

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЁННЫМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Слесарев О.В.¹

¹ ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, Самара, ул. Чапаевская, 89, e-mail: o.slesarev@gmail.com

Цель. Для определения степени влияния психологических феноменов и коммуникативных девиаций на патогенез височно-нижнечелюстных расстройств, осложнённых хронической болью, проведён контролируемый рандомизированный анализ 41-го клинического случая (18 % от общего числа наблюдений). **Материал и методы исследования.** Применяли исследовательские диагностические критерии височно-нижнечелюстных расстройств (ИДК ВНЧР) (Dworkin S.F., LeResche L., 1992) – ось II: оценка показателей по шкале SCL-90-R (Derogatis L.R., 1973) в модификации Dworkin S.F., LeResche L. (1992); оценка хронической боли по шкале GCPS (Van Korff M. et al, 1992); определяли височно-нижнечелюстной индекс (Pehling J. et al., 2002). Миофасциальные триггерные точки выявляли методом Travell J.G. and Simons D.G. (1989) и определяли степень выраженности локального судорожного ответа и воспроизводимость боли в баллах (искусственное провоцирование паттерна отражённых болей) по Клиниберг И., Джагер Р. (2006). До обследования проводили калибровку усилия пальцевого давления с помощью точных бытовых весов по Goulet J., Clark G., Flack V. (1993). Методом интервьюирования в рамках описательного подхода проведена клиническая диагностика психологических феноменов и коммуникативных девиаций по Rogers R. C. (2002). Для анализа визуализаций костных элементов височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) использована методика краниометрии томограмм ВНЧС (Слесарев О.В., 2013). **Выводы.** Характер клинических проявлений ВНЧР, осложнённых хронической болью, определяется когнитивно-поведенческим профилем пациента, а не степенью анатомо-функциональных нарушений в ВНЧС и мускулатуре. Когнитивно-поведенческий профиль является отражением аутентичного проекта психологической модели поведения в рамках пакета ценностей пациента и оказывает прямое влияние на степень нетрудоспособности и хронизации ВНЧР. Комплексная диагностика ВНЧР и мониторинг результатов терапии должны проводиться с использованием ИДК ВНЧР. Курацию пациентов необходимо проводить в клинике, обладающей соответствующим уровнем профессиональных компетенций.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав; височно-нижнечелюстные расстройства; когнитивно-поведенческая терапия; хроническая боль.

COGNITIVE-BEHAVIORAL PECULIARITIES OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS COMPLICATED BY CHRONIC PAIN

Slesarev O.V.

Samara State Medical University. 89 Chapayevskaya str., Samara, Russia, 443099, e-mail: o.slesarev@gmail.com.

Purpose. For the definition of the degree of influence of psychological phenomena and communicative deviations on the pathogenesis of temporomandibular disorders (TMDs), complicated by chronic pain, the randomized controlled analysis of 41 clinical cases has been conducted. **Research methods.** We used research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (S.F. Dworkin, L. LeResche, 1992) - Axis II: the assessment of indicators on the scale of SCL-90-R (L.R. Derogatis, 1973) modified by S.F. Dworkin, L. LeResche (1992); the assessment of chronic pain on the scale of GCPS (M. Van Korff M. et al, 1992); the temporomandibular index has been determined (J. Pehling et al., 2002). Myofascial trigger points have been revealed using the method taught by J.G. Travell and D.G. Simons (1989). The degree of manifestation of the local convulsive response and the reproducibility of pain using the point on the scale (artificial provoking of a pattern of reflected pains) according to I. Klineberg, R. Jagger (2006) have been determined. Before conducting the examination the calibration of the effort of finger pressure by means of accurate household scales according to J. Goulet, G. Clark, V. Flack (1993) was carried out. Using the method of interviewing within the descriptive approach there has been carried out the clinical diagnostics of psychological phenomena and communicative deviations according to R.C. Rogers (2002). For the analysis of visualisation of bone elements of temporomandibular joint (TMJ) the craneometria technique of tomograms has been used (O. V. Slesarev, 2013). **Conclusions.** The nature of clinical manifestations of TMDs complicated by chronic pain is determined by cognitive-behavioral peculiarities of the patient, but not the degree of anatomic-functional infringements in TMJ and muscles. The cognitive-behavioral peculiarities are the reflection of the authentic project of psychological model of behavior

within the limits of a package of values of the patient. It directly influences both the degree of disability and chronization of TMDs. Complex diagnostics for TMDs and monitoring of therapy results should be undertaken with the use of RDC TMDs. It is necessary for the patients to be treated in the clinic having the appropriate level of professional skills.

