

Влияние психосоциальных факторов риска на динамику показателей височно-нижнечелюстных расстройств

Олег Валентинович Слесарев¹, Иван Михайлович Байриков¹,
Ольга Степановна Ковшова¹, Марина Валериевна Комарова^{1,2}

¹Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия;

²Самарский национальный исследовательский университет
им. академика С.П. Королева, г. Самара, Россия.

Реферат

Цель. Анализ влияния психосоциальных факторов риска на динамику показателей, характеризующих височно-нижнечелюстные расстройства.

Методы. Исследован 61 клинический случай височно-нижнечелюстных расстройств на фоне хронической боли (18 % от общего числа наблюдений височно-нижнечелюстных расстройств). Применяли диагностические критерии височно-нижнечелюстных расстройств — ось II, компьютерную и магнитно-резонансную томографию височно-нижнечелюстного сустава. Методом интервьюирования проведены: клиническая диагностика психологических феноменов и тестирование отношения к болезни, выявлены коммуникативные девиации по R.C. Rogers (2002).

Пациенты были разделены на 2 группы: группа А — пациенты с ноцицептивной болью, социальная адаптация не нарушена; группа Б — больные с невропатической болью, психосоматизация на фоне ментальной ригидности. В обеих группах реализован идентичный план лечения в течение двух лет. Статистическая обработка полученных данных выполнена с применением пакета IBM SPSS 21 и включала сравнения связанных групп анализом Фридмана и парным критерием Вилкоксона; независимых групп — критерием Манна-Уитни-Уилкоксона, качественных признаков — анализом таблиц сопряженности по критерию хи-квадрата Пирсона.

Результаты. Рентгеносемиотика височно-нижнечелюстного сустава в обеих группах однотипна по структуре нозологии. В начале лечебного цикла показатели интенсивности боли и височно-нижнечелюстного индекса схожие. Через 2 года наблюдения у пациентов группы А выявлен значительно больший положительный отклик на проводимую терапию, в отличие от пациентов группы Б. Интенсивность боли в группе А составила $15,36 \pm 2,53$ и $37,32 \pm 3,45$ в группе Б ($p < 0,001$); депрессия по шкале SCL-90-R — $0,29 \pm 0,04$ и $1,12 \pm 0,12$ ($p < 0,001$), степень нетрудоспособности по шкале GCPS — $0,68 \pm 0,08$ и $1,17 \pm 0,10$ ($p = 0,001$), височно-нижнечелюстной индекс — $0,15 \pm 0,01$ и $0,23 \pm 0,02$ ($p < 0,001$) соответственно.

Выводы. У пациентов группы Б аффективные расстройства формируют психосоматическую структуру личности и оказывают влияние на исход терапии. При формулировке окончательного диагноза и планировании терапии у пациентов с височно-нижнечелюстными расстройствами необходимо учитывать психосоциальные особенности пациента.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, аффективные расстройства, височно-нижнечелюстные расстройства, когнитивно-поведенческая терапия.

Для цитирования: Слесарев О.В., Байриков И.М., Ковшова О.С., Комарова М.В. Влияние психосоциальных факторов риска на динамику показателей височно-нижнечелюстных расстройств. *Казанский мед. ж.* 2018; 99 (5): 766–774. DOI: 10.17816/KMJ2018-766.

Influence of psychosocial risk factors on the dynamics of indicators of temporomandibular disorders

Slesarev O.V.¹, Bayrikov I.M.¹, Kovshova O.S.¹, Komarova M.V.^{1,2}

¹Samara State Medical University, Samara, Russia;

²Samara National Research University n.a. academician S.P. Korolev, Samara, Russia

Abstract

Aim. To analyze the influence of psychosocial risk factors on the dynamics of indicators characterizing temporomandibular disorders.

Methods. 61 clinical cases of temporomandibular disorders with chronic pain were investigated (18 % of the total number of observations of temporomandibular disorders). Diagnostic criteria of temporomandibular disorders were used: axis II, computed tomography and magnetic resonance imaging of temporomandibular joint. Interviewing method was used for clinical diagnosis of psychological phenomena and testing attitude to the disease, identifying communicative deviations according to R.C. Rogers (2002). Patients were divided into 2 groups: group A — patients with nociceptive pain, social adaptation is not disturbed; group B — patients with neuropathic pain, psychosomatization on the background of mental rigidity. In both groups, an identical treatment regimen was implemented for two years. Statistical processing of the obtained data was carried out using IBM SPSS 21 and included comparison of related groups by Friedman analysis and paired Wilcoxon test, comparison of independent groups by Mann-Whitney-Wilcoxon criterion, and comparison of the qualitative features by contingency tables by Chi-square Pearson.

Results. The radiological semiotics of temporomandibular joint in both groups is similar in the structure of nosology. At the beginning of the treatment cycle, the pain intensity and the temporomandibular index are similar. After 2 years of follow-up, patients in group A showed a significantly higher positive response to the therapy compared to patients in group B: pain intensity in group A was 15.36 ± 2.53 and in group B — 37.32 ± 3.45 ($p < 0.001$); depression on the SCL-90-R scale — 0.29 ± 0.04 and 1.12 ± 0.12 ($p < 0.001$), the degree of disability on the GCPS scale — 0.68 ± 0.08 and 1.17 ± 0.10 ($p = 0.001$), temporomandibular index — 0.15 ± 0.01 and 0.23 ± 0.02 ($p < 0.001$), respectively.

Conclusion. In patients of group B, affective disorders form the psychosomatic structure of personality and affect the outcome of therapy. When formulating the final diagnosis and planning the treatment in patients with temporomandibular disorders, it is necessary to take into account the psychosocial characteristics of the patient.

Keywords: temporomandibular joint, affective disorders, temporomandibular disorders, cognitive behavioral therapy.

For citation: Slesarev O.V., Bayrikov I.M., Kovshova O.S., Komarova M.V. Influence of psychosocial risk factors on the dynamics of indicators of temporomandibular disorders. *Kazan medical journal*. 2018; 99 (5): 766–774. DOI: 10.17816/KMJ2018-766.

ВВЕДЕНИЕ

Височно-нижнечелюстные расстройства (ВНЧР) — многофакторное заболевание, в основе которого лежат достоверно выявленные факторы риска — феноменологические дисфункции, осложняющиеся психосоматическими нарушениями, превалирующими над периферическими ноцицептивными факторами [1, 2]. Согласно результатам исследований [3], ВНЧР патогенетически позиционируются как гетерогенная биопсихосоциальная модель патологии, связанная с болью, что приводит к рассогласованию между тем, что воспринимается пациентом как болезнь, и как трактуется наблюдаемая патология клиницистом. Проспективное исследование группы ORPERA (Orofacial Pain: Prospective Evaluation and Risk Assessment) [4] выявило факторы риска у взрослых, страдающих ВНЧР, путем оценки генотипических и фенотипических показателей биологического, психосоциального и общесоматического состояния здоровья. Это раскрыло важные трансформации в нашем понимании комплекса состояний, которые вращаются вокруг болей, а не локализованных воспалительных и патологических изменений

в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) или мускулатуре [5], проявляя черты соматоформного болевого расстройства [6]. ВНЧР характеризуются многомерным биопсихосоциальным расстройством, который имеет общие черты не только с другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата и головной болью, но и с другими идиопатическими воспалительными заболеваниями, такими как боли в суставах, синдром раздраженного кишечника, вульводиния, соматические и висцеральные травмы тканей [7].

D.E. Harper et al. [8] наглядно показано, что у многих пациентов с ВНЧР боль и другие симптомы включают гораздо больше, чем патологию расстройств ВНЧС и/или окружающих структур. При ВНЧР коморбидная боль чрезвычайно распространена, при этом > 50 % пациентов с ВНЧР сообщают о головной боли/мигренях, боли в шее, боли в суставах и боли в пояснице, тогда как только 17 % сообщают о боли, локализованной в области лица и челюсти [5]. Учитывая это, «нецелесообразно обозначать и неуместно рассматривать ВНЧР как локализованное орофациальное состояние боли и нарушения функции» [4].

Это свидетельствует о недостаточности усилий, направленных на определение стоматологического статуса пациента без характеристики наблюдаемых уровней боли, качества нарушения функции и степени нетрудоспособности, с учётом которых должен формулироваться окончательный диагноз и планироваться терапия. Достоверно показана необходимость использования для этих целей инструментов оси II ДК/ВНЧР (Диагностические критерии височно-нижнечелюстных расстройств) [9, 10] для выявления психосоциальных особенностей пациента с использованием инструмента Symptom Check List-90-R (SCL-90-R), предложенного L.R. Derogatis [11], и определения характера боли и степени нетрудоспособности по шкале GCPS (Graded Chronic Pain Scale), введённой M. Von Korff, J. Ormel, F.J. Keefe et al. [12], с учетом височно-нижнечелюстного индекса по J. Pehling et al. [13].

Цель исследования: анализ влияния психосоциальных факторов риска на динамику показателей, характеризующих височно-нижнечелюстные расстройства.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн исследования. Проведено проспективное исследование 61-го клинического случая ВНЧР на фоне хронической боли. Пациентов наблюдали в течение двух лет (5 точек наблюдения): на момент обращения, спустя 6 месяцев, один год, один год шесть месяцев, два года.

Шкалы и индексы оценки височно-нижнечелюстных расстройств. Клинические проявления ВНЧР анализировали с помощью инструментов оси II ДК/ВНЧР [10] согласно рекомендациям R. Ohrbach, T. List, J.P. Goulet, P. Svensson [14]. Ось II включает оценку показателей по нескольким шкалам.

– Шкала SCL-90-R [11] в модификации S.F. Dworkin and L. Le Resche [15] оценивает наличие специфических психологических феноменов, характерных для психосоматической структуры личности.

– Шкала GCPS [12] интегративно оценивает интенсивность хронической боли CPI (Characteristic of Pain Intensity) и степень нетрудоспособности, обусловленную болевым синдромом (пять степеней тяжести, рассчитываемые исходя из влияния CPI на ежедневную деятельность в быту, социальную деятельность, трудовую деятельность).

