

На правах рукописи

САРГИСЯН

Анна Эрнестовна

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

14.01.14 - стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2014

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Научный руководитель: доктор медицинских наук, ассистент
Хачатурян Эмилия Эдуардовна

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Порфириадис Михаил Павлович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой ортопедической
стоматологии НОЧУ ДПО «Медицинский
стоматологический институт»
Сорокоумов Геннадий Львович

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой стоматологии
общей практики, стоматологии
терапевтической, стоматологии
детской ГБОУ ВПО «Пензенский
институт усовершенствования
врачей» Минздрава России
Еремина Наталья Вячеславовна

Ведущая организация: ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов».

Защита состоится « » _____ 2014 года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.120.01 при Институте повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства (125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, 91)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства (125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, 91)

Автореферат разослан « » _____ 2014 года

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук

Денищук И.С.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

ВВЕДЕНИЕ

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 нижнего отдела 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 нижнего отдела 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.

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.

Показано значение оценки психоэмоционального состояния больных с болевой дисфункцией ВНЧС для прогнозирования эффективности лечения данной патологии. Результаты исследования позволяют более дифференцированно проводить лечение больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, а также сократить сроки его проведения и повысить эффективность.

На основе 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. Разработанные рекомендации предложены для внедрения в лечебно-

профилактические учреждения с целью повышения эффективности лечения больных с болевой дисфункцией ВНЧС.

Основные положения, выносимые на защиту

- 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.

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

- 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 нижнего отдела лица, для сокращения сроков адаптации к длительному ортопедическому лечению и новому положению высоты прикуса.

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

- Выделенные предикторы эффективности 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 года (Протокол №12).

Внедрение работы

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.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на 98 страницах машинописного текста и состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Иллюстративный материал содержит 15

таблиц и 19 рисунков. Список литературы включает 184 источника, из которых 96 - на иностранном языке.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал, методы исследования и терапии

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 нижнего отдела 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 нижней трети лица, затруднения при открывании рта и пережевывании пищи, частые головные боли, ощущения заложенности уха, эмоциональную лабильность, тревогу, плохое настроение, нарушение сна (Рисунок1).

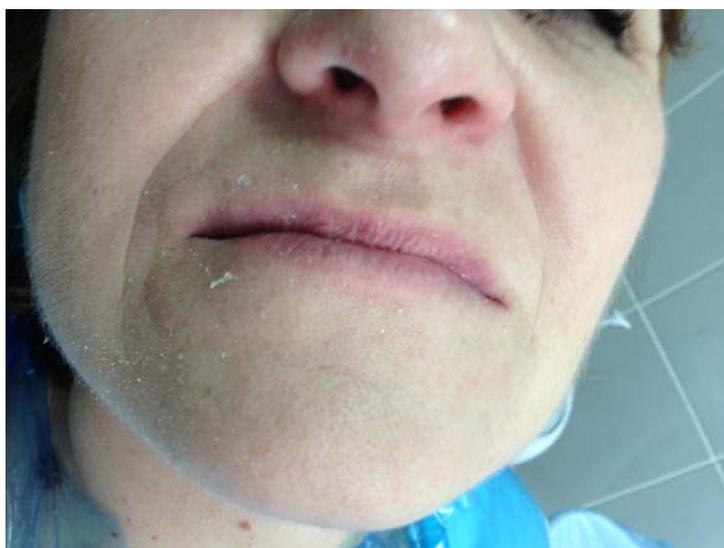


Рисунок 1 - Фотография нижней трети лица пациентки с болевой дисфункцией ВНЧС



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

Средний возраст обследованных составил $52,8 \pm 7,43$ года (от 30 до 64 лет). 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 % , 65 % (57 человек) работали. Длительность заболевания колебалась от 2 до 9 лет (в среднем $4,3 \pm 2,5$ года).

При обследовании пациентов 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 наличии искусственных протезов оценивали соответствие требованиям конструкции и технического изготовления их. Затем проводились дополнительные методы обследования: прицельная рентгенография зубов (по показаниям), ортопантомография челюстей, компьютерная томография ВНЧС, электромиографическое обследование жевательных мышц, магнитно-резонансная томография ВНЧС.

Интенсивность и характер болевых ощущений оценивались на основе визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) боли (Scrimshaw S.V., Maher C., 2001) и опросника боли MPQ (McGill Pain Questionnaire) (Melzack R., 1975).