Keywords: temporomandibular joint, temporomandibular disorders, cognitive-behavioral therapy, chronic pain.

Боль в мускулатуре, определяющей движения нижней челюсти, которая ощущается как лицевая или головная боль, является наиболее распространённым хроническим болевым состоянием в челюстно-лицевой области. Эпидемиологические исследования LeResche L. (1997) показали, что примерно 10 - 20% взрослых людей испытывает достаточно сильную лицевую боль, требующую лечения. Формирование хронической боли в большей степени зависит от комплекса психологических факторов, нежели от характера и интенсивности периферического ноцицептивного воздействия [1].

Любая миалгия, первичная или вторичная по отношению к внутрисуставному поражению, приводит к изменению соотношения между верхней и нижней челюстью, и, значит, изменяет окклюзионные соотношения [10]. Travell J. G. et Simons D.G. [6] этот процесс характеризуют, как сложный психофизиологический феномен. Laskin D.M. [9] показал, что мышечная дисфункция может инициироваться и поддерживаться поведением больного. В этой связи актуальной в клинической практике является проблема маскированной депрессии, где хроническая боль выступает одной из масок депрессии, приводя этих пациентов чаще к терапевтам и неврологам, нежели к психиатрам [1]. Greene C.S. and Laskin D.M. [8], проведя анализ почти сорокалетнего исследования височно-нижнечелюстных расстройств (ВНЧР), продемонстрировали, что многие пациенты являлись приверженцами плацебо, применяемого в психотерапии. Изучение психосоциальных факторов, оказывающих влияние на соматические механизмы гомеостаза, позволяет провести многофакторный анализ патогенеза ВНЧР.

Цель работы – определить степень влияния психологических феноменов и коммуникативных девиаций на патогенез височно-нижнечелюстных расстройств, осложнённых хронической болью.

Материал и методы исследования. Проведено рандомизированное контролируемое исследование 41-го клинического случая у пациентов с ВНЧР, на фоне хронической боли (18% от общего числа наблюдений ВНЧР). Применяли исследовательские диагностические критерии височно-нижнечелюстных расстройств (ИДК ВНЧР), разработанные Dworkin S.F., LeResche L. (1992).

Методом интервьюирования в рамках описательного подхода проведена клиническая диагностика психологических феноменов и коммуникативных девиаций по Rogers R. C. [3]. Проведена оценка показателей по шкале депрессии и неспецифических психических симптомов SCL-90-R (Derogatis L.R., 1973) в модификации Dworkin S.F., LeResche L. (1992).

Болевую дисфункцию по степени выраженности оценивали по шкале GCPS (Van Korff M. et al, 1992). Степень функциональных нарушений в системе артикуляции определяли по височно-нижнечелюстному индексу (Pehling J. et al., 2002). В миофасциальных триггерных точках, выявляемых методом Travell J.G. and Simons D.G. [6], определяли степень выраженности локального судорожного ответа и воспроизводимость боли (искусственное провоцирование паттерна отражённых болей) в баллах по Клиниберг И., Джагер Р. (2006): - 0 (нет жалоб и рефлекторного ответа); - 1 (слабые ощущения, нет рефлекторного ответа); - 2 (умеренная боль, пациент вздрагивает или морщится); - 3 (сильная боль, пациент отдёргивается).

Перед пальпаторным обследованием проводили калибровку усилия пальцевого давления с помощью точных бытовых весов по Goulet J., Clark G., Flack V. (1993).

Методом прицельной линейной томографