессия, 21–30 баллов – как умеренно выраженная депрессия, 31 балл и выше – как тяжелая депрессия.

Шкала враждебности (Barefoot J. et al., 1989) направлена на измерение уровня враждебности. На основе тестирования рассчитываются показатели по 6 подшкалам: цинизм, паранойяльные проекции, агрессивные реакции, чувство враждебности, психастенические реакции, общая враждебность.

Торонтская шкала алекситимии (Taylor G.J. et al., 1985) служит для оценки выраженности алекситимического личностного радикала. Русский вариант был адаптирован в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Шкала включает в себя утверждения, выявляющие степень осознания эмоций, их выражение и экстернальное мышление. Результат оценивается в баллах: значение 62 балла и ниже свидетельствует об отсутствии алекситимии, 74 балла и выше – наличие алекситимии, 63–73 балла – пограничный уровень.

Качество жизни (КЖ) больных оценивалось с помощью шкалы Nottingham Health Profile (NHP), позволяющей проводить количественную оценку качества жизни (Hunt S. et al., 1981). Опросник состоит из 45 пунктов. По результатам его заполнения оцениваются 6 областей «чувствования» (боль,

физическая мобильность, сон, эмоциональные реакции, энергия, социальная изоляция) и 7 областей повседневной жизни (работа, домашний труд, отношения с людьми, личная жизнь, сексуальная жизнь, хобби, отпуск).

Так как у всех пациентов в анамнезе имелось снижение высоты нижней трети лица, также оценивалась степень адаптации к съемным ортопедическим конструкциям, фиксирующим новое положение в центральной окклюзии. Оценка проводилась на основе сравнения сроков лечения в основной и контрольных группах.

После первичного обследования все пациенты методом случайного отбора были распределены на 2 группы: основную и контрольную. Больным 1-й группы было проведено стандартное стоматологическое лечение (ортопедическое лечение – ОЛ), больным 2-й группы, наряду со стоматологическим лечением проводилась психотерапия (групповая когнитивно-поведенческая терапия – ОЛ+ГрКПТ).

У всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании. В исследовании участвовали относительно здоровые пациенты с точки зрения общесоматического состояния. При выявлении в анамнезе общесоматических заболеваний больные направлялись на консультацию к соответствующим специалистам. Все ортопедические конструкции были изготовлены со строгим соблюдением технологии, соответствовали общепринятым стандартам и принципам их конструирования. Психотерапия и психофармакотерапия (малые транквилизаторы) назначались и проводились специалистами соответствующего профиля.

Критериями включения в группу исследуемых пациентов послужили:

- наличие болевой дисфункции ВНЧС;
- отсутствие органических поражений ВНЧС;
- наличие снижения высоты нижней трети лица;
- отсутствие заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- интактный пародонт или пародонтит (легкая или средняя степени тяжести)

в стадии ремиссии;

- отсутствие проведения психотерапии либо психофармакотерапии в течение, как минимум, 3-х месяцев до начала проведения исследования.

Обследование проводилось до начала исследования, спустя 1, 6 и 12 месяцев.

До начала проведения лечения все группы были сопоставимы по возрасту (Таблица 3) и полу (Таблица 4), уровню образования (Таблица 5), длительности заболевания (Таблица 6), структуре и выраженности психопатологических синдромов (Таблица 7).

Таблица 3 - Возрастная характеристика больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава

Показатель	Терапевтическая группа		Всего (n = 88)
	ОЛ (n = 44)	ОЛ+ГрКПТ (n = 44)	
Средний возраст, лет	51,9 ± 2,4	53,8 ± 3,3	52,8 ± 2,7

Таблица 4 - Распределение по полу больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава

Показатель	Терапевтическая группа		Всего (n = 88)
	ОЛ (n = 44)	ОЛ+ГрКПТ (n = 44)	
Мужчины, абс.	22	35	57 (65%)
Женщины, абс.	16	15	31 (35%)

Таблица 5 - Распределение больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава по уровню образования

Образование	Терапевтическая группа		Всего (n = 44)
	ОЛ (n = 44)	ОЛ+ГрКПТ (n = 44)	
Среднее, абс.	8	18	26 (29%)
Среднее специальное, абс.	24	14	38 (43%)
Высшее, абс.	10	14	24 (28%)

Таблица 6 - Распределение больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава по длительности заболевания

Показатель	Терапевтическая группа		Всего (n = 88)
	ОЛ (n = 44)	ОЛ+ГрКПТ (n = 44)	
Длительность заболевания, лет	4,5±3,6	4,2±2,4	4,3 ± 2,5

Таблица 7 - Распределение больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава по психопатологическим синдромам

Показатель	Терапевтическая группа		Всего (n = 88)
	ОЛ (n = 44)	ОЛ+ГрКПТ (n = 44)	
Депрессивный, абс.	12	18	30 (34%)
Тревожный, абс.	21	15	36 (41%)
Ипохондрический, абс.	10	12	22 (25%)
Истерический, абс.	0	0	0
Обсессивно- фобический, абс.	0	0	0

2.3. Методы терапии

Стоматологическое лечение начиналось с полной санации ротовой полости. По показаниям, пациентам было проведено терапевтическое, хирургическое и пародонтологическое лечение по общепринятым методикам. Так как у обследованных констатировалось снижение высоты нижнего отдела лица, то всем пациентам было проведено **ортопедическое лечение**. Лечебные мероприятия включали прежде всего нормализацию окклюзионных взаимоотношений зубов. При необходимости проводили избирательное пришлифовывание зубов. Следующим этапом было восстановление высоты нижнего отдела лица. Этот процесс невозможно провести одномоментно, так как для перестройки соотношения зубных рядов, изменения высоты прикуса, состояния мышц и элементов ВНЧС требуется определенное количество времени. Соответственно, по показаниям, высоту нижнего отдела лица повышали в несколько этапов (по 2-3 мм на каждом этапе) с применением временных ортопедических конструкций (временных зубов, частичных съемных протезов). Временной интервал определялся клинически на основе осмотра полости рта пациентов и субъективной оценки адаптации больными к новому положению зубных рядов в состоянии центральной окклюзии.

Групповая когнитивно-поведенческая психотерапия проводилась психотерапевтом в группах по 4–6 пациентов 2 раза в неделю, всего 12 сеансов. Длительность группового занятия продолжалась 1,5 часа. Первые встречи проходили с частотой два раза в неделю, последующие – еженедельно.

Использовалась специально адаптированная когнитивно-поведенческая терапия. Первоначально пациентам разъяснялась суть КПТ. Они знакомились со схемой «АВС», где А – активирующее событие, В – восприятие события, С – эмоциональная реакция и поведение. Пациентам разъяснялось, что их представления о событиях, с которыми сопряжены эмоциональный дискомфорт и дисфункциональное поведение, являются не самой реальностью, а лишь

предположительными представлениями, которые нуждаются в проверке, а в ряде случаев и в изменении. Далее проводилась работа, направленная на выявление «автоматических» мыслей и связанных с ними эмоциональных и поведенческих реакций. Когда путем анализа удавалось установить нереалистичность (ошибочность) «автоматической» мысли, производился поиск более рационального и взвешенного суждения. Аналогичным образом осуществлялась работа по выявлению, проверке достоверности и формулированию рациональных убеждений.

Результатом психотерапии было формирование у пациента навыков осознания автоматических мыслей и убеждений, их оценки и конфронтации с ними, с последующей трансформацией в более конструктивные.

Проводимая КПТ была четко структурирована. Пациент получал специально разработанное краткое пособие по проведению когнитивной терапии. В обязательном порядке выдавались домашние задания и осуществлялся контроль их выполнения.

2.4. Критерии эффективности лечения

Оценка эффективности лечения производилась на основе подсчета удельного веса так называемых респондеров, т.е. пациентов, состояние которых заметно улучшилось, и нонреспондеров – тех, у кого состояние улучшилось незначительно или осталось без изменений. В подгруппу респондеров включали больных с уменьшением интенсивности болевых ощущений на 20 и более баллов ВАШ и нонреспондеров, у кого показатели ВАШ снизились меньше или остались без изменений.

2.5. Методы статистической обработки материала

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS 10.0. Использовались следующие методы.

Описательная статистика.

1. Частота – общее количество появлений события (конкретного значения признака).

2. Частость – относительная частота, оценка вероятности появления события. Рассчитывается по формуле:

$$p = \frac{f}{n},$$

где p – частость (вероятность), f – частота, n – общее количество измерений.

3. Мода – мера центральной тенденции для квантовых случайных величин, наиболее высоковероятное значение признака. Рассчитывается по формуле:

$$Mo = x_i + \lambda \left(\frac{P_2 - P_1}{2P_2 - P_1 - P_3} \right),$$

где Mo – мода, x_i – начало модального класса, λ – классовой интервал, P_1 – вероятность (частота, частость) класса, предшествующего модальному, P_2 – то же для модального класса, P_3 – то же для класса, следующего за модальным.

Корреляционный анализ по Спирмену. Мера согласованности признаков, выраженных в шкале порядка (ранговой шкале – тестовые баллы, результаты субъективного шкалирования). Рассчитывается по формуле:

$$\rho = 1 - \frac{6 \cdot \sum(d^2)}{N \cdot (N^2 - 1)},$$

где ρ – коэффициент корреляции, d – разность между рангами по двум переменным для каждого испытуемого, N – количество ранжируемых значений.

Статистически значимым признается корреляция при уровне статистической значимости не выше 0,05.

Анализ сопоставимости групп по Крускалу-Уоллису. Критерий предназначен для оценки различий между несколькими группами по уровню какого-либо признака. При недостаточном значении критерия, т.е. отсутствии статистически значимых различий, группы признаются сопоставимыми. Рассчитывается по формуле:

$$H = \left[\frac{12}{N(N+1)} \cdot \sum \frac{T_j^2}{n} \right] - 2(N+1),$$

где N – общее количество испытуемых, n – количество испытуемых в каждой группе, T – суммы рангов по каждой группе.

Метод аналитической сопряженности, отклонение от гипотезы независимости оценивались по критерию хи-квадрат Пирсона.

Анализ достоверности сдвига в значениях признака по Вилкоксоу. Критерий предназначен для определения направленности и выраженности изменений в значениях признака, измеренного у одной и той же совокупности испытуемых в двух разных условиях (например, до и после лечения). Рассчитывается по формуле:

$$T = \sum R_r,$$

где T – критерий Вилкоксона, R_r – ранговые значения сдвигов с нетипичным знаком (т.е. сдвигов в более редком для данной выборки направлении).

ГЛАВА 3. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

3.1. Влияние психоэмоционального состояния больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава на эффективность ортопедического лечения

Повышение высоты нижней трети лица ортопедическими конструкциями весьма сложный процесс, в первую очередь, для пациентов. Во-первых, потому, что лечение проводится поэтапно, сроки его заранее обговорить невозможно. Повышение высоты прикуса даже на 1-2 мм доставляет больным дискомфорт и в некоторых случаях даже может привести к усилению симптомов болевой дисфункции. Одной из задач настоящего исследования было сокращение сроков адаптации пациентов к новому соотношению зубных рядов. Для осуществления ее сначала было принято решение оценить характер влияния психоэмоционального состояния на эффективность ортопедического лечения у больных с болевой дисфункцией ВНЧС. Все больные, получавшие ортопедическое лечение, были разделены на две подгруппы: респондеров и нонреспондеров в зависимости от динамики состояния к концу курса лечения (сразу после проведения 1 этапа ортопедического лечения по повышению высоты прикуса), спустя 1, 3 и 12 месяцев после лечения. Обычно ортопедическое лечение, как таковое, завершалось к 8-9 месяцам с момента обращения в клинику – повышением высоты нижнего отдела лица, постановкой постоянных ортопедических конструкций (Рисунки 2,3,4).



Рисунок 2 – Фотография соотношения зубных рядов в центральной окклюзии у пациентки с болевой дисфункцией ВНЧС до лечения



Рисунок 3 - Фотография зубных рядов пациентки с болевой дисфункцией ВНЧС после снятия ортопедических конструкций



Рисунок 4 - Фотография соотношения зубных рядов в центральной окклюзии у пациентки с болевой дисфункцией ВНЧС после лечения

В подгруппу респондеров вошли больные, у которых к отмеченному сроку происходило значительное улучшение их состояния на фоне лечения (интенсивность боли снизилась на 30% и более по ВАШ). Подгруппу нонреспондеров составили пациенты, у которых показатели ВАШ снизились меньше или остались без изменений.

Таким образом, сразу после окончания стоматологического лечения и, следовательно, на начальном этапе повышения высоты нижнего отдела лица, соотношение респондеров и нонреспондеров было 4 и 40 (соответственно, 10% и 90%) (Рисунок 5).

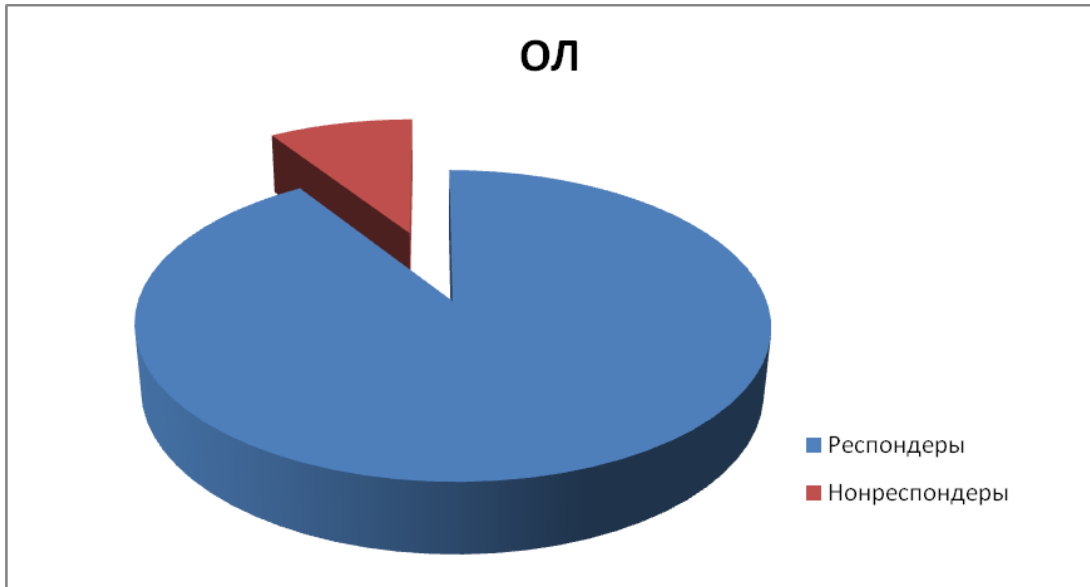


Рисунок 5 - Удельный вес респондеров и нонреспондеров в группе ОЛ сразу после проведения начального этапа ортопедического лечения

Спустя 1 месяц после проведения ортопедического лечения были получены следующие результаты: подгруппу респондеров составили 23 пациента (54%), нонреспондеров – 21 пациент (46%) (Рисунок 6).