Клинико-психопатологическое обследование включало в себя формализованную оценку психического статуса пациентов на основе Клинической шкалы (КШ) (Александровский Ю.А., 2007), а также следующие тесты: Сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ) (Зайцев В.П., 2004), Шкала депрессии Бека (Beck A.T., Steer R.A., 1989), Шкала тревоги Спилбергера (Spielberger C.D., 1970). Качество жизни (КЖ) больных оценивалось с помощью шкалы Nottingham Health Profile (NHP) (Hunt S. et al., 1981).

Поскольку у всех пациентов в анамнезе имелось снижение высоты нижнего отдела, 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 нижнего отдела 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 месяцев до начала проведения исследования.

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

До начала лечения все пациенты были сопоставимы по возрасту, уровню образования, характеру и интенсивности жалоб, состоянию полости рта и психологическим характеристикам (Таблица 1).

Таблица 1 - Распределение больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица, по возрасту, длительности заболевания, интенсивности жжения и психологическим характеристикам

Группы Характеристики	ОЛ (n=44)	ОЛ+ГрКПТ (n=44)
Средний возраст	48,6±4,92	47,9±
Длительность заболевания, лет	4,9±1,72	4,4±
Без высшего образования	5	4
Без высшего специального образования	12	1
С высшим образованием	7	1
Индекс депрессии Бека	18±2,52	20±
Паническая тревога	47±3,24	54±
Обсессивная тревога	59±4,31	56±

Методы лечения

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

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.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Повышение высоты нижнего отдела 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. 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 (Рисунок 3).

Рисунок 3 - Удельный вес респондеров и нонреспондеров в группе ОЛ 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 4).

Рисунок 4 - 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 5).

Рисунок 5 - 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 выше перечисленные методы исследования, был взят не случайно. Проводить оценку сразу после терапии не целесообразно, потому что повышение нижнего отдела 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.

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. Учитывая тот факт, что повышение нижнего отдела лица и следующая за ним перестройка мышечно-суставного аппарата ВНЧС сразу после окончания 1 этапа ортопедического лечения не наступает, результаты целесообразно учитывать спустя 1 месяц после начала проведения терапии (Рисунок 6).

Рисунок 6 - Удельный вес респондеров ОЛ и ОЛ+ГрКПТ после начала проведения терапии

Анализ полученных данных позволяет утверждать, что включение ГрКПТ в комплексное лечение больных с болевой дисфункцией ВНЧС, возникшей на фоне снижения нижнего отдела лица, существенно повышает эффективность лечения пациентов, а также, 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 7). Тем самым, проведение ГрКПТ приводит к уменьшению интенсивности болевых ощущений, достоверно более выраженному по сравнению с проведением только ОЛ.

Рисунок 7 - Динамика показателей ВАШ у больных с болевой дисфункцией ВНС после окончания всего курса лечения в группах ОЛ и ОЛ+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 ОЛ и ОЛ+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 ОЛ (Таблица 2).

Таблица 2 - 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 55,84,9 до 44,23,9 балла и с 64,74,3 до 56,64,6 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 3), что указывает на стойкость достигнутого терапевтического эффекта в ходе групповой когнитивно-поведенческой терапии.

Таблица 3 - 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.

Предикторы эффективности групповой когнитивно-поведенческой терапии

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 4).

Таблица 4 - Фоновые (до начала лечения) показатели у респондеров и нонреспондеров в психотерапевтической группе

Показатели	Респондеры	Нонреспондер ы
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 болевой дисфункцией ВНЧС, 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.

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

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

Комплексное исследование психологического статуса больных с болевой дисфункцией ВНЧС выявило: тревожный 22 %, депрессивный 68 %, ипохондрический 10 % синдромы различной степени выраженности (Рисунок 8).

Рисунок 8 - Модальные значения Клинической шкалы у больных с болевой дисфункцией ВНЧС

Все больные с болевой дисфункцией ВНЧС обнаруживали те или иные признаки психологической дезадаптации: с легкой психологической дезадаптацией (показатели по всем клиническим шкалам находятся в диапазоне 50-60 Т-баллов) – 63 % больных; с умеренно выраженной (показатели по одной или более клиническим шкалам в диапазоне 61-65 Т-баллов) - 25% больных; с выраженной психологической дезадаптацией (показатели по одной или более клиническим шкалам выше 65 Т-баллов) - 12 % больных (Рисунок 9).