– Височно-нижнечелюстной индекс определяли по J. Pehling et al. [13].

Клиническая диагностика факторов психологической предрасположенности ВНЧР. Методом интервьюирования в рамках описательного подхода проведена клиническая диагностика психологических феноменов, тип отношения пациента к болезни (ТОБ) и коммуникативных девиаций по R.C. Rogers [15].

Участники исследования и формирование групп. По типу психологического реагирования на хроническое соматическое заболевание пациентов распределили на группы А (38 человек) и Б (23 человека) (табл. 1).

Группа А — пациенты с соматическими проблемами и девиациями поведения на уровне психологического феномена. По типу психологического реагирования на заболевание они относятся к гармоничному, эргопатическому или анозогнозическому типам. Выявляемые клинически психологические феномены показывают, что социальная адаптация существенно не нарушена, а неспецифические симптомы психических нарушений, включая боль, имеют нормальное и среднее значения. Характер механизма формирования и трансляции боли мы определили как ноцицептивный. С психологической точки зрения пациенты характеризуются как лица с легкой степенью нарушений. Группа Б — пациенты с соматическими и психологическими проблемами с проявлением девиаций поведения на уровне симптома, входящего в структуру патогенеза психосоматического заболевания. У 5-ти из них выявлено состояние атрибуции: тревожность, ипохондрия, неврастения, ятрогения, рентные требования. Это наиболее тяжёлая группа пациентов, которые обратились самостоятельно после нескольких попыток лечения в других клиниках. Тип реагирования на болезнь интрапсихической направленности на фоне артикуляционных проблем с пониженным порогом восприятия боли и депрессией средней либо тяжелой степени тяжести. Характер механизма формирования и трансляции боли мы определили как невропатический. Боль персистирующего характера со значительной продолжительностью. Выявляются сенсорные феномены: парестезии и дизестезии, клинически проявляющиеся жалобами на потерю чувствительности или «покалывание» кожных покровов в проекции латерального полюса головки ВНЧС и передней половины ушной раковины от нескольких секунд до нескольких дней.

Клиническая диагностика миофасциальных и сухожильно-мышечных триггерных точек. Выявление и качественная характеристика триггерных точек в мускулатуре и сухожильно-

Таблица 1. Характер клинических проявлений психологических свойств личности у пациентов с ВНЧР и хронической болью

Группировка пациентов по характеру и уровню психологических нарушений	Тип отношения к болезни	Ценностный пакет	Характер формирования и трансляции боли	Структура формулировки диагноза по этиологии и патогенезу, планирование терапии
Психологические нарушения, выявляемые на уровне психологических феноменов (группа А, n = 38)	Гармоничный, эргопатический, анозогнозический. Социальная адаптация не нарушена	Мотивация на решение проблемы	Ноцицептивная боль	Диагноз: ведущим является соматический синдром + квалификация психологического расстройства. Лечение: терапия основного синдрома и психологическое консультирование (КПТ)
Психологические нарушения, выявляемые как ведущий симптом психосоматического заболевания (группа Б, n = 23)	Интрапсихическая направленность. Болезнь как аутентичный проект психологической модели поведения, реализующий невротическую потребность. Психосоматизация на фоне ментальной ригидности	Мотивация на демонстрацию проблемы в рамках проекта психологической модели поведения, рентные требования	Невропатическая боль	Диагноз: психологические факторы участвуют в формировании структуры патогенеза заболевания и являются ведущими + соматический синдром. Лечение: психотерапия на фоне лечения соматического синдрома

Примечание: n — количество пациентов.

мышечных прикреплениях: m. temporalis; m. masseter, m. pterygoideus lat., m. geniohyoideus, m. sternocleidomastoideus проведены по критериям, установленным J.G. Travell and D.G. Simons [17]. Учитывали два показателя: степень выраженности локального судорожного ответа (биологическая ответная реакция) и воспроизводимость боли в ответ на пальпацию массива мышцы и/или сухожильно-мышечного прикрепления. Оценка ответа триггерной точки на действие раздражителя производилась в баллах по И. Клиниберг и Р. Джагер [18]: 0 — (нет жалоб и рефлекторного ответа); 1 — слабые ощущения, нет рефлекторного ответа; 2 — умеренная боль, пациент вздрагивает или морщится) 3 — сильная боль, пациент отдёргивается.

Визуализация элементов ВНЧС. Использован метод прицельной линейной томографии ВНЧС, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии по индивидуальному анатомическому ориентиру и краниометрия томограмм височно-нижнечелюстного сустава [19].

Проводимое лечение. В обеих группах по клиническим показаниям больным назначали: коррекцию вертикально-горизонтального

соотношения челюстей путём восстановления фронтальной направляющей и боковых латеротрузий нижней челюсти окклюзионными шинами, провизорным протезированием несъёмными конструкциями и ортодонтическими аппаратами; физиотерапию магнитолазером продолжительностью 10 сеансов на область ВНЧС; курс комбинированной индивидуализированной патогенетической фармакотерапии.

Существенной частью лечения был курс когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), детально изложенный нами ранее [20]. КПТ направлена на оптимизацию характера болевого поведения пациентов и трансформацию ценностных установок. КПТ развивает осознанное конструктивное сотрудничество с пациентом при обсуждении с ним изменений конкретных показателей: морфометрических и функциональных данных; интенсивности боли и воспроизводимости боли в триггерных точках; окклюзионных соотношений зубов. Осуществлялось закрепление положительных клинических достижений путем демонстрации их пациенту на каждом этапе терапии, пояснялись особенности клинического течения ВНЧР и проводилось обучение приёмам повышения толерантности к болевому синдрому.

Статистический анализ. Статистический анализ данных выполняли в среде пакета IBM SPSS 21. Описательная статистика количественных признаков в таблицах и тексте приведены в виде среднего и его ошибки, а на графиках — в виде маркеров с планками погрешностей, отражающих 95 % доверительные интервалы (95 % ДИ). Для сравнения показателей в динамике в пределах отдельно взятой группы применяли непараметрический анализ повторных измерений Фридмана и парный критерий Уилкоксона. Для сравнения групп А и Б друг с другом в случае количественных признаков применяли критерий Манна-Уитни-Уилкоксона, а в случае признаков в порядковой шкале (доли пациентов с разной степенью нетрудоспособности) применяли критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2).

При размерности таблицы сопряженности 2 на 2 использовали поправку Йетса либо точный метод Фишера. Критическое значение уровня значимости принимали равным 0,05.

Исследование одобрено этическим комитетом Самарского государственного медицинского университета (протокол № 193 от 30 мая 2016 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Признаки рецидивирующего или хронического течения ВНЧР зарегистрированы как первично выявленные в 92 % клинических случаев. Из них 25 % — жалобы на нарушение функции ВНЧС, а 75 % — с признаками хронизации болевого синдрома. При этом на фоне болевого синдрома выявлены феноменологические дисфункции, маскирующиеся жалобами на другие проблемы (табл. 1).

Динамику клинических проявлений заболевания и эффективность проводимой терапии анализировали с помощью инструментов оси II ДК/ВНЧР. На момент обращения в группе А показатели инструментов SCL-90-R имеют легкое и среднее значения степени тяжести (депрессия: $0,42 \pm 0,06$, неспецифические симптомы: $0,48 \pm 0,08$), а в группе Б выявлены симптомы депрессии средней и тяжелой степени тяжести (депрессия: $1,40 \pm 0,14$, неспецифические симптомы: $1,36 \pm 0,17$) (рис. 1а, 1б).

Так, показатель депрессии по шкале SCL-90-R в группе А изменился с $0,42 \pm 0,06$ в начале лечения до $0,29 \pm 0,04$ к концу наблюдения ($p=0,002$ по парному критерию Уилкоксона), а в группе Б с $1,40 \pm 0,14$ до $1,12 \pm 0,12$ ($p=0,005$). Показатели неспецифических симптомов по шкале SCL-90-R в группе А изменились с $0,48 \pm 0,08$ до $0,32 \pm 0,06$ за двухлетний

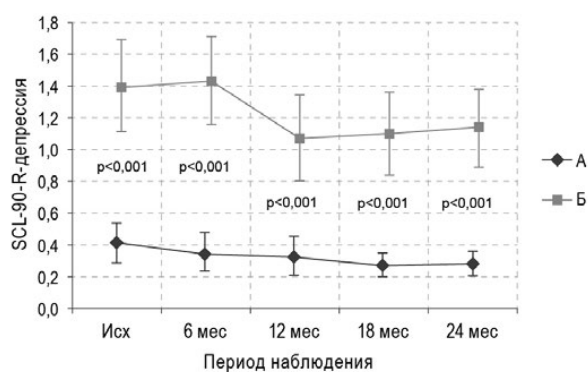


Рис. 1а. Степень тяжести депрессии по шкале SCL-90-R в динамике наблюдения в группах А и Б (средние и их 95% доверительные интервалы)

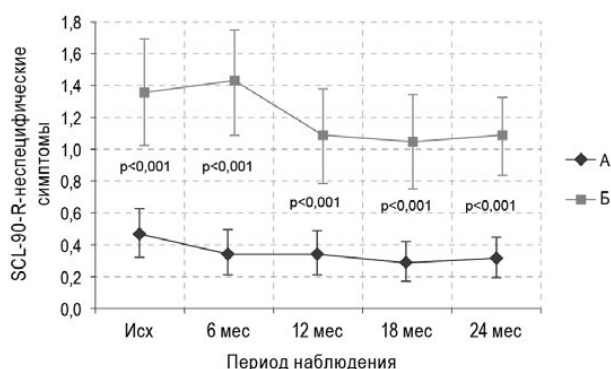


Рис. 1б. Неспецифические симптомы по шкале SCL-90-R в динамике наблюдения в группах А и Б (средние и 95% доверительные интервалы)

период наблюдения ($p < 0,001$), а в группе Б с $1,36 \pm 0,17$ до $1,09 \pm 0,12$ ($p=0,011$ по парному критерию Уилкоксона). На всех этапах наблюдения изучаемые группы больных высокозначимо ($p < 0,001$) различались друг от друга как по шкале депрессии, так и по неспецифическим симптомам.

При анализе интенсивности боли по шкале GPCS мы выявили положительный отклик на проводимую терапию у пациентов группы А, в отличие от пациентов группы Б, при том что в начале лечебного цикла показатели интенсивности боли (СРІ) и височно-нижнечелюстного индекса были схожие (рис. 2а). Интенсивность боли (СРІ) в начале лечения составила $44,39 \pm 2,84$ в группе А и $54,14 \pm 4,69$ в группе Б ($p=0,074$). За первые полгода произошло существенное снижение интенсивности боли в группе А — до $24,79 \pm 2,97$ ($p < 0,001$ по сравнению с исходным уровнем). За этот же период наблюдения в группе Б статистически значимых изменений по шкале боли не выявлено: средний балл составил $56,18 \pm 4,88$ ($p=0,477$ по сравнению

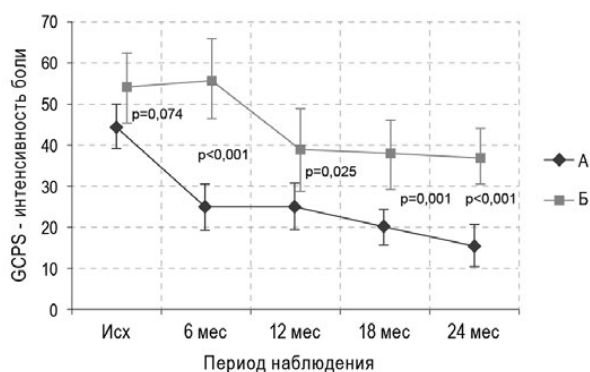


Рис. 2а. Интенсивность боли (CPI) по шкале GPCS в динамике наблюдения в группах А и Б (средние и 95 % доверительные интервалы)

с исходным уровнем). За оставшийся период наблюдения в группе А интенсивность боли снизилась ещё до $15,36 \pm 2,53$ ($p < 0,001$ по сравнению с исходным уровнем). В группе Б через год от начала наблюдения баллы по шкале боли снизились до $39,01 \pm 5,16$, а к концу второго года — до $37,32 \pm 3,45$ ($p < 0,001$ по сравнению с исходным уровнем в группе Б и $p < 0,001$ по сравнению с группой А в аналогичном периоде наблюдения).

Показатели височно-нижнечелюстного индекса, отражающего степень функциональных нарушений в ВНЧС, представлены на рис. 2б. В начале наблюдения височно-нижнечелюстной индекс в изучаемых группах больных был сопоставимым: $0,37 \pm 0,03$ в группе А и $0,36 \pm 0,03$ в группе Б ($p = 0,994$). В обеих группах отмечено статистически значимое снижение показателя височно-нижнечелюстного индекса по сравнению с исходным значением, однако произошло оно в разное время: в группе А через 6 месяцев наблюдения (до $0,23 \pm 0,03$, $p < 0,001$ по сравнению с исходным уровнем), а в группе Б только через один год (до $0,26 \pm 0,03$, $p < 0,001$ по сравнению с исходным уровнем). Однако если в группе А к концу второго года наблюдения значение этого индекса достигло $0,15 \pm 0,01$, то в группе Б оно сохранилось на более высоком уровне и составило $0,23 \pm 0,02$ ($p < 0,001$ между группами). Полученные результаты характеризуют группу Б как более подверженную соматизации ВНЧР с трансформацией его в психосоматическое расстройство.

Степень нетрудоспособности — интегративный показатель, оценивающий влияние болевого синдрома на составную качества жизни — трудоспособность (табл. 2). Сравнения между группами показали, что на всех сроках наблюдения имеются статистически значимые различия. На момент обращения

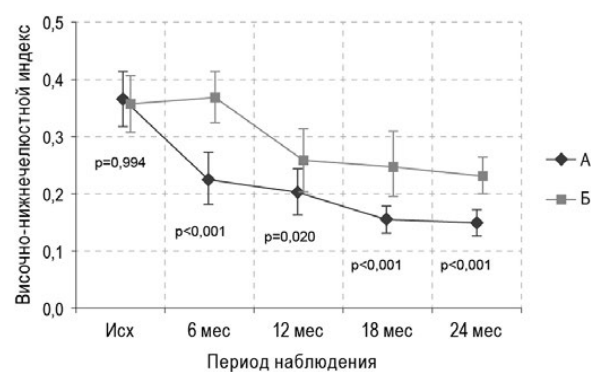


Рис. 2б. Височно-нижнечелюстной индекс в динамике наблюдения в группах А и Б (средние и 95 % доверительные интервалы)

хи-квадрат=12,3, $p = 0,015$; через 6 мес.: хи-квадрат=23,5, $p < 0,001$; через 12 мес.: хи-квадрат=12,1, $p = 0,007$; через 18 мес.: хи-квадрат=9,0, $p = 0,029$; через 24 мес.: хи-квадрат=13,3, $p = 0,001$.

Мы проанализировали изменения числа пациентов с отсутствием нетрудоспособности (0 степень) либо с 1 степенью нетрудоспособности. При первичном обследовании доли их были сопоставимы и составили 26 человек (68 %) в группе А и 11 человек (48 %) в группе Б ($p = 0,176$ по точному методу Фишера). Затем, по прошествии 6 мес. в группе А число лиц с 0–1 степенью возросло до 92 %, а в группе Б наоборот снизилось до 39 % ($p < 0,001$), вернувшись к исходному значению лишь к концу первого года. В последующий период наблюдения в группе А сохранялась устойчивая положительная динамика, и после полутора лет наблюдения у всех обследованных без психосоматических проблем отмечалось отсутствие либо 1 степень нетрудоспособности. В группе Б доля пациентов с 0–1 степенью нетрудоспособности сохранилась на 78 % ($p = 0,006$). Полностью трудоспособными по шкале GPCS (0 степень) к окончанию двухлетнего наблюдения оказались 12 человек из группы А (32 %) и только 1 человек из группы Б (4 %), отношение шансов 10,1 (95 % ДИ: 1,22–84,39).

Ключевым системообразующим критерием артикуляционной нормы и обязательным участником в комплексе причинно-следственных взаимосвязей этиологии миофасциальной боли является мускулатура, определяющая движения нижней челюсти. Мы провели исследование миофасциальных и сухожильно-мышечных триггерных точек этой группы мышц. Статистически значимых различий между изучаемыми группами не выявлено (табл. 3).

При анализе изображений ВНЧС (компьютерная томография и магнитно-резонансная

Таблица 2. Показатель степени нетрудоспособности в динамике наблюдения в группах А и Б по шкале оценки хронической боли GCPS

Период наблюдения и отличия внутри групп	Показатель степени нетрудоспособности	Группа А	Группа Б	Статистическая значимость отличий между группами
При первичном обращении	0 ст	1 (3 %)	1 (4 %)	с
	1 ст	25 (66 %)	10 (43 %)	
	2 ст	11 (29 %)	4 (17 %)	
	3 ст	1 (3 %)	6 (26 %)	
	4 ст	0 (0 %)	2 (9 %)	
6 мес. $p_A=0,004^*$ $p_B=0,084$	0 ст	7 (18 %)	1 (4 %)	с
	1 ст	28 (74 %)	8 (35 %)	
	2 ст	3 (8 %)	4 (17 %)	
	3 ст	0 (0 %)	5 (22 %)	
	4 ст	0 (0 %)	5 (22 %)	
12 мес. $p_A=0,001$ $p_B=0,012$	0 ст	6 (16 %)	3 (13 %)	с
	1 ст	30 (79 %)	11 (48 %)	
	2 ст	2 (5 %)	5 (22 %)	
	3 ст	0 (0 %)	0 (0 %)	
	4 ст	0 (0 %)	0 (0 %)	
18 мес. $p_A<0,001$ $p_B=0,003$	0 ст	7 (18 %)	3 (13 %)	с
	1 ст	31 (82 %)	15 (65 %)	
	2 ст	0 (0 %)	3 (13 %)	
	3 ст	0 (0 %)	2 (9 %)	
	4 ст	0 (0 %)	0 (0 %)	
24 мес. $p_A<0,001$ $p_B=0,004$	0 ст	12 (32 %)	1 (4 %)	с
	1 ст	26 (68 %)	17 (74 %)	
	2 ст	0 (0 %)	5 (22 %)	
	3 ст	0 (0 %)	0 (0 %)	
	4 ст	0 (0 %)	0 (0 %)	

Примечание: * p_A и p_B — статистическая значимость отличий в каждом из периодов наблюдения по сравнению с исходным значением в пределах каждой группы по парному критерию Уилкоксона. ^ p — сравнения степени нетрудоспособности на каждом сроке наблюдения между группами А и Б (критерий хи-квадрат Пирсона — χ^2).

томография) у пациентов групп А и Б мы выявили однотипные изменения дизайна структуры и формы костных элементов, независимые от продолжительности и характера интенсивности челюстно-лицевых болей.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, группы А и Б сопоставимы по объективным методам исследования (рентгенологически и функционально), но различались по характеру и уровню психологических нарушений. Различия выявляются при анализе уровня взаимосвязи соматических симптомов со специфическими психологическими феноменами, которые, как отмечено

В.Д. Менделевичем [6], характеризуют «психосоматическую личность», что и определило различия групп при анализе динамики показателей ВНЧР в целом. Среди этих феноменов В.Д. Менделевич выделяет [6]: эгоцентризм, эмоциональную незрелость с чертами инфантилизма, повышенную зависимость от окружающих с неуверенностью в себе, сверхконтроль эмоциональных проявлений, рентные требования, а также феномен «выученной беспомощности». Можно утверждать, что у пациентов группы Б психологические факторы входят в структуру патогенеза ВНЧР как патогенетическая единица сформированного психосоматического заболевания. В группе А психологические факторы отражают

Таблица 3. Оценка степени локального судорожного ответа и воспроизводимости боли триггерных точек мышечной и сухожильно-мышечной локализации у пациентов с ВНЧР

Область исследования	Группа А, n=38	Группа Б, n=23	p
m. temporalis	1 (3%)	3 (13%)	0,290
Сухожильно-мышечное прикрепление m. Temporalis processus coronoideus	6 (16%)	9 (39%)	0,081
m. masseter	4 (11%)	7 (30%)	0,106
m. pterygoideus lat.	6 (16%)	9 (39%)	0,081
m. geniohyoideus	0 (0%)	2 (9%)	0,268
m. sternocleidomastoideus	1 (3%)	2 (9%)	0,652
Сухожильно-мышечное прикрепление m. temporalis at processus caronoideus	2 (5%)	2 (9%)	0,993

Примечание: каждая область исследования анализировалась независимо от других; n — количество пациентов.