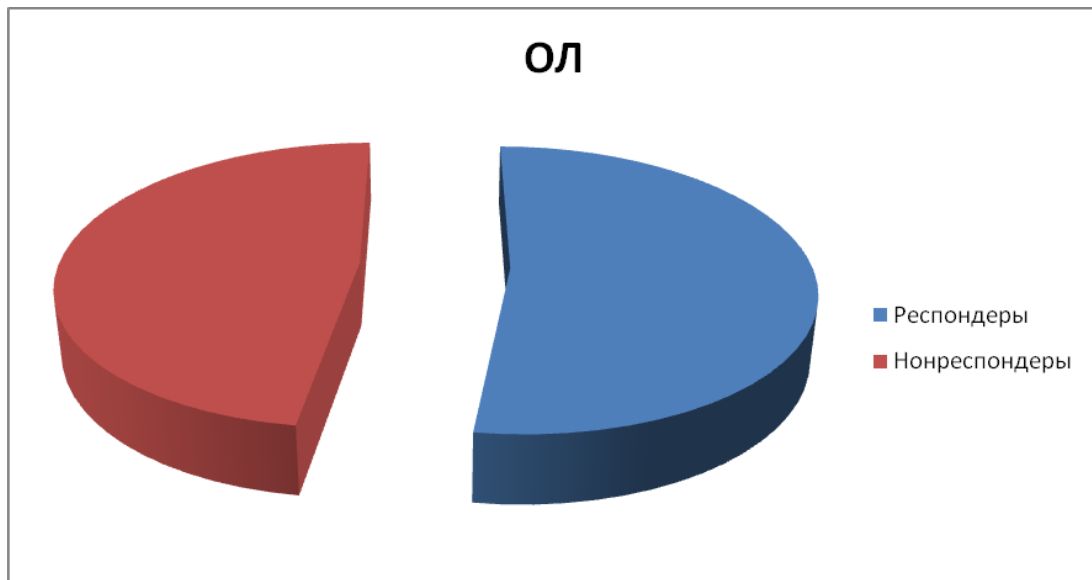


Рисунок 6 - Удельный вес респондеров и нонреспондеров в группе ОЛ спустя 1 месяц после проведения ортопедического лечения

Спустя 3 месяца после проведения ортопедического лечения были получены следующие результаты: подгруппу респондеров составили 28 пациентов (65%), нонреспондеров – 16 пациентов (35%) (Рисунок 7).

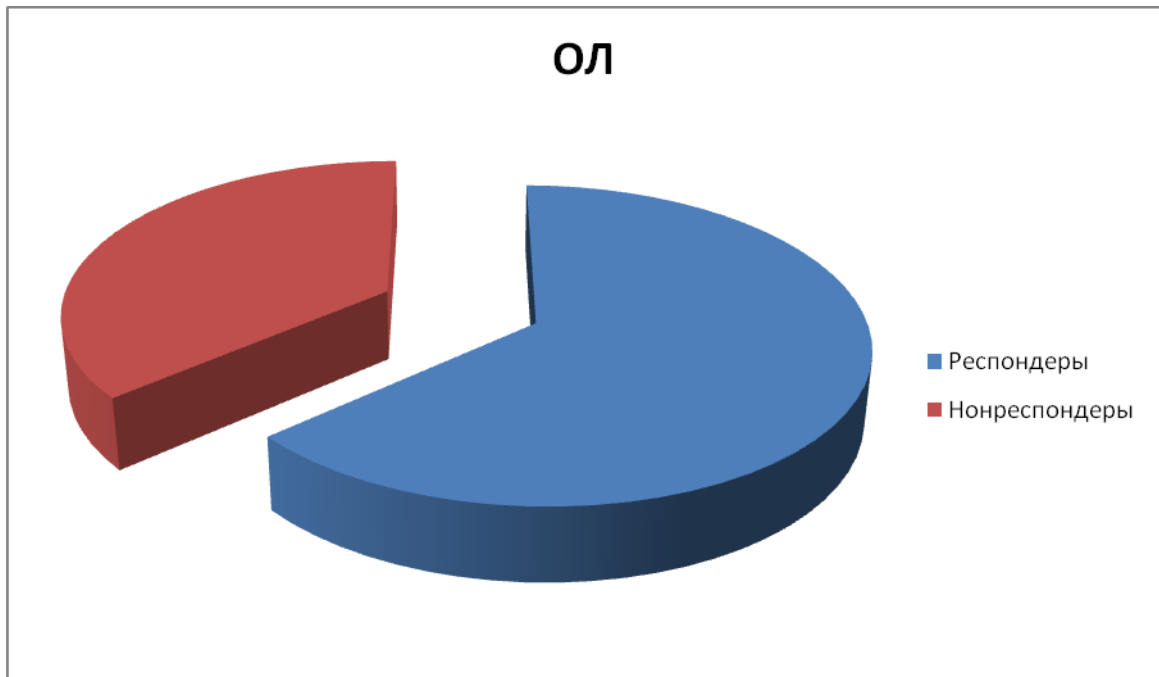


Рисунок 7 - Удельный вес респондеров и нонреспондеров в группе ОЛ спустя 3 месяца после проведения ортопедического лечения

Спустя 12 месяцев после проведения ортопедического лечения были получены следующие результаты: подгруппу респондеров составили 39 пациентов (90%), нонреспондеров – 5 пациентов (10%) (Рисунок 8).

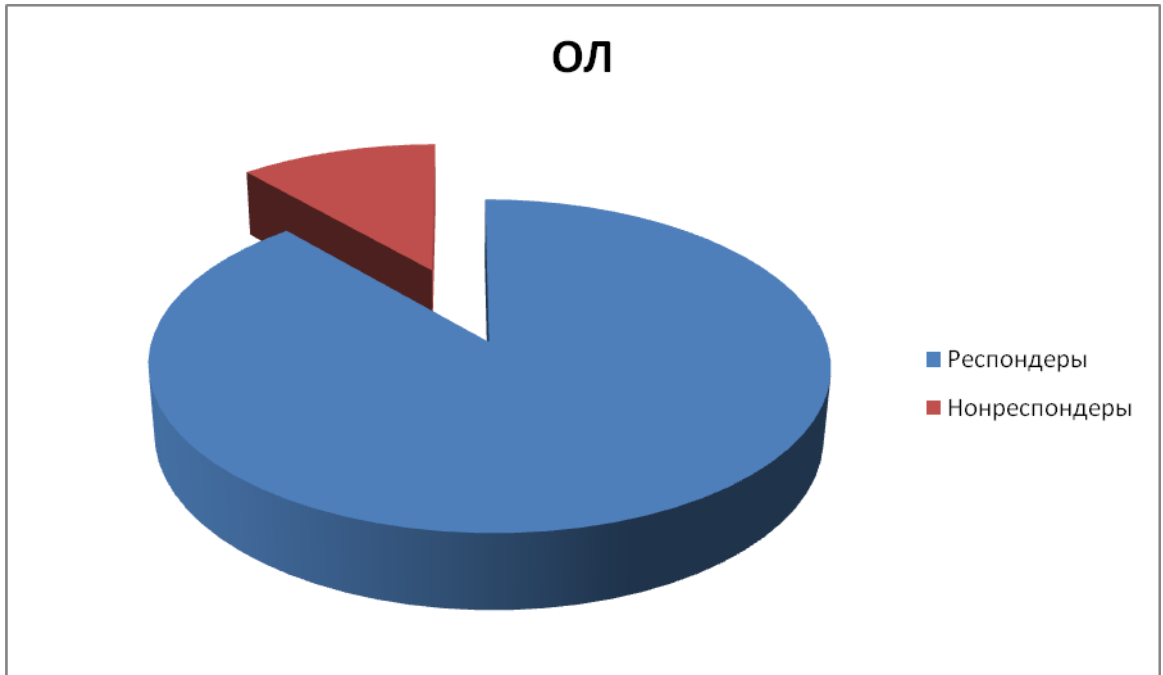


Рисунок 8 - Удельный вес респондеров и нонреспондеров в группе ОЛ спустя 12 месяцев после проведения ортопедического лечения

Затем сравнивались исходные показатели выраженности психоэмоциональных характеристик в подгруппах.

Согласно полученным данным, спустя 3 месяца после проведенного ортопедического лечения в подгруппе респондеров выявлен достоверно более низкий, чем в подгруппе нонреспондеров, уровень психопатологических синдромов Клинической шкалы: тревожного, депрессивного и ипохондрического (Рисунок 9).

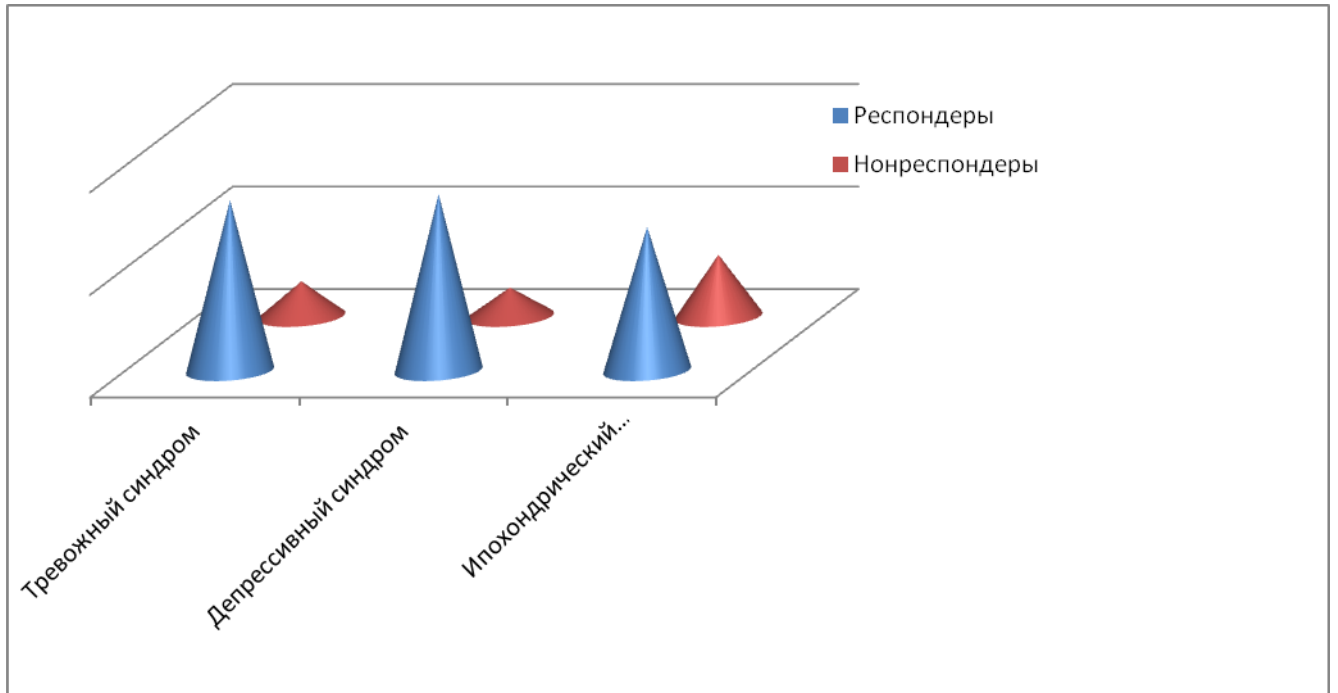


Рисунок 9 - Показатели Клинической шкалы в подгруппах респондеров и нонреспондеров спустя 3 месяца после проведенного ортопедического лечения

Клинико-психопатологическая оценка подтверждается результатами сравнительного анализа исходных показателей шкал тревоги Спилбергера и депрессии Бека. Так, исходные показатели в подгруппе респондеров оказались достоверно ($p < 0,05$) ниже в области реактивной тревоги Спилбергера и депрессии по шкале Бека в сравнении с аналогичными показателями в группе нонреспондеров (Рисунок 10).

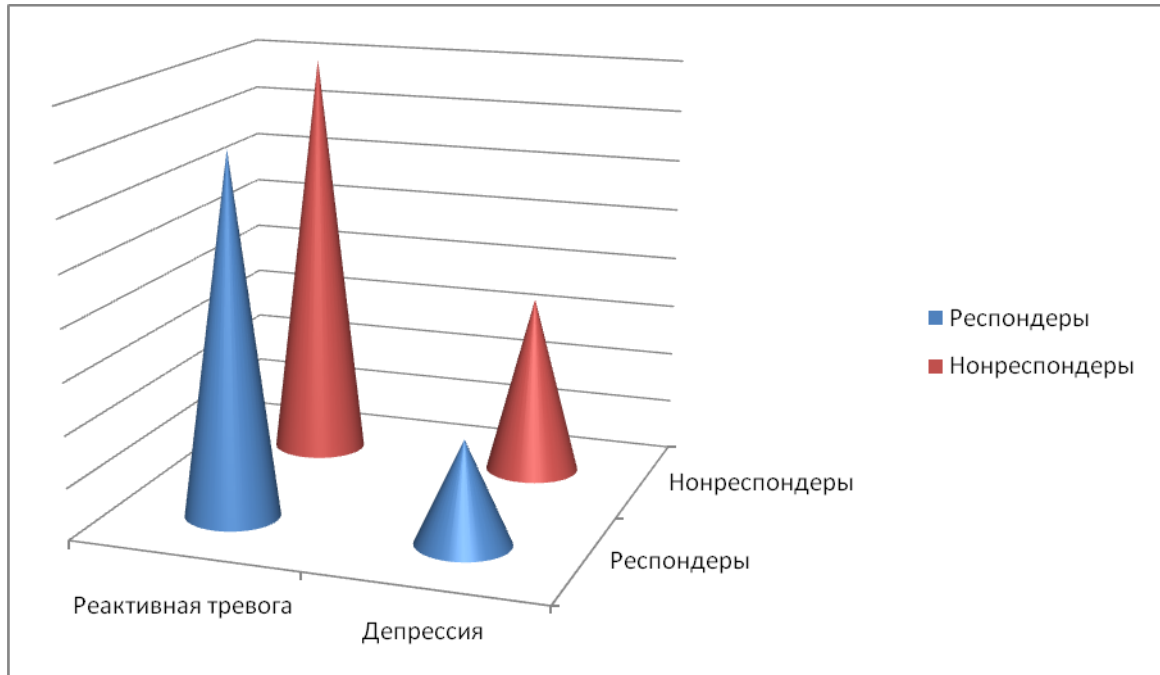


Рисунок 10 - Показатели Шкалы тревоги Спилбергера и Шкалы депрессии Бека в подгруппах респондеров и нонреспондеров у больных в подгруппе с ортопедическим лечением

Срок 3 месяца после проведения ортопедического лечения, на котором были проведены вышеперечисленные методы исследования, был взят не случайно. Проводить оценку сразу после проведения терапии нецелесообразно, потому что повышение нижней трети лица и следующее за ним начало перестройки мышечно-суставного аппарата еще не наступили бы.

Таким образом, согласно вышеперечисленным данным, присутствие более выраженных тревожно-депрессивных явлений в текущем психоэмоциональном состоянии больных отчётливо негативно влияет на результативность ортопедического лечения.

Полученные данные свидетельствуют о том, что эффективность ортопедического лечения при болевой дисфункции ВНЧС ниже у больных, отличающихся повышенной тревожностью, склонностью к фиксации внимания на

своих ощущениях, пессимистической оценкой состояния своего здоровья и ситуации в целом.

Таким образом, открывается поле для повышения эффективности результатов стоматологического лечения с помощью коррекции психоэмоционального статуса пациента.

3.2. Эффективность групповой когнитивно-поведенческой психотерапии у больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица

Оценка эффективности групповой когнитивно-поведенческой терапии при болевой дисфункции ВНЧС проводилась на основе сравнения удельного веса пациентов, продемонстрировавших существенное улучшение состояния на фоне лечения (респондеров) в группах ОЛ и ОЛ+ГрКПТ.