Рисунок 9 - Распределение больных (%) в зависимости от степени психологической дезадаптации

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

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 нижнего отдела 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.

Для повышения эффективности лечения больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижнего отдела лица, для сокращения сроков адаптации пациентов к лечебным конструкциям в полости рта предлагается следующий алгоритм (Рисунок 10).

Рисунок 10 - Алгоритм проведения диагностических и лечебных мероприятий пациентам с болевой дисфункцией ВЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети лица

Настоящее исследование подтвердило целесообразность включения психотерапии в структуру комплексного лечения больных с болевой дисфункцией ВЧС. 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 ВЧС, 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, также происходит улучшение психоэмоционального состояния пациентов. Участие больных с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижнего отдела 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 терапии 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, а также привлечение 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

- Результаты исследования позволили оценить клиническое состояние больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица, и проанализировать составляющие патологического процесса ВНЧС. К развитию болевой дисфункции ВНЧС приводит широкий круг нарушений, среди которых можно выделить нарушения со стороны зубочелюстной системы, мышечного аппарата и психологических характеристик. Выявлено, что интенсивность болевых ощущений у пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, развивающейся на фоне снижения высоты нижней трети отдела лица, зависит от выраженности психических изменений: 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 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.

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

- 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.

- На основании проведенных исследований разработан алгоритм комплексного лечения больных с болевой дисфункцией ВНЧС, протекающей на фоне снижения высоты нижней трети лица, предлагающий лечение пациентов с умеренными и выраженными тревожно-депрессивными переживаниями проводить совместно с медицинским психологом.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Так как протеканию и развитию болевой дисфункции ВНЧС, сопровождающейся снижением высоты нижней трети лица, сопутствует нарушение психологического состояния пациентов, то на этапе планирования стоматологического лечения целесообразно также получить консультацию медицинского психолога.

- Учитывая длительность лечения, связанного с нормализацией высоты нижней трети лица, а также с необходимостью адаптации к новому положению зубных рядов, целесообразно включение в комплексное лечение пациентов групповой когнитивно-поведенческой терапии.

- Проведение групповой когнитивно-поведенческой терапии наиболее оправдано при лечении пациентов с умеренными и выраженными тревожно-депрессивными переживаниями.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Психологические особенности синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Караков К.Г., Хачатурян Э.Э., Саргисян А.Э., Темирболатова А.Х. //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. - №2. – С. 89-92.

2.Медико-психологические подходы к лечению больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / Караков К.Г., Хачатурян Э.Э., Саргисян А.Э. //Актуальные вопросы современной медицины / Сборник научных трудов по итогам межвузовской ежегодной заочной научно-практической конференции с международным участием. - Екатеринбург, 2014.- С. 215-218.

3. Неврологические расстройства в структуре развития синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава/ Караков К.Г., Хачатурян Э.Э., Саргисян А.Э., Еременко А.В. / /Материалы 49 всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии». – Ставрополь, 2014. – С.148-151.

4. Психологические особенности пациентов с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Хачатурян Э.Э., Саргисян А.Э., Темирболатова А.Х. // Медицинская наука: взгляд в будущее: материалы II межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2014. – С. 225-230.

5. Влияние психоэмоционального состояния больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава на эффективность

ортопедического лечения / К.Г. Караков, Э.Э. Хачатурян, А.Э. Саргисян, О.А. Соловьева, Еременко А.В., Власова Т.Н. // Клиническая неврология. – 2014. – № . – С. – .

6. Групповая когнитивно-поведенческая терапия в комплексном лечении больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / А.Э. Саргисян, К.Г. Караков, Э.Э. Хачатурян, А.В. Еременко, О.А. Соловьева, Оганян А.В. // Клиническая неврология. – 2014. – № . – С. – .

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВНЧС	– височно-нижнечелюстной сустав
ВАШ	– Визуальная аналоговая шкала
ГрКПТ	– групповая когнитивно-поведенческая терапия
КЖ	– качество жизни
КШ	– клиническая шкала
КТ	– компьютерная томография
МРТ	– магнито-резонансная томография
ЭМГ	– электромиография
ННР	– Ноттингемский профиль здоровья