только психологические свойства личности и «не вклиниваются» в структуру патогенеза соматического заболевания на правах самостоятельного симптома. В этой связи следует учесть исследования В.Д. Менделевича о применении для такой категории больных психологического консультирования, так как подобные психологические состояния требуют не коррекции или терапии, но в первую очередь консультирования. Воздействие на эти факторы с помощью КПТ позволяет оптимизировать управление челюстно-лицевой болью и функциональными нарушениями в ВНЧС. Горизонт планирования комплексной терапии и мониторинг клинических результатов ВНЧР, на наш взгляд, должен составлять не менее двух лет.

Выявленный высокий уровень соматизации заболевания в группе Б (см. рис. 2а и 2б, табл. 3) свидетельствует о том, что придание периферическим факторам (окклюзия зубов, блокирование движений нижней челюсти, крепитация ВНЧС и т.п.) манифестных качеств в этиологии ВНЧР дезавуирует оценку влияния патогенетических факторов центрального генеза (болевое поведение, аффективная сфера), определяющих развитие ВНЧР в русле психосоматического заболевания. Менее продуктивный ответ больных из группы Б на проводимую терапию по ДК/ВНЧР оси II соответствует аутентичной психологической модели поведения в рамках пакета ценностей пациента, что согласуется с данными J.A. Turner, S.F. Dworkin [1] и S. Kindler at all. [21]. Мы считаем, что для закрепления положительных клинических достижений в лечении больных с психосоматической компонентой желательнее включать психотерапевтические методы коррекции.

Предложенная интерпретация заболевания согласуется с выводами G.D. Slade [4], W. Maixner et al. [22], R. Ohrbach and S.F. Dworkin [23] о гетерогенности ВНЧР и необходимости использования ДК/ВНЧР для диагностики и планирования терапии. Именно инструменты оси II ДК/ВНЧР необходимы и достаточны для выявления и скрининга факторов риска, к которым относят эмоциональные расстройства и болевой синдром, влияющие на клинический исход терапии. Психологические свойства личности детерминируют степень самооценки пациентом силы болевого синдрома и функциональных нарушений, которые, в свою очередь, влияют на качество жизни. Следовательно, в соответствии с полученными результатами и данными литературы, формулировка окончательного диагноза и планирование терапии пациентов с ВНЧР должны учитывать не только стоматологический статус, но и когнитивно-поведенческий профиль пациента.

ВЫВОДЫ

1. Степень локального судорожного ответа и воспроизводимости боли в триггерных точках мышечной и сухожильно-мышечной локализации однотипны в обеих группах больных с ВНЧР.

2. Пациенты с психосоматической структурой личности и невропатической болью на начальном этапе лечения ВНЧР (группа Б) сохраняют более высокий уровень депрессии и неспецифических симптомов основного заболевания на протяжении двух лет лечения в пяти точках измерения по сравнению с пациентами с ненарушенной социальной адаптацией (группа А).

3. Сопоставимые показатели интенсивности боли, височно-нижнечелюстной индекс и степень нетрудоспособности на начальном этапе наблюдения через полтора-два года лечения становились статистически значимо различными ($p < 0,001$): в группе А достигнуты более хорошие показатели, а в группе Б отмечен менее продуктивный ответ на лечение.

4. Психосоматическую структуру личности пациента правомочно рассматривать в качестве психологического феномена, участвующего в формировании структуры патогенеза ВНЧР, и предрасполагающего самостоятельного клинического симптома, направляющего развитие заболевания в русло психосоматического расстройства.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