Критерием улучшения состояния было снижение выраженности интенсивности болевых ощущений. К респондерам отнесли пациентов, у которых в ходе терапии интенсивность боли снизилась на 30 % и более баллов ВАШ, и нонреспондеров, у кого показатели ВАШ снизились меньше или остались без изменений.

В соответствии с этим критерием было установлено, что сразу после проведения курса терапии (на начальном этапе повышения высоты нижнего отдела лица) удельный вес респондеров в группе ОЛ составил 10 %, в группе ОЛ+ГрКПТ удельный вес респондеров составил 11 % от общего числа больных в данной группе (Рисунок 11).

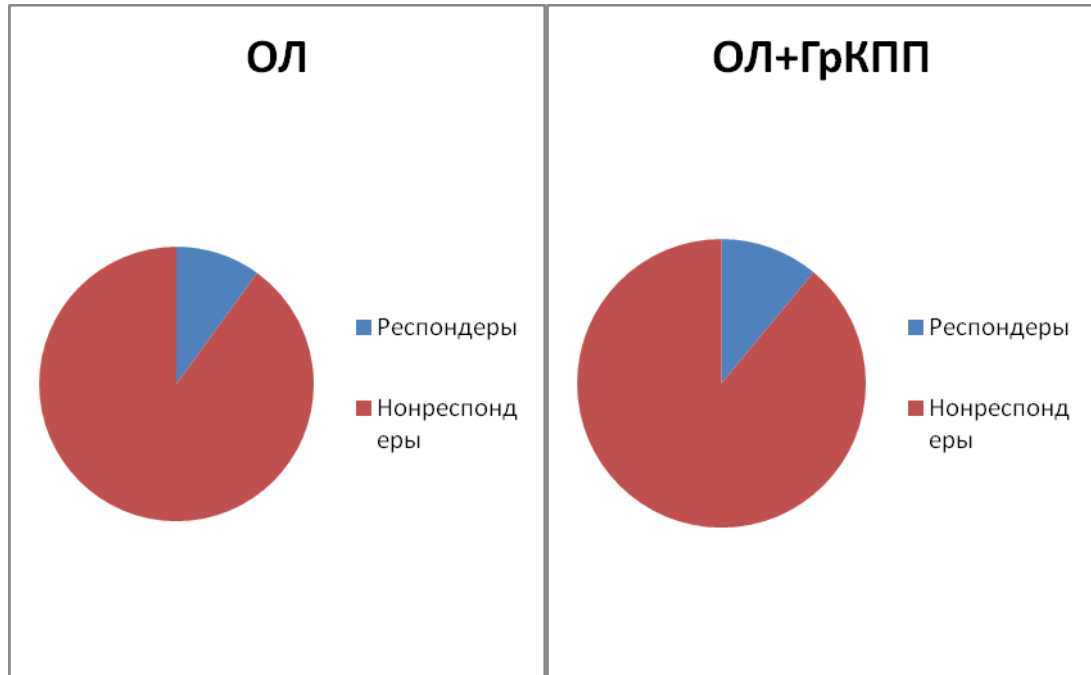


Рисунок 11 - Удельный вес респондеров и нонреспондеров в группах ОЛ и ОЛ+ГрКПП сразу после проведения терапии

Учитывая полученные данные (практически одинаковые), а также тот факт, что повышение нижней трети лица и следующая за ним перестройка мышечно-суставного аппарата ВНЧС сразу после окончания 1 этапа ортопедического лечения не наступает, можно считать, что полученные результаты недостаточно информативны.

Однако уже спустя 1 месяц после проведения лечения были получены следующие результаты. Удельный вес респондеров в группе ОЛ составил 54 %, в группе ОЛ+ГрКПП удельный вес респондеров составил 68 % от общего числа больных в данной группе (Рисунок 12).

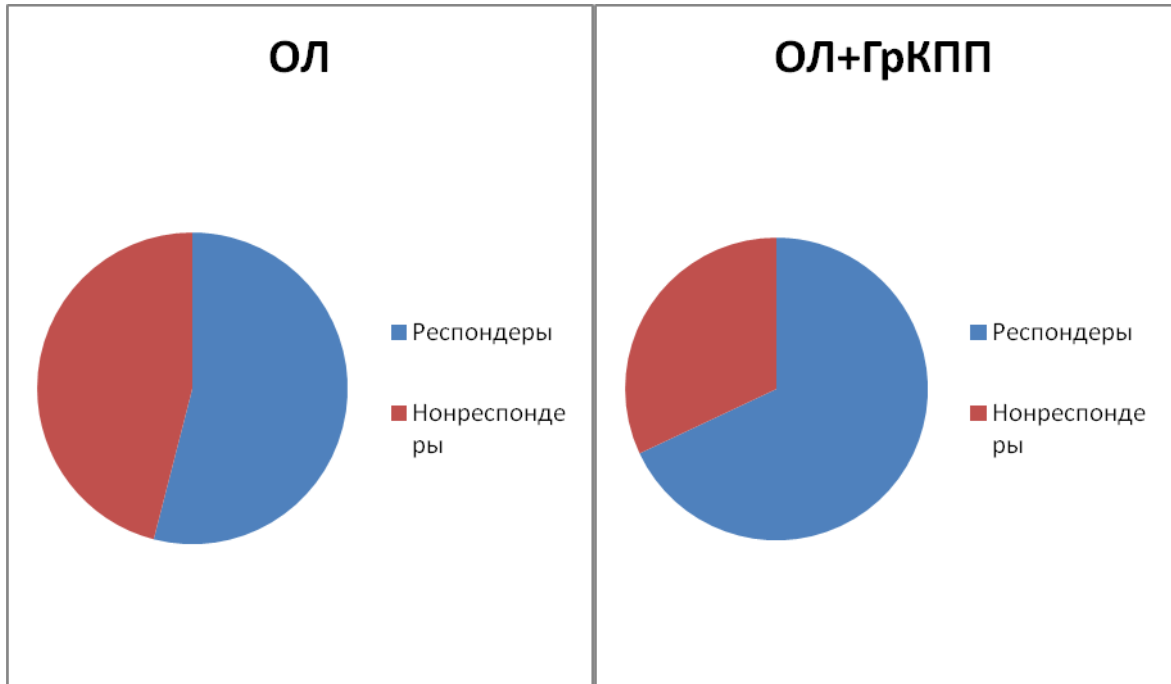


Рисунок 12 - Удельный вес респондеров и нонреспондеров в группах ОЛ и ОЛ+ГрКПП спустя 1 месяц после проведения лечения

Спустя 3 месяца после проведения лечения, были получены следующие результаты. Удельный вес респондеров в группе ОЛ составил 65 %, а в группе ОЛ+ГрКПП – 88 % от общего числа больных в данной группе (Рисунок 13).

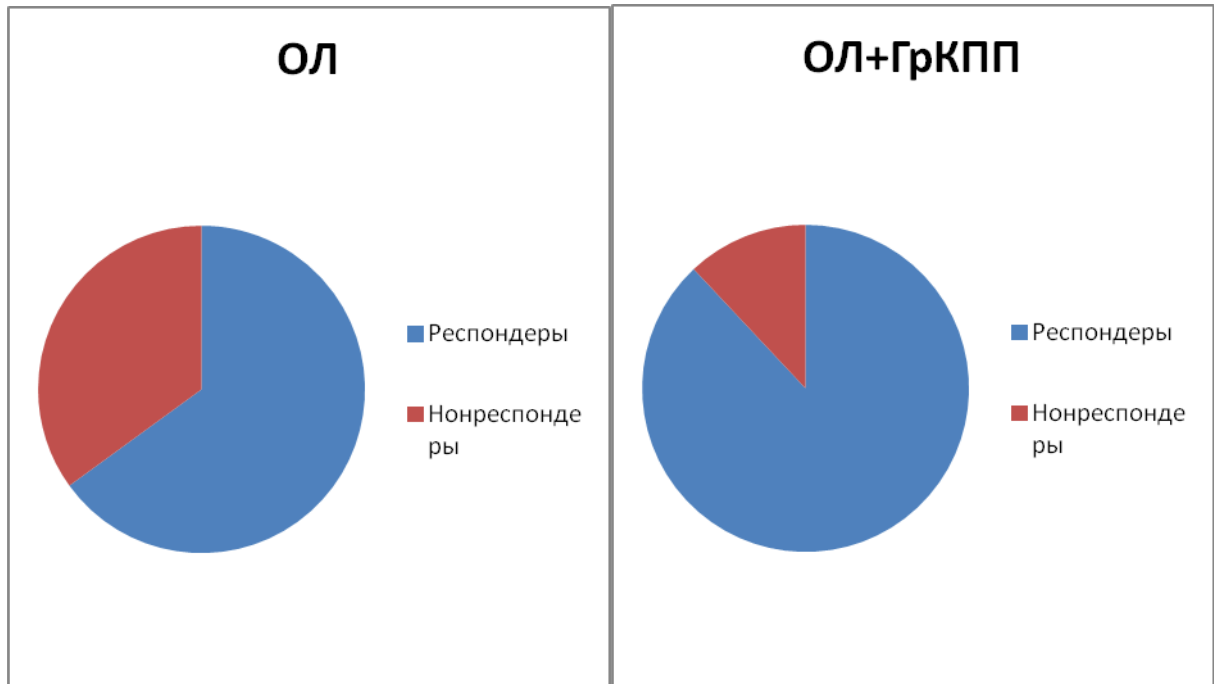


Рисунок 13 - Удельный вес респондеров и нонреспондеров в группах ОЛ и ОЛ+ГрКПП спустя 3 месяца после проведения лечения

Спустя 12 месяцев после проведения лечения: удельный вес респондеров в группе ОЛ составил 90%, в группе ОЛ+ГрКПП – 98 % от общего числа больных в данной группе (Рисунок 14).

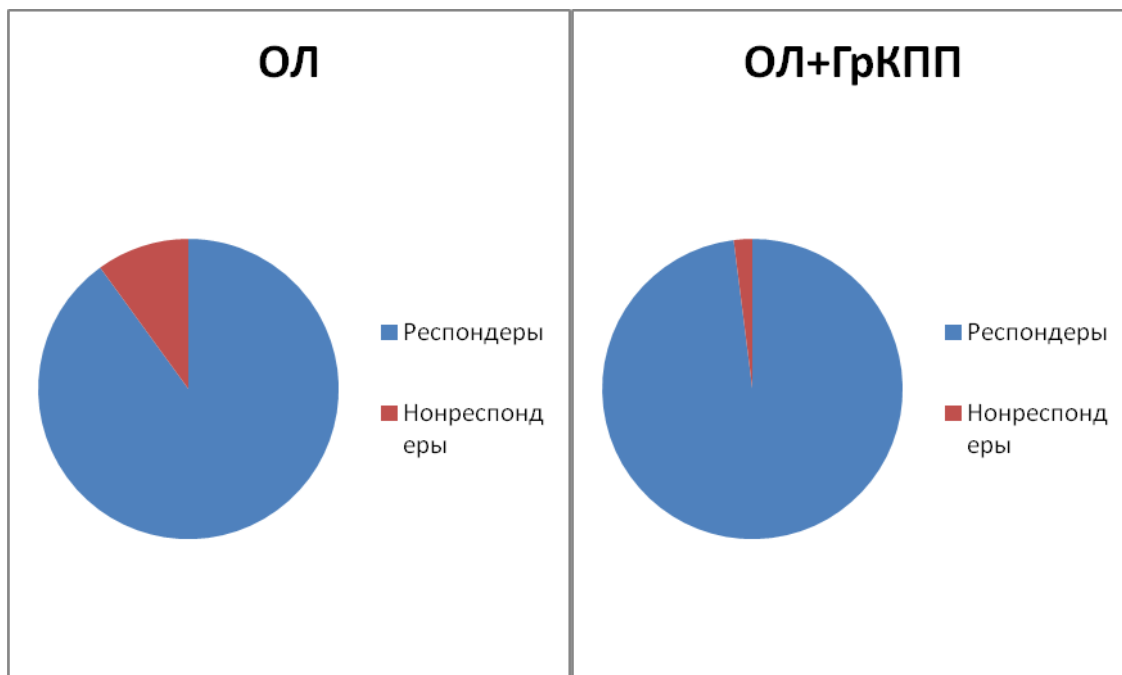


Рисунок 14 - Удельный вес респондеров и нонреспондеров в группах ОЛ и ОЛ+ГрКПТ спустя 12 месяцев после проведения лечения

Анализ полученных данных позволяет утверждать, что включение ГрКПТ в комплексное лечение больных с болевой дисфункцией ВНЧС, возникшей на фоне снижения нижней трети лица, существенно повышает эффективность лечения пациентов, а также, можно сказать, что и сокращает сроки адаптации к временным ортопедическим конструкциям, повышающим высоту прикуса.

Спустя 3 месяца после терапии у пациентов, участвовавших в групповой терапии, произошло значительное уменьшение интенсивности болевых ощущений по ВАШ, достоверно более выраженное, чем в группе ОЛ (Рисунок 15). Тем самым, проведение ГрКПТ приводит к уменьшению интенсивности болевых ощущений, достоверно более выраженному по сравнению с проведением только ОЛ.

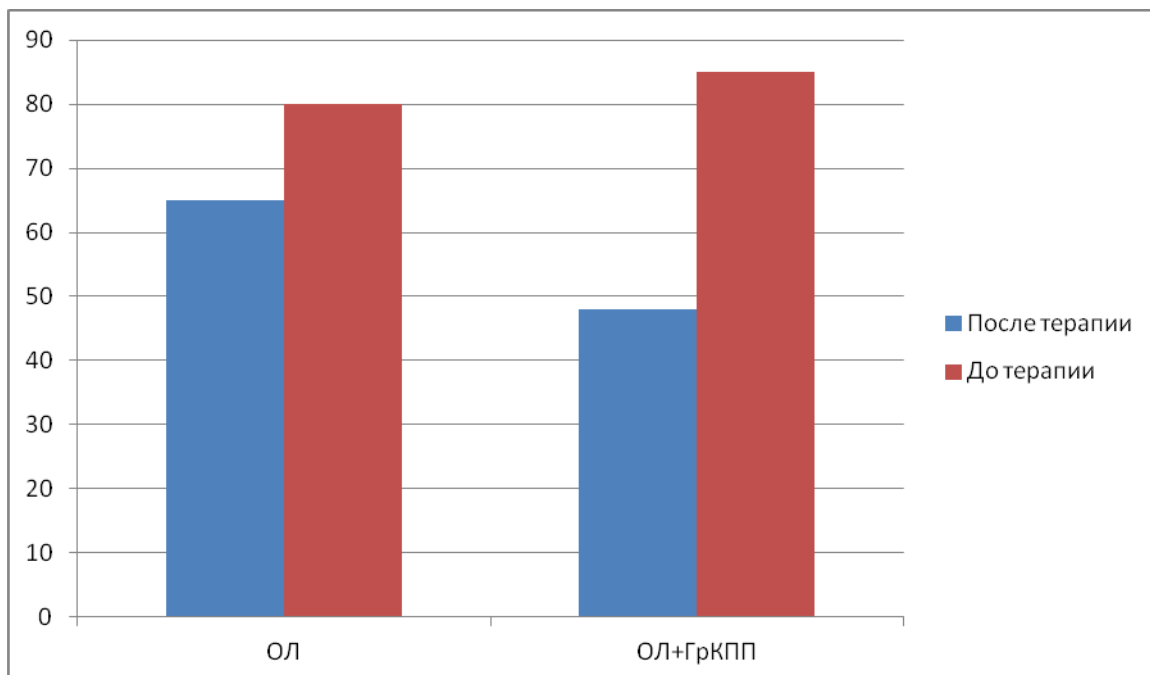


Рисунок 15 - Динамика показателей ВАШ у больных с болевой дисфункцией ВНС после окончания всего курса лечения в группах ОІ и ОІ+ГрКПТ

Усиления интенсивности болевых ощущений на фоне ГрКПТ не произошло ни у одного больного.

Дальнейшее исследование, проведенное с использованием непараметрического критерия Вилкоксона, позволило выявить различия между группами ОІ и ОІ+ГрКПТ. Применение ГрКПТ сопровождается снижением балла по шкале депрессии Бека и уменьшением показателей реактивной и личностной тревоги по Шкале тревоги Спилбергера, достоверно ($p < 0,05$) более выраженным, чем в группе ОІ (Таблица 13).

Таблица 8 - Динамика показателей тестов на фоне ОЛ+ГрКПТ
по сравнению с группой ОЛ

Тесты	Группы	
	ОЛ+ГрКПТ	ОЛ
Шкала депрессии Бека	- 4,9±0,12(*)	4,6±0,09
Личностная тревога	- 7,3±0,08	2,1±0,16
Реактивная тревога	- 6,6±0,21(**)	4,9±0,15

*p<0,05 **p<0,01

Анализ изменения показателей качества жизни после курса ГрКПТ обнаружил достоверно (p<0,01) большее снижение суммарного показателя NHR, нежели в группе ОЛ (с 55,8±4,9 до 44,2±3,9 балла и с 64,7±4,3 до 56,6±4,6 балла соответственно).

Уменьшение интенсивности болевого синдрома на фоне ГрКПТ коррелировало с улучшением качества жизни, а также уменьшением выраженности депрессивных расстройств. При этом выраженность ипохондрических и депрессивных расстройств в группе ОЛ+ГрКПТ уменьшалась достоверно в большей степени, чем при использовании только ОЛ.

Повторное исследование, через 12 месяцев (определялась разница между показателями к концу наблюдения и спустя 1 месяц после курса терапии) выявило

в группе ОЛ+ГрКПТ статистически значимые различия по показателям теста тревожности Спилбергера и Шкалы депрессии Бека. В группе ОЛ+ГрКПТ достоверных различий не обнаружено (Таблица 9), что указывает на стойкость достигнутого терапевтического эффекта в ходе групповой когнитивно-поведенческой терапии.

Таблица 9 - Динамика модальных показателей шкалы Спилбергера, шкалы Бека через 12 месяцев после окончания курса терапии (критерий Вилкоксона)

Показатели	ГрКПТ	ПФТ
Шкала депрессии Бека	- 2,89 (*)	-1,34
Личностная тревога	- 2,84(*)	- 1,15
Реактивная тревога	- 3,08(**)	- 1,24

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Следовательно, применение групповой когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении болевой дисфункции ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица, приводит к уменьшению интенсивности болевого синдрома на сроках лечения, более ранних, нежели при проведении только ортопедического лечения. Также ГрКПТ приводит к улучшению психологического статуса пациентов, тем самым, сокращая сроки адаптации пациентов к повышению высоты нижнего лица и сроки лечения болевой дисфункции ВНЧС. Также следует отметить сохранение результатов терапии спустя 12 месяцев после окончания курса ГрКПТ.

3.3. Предикторы эффективности групповой когнитивно-поведенческой терапии

Для прогнозирования результатов лечения и уточнения показаний к применению ГрКПТ у больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, был проведен анализ предикторов эффективности на основании сопоставления исходных значений психологических показателей у пациентов, продемонстрировавших существенное улучшение состояния после завершения терапии (респондеров), и пациентов, такого улучшения не показавших (нонреспондеров).

Согласно полученным данным, выделенные подгруппы до начала терапии не различались по выраженности болевого синдрома, но существенно различались по психологическим характеристикам.

У пациентов, у которых происходило незначительное уменьшение болевого синдрома в процессе лечения, до начала лечения были достоверно более высокими показатели по шкале депрессии Бека и показатели личностной тревожности по сравнению с пациентами с последующим значительным уменьшением интенсивности болевых ощущений (Таблица 10).

Таблица 10 - Фоновые (до начала лечения) показатели у респондеров и нонреспондеров в психотерапевтической группе

Показатели	Респондеры	Нонреспондеры
Шкала депрессии Бека	18,4±0,64 (**)	25,3±1,22
Личностная тревога	49,15±4,17 (**)	62,8±3,33

**p<0,01

Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод, что применение ГрКПТ в меньшей степени влияла на динамику болевых ощущений у больных с

болевого дисфункцией ВНС, имеющих совсем незначительные психоэмоциональные нарушения. И, наоборот, у пациентов, отличающихся повышенным уровнем тревожности и пессимистичностью, участие в групповой психотерапии способствовало значительному уменьшению выраженности болевого синдрома.

Усиления интенсивности болевых ощущений либо ухудшения состояния у больных с болевой дисфункцией ВНС, участвовавших в работе психотерапевтической группы, не выявлено, что свидетельствует об отсутствии противопоказаний к применению этого метода лечения.

Таким образом, преимущество ГрКПТ особенно заметно в случаях, когда структура психоэмоциональных нарушений у больных характеризуется значительно выраженными тревожными, ипохондрическими и депрессивными переживаниями.

ГЛАВА 4. РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВНЧС, ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Для разработки алгоритма лечебных мероприятий для пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, возникшей на фоне снижения высоты нижней трети лица предпринято комплексное исследование, направленное на изучение этиологических факторов, клинических проявлений и составляющих патологического процесса у таких пациентов.

4.1. Этиологические факторы болевой дисфункции височно- нижнечелюстного сустава

На сегодняшний день этиологию болевой дисфункции ВНЧС признают полифакторной. Наиболее современна и популярна биопсихосоциальная модель, предложенная Дворкиным и др. (1992). Данная концепция принимает во внимание, что пациентам приходится иметь дело с биологической проблемой, психологической проблемой и социальными факторами (Рисунок 16).



Рисунок 16 - Факторы, участвующие в возникновении и развитии болевой дисфункции ВНЧС

Сами больные, принимавшие участие в исследовании, говоря о причинах развития болевой дисфункции ВНЧС, называли проведенное протезирование, аномалию прикуса, внезапную потерю большого количества жевательных зубов, травму челюстно-лицевой области. Некоторые больные даже называли такие причины, как часто возникающие воспалительные заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта, трудное удаление жевательных зубов (Таблица 11). Другие пациенты делали акцент на то, что симптомы заболевания появились после проведения стоматологического лечения, причем как ортопедического, так и терапевтического. Часть больных, напротив, указывала, что симптомы заболевания стали проявляться в результате несвоевременного, по тем или иным причинам, обращения ими за стоматологической помощью. Следует отметить, что никто из пациентов самостоятельно не выделял психологический стресс как причину или инициирующий фактор, который способствовал возникновению болевой дисфункции ВНЧС. Присутствие хронического стресса выявлялось уже при сборе анамнеза жизни или анамнеза заболевания.

Таблица 11 - Причины, с которыми больные связывали возникновение синдрома болевой дисфункции ВНЧС

Причины	Количество больных (абс.)	%
Протезирование	37	42
Аномалии прикуса	5	5
Потеря жевательных зубов	30	34
Травма челюстно-лицевой области	2	3
Травматическое удаление жевательных зубов	6	7
Воспалительные заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта	5	5
Стоматологическое терапевтическое лечение	3	4
ИТОГО:	88	100

Как видно из приведенной таблицы, больные чаще всего связывали возникновение расстройства с потерей жевательных зубов и проведенным протезированием.

При стоматологическом обследовании больных были выявлены: патологическая стираемость твердых тканей зубов (72%), кариес (86%), осложненный кариес (60%), воспалительные заболевания пародонта (76,6%), пародонтоз (10%), заболевания слизистой оболочки полости рта (2%), ортопедические конструкции, не удовлетворяющие требованиям (64%), галитоз (56%), что свидетельствует об определенной роли местных факторов, а также о том, что пациенты не регулярно обращались за стоматологической помощью.

Как уже было сказано, при сборе анамнеза у подавляющего большинства больных был выявлен стрессовый фактор. Неудовлетворенность социально-бытовыми условиями, а также внешним видом зубных рядов, нижнего отдела лица приводит к тому, что больные становятся раздражительными, тревожными, неуверенными в себе, в успехе дальнейшего стоматологического лечения. Все это мешает врачу-стоматологу проводить диагностические и лечебные мероприятия. Надо учитывать и тот факт, что процесс лечения снижающегося прикуса не ограничивается несколькими визитами к врачу-стоматологу. Зачастую лечение длится месяцами. Пациенты с более лабильной психикой сложнее адаптируются к временным ортопедическим конструкциям, съемному протезированию.

С целью формирования представлений о роли психологических факторов в развитии болевой дисфункции ВНЧС была проанализирована структура психотравмирующих ситуаций, предшествующих или сопровождающих развитие болевой дисфункции ВНЧС (Таблица 12).

Таблица 12 - Сведения о наличии психотравмирующих ситуаций, которые предшествовали или сопровождали развитие болевой дисфункции ВНЧС

Психотравмирующие факторы	Количество больных	%
Психотравмирующая ситуация в семье	18	21
Изменение социального положения	7	8
Изменение жизненного стереотипа	3	3
Хроническая психологическая травма	10	11
Конфликтные отношения в семье	6	7
Конфликтная ситуация на работе	17	19
Нехватка денежных средств	18	21
Проблемы с детьми	9	10

Из представленных данных видно, что большая часть пациентов, включенных в исследование, чаще всего предъявляла жалобы на наличие какой-либо хронической психотравмирующей ситуации, с которой пациент вынужден был мириться, несмотря на внутренний протест. Чаще всего отмечались такие стрессогенные факторы, как материальные затруднения, угроза распада семьи, неудовлетворенность рабочим местом или невозможность найти достойную работу.

Нередко у одного пациента присутствовали одновременно два и более фактора, что свидетельствует о значительной роли психологических факторов в развитии болевой дисфункции ВНЧС.

Таким образом, в большинстве случаев при болевой дисфункции ВНЧС зафиксированы сочетания различных факторов, дополняющих друг друга, как стоматологических, так и психологических.

4.2. Анализ клинической картины и патологических процессов у больных с болевой дисфункцией ВНЧС, сопровождающейся снижением высоты нижней трети лица

На начальном этапе исследования были проанализированы жалобы пациентов. Больные жаловались на боль, хруст, щелканье в ВНЧС, которые появляются в начале открывания рта, во время боковых движений нижней челюсти, при полуоткрытом рте, в момент закрывания рта, в момент полного смыкания зубных рядов; на смещение челюстей или частичное блокирование при движениях в суставе, неудовлетворительный вид нижней трети лица или зубных рядов, утомляемость в ВНЧС после жевания (Таблица 13). Кроме того, встречались такие жалобы, как: шум в ушах, заложенность в ухе, головокружения. Чувство пересыпания песка в ухе при наклоне головы или чувство прилива крови.

Таблица 13 - Основные жалобы, предъявляемые пациентами с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица

Жалобы пациентов	%
Боль в области ВНЧС	75
Хруст в области ВНЧС	80
Щелканье в ВНЧС	65
Неудовлетворительный эстетический вид нижней трети лица, зубных рядов	72
Утомляемость в ВНЧС после жевания	46
Затруднения в пережевывании пищи	48
Блокирование движений в ВНЧС	35
Шум в ушах	56
Заложенность в ушах	12
Головокружение	9

Хруст также выявлялся при пальпации сустава через наружный слуховой проход и при выслушивании области суставов стетоскопом. Щелканье определялось при пальпации через кожу впереди козелка уха.

Шумовые симптомы, появляющиеся в момент открывания рта, возникают в результате подвижности мениска сустава, его изгибания и быстрого выравнивания при движении; в начале закрывания рта – из-за потери прочной связи мениска с мыщелком, отсутствия сочетанности их движений. Мениск движется с опозданием от мыщелка. Затем нагоняет его при резком сокращении латеральной крыловидной мышцы, перемещаясь в первоначальное положение на поверхности мыщелка. Появление хруста и щелканья в момент полного смыкания зубных рядов связано с тем, что мыщелки перемещаются через утолщенный задний валик мениска.

Проведение детализации жалоб на боль выявило, что они отличаются по характеру и интенсивности (Таблица 14).

Таблица 14 - Характер и интенсивность болевых ощущений у пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения нижней трети лица

Характер болевых ощущений	%
Острая боль	5
Кратковременная	24
Локальная	75
Постоянная, тупая	32
Разлитая	7
С иррадиацией	14
Ноющая	62

Чаще всего иррадиация боли распространяется в ухо, висок, позади- ушную область, область шеи.

Постоянные, ноющие, тупые боли наблюдаются при снижающемся прикусе, острые, кратковременные – при нерациональном протезировании, при скользящем прикусе; острые, разлитые и иррадиирующие – при несинхронных движениях мышечков, резких латеральных и дистальных сдвигах нижней челюсти при снижающемся прикусе.

Механизм этих жалоб очевиден: при сдавлении заднего отдела ВНЧС, богатого кровеносными и лимфатическими сосудами, возникают застойные явления, которые приводят к повышению интратимпанического давления от сдавливания евстахиевой трубы и от нарушения лимфооттока из среднего уха.

Следующим симптомом, определяемым клинически, стало смещение мышечков суставов, а следовательно, и смещение нижней челюсти. Вертикальное смещение встречается при генерализованной горизонтальной повышенной стираемости зубов, глубоком травматическом прикусе; вертикальное с одновременным дистальным сдвигом нижней челюсти – при глубоком травматическом прикусе, отсутствии дистальной опоры; привычное латеральное положение нижней челюсти – при неравномерной повышенной стираемости зубных рядов, нерациональном протезировании, скользящем прикусе, односторонней деформации мышечка.

Анализ рентгенологических исследований состояния ВНЧС выявил, что у больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижнего отдела лица, контуры суставных поверхностей на рентгенограммах ровные и гладкие, а мышечки имеют округлую форму. У некоторых больных мышечок имел коническую форму, отмечалось несоответствие между его размером и объемом суставной ямки. У других пациентов произошло стирание отдельных участков мышечка (передний, верхний, задний) (одностороннее или двустороннее). У некоторых пациентов мышечки располагались либо дистально, либо их положение в суставных ямках было асимметричным. На томограммах при максимально открытом рте у большинства пациентов мышечок располагался на вершине суставного бугра.

Таким образом, при проведении настоящего исследования не было выявлено органических расстройств в ВНЧС, более того, сопоставляя данные рентгенодиагностики с клиническими проявлениями, можно сделать вывод, что возникновение клинических симптомов в большей степени связано не с морфологическими изменениями в суставах.

4.3. Характеристика психоэмоционального состояния пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС

Комплексное исследование психологического статуса больных с болевой дисфункцией ВНЧС выявило, что пациенты с болевой дисфункцией ВНЧС обнаруживали те или иные изменения. Были диагностированы: тревожный - 22 %, депрессивный - 68 %, **ипохондрический - 10 %** синдромы различной степени выраженности (Рисунок 17).

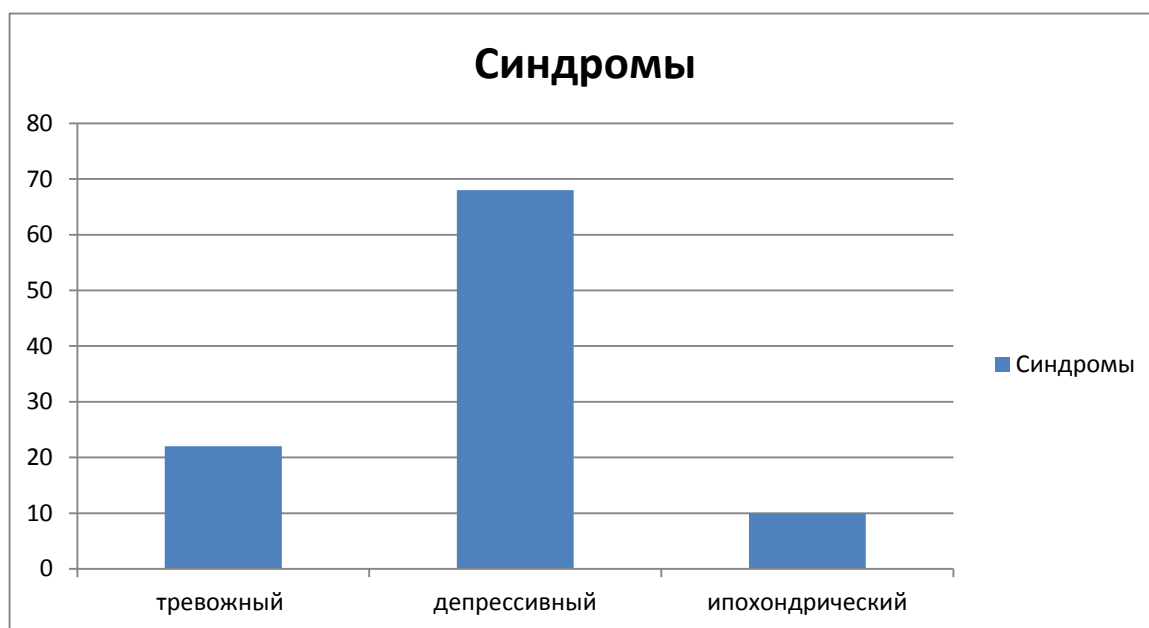


Рисунок 17 - Модальные значения Клинической шкалы у больных с болевой дисфункцией ВНЧС

При синдроме тревоги отмечены внутренняя напряженность, раздражительность и беспокойство. Больные, задавая врачу вопросы о состоянии своего здоровья, явно хотели получить успокаивающий ответ. У них также

наблюдалось нарушение сна: беспокойный поверхностный сон, невозможность длительное время заснуть.

Депрессивный синдром характеризовался угнетенным и меланхолическим настроением. Мимика выражала печаль. На вопросы врача больные отвечали односложно, иногда не могли удержать слез при разговоре на волнующие темы. Ипохондрический синдром проявлялся неоправданным беспокойством за свое здоровье, переоценкой тяжести своего состояния. Обсессивно-фобический синдром характеризовался появлением навязчивых мыслей, представлений, воспоминаний, страха, стремлением к навязчивым действиям.

Интенсивность болевых ощущений у больных с болевой дисфункцией ВНЧС оказалась взаимосвязана с такими психологическими особенностями, как тревожность, повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям, пессимистичность, повышенное внимание к своим ощущениям. По всей видимости, подобное сочетание психологических особенностей приводит к повышению чувствительности по отношению к имеющемуся дискомфорту в полости рта и влияют на интенсивность болевого синдрома. Следует предположить, что это также отрицательно сказывается на дальнейшем ортопедическом лечении.

Выявлено, что у пациентов с «депрессивным», «ипохондрическим» типами СМОЛ интенсивность боли достоверно ($p < 0,01$) выше, чем у пациентов с «тревожным» профилем.

Все больные с болевой дисфункцией ВНЧС обнаруживали те или иные признаки психологической дезадаптации. Анализ распределения всех больных, включенных в исследование, в зависимости от высоты профиля СМОЛ позволил выделить три подгруппы: а) с легкой психологической дезадаптацией (показатели по всем клиническим шкалам находятся в диапазоне 50-60 Т-баллов) – 63 % больных, б) с умеренно выраженной (показатели по одной или более клиническим шкалам в диапазоне 61-65 Т-баллов) - 25 % больных, в) с выраженной психологической дезадаптацией (показатели по одной или более клиническим шкалам выше 65 Т-баллов) - 12 % больных (Рисунок 18).

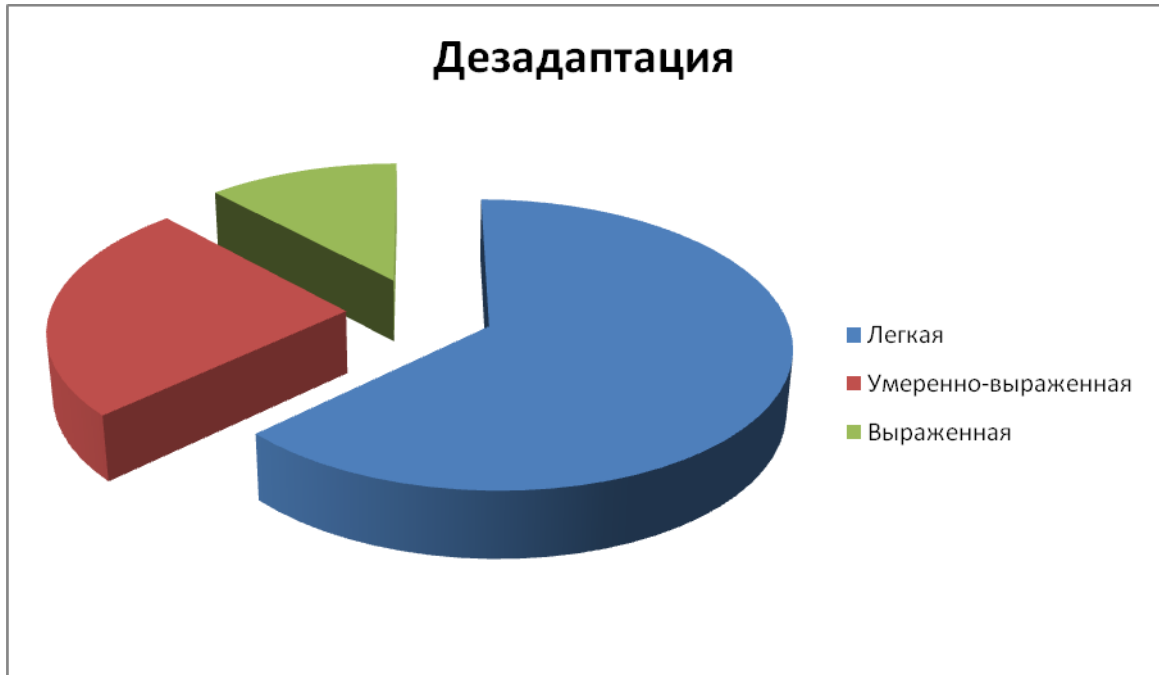


Рисунок 18 - Распределение больных (%) в зависимости от степени психологической дезадаптации

Дальнейший анализ позволил выделить следующие наиболее часто встречаемые типы профилей СМОЛ: 1) «тревожный» (повышение профиля по 7-й шкале выше 55 Т-баллов) - 19,8% больных; 2) «дисгармоничный» (повышение профиля выше 55 Т-баллов по 4-й шкале в сочетании с повышением показателей по 7-й и/или 2-й шкалам) - 18,6%; 3) «гипертимный» (повышение профиля выше 55 Т-баллов по 9-й шкале) - 15,5%; 4) «утопленный» (показатели по всем клиническим шкалам не превышали 45 Т-баллов) - 14,7% и 5) «депрессивный» (повышение профиля по 2-й и/или 7-й шкалам выше 55 Т-баллов в сочетании со снижением по 9-й шкале ниже 45 Т-баллов) - 5,4% больных. Оставшиеся 26% профилей имели различную конфигурацию, не составлявшую единую группу.

Исследование качества жизни больных с болевой дисфункцией ВНС установило умеренное снижение его суммарного показателя, который, по данным методики КЖ, составил - $2,9 \pm 0,35$ балла. Это снижение было обусловлено в основном (Таблица 15) негативным восприятием больными необходимости лечиться и измененным отношением близких.

Таблица 15 - Показатели КЖ ($M \pm m$, в баллах) больных, включенных в исследование

Шкалы Методики КЖ	Все больные (n = 88)
<u>Снижение КЖ в связи с:</u>	
* необходимостью лечиться	-1,12 \pm 0,05
* различными ограничениями	-1,06 \pm 0,03
* изменением отношения	
- близких	-1,75 \pm 0,12
- друзей	-0,4 \pm 0,07
* ограничением	
- активности на работе	-1,06 \pm 0,17
- физической активности	-1,04 \pm 0,16
- повседневной активности	-1,22 \pm 0,04
- в проведении досуга	-0,19 \pm 0,06
- общения с окружающими	-1,06 \pm 0,14
- в питании	-0,31 \pm 0,24
- курении	-0,22 \pm 0,31
- в интимной жизни	-1,09 \pm 0,06
* понижением	
- социального статуса	-1,14 \pm 0,14
- дохода	-1,16 \pm 0,14
Суммарный показатель КЖ	-3,82 \pm 0,32

При исследовании болевого синдрома у пациентов с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава показатели ВАШ боли находились в диапазоне от 12 до 68 баллов, при этом у большинства больных показатели по шкале располагались между 30 - 40 баллами.

4.3. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий для пациентов с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица

Таким образом, установлены взаимосвязи между интенсивностью болевых ощущений и особенностями психического статуса больных с болевой дисфункцией ВНЧС. Выявлено, что интенсивность болевых ощущений у пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, зависит от выраженности психических изменений: наибольшей интенсивностью болевого синдрома отличались пациенты с выраженной психологической дезадаптацией.

Установлена взаимосвязь выраженности боли с психологическими особенностями больных. Болевое восприятие оказалось взаимосвязанным с повышенным уровнем тревожности, напряженности, чувствительности к психологическим стрессовым воздействиям.

Выявлены факторы, влияющие на снижение качества жизни больных с болевой дисфункцией ВНЧС: оказалось, что оно обусловлено в основном негативным восприятием больными необходимости лечиться, носить съемные ортопедические конструкции в полости рта. На качество жизни влияли также интенсивность болевых ощущений и определенные психологические особенности больных: неудовлетворенность, напряженность, тревожность, ригидность, ощущение несправедливости и враждебности со стороны окружающих, низкая психологическая стрессоустойчивость, застреваемость на отрицательных эмоциях.

Таким образом, интенсивность болевого синдрома у больных с болевой дисфункцией ВНЧС взаимосвязана с выраженностью изменений психоэмоционального состояния, прежде всего тревожности и неудовлетворенности в сочетании с импульсивностью и агрессивными тенденциями, а также снижением качества жизни. Следует предположить возникновение аналогичных проблем и на этапах лечения.

Таким образом, к развитию болевой дисфункции ВНЧС приводит широкий круг нарушений, среди которых можно выделить нарушения со стороны зубочелюстной системы, мышечного аппарата и психологических характеристик.

Для повышения эффективности лечения больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, для сокращения сроков адаптации пациентов к лечебным конструкциям в полости рта, **предлагается следующий алгоритм** (Рисунок 19).

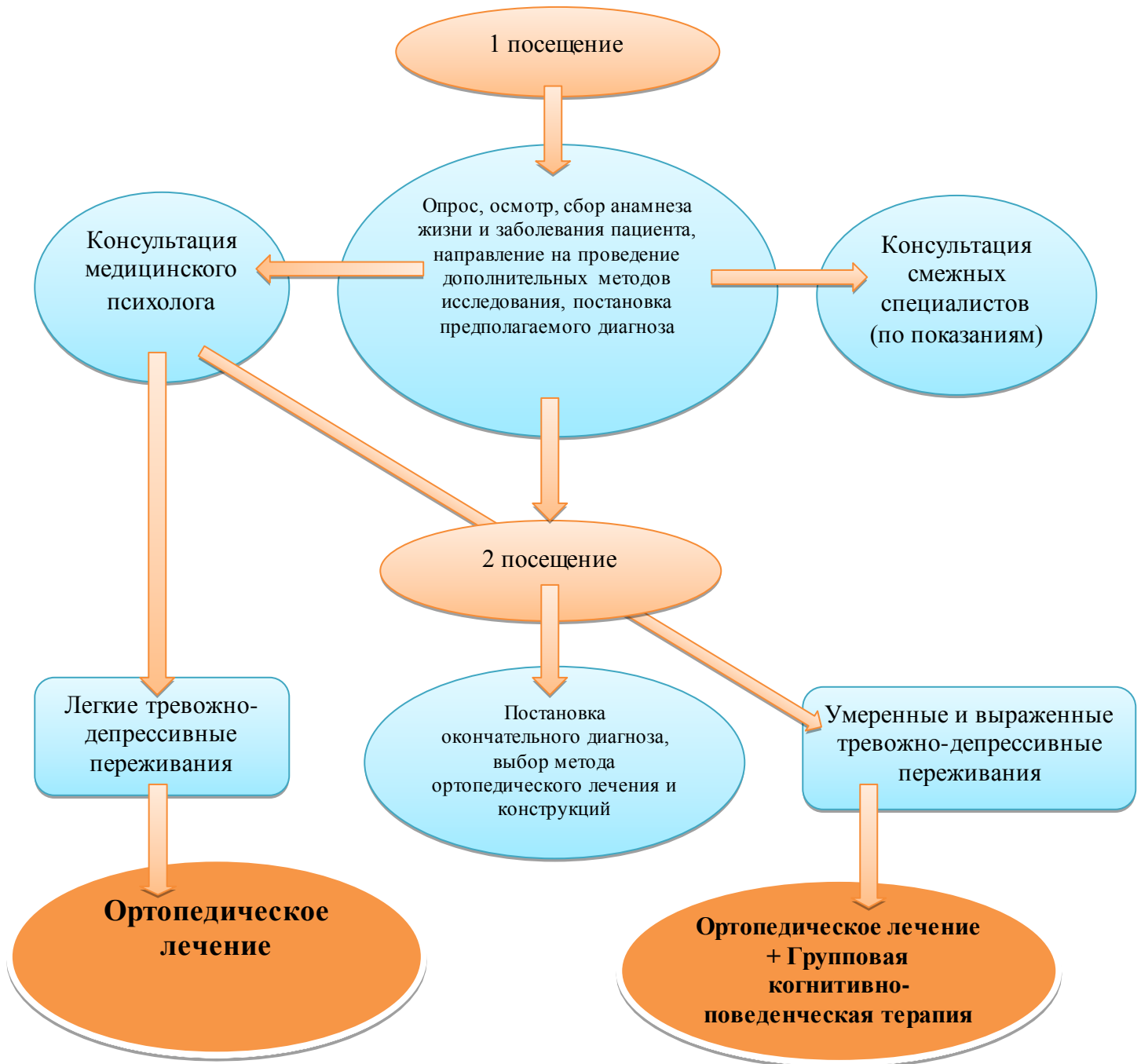


Рисунок 19 - Алгоритм проведения диагностических и лечебных мероприятий пациентам с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До настоящего времени ведутся поиски оптимальных методов лечения болевой дисфункции ВНЧС. Этот синдром является основной причиной боли в ВНЧС. Называется множество причин этого расстройства, уже давно выявлено, что это полиэтиологичное заболевание. Болевая дисфункция ВНЧС трудно поддается лечению. Различные клинические картины и разные реакции на лечение у пациентов с этим диагнозом ещё больше запутывают существующую неопределённость в отношении терапии данной патологии.

Одной из последних и активно обсуждаемых является динамическая этиологическая модель, предложенная Parker M.W. (1990), в которой причина болевой дисфункции ВНЧС видится в дисбалансе между деструктивными и адаптивными факторами в жевательном аппарате. Dworkin S.F. и др. (1992) предложили биопсихосоциальную модель. В настоящее время это самая распространённая этиологическая модель болевой дисфункции ВНЧС. Как следует из названия, пациенту, страдающему этой патологией, приходится иметь дело с биологической проблемой (активные проводящие пути болевой чувствительности); психологическими проблемами (эмоциональные и поведенческие факторы – как причина и следствие) и социальными проблемами (межличностные отношения).

Чаще других к врачу-стоматологу обращаются пациенты с окклюзионно-артикуляционным синдромом. Причины, приводящие к его возникновению, разнообразны, но все так или иначе связаны с нарушениями окклюзионных взаимоотношений зубных рядов: снижающийся прикус, глубокий травматический прикус, ошибки в протезировании пациентов, внезапная потеря жевательных зубов, преждевременный контакт на каком-либо сегменте зубного ряда. В анамнезе пациентов можно встретить и травму зубочелюстной системы, сложное удаление жевательных зубов. Все эти причины приводят к хроническим заболеваниям ВНЧС. Следует отметить, что возникновение данной патологии полиэтиологично, так как все структуры зубочелюстной системы тесно связаны

между собой анатомически и функционально, и возникновение одной причины тут же приводит к появлению нарушений во всех звеньях. Зачастую трудно бывает определить первопричину возникновения порочного круга, приводящего к болевой дисфункции ВНЧС. Во всех случаях в клинической картине важно отметить наличие хронического стресса у пациентов, который может возникнуть как от нарушения эстетики лица, так и от постоянно сопровождающих данную патологию хронических болей. Кроме нарушения окклюзии, нередко отмечается и нарушение соотношения элементов ВНЧС.

Следует отметить, что происхождение и течение болевой дисфункции ВНЧС во многом зависят от личностной структуры больного человека, особенностей его эмоционального реагирования.

Клиническая картина болевой дисфункции ВНЧС включает как болевые, так и психологические нарушения различной степени выраженности, что необходимо учитывать при проведении терапии. В большинстве случаев при болевой дисфункции ВНЧС зафиксированы сочетания различных факторов, дополняющих друг друга.

Таким образом, в возникновении и развитии болевой дисфункции ВНЧС велика роль психологических факторов, что делает целесообразным рассмотрение данной патологии с психосоматических позиций. Можно рассчитывать, что использование психосоматического подхода при разработке терапевтической стратегии у больных с данной патологией будет способствовать повышению эффективности лечения.

На сегодняшний день в лечении больных с болевой дисфункцией ВНЧС наиболее широко используются ортопедическое лечение, психорелаксационные методики, обезболивающие и психотропные средства (Соколов А.М. и др., 1999; Пантелеев В.Д., 2002; Трезубов В.Н., 2003). Исследования применения в этих случаях групповой когнитивно-поведенческой терапии носят фрагментарный характер.

Известно, что у больных с болевой дисфункцией ВНЧС отмечаются повышенные уровни стресса и негативное влияние на качество жизни, причём такие явления были прямо пропорциональны продолжительности симптомов. В связи с этим нами была поставлена цель – разработать алгоритм диагностических и лечебных мероприятий для повышения эффективности терапии больных, страдающих болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, развивающейся на фоне снижения высоты нижнего отдела лица, провести анализ эффективности и обосновать включение групповой когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексное лечение. В ходе исследования решен ряд задач:

1. Оценено клиническое состояние больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица и проанализировать составляющие патологического процесса ВНЧС.

2. Уточнена эффективность включения ГрКПТ в комплексное лечение больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица по клиническим и клинико-психологическим методам исследования.

3. Выявлены предикторы эффективности ГрКПТ у больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица.

4. Определено влияние комплексной терапии, включающей стоматологическое лечение и психотерапию, на адаптацию к повышению прикуса у пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица.

5. Разработан алгоритм комплексного лечения больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица.

Решение поставленных задач осуществлялось на материале 88 пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижнего отдела лица при помощи клинических и клинико-психологических методов исследования, позволяющих оценить состояние зубных рядов, полости рта,

ВНЧС, а также интенсивность болевого восприятия, психологический статус, личностные особенности пациента и качество жизни больных.

Критерием улучшения состояния было снижение выраженности интенсивности болевого симптома ВНЧС. К респондерам были отнесены пациенты, у которых после курса психотерапии интенсивность боли снизилась на 30% и более баллов ВАШ, к нонреспондерам - у кого показатели ВАШ снизились меньше или остались без изменений.

Статистический анализ и обработка данных проведена на ПК «IBM PC» с использованием пакета статистических программ SPSS 10.0.

На основании сравнительной оценки эффективности стандартного стоматологического лечения и комплексного (стоматологическое + психотерапевтическое) и определения предикторов их эффективности сформирована тактика комплексной терапии больных с болевой дисфункцией ВНЧС.

Оценка результатов лечения осуществлялась в двух аспектах: оценка общей эффективности ГрКПТ по сравнению со стандартной терапией и выявление структуры изменений в состоянии больных после психотерапии в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения. Полученные данные свидетельствуют о преимуществе комплексной терапии, продемонстрировавшей максимальную эффективность.

Настоящее исследование подтвердило целесообразность включения психотерапии в структуру комплексного лечения больных с болевой дисфункцией ВНЧС. Так, пациентам с умеренными и выраженными тревожно-депрессивными переживаниями целесообразно проводить комплексное лечение, включающее проведение ГрКПТ.

На основании сравнения количества респондеров в терапевтических группах доказано повышение эффективности лечения больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица за счет присоединения ГрКПТ. Кроме того, изучение эффективности

применения ГрКПТ показало, что, помимо уменьшения выраженности болевого синдрома, происходит улучшение психоэмоционального состояния пациентов. Участие больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, в ГрКПТ привело к большему уменьшению интенсивности болевых ощущений, снижению выраженности негативных переживаний по сравнению с результатами применения только стоматологического лечения. Следует также отметить, что пациенты, получавшие комплексное лечение, быстрее адаптировались к продолжительному лечению с применением временных и съемных конструкций в полости рта, повышению прикуса, а следовательно, и перестройке мышечно-суставного комплекса ЧЛЮ.

Проведенное комплексное клиническое и психологическое обследование подтвердило значимость психосоматического компонента в патогенезе болевой дисфункции ВНЧС.

Групповая когнитивно-поведенческая терапия продемонстрировала свое преимущество как в отношении снижения интенсивности болевого симптома, так и улучшения психоэмоционального состояния даже при оценке отдаленных результатов лечения.

Результаты данной работы убедительно демонстрируют эффективность комплексного лечения болевой дисфункции ВНЧС и в отношении адаптации к изменению высоты прикуса.

Анализ корреляций обнаружил, что на эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии в отношении отдельных синдромов влияют различные исходные показатели. Так, снижение интенсивности боли сопряжено с редукцией астенодепрессивной симптоматики и зависит, в частности, от исходной выраженности депрессии, а также астенических и ипохондрических явлений. Уменьшение звуковых явлений в суставе сопряжено с редукцией тревоги и зависит от исходной выраженности тревожной, ипохондрической и истерической симптоматики. Напротив, понимание необходимости собственных усилий в терапевтическом процессе дает положительный результат.

При изучении предикторов эффективности групповой когнитивно-поведенческой терапии у больных с болевой дисфункцией ВНЧС установлено, что эффективность психотерапии взаимосвязана с особенностями психологических характеристик больных. Согласно полученным данным, у пациентов, отличавшихся умеренным повышением уровня тревоги до начала лечения, можно прогнозировать большую степень уменьшения интенсивности болевых ощущений на фоне психотерапии,

С учетом данных, полученных при анализе предикторов эффективности применения ГрКПТ, разработаны показания и алгоритм лечебных мероприятий комплексного лечения болевой дисфункции ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица.

Противопоказаний для применения когнитивно-поведенческой терапии выделить не удалось, так как число побочных эффектов у больных к концу курса психотерапии не было выявлено. Относительным противопоказанием для проведения ГрКПТ может быть наличие у пациентов выраженных психических расстройств в виде ипохондрической и истерической симптоматики. В этих случаях следует применять психофармакотерапию, однако после снижения выраженности психических расстройств психотерапия может стать удачным продолжением лечения.

Следовательно, необходим комплексный подход к лечению пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, привлекать смежных специалистов, чтобы иметь возможность воздействовать на различные звенья патогенеза этой патологии.

Таким образом, проведенное исследование показало, что включение психосоматического подхода в разработку терапевтической стратегии у больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, способствует повышению эффективности лечения, а также сокращению его сроков.

ВЫВОДЫ

- К развитию болевой дисфункции ВНЧС приводит широкий круг нарушений, среди которых можно выделить нарушения со стороны зубочелюстной системы, мышечного аппарата и психологических характеристик; наибольшей интенсивностью болевого синдрома отличались пациенты с выраженной психологической дезадаптацией.

- Применение групповой когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении болевой дисфункции ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица, приводит к уменьшению интенсивности болевого синдрома на более ранних сроках лечения по сравнению с ортопедическим лечением ($p < 0,01$); к улучшению психологического статуса пациентов ($p < 0,01$); к сокращению сроков адаптации к повышению высоты нижней трети лица и сохранению результатов терапии после окончания курса.

- Анализ предикторов эффективности ГрКПТ повышает результаты комплексной терапии ($p < 0,01$) в тех случаях, когда структура психоэмоциональных нарушений у больных характеризуется значительно выраженными тревожными (22%), ипохондрическими (10%) и депрессивными переживаниями (68%).

- Включение психосоматического подхода в разработку терапевтической стратегии у больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, способствует повышению эффективности лечения, а также сокращению его сроков, что влияет на комплаентность пациента и способствует качеству оказания медицинской помощи.

- Алгоритм комплексного лечения больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица, у пациентов с умеренными и выраженными тревожно-депрессивными переживаниями

необходимо проводить по принципу «междисциплинарного подхода» с участием медицинского психолога.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Развитию болевой дисфункции ВНЧС, сопровождающейся снижением высоты нижней трети лица, сопутствует нарушение психологического состояния пациентов, с учетом этого постулата на этапе планирования стоматологического лечения целесообразно получить консультацию медицинского психолога.
- Учитывая длительность лечения, связанного с нормализацией высоты нижней трети лица, необходимость адаптации к новому положению зубных рядов, в комплексное лечение пациентов включать групповую когнитивно-поведенческую терапию.
- Проведение групповой когнитивно-поведенческой терапии наиболее оправдано при лечении пациентов с умеренными и выраженными тревожно-депрессивными переживаниями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аверкина Н.А., Фикатова Е.Г. Психологические факторы при хронической боли // Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. - № 12. - С. 21-27.
2. Агапов В.С., Бизяев А.Ф., Ланюк С.В. Заболевание височно-нижнечелюстного сустава, пародонта и нервов челюстно-лицевой области. Реабилитация больных после челюстно-лицевых операций: Методическое пособие. - М.: Медицина, 1999. 71 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 720 с.
4. Арутюнов С.Д. Анализ качества жизни у больных с функциональной патологией височно-нижнечелюстного сустава при ревматоидном артрите и с синдромом болевой дисфункции ВНЧС / С.Д. Арутюнов, И.Ю. Лебедеенко, А.А. Абдуллаев // Материалы XII Всероссийской научн.-практ. конф. : сб. науч. тр. - М., 2004. - С. 520-521.
5. Бабицкий Р.О. Комплексное лечение болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. М.: ФАРМЕД, 2004. - 158 с.
6. Баданин В.В. Диагностика и ортопедическое лечение при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Баданин, И.Ю. Лебедеенко, Т.В. Морозова // Стоматология для всех. - 2000. - № 2. - С. 8-12.
7. Баданин В.В. Оклюзионные шины - эффективный метод ортопедического лечения функциональных нарушений ВНЧС / В.В. Баданин // Институт стоматологии. - 2003. - № 3.- С. 26-30.
8. Балин В.Н., Кузнецов С.В., Иорданишвили А.К. Опыт использования компьютерной томографии в диагностике заболеваний челюстно-лицевой области // Стоматология. - 1994. - № 1.- С. 30-32.

9. Бек Джудит С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. - М.: ООО «И.Д.Вильямс», 2006.- 400 с.
10. Бойко В.В. Пациент с негативным стоматологическим опытом /В.В. Бойко // Институт стоматологии. - 2002. - № 1.- С. 11-13.
11. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР, 1999.- 375 с.
12. Буланова Т.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике заболеваний и травм височно-нижнечелюстных суставов: Автореф. дисс. д-ра мед.наук.- М., 2005.- 40 с.
13. Булычева Е.А. Клиническая картина, диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц. // Стоматология. - 2006. № 7. - С 33 - 37.
14. Булычева Е.А. Психологическая диагностика пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава с помощью личностного опросника Бехтеревского института // Современные проблемы стоматологии: Сб. тез.науч. работ. - М., 1999. - С. 58-59.
15. Булычева Е.А. Клиническая картина, диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц // Стоматология.- 2007.- Т.86, № 6.- С. 79-83.
16. Булычева Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц, и их комплексное лечение // Стоматология.- 2006,- Т.85, №6.- С. 58-61.
17. Вакуленко В.Н. Комплексное лечение больных с патологией височно-нижнечелюстных суставов / В.Н. Вакуленко, Г.Б. Голуб, А.Л. Подпругин // Врожденная патология лицевого скелета. Патология височно-нижнечелюстного сустава : сб. науч. тр. - М., 1989. - С. 112-114.
18. Вязьмин А.Я. Методы диагностики и лечения синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А.Я. Вязьмин // Труды V съезда Стоматологической Ассоциации России (Москва, 14 - 17 сентября 1999 г.) : сб. науч. тр. - М. - 1999. - С. 306-308.

19. Вязьмин А.Я., Жилин В.В., Ефремова Н.А. Клинико-статистическое исследование дисфункции ВНЧС / А.Я. Вязьмин, В.В. Жилин, Н.А. Ефремова // Актуальные проблемы стоматологии : сб. науч. тр. - Чита, 1998. - С.70-71.

20. Вязьмин А.Я., Пузин М.Н., Петров Е.А. Магнитолазеротерапия в комплексе лечения больных с синдромом дисфункции ВНЧС // Рос.стомат. журн. 2000. - № 5. С. 28-29.

21. Газинский В.В. Комплексные методы лечения синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава /В.В. Газинский, Д.В. Семикозов, А.Я. Вязьмин // Копейкинские байкальские чтения : сб. науч. тр. - Иркутск-Ангарск, 2001, - С. 38-40.

22. Грачев Ю.В., Шмырев В.И. Височно-нижнечелюстная (миогенная и артрогенная) лицевая боль // Боль.- 2007.- Т. 14, № 5.- С. 2-12.

23. Гринин В.М. Дифференциальная диагностика патологии височно-нижнечелюстного сустава при ревматических заболеваниях / В.М. Гринин // Стоматология на пороге нового тысячелетия: сб. науч. тр. - М.: «Авиаиздат». - 2002. - С. 139-140.

24. Гринин В.М. Концепция патогенеза окклюзионных нарушений при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. - 1995. - №5. - С. 29-32.

25. Гринькова И.Ю. Оценка психосоматического статуса пациента перед стоматологическим приемом / И.Ю. Гринькова, СЕ. Жолудев // Уральский стоматологический журнал. - 2004. - № 2. - С. 22-26.

26. Дымкова В.Н. Нетрадиционные методы лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Актуальные вопросы стоматологии: Сб. научн. тр. М., 1998. - С. 85-86.

27. Дымкова В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС - одна из актуальных проблем стоматологии / В.Н. Дымкова // Актуальные проблемы ортопедической стоматологии : сб. науч. тр. - Москва. - 2002. – С.150-151.

28. Жердяй С.Ю. Клинико-патогенетическая оценка патологии ВНЧС // Клиническая медицина. 2004. - № 1. - С. 11-13.

29. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ. // Актуальные вопросы восстановительной медицины. - 2004. - № 2. - С. 17 - 19.

30. Зизевский С.А. Диагностические аспекты дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Материалы конф., посвященные 70-летию общества стоматологов и 100-летию со дня рождения профессора Е.А. Домрачевой : сб. науч. тр. - Казань, 1992. - С. 84-87.

31. Каламбаров Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов. - М.: Медиасфера, 1996. - 175 с.

32. Каливраджиян Э.С. Повышение эффективности диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава с помощью компьютерных технологий / Э.С. Каливраджиян, Н.Г. Картавцева // Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции : сб. науч. тр. - М., 2004 г. - С. 246-248.

33. Каливраджиян Э.С. Влияние возрастных изменений на соотношение элементов височно-нижнечелюстного сустава // Реакция тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта на стоматологические материалы. - М., 1990. - С. 44-45.

34. Коннов В.В. Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава по данным рентгенологического исследования // VI Российский научный форум «Стоматология 2004»: Тезисы докладов. - М., 2004. - С. 82-83.

35. Коннов В.В., Разаков Д.Х., Карцев Г.А. Лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Шестая международная научно-практическая конференция «Здоровье и образование в XXI веке»: Научные труды. - М., 2005. - С. 245-246.

36. Коннов В.В. Ортопедическое лечение пациентов с окклюзионно-артикуляционным синдромом височно-нижнечелюстного сустава / Конов В.В. // Материалы XI Всероссийской науч.-практич. конф. : сб. науч. тр. - М., 2003. - С. 431-433.

37. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. - М., 1998. - 175 с.
38. Корнилов Р.О. Роль и значение ортопедических методов лечения в комплексной терапии пациентов с заболеваниями ВНЧС // Медицина. 2004. - № 2.- С. 22-25.
39. 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» - Москва. 2005. - С.235-236.
40. Краснов В.Н. Депрессии как диагностическая и терапевтическая проблема в стоматологии // Медикал маркет. 1999. - № 31. - С. 22-24.
41. Крылов А.Д. Психотерапевтические аспекты стоматологической практики // Новые С.-Петербур. врач. ведомости. - 2000. - № 4. - С. 42-43.
42. Курляндский В.Ю. Методы исследования в ортопедической стоматологии /В.Ю. Курляндский и др. - Ташкент: Медицина, 1973. - 231 с.
43. Лебеденко И.Ю., Зайченко О.В. Влияние частичной адентии на строение и функцию нижней челюсти / И.Ю. Лебеденко, О.В. Зайченко // Стоматология на пороге третьего тысячелетия : сб. науч. тр. - М.: «Авиаиз-дат»,2001. - С. 551-552.
44. Левен И.И., Петров Е.А. Электромиография в комплексной диагностике синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / И.И. Левен, Е.А. Петров // Материалы XII Всероссийской науч.-практич. конф. : сб. науч. тр. - М., 2004. - С. 254-256.
45. Леонтьев В.К. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля // Стоматология. 2001. - № 6 . - С. 63-64.
46. Лепилин А.В., Коннов В.В. Функциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава // Научно-практическая конференция, посвященная 80-летию Клинической больницы №3 Саратовского государственного медицинского университета, «Актуальные проблемы современной медицины»: Тезисы докладов. - Саратов, 2006. - С. 237-238.

47. Максимовский Ю.А., Рожнов Е.В., Райнов Н.А. и соавт. Экспресс - диагностика психологического статуса больного в клинике терапевтической стоматологии // Стоматология. - 1988. - Т. 67, № 1. - С. 24-26.

48. Мамедов Ф. М., Марков Б. П., Горожанкина Е. А. Качество жизни как критерий психологического статуса пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. // Стоматология. - 2004. № 4. – С. 23 - 28.

49. Мананова Ф.Ф., Бронников О.Н. Диагностика функциональных нарушений при дефектах зубных рядов, осложненных деформациями. Современные проблемы стоматологии: Сб. тез. научн. работ. - М., 1999. - С. 157-159.

50. Марков Б.П. и соавт. Некоторые аспекты коррекции психологического статуса пациентов с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава // Новое в стоматологии. 2003. - № 1 . - С. 30-33.

51. Мицкевич И.И. Психологические аспекты диагностики и лечения больных с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава // Клиническая медицина. -1996.-№3-4. - С. 13-18.

52. Нарушение функции жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава при патологической стираемости зубов / Каламкаров Х.А. и др. // Стоматология. - 1994. - Т. 69 - № 3. - С. 49-52.

53. Насибулин Г.Г., Зизевский С.А. Диагностика и лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Казанский мед. журн. - 1995.- С. 137-140.

54. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни. -М.: «НЕВА», 2002. 314 с.

55. Опыт применения репозиционных шин при лечении больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц /СВ. Новгородский и др. // Стоматология на пороге третьего тысячелетия : сб. науч. тр. - М.: «Авиаиздат», 2001. - С. 425-426.

56. Особенность внутрисуставных отношений элементов височно-нижнечелюстного сустава при различных состояниях зубочелюстной системы /

Мискевич М.И. и др. // Кариес зубов и его осложнения : сб. науч. тр. - Омск, 1995. - С.84-86.

57. Пантелеев В.Д. Артикуляционные дисфункции височно-нижнечелюстных суставов. Часть 3. Принципы лечения артикуляционных дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / В.Д. Пантелеев // Институт стоматологии. - 2002. - № 3 - С. 52-54.

58. Пантелеев В.Д. Артикуляционные дисфункции височно-нижнечелюстных суставов. Часть 2. Диагностика артикуляционных дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / В.Д. Пантелеев // Институт стоматологии. - 2002. - № 1. - С. 26-28.

59. Перфильев С.А., Голубева Г.И., Лакшина Т.А. и др. Алгоритм диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Усовершенствованная медицинская технология. Москва-2007.-15 с.

60. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакьянц, Н.Ю. Сеферян. - Краснодар, 1996.-352 с.

61. Писаревский Ю.Л. Современные представления о патогенезе синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин // Российский стоматологический журнал. 2001. - № 3. - С. 40-43.

62. Психологические тесты. Под ред. А. А. Карелина: В 2 т. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. - Т. 1.

63. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова - Под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. - М.: МЕДпрессинформ, 2006. - 2006. - 568 с.

64. Пузин М. Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М. Н. Пузин, А. Я. Вязьмин. - М., 2002. -160 с.

65. Рабухина Н.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их рентгенологическое распознавание / Н.А. Рабухина. - М.: Медицина, 1996. - 77 с.

66. Семенова Н.Д., Кудрявая Н.В., Жирулин Н.Б. Психологические исследования в стоматологии // Стоматология. 1999. - № 6. - С. 57-64.

67. Семкин В.А. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов (клиника, диагностика и лечение) / Семкин В.А., Рабухина Н.А. - М., 2000. - 56 с.
68. Семкин В.А., Кравченко Д.В., Рабухин Н.А. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, обусловленной патологией окклюзии, и лечение таких больных // Стоматология, 2007.-Т.86, №1.-С.44-49.
69. Сивовол С.И. Лицевые боли неodontогенного происхождения: дифференциальный диагноз (алгоритмический подход) // Стоматолог, - 2000. - № 9 (65).- С. 17–22.
70. Сивовол С.И. Отраженные артро-миофасциальные боли и парестезии в челюстно-лицевой области.- Х.: Торнадо, 2002.- 112 с.
71. Сивовол СИ. Лечение болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Дентальные технологии, - 2005. - № 1 (20).- С. 45–50.
72. Сидоренко А.Н. Комплексное лечение дисфункции ВНЧС с привычным сагиттальным и трансверзальным сдвигами нижней челюсти / А.Н. Сидоренко, Ю.А. Петросов // Маэстро. - 2000. - № 1. - С.83-85.
73. Силантьева Е.Н. Возрастные особенности синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. // Казанский медицинский журнал. - 2010. - № 5. - С. 669 - 775.
74. Сеницына Г.Н., Ахметов Е.М., Вайнер В.Д. Психологические аспекты на стоматологическом приеме синдрома болевой дисфункции // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2000. - № 2. С. 54-57.
75. Соколов А.М. О патологии височно-нижнечелюстного сустава М.: МГМСУ, 2000.- 230 с.
76. Ступников А.А. Комплексный подход в обследовании и лечении пациентов с заболеваниями ВНЧС / А.А. Ступников и др. // Актуальные проблемы стоматологии. - М., 2002. - С. 188-190.
77. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшмаритян С.С. Соматизированные психические нарушения \ \ Журнал невропатологии и психиатрии. - 2000. - №2 - С.57-61.

78. Сысолятин П.Г. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава / П.Г. Сысолятин, А.А. Ильин, А.П. Дергилев. - М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА. - 2000. - 79 с.

79. Трезубов В.Н. Изучение особенностей реагирования на болезнь и ее лечение у пациентов в клинике ортопедической стоматологии // Стоматология. - 1988.- Т. 3 - С. 48-50.

80. Трезубов В.Н., Мицкевич И.Н. Особенности диагностики и терапии дисфункций височно-нижнечелюстного сустава // Новое в стоматологии. -1996.- №6.- С. 44-45.

81. Трезубов В.Н. Оценка больными личностных и профессиональных качеств ортопеда-стоматолога // Стоматология. - 1989. - Т. 68, К 3. - С. 52-54.

82. Трезубов В.Н. Реабилитация больных с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов / В.Н. Трезубов, Е.А. Булычева // Пародонтология. - 2001. - Т.19-20. - № 1-2. - С.71-72.

83. Трезубов В.Н. Уменьшение эмоционального напряжения у больных на стоматологическом приеме: учебное пособие. / В.Н. Трезубов. - Спб., 1994 -43 с.

84. Фомченков Н.А. Диагностика синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Н.А. Фомченков, В.С. Агапов, СВ. Тарасенко // Материалы XII Всероссийской науч.-практич. конф. : сб. науч. тр. - М., 2004. - С. 269.

85. Фролова Н.А. и др. Эффективность совместного применения аутотренинга и когнитивной терапии в комплексном лечении больных с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга // Вестник Медицинского стоматологического института. - 2008. - № 4. - С. 21 - 23.

86. Хватова В.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и методы лечения. Часть VI. Мышечно-суставная дисфункция. Клиника. Диагностика. Типы смещения суставных головок. Лечение. / В.А. Хватова, А.А. Ступников // Новое в стоматологии. - 1998. - № 1. - С. 33-48.

87. Шаныгина Д.В. Психоэмоциональный стресс пациента на

стоматологическом ортопедическом приеме / Д.В. Шаныгина// Актуальные проблемы стоматологии : сб. науч. тр. - М, 2002. - С. 267-268.

88. Шубина О.С, Скок А.Б., Тишакин Д.И. Альфа-стимулирующий тренинг (ЭЭГ-БОС) при терапии дистимических расстройств \\\ Биоуправление в медицине и спорте - Мат. 2-й Всероссийской конференции - Омск: ИМБК СО РАМН, Сиб ГАФК, 2000 - С. 28-29.

89. Abraham E., Rabin A., Mejdani M. Unilateral medial dislocation of the temporomandibular joint // *Neuroradiology* - 1997. - Aug Vol 39, N 8. P. 602-604.

90. Abraham J., Pierce C., Rinchuse D., Zullo T. Assessment of buccal separators in the relief of bruxist activity associated with myofascial pain-dysfunction. *Angle Orthod.* 1992 - P.177-184.

91. Aghabeigi B., Feinmann C., Harris M. Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with chronic idiopathic facial pain. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1992 - P. 360-364.

92. Al-Ani Z., Gray R.J., Davies S.J, Sloan P., Glenny A.M. Stabilization splint therapy for the treatment of temporomandibular myofascial pain: a systematic review. // *J Dent Educ.* 2005 Nov - 69(11) - P.42-50.

93. Beck A.T. Cognitive Therapy: Past, Present and Future // *J. of consulting and clinical Psychology.* 1993 - Vol. 61 - № 2. - P. 194 - 198.

94. Bernhardt O., Mack F., John U., Kocher T., Alte D. Association of malocclusion and functional occlusion with subjective symptoms of TMD in adults: results of the Study of Health in Pomerania (SHIP) *Angle Orthod.* 2005 - P.183-190.

95. Biondi M., Picardi A. Temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome and bruxism: etiopathogenesis and treatment from a psychosomatic integrative viewpoint. \\\ *Psychother-Psychosom.* - 1993 - N59(2) - P.84-982.

96. Bush F.M., Harkins S.W.. Pain-related limitation in activities of daily living in patients with chronic orofacial pain: psychometric properties of a disability index. *J Orofac Pain.* 1995 - 9- P.57-63.

97. Carlson C.R., Bertrand P.M., Ehrlich A.D., Maxwell A.W., Burton R.G. Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2001 - 15- P.47-55.
98. Chen J., Akyuz U., Xu L., Pidaparti R. Stress analysis of human temporomandibular joint // *Med Eng Phys.* - 1998 - Vol. 20, (N8). - P.565-572.
99. Clark G.T., Beemsterboer P.L., Solberg W.K., Rugh J.D. Nocturnal electromyographic evaluation of myofascial pain dysfunction in patients undergoing occlusal splint therapy. *J Am Dent Assoc.* 1979 - 99- P.607-611.
100. Clark M.S., Silverstone L.M., Lindenmuth J., Hicks M.J., Averbach R.E., Kleier D.J., Stoller N.H. An evaluation of the clinical analgesia/anesthesia efficacy on acute pain using the high frequency neural modulator in various dental settings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987 – 63. P.501-505.
101. Clarke R., Gervitz R. Physiological responses to interpersonal stress in temporomandibular disorder \\ *Biofeedback and self-regulation* -1991 - N16 -P.294-295.
102. Crider A.B., Glaros A.G. A meta-analysis of EMG biofeedback treatment of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 1999 – 13. P.29-37.
103. Cristensen L.V., Donegan S.J., McKay D.C. Mediotrusive tooth guidance and temporomandibular joint sound in non-patient // *J. Oral Rehabil.* - 1996. - vol.23 N10. - P.686-698.
104. De Leeuw R. Orofacial pain guidelines for assessment, diagnosis and management. 4. Vol. 131. Quintessence Publishing; 2008.
105. Dijkstra P.U., Kropmans T.J., Stegenga B. The association between generalized joint hypermobility and temporomandibular joint disorders: a systematic review. *J Dent Res.* 2002 - 81- P.158-163.
106. Dworkin S.F., LeReshe L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria, examination and specification, critique \\ *Journal of craniomandibular disorders: facial and oral pain* - 1992 -N6- P.301-355.
107. Dworkin S.F., Huggins K.H., LeResche L., Von Korff M., Howard J., Truelove E., Sommers E. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular

disorders: clinical signs in cases and controls. J Am Dent Assoc. 1990 – 120- P.273-281.