- Turner J.A., Dworkin S.F. Screening for psychosocial risk factors in patients with chronic orofacial pain: recent advances. *JADA*. 2004; 135 (8): 1119–1125. DOI: 10.14219/jada.archive.2004.0370.
- Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br. Med. J.* 2006; 77–78: 55–69. DOI: 10.1093/bmb/ldl008.
- Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M. et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol. Bull.* 2007; 133: 581–624. DOI: 10.1037/0033-2909.133.4.581.
- Slade G.D., Ohrbach R., Greenspan J.D. et al. Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OP-ERA studies. *J. Dent. Res.* 2016; 95 (10): 1084–1092. DOI: 10.1177/0022034516653743.
- Plesh O., Adams S.H., Gansky S.A. Temporomandibular joint and muscle disorder-type pain and comorbid pains in a national US sample. *J. Orofac. Pain.* 2011; 25 (3): 190–198. PMID: 21837286.
- Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ. 2002; 608 с. [Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. *Nevrozologiya i psikhosomaticheskaya meditsina*. (Neuroscience and psychosomatic medicine.) Moscow: MEDpress-inform. 2002; 608 p. (In Russ.)]
- Dubner R. Emerging Research on Orofacial Pain. *J. Dent. Res.* 2016; 95 (10): 1081–1083. DOI: 10.1177/0022034516661704.
- Harper D.E., Schrepf A., Clauw D.J. Pain Mechanisms and Centralized Pain in Temporomandibular Disorders. *J. Dent. Res.* 2016; 95 (10): 1102–1108. DOI: 10.1177/0022034516657070.
- Dworkin S.F., Sherman J.J., Mancl L. et al. Reliability, validity, and clinical utility of RDC/TMD Axis II scales: Depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. *J. Orofacial Pain.* 2002; 16: 207–220. PMID: 12221737.
- Ohrbach R., Turner J.A., Sherman J.J. et al. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Evaluation of Psychometric Properties of the Axis II Measures. *J. Orofacial Pain.* 2010; 24 (1): 48–62. PMID: 20213031.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An Out-patient Psychiatric Rating Scale—Preliminary Report. *Psychopharmacol. Bull.* 1973; 9 (1): 13–28. PMID: 4682398.
- Von Korff M., Ormel J., Keefe F.J. et al. Grading the severity of chronic pain. *Pain.* 1992; 50: 133–149. DOI: 10.1016/0304-3959(92)90154-4.
- Pehling J., Schiffman E., Look J. et al. Interexaminer reliability and clinical validity of the temporomandibular index: a new outcome measure for temporomandibular disorders. *J. Orofac. Pain.* 2002; 16 (4): 296–304. PMID: 12455430.
- Ohrbach R., List T., Goulet J.P., Svensson P. Recommendations from the International Consensus Workshop: Convergence on an Orofacial Pain Taxonomy. *J. Oral Rehabil.* 2010; 37 (10): 807–812. DOI: 10.1111/j.1365-2842.2010.02088.x.
- Dworkin S.F., Le Resche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J. Craniomandib. Disord.* 1992; 6: 301–355. PMID: 1298767.
- Роджерс Р.К. Искусство консультирования и терапии. Пер. с англ. О. Кондрашовой, Р. Кучкаровой, Т. Рожковой и др. М.: Апрель-Пресс, изд-во Эксмо. 2002; 976 с. [Rogers R. C. *The art of counseling and therapy*. Russ. ed.: *Iskusstvo konsul'tirovaniya i terapii*. Ed. by O. Kondrashova, R. Kuchkarova, T. Rozhkova et al. Moscow: April' Press, izd-vo Eksmo. 2002. 976 p. (In Russ.)]
- Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. Пер. с англ. В 2 томах. Под ред. А.М. Вейна. М.: Медицина. 1989. [Travell J.G., Simons D.G. *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1983. Russ. ed.: *Miofasiatsial'nye boli*. 2 Vol. Ed. by A.M. Veyn. Moscow: Meditsina. 1989. (In Russ.)]
- Окклюзия и клиническая практика. Под ред. И. Клиниберга, Р. Джагера. Пер. с англ.; Под ред. М.М. Антоника. М.: МЕДПресс-информ. 2006. 200 с. [Klineberg I., Jagger R.G. *Occlusion and clinical practice: An evidence-based approach*. 6th ed. Edinburgh: Wright. 2004. Russ. ed.: *Okklyuziya i klinicheskaya praktika*. Ed. by M.M. Antonik. Moscow: MEDPress-inform. 2006. 200 p. (In Russ.)]
- Слесарев О.В. Методика краниометрии томограмм височно-нижнечелюстного сустава человека. *Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии*. 2013; 4 (13): 4. [Slesarev O.V. Skull measuring methods in the analysis of temporomandibular joint tomography in man. *Vestnik rossiysskogo nauchnogo tsentra rentgenoradiologii*. 2013; 4 (13): 4. (In Russ.)]
- Слесарев О.В., Трунин Д.А., Байриков И.М. Когнитивно-поведенческая терапия височно-нижнечелюстных расстройств, осложнённых хронической болью: задачи, перспективы и ограничения. *Российский стоматологический журнал*. 2016; 20 (4): 205–209. [Slesarev O.V., Trunin D.A., Bayrikov I.M. Cognitive-behavioral therapy for temporomandibular disorder complicated by chronic pain: challenges, prospects and limitations. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2016; 20 (4): 205–209. (In Russ.)]
- Kindler S., Samietz S., Houshmand M. et al. Depressive and Anxiety Symptoms as Risk Factors for Temporomandibular Joint Pain: A Prospective Cohort Study in the General Population. *J. Pain.* 2012; 13 (12): 1188–1197. DOI: 10.1016/j.jpain.2012.09.004.
- Maixner W., Diatchenko L., Dubner R. et al. Orofacial pain prospective evaluation and risk assessment study: the OP-ERA study. *J. Pain.* 2011; 12 (11 Suppl): T4–T11.e2. DOI: 10.1016/j.jpain.2011.08.002.
- Ohrbach R., Dworkin S.F. The evolution of TMD diagnosis: past, present, future. *J. Dental Research*. 2016; 95 (10): 1093–1101. DOI: 10.1177/0022034516653922.