108. Dworkin S.F., Huggins K.H., Wilson L., Mancl L., Turner J, Massoth D., LeResche L., Truelove E. A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. J Orofac Pain.2002 – 16- P.48-63.

109. Dworkin S.F., Turner J.A., Mancl L., Wilson L., Massoth D., Huggins K., LeResche L., Truelove E. A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2002 – 16- P.259-276.

110. Ernst E., White A.R. Acupuncture as a treatment for temporomandibular joint dysfunction: a systematic review of randomized trials. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999 - 125- P.269-272.

111. Evans J.R., Abarbanel A. Introduction to quantitative EEG and neurofeedback, Academic Press \ California, USA - 1999 – 406 p.

112. Flor H., Schugens M., Birbaumer W. Discrimination of muscle tension in chronic pain patients and healthy controls \ Biofeedback and self-regulation - 1992 - N 17 - P. 165-177

113. Gardea M.A., Gatchel R.J., Mishra K.D. Long-term efficacy of biobehavioral treatment of temporomandibular disorders. J Behav Med. 2001 - 24 - P.341-359.

114. Gatchel R.J., Stowell A.W., Wildenstein L., Riggs R., Ellis E. // Efficacy of an early intervention for patients with acute temporomandibular disorder-related pain: a one-year outcome study. // J Am Dent Assoc. 2006 Mar - 137(3) - P.339-47.

115. Gesch D., Bernhardt O., Kirbschus A. Association of malocclusion and functional occlusion with temporomandibular disorders (TMD) in adults: a systematic review of population-based studies. Quintessence Int. 2004 - 35- P.211-221.

116. Gibbs S.J. A Protocol for Magnetic Resonance Imaging of the Temporomandibular Joints // *The J. of Craniomandibular Practice.* - 1998. - Vol. 16. - N4.
117. Glaros A.G., Baharloo L., Glass E.G. Effect of parafunctional clenching and estrogen on temporomandibular disorder pain. // *Cranio.* 1998 Apr - 16(2) - P.78-83.
118. Glaros A.G., Burton E. Parafunctional clenching, pain, and effort in temporomandibular disorders.// *J Behav Med.* 2004 Feb - 27(1) - P.91-100.
119. Glaros A.G., Forbes M., Shanker J., Glass E.G. Effect of parafunctional clenching on temporomandibular disorder pain and proprioceptive awareness. *Cranio.* 2000 - 18 - P.198-204.
120. Glaros A.G. Temporomandibular disorders and facial pain: a psychophysiological perspective. // *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 2008 Sep - 33(3) - P.161-71.
121. Greene C.S., Laskin D.M. Splint therapy for the myofascial pain - dysfunction (MPD) syndrome: a comparative study. *J Am Dent Assoc.* 1972 - 84- P.624-628.
122. Horrell B.M., Vogel L.D., Israel H.A., Passive motion therapy in temporomandibular joint disorders: the use of a new hydraulic device and case reports // *Compend Contin Educ Dent.* - 1997.-vol.18, N1. - P.773-776, 778,780.
123. How C.K. Orthodontic treatment has little to do with temporomandibular disorders. *Evid Based Dent.* 2004 - 5 - P.75.
124. John M.T., Dworkin S.F., Mancl L.A. Reliability of clinical temporomandibular disorder diagnoses. *Pain.* 2005 - 118- P.61-69.
125. Kafas P., Chiotaki N., Stavrianos Ch., Stavrianou I. Temporomandibular joint pain: diagnostic characteristics of chronicity. *J Med Sci.* 2007 – 7- P.1088-1092.
126. Kafas P., Kafas G., Christofides A., Chiotaki N., Theodoridis M. Chewing ability, mood and sleep are negatively influenced by chronic TMJ pain: preliminary results. *Res J Med Sci.* 2008 - 2- P.5-6.

127. Kafas P., Kalfas S., Leeson R. Chronic temporomandibular joint dysfunction: a condition for a multidisciplinary approach. *J Med Sci.* 2007 - 7- P.492-502.
128. Kafas P., Leeson R. Assessment of pain in temporomandibular disorders: the bio-psychosocial complexity. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006 - 35- P.145-149.
129. ! Kanji N., White A.R., Ernst E. Autogenic training for tension type headaches: a systematic review of controlled trials. // *Complement Ther Med.* -2006. - 14(2) - P.144-50.
130. Kasch H., Hjorth T., Svensson P., Nyhuus L., Jensen T.S. Temporomandibular disorders after whiplash injury: a controlled, prospective study. *J Orofac Pain.* 2002 - 16 P.118-128.
131. Keng S.B. Treatment of temporomandibular joint dysfunction with a visible light-cured resin overlie denture: a case report // *Quintessence Int.*- 1996.-Vol.27(N2). - P.105-109.
132. Kirk W.S., Calabrese Jr., Calabrese D.K. Clinical evaluation of physical therapy in the management of internal derangement of the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg.* 1989 - 47- P.113-119.
133. Koh H., Robinson P.G. Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular joint disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003.
134. Koh H., Robinson P.G. Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular joint disorders. *J Oral Rehabil.* 2004 - 31- P. 287-292.
135. Lavigne G.J., Khoury S., Abe S., Yamaguchi T., Raphael K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *J Oral Rehabil.* 2008 - 35- P.476-94.
136. List T., Helkimo M., Karlsson R. Pressure pain thresholds in patients with craniomandibular disorders before and after treatment with acupuncture and occlusal splint therapy: a controlled clinical study. *J Orofac Pain.* 1993 - 7- P.275-282.

137. List T., Wahlund K., Wenneberg B., Dworkin S.F. TMD in children and adolescents: prevalence of pain, gender differences, and perceived treatment need. *J Orofac Pain.* 1999 - 13- P.9-20.

138. Lobbezoo F., Drangsholt M., Peck C., Sato H., Kopp S., Svensson P. Topical review: new insights into the pathology and diagnosis of disorders of the temporomandibular joint. *J Orofac Pain.* 2004 - 18- P.181-191.

139. Lundh H., Westesson P.L., Jisander S., Eriksson L. Disc-repositioning onlays in the treatment of temporomandibular joint disc displacement: comparison with a flat occlusal splint and with no treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988 - P.155-162.

140. Macfarlane T.V., Blinkhorn A.S., Davies R.M., Kincey J., Worthington H.V. Predictors of outcome for orofacial pain in the general population: a four-year follow-up study. *J Dent Res.* 2004 - 83- P.712-717.

141. Maloney G.E., Mehta N., Forgione A.G., Zawawi K.H., Al Badawi E.A., Driscoll S.E. Effect of a passive jaw motion device on pain and range of motion in TMD patients not responding to flat plane intraoral appliances. *Cranio.* 2002 - 20- P.55-66.

142. Manfredini D., Cantini E., Romagnoli M., Bosco M. Prevalence of bruxism in patients with different research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) diagnoses. *Cranio.* 2003 - 21- P.279-285.

143. Manfredini D., Segu M., Bertacci A., Binotti G., Bosco M. Diagnosis of temporomandibular disorders according to RDC/TMD axis I findings, a multicenter Italian study. *Minerva Stomatol.* 2004 - P.429-438.

144. Mohl N.D., Ohrbach R.K., Crow H.C., Gross A.J. Devices for the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. Part III: Thermography, ultrasound, electrical stimulation, and electromyographic biofeedback. *J Prosthet Dent.* 1990 - P. 472-477.

145. Morley S., Eccleston C., Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*. 1999 - P.1-13.

146. Motoyoshi M., Ssdovsky P.L., Kamijo K. et al. Studies of temporomandibular joint sounds - Part 4. Phase relations of TMJ sounds and jaw movement // *J. Nihon Univ Sch Dent*. - 1996. - Vol.38, N3-4. - P. 155-160.

147. Murakami K., Nischida M., Bessho K. et al. MRI evidence of high signal intensity and temporomandibular arthralgia and relating pain. Does the high signal correlate to the pain? // *Br. J. Oral Maxilfac Surg*. - 1996. - Vol. 34. N3. - P. 220-224.

148. Okeson J.P., Kemper J.T., Moody P.M. A study of the use of occlusion splints in the treatment of acute and chronic patients with craniomandibular disorders. *J Prosthet Dent*. 1982 - 48- P.708-712.

149. Okeson J.P. Long-term treatment of disc-interference disorders of the temporomandibular joint with anterior repositioning occlusal splints. *J Prosthet Dent*. 1988 - 60- P.611-616.

150. Olivetti L., Grazioli L., Cerri G. et al. Magnetic resonance imaging in study of osteoarthrosis of the temporomandibular joint // *Br. J. Oral Maxilfac Surg*. - 1996. - Vol. 34. N2. - P. 186-192.

151. Orlando B., Manfredini D., Salvetti G., Bosco M. // Evaluation of the effectiveness of biobehavioral therapy in the treatment of temporomandibular disorders: a literature review. // *Behav Med*. 2007 Fall - 33(3) - P.101-118.

152. Pergamalian A.P., Rudy T.E., Zaki H.S., Greco C.M. The association between wear facets, bruxism, and severity of facial pain in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent*. 2003 - P.194-200.

153. Petrikowski C.G., Grance M.G. Temporomandibular joint radiographic findings in adolescents // *Cranio*. - 1997. - Vol. 14, N 1. - P. 30-36.

154. Phillips J.M., Gatchel R.J., Wesley A.L., Ellis E., III Clinical implications of sex in acute temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc*. 2001 - 132- P.49-57.

155. Pollmann L. Sounds produced by the mandibular joint in a sample of healthy workers. *J Orofac Pain.* 1993 - 7- P.359-361.
156. Quayle A.A, Gray R.J, Metcalfe R.J., Guthrie E., Wastell D. Soft occlusal splint therapy in the treatment of migraine and other headaches. *J Dent.* 1990 - 18- P.123-129.
157. Rammelsberg P., LeResche L., Dworkin S., Mancl L. Longitudinal outcome of temporomandibular disorders: a 5-year epidemiologic study of muscle disorders defined by research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2003 - 17- P.9-20.
158. Raphael K.G, Klausner J.J, Nayak S.C., Marbach J.J. Complementary and alternative therapy use by patients with myofascial temporomandibular disorders. // *J Orofac Pain.* 2003 Winter - 17(1) - P.36-41.
159. Ruf S., Pancherz H. Long-term TMJ effects of Herbs treatment: a clinical and MRI study // *Am. J. Orthod Dentofacial Orthop.* - 1998. - Vol. 114, N5. - P. 475-483.
160. Schmitter M., Ohlmann B., John M., Hirsch C., Rammelsberg P. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a calibration and reliability study. *Cranio.* 2005 - 23- P.212-218.
161. Schwartz M. *Biofeedback: a practitioner's Guide* // New-York, the Guilford Press -1995. - P.411-428.
162. Selby A. Physiotherapy in the management of temporomandibular disorders. *Aust Dent J.*1985 - 30- P.273-280.
163. Shi Z., Guo C., Awad M. Hyaluronate for temporomandibular joint disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003.
164. Speculand B., Goss A., Hughes A., Spence N., Pilowsky I. Temporomandibular joint dysfunction: pain and illness behaviour. *Pain.* 1983 - P.139-150.
165. Steed P.A, Wexler G.B. Temporomandibular disorders - traumatic etiology vs. nontraumatic etiology: a clinical and methodological inquiry into symptomatology and treatment outcomes.*Cranio.* 2001 - 19- P.188-194.

166. Stowell A.W, Gatchel R.J, Wildenstein L. // Cost-effectiveness of treatments for temporomandibular disorders: biopsychosocial intervention versus treatment as usual.// J Am Dent Assoc. 2007 Feb - 138(2) - P.202-8.

167. Sycha T., Kranz G., Auff E., Schnider P. Botulinum toxin in the treatment of rare head and neck pain syndromes: a systematic review of the literature. J Neurol. 2004.

168. Tanne K., Tanaka E., Sakuda M. Stress distributing in the temporomandibular joint produced by orthopedic chincup forces in varying directions: a three-dimensional analytic approach with the finite element method // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. - 1996. - Vol. 110, N5. - P. 502-507.

169. Taylor G.J. Toward the development of a new self-report alexithymia scale / G.J. Taylor, D. Ryan, R.M. Bagby // Psychother. Psychosom. - 1985. - Vol. 44, № 4. - P. 191-199.

170. Turk D.C., Rudy T.E, Kubinski J.A., Zaki H.S., Greco C.S. Dysfunctional patients with temporomandibular disorders: evaluating the efficacy of a tailored treatment protocol. J Consult Clin Psychol. 1996 - 64- P.139-146.

171. Turk D.C., Zaki H.S., Rudy T.E.. Effects of intraoral appliance and biofeedback/stress management alone and in combination in treating pain and depression in patients with temporomandibular disorders. // J Prosthet Dent. 1993 Aug - 70(2) - P.158-64.

172. Turner J., Brister H., Huggins K., Mancl L., Aaron L., Truelove E. Catastrophizing is associated with clinical examination findings, activity interference, and health care use among patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2005 - P.291-300.

173. Turp J., Komine F., Hugger A. Efficacy of stabilization splints for the management of patients with masticatory muscle pain: a qualitative systematic review. Clin Oral Investig. 2004 - 8- P.179-195.

174. Turp J.C., Arima T., Minagi S. Is the posterior belly of the digastric muscle palpable? A qualitative systematic review of the literature. Clin Anat. 2005 - 18- P.318-322.

175. Turp J.C., Schindler H.J. Chronic temporomandibular disorders. // *Schmerz*. 2004 Apr - 18(2) - P.10-17.
176. Tversky J., Reade P.C., Gerschman J.A., Holwill B.J., Wright J. Role of depressive illness in the outcome of treatment of temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991 - 71- P.696-699.
177. Wahlund K. Temporomandibular disorders in adolescents. Epidemiological and methodological studies and a randomized controlled trial. *Swed Dent J Suppl*. 2003
178. Watanabe Y., Cornlissen G., Watanabe M., Watanabe F. et al. Effects of autogenic training and antihypertensive agents on circadian and circaseptan variation of blood pressure. // *Clin Exp Hypertens*. - 2003. - № 7. - P. 405 - 412.
179. Winocur E., Gavish A., Emodi-Perlman A., Halachmi M., Eli I. Hypnorelaxation as treatment for myofascial pain disorder: a comparative study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002 - 93- P.429-34.
180. Yap A.U., Chua E.K., Tan K.B., Chan Y.H. Relationships between depression/somatization and self-reports of pain and disability. *J Orofac Pain*. 2004 - 18- P.220-225.
181. Yap A.U., Dworkin S.F., Chua E.K, List T.H., Tan K.B., Tan H.H. Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychologic distress, and psychosocial dysfunction in Asian patients. *J Orofac Pain*. 2003 - 17- P.21-28.
182. Yoshida A., Higuchi Y., Kondo M. et al. Range of motion of the temporomandibular joint in rheumatoid arthritis: relationship to the severity of disease // *Cranio*. - 1998. - Vol. 16, N3. - P.162-167.
183. Yuasa H., Kurita K. Randomized clinical trial of primary treatment for temporomandibular joint disc displacement without reduction and without osseous changes: a combination of NSAIDs and mouth-opening exercise versus no treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001 - P. 671-675.
184. Zakrzewska J.M. Classification issues related to neuropathic trigeminal pain. *J Orofac Pain*. 2004 - P.325-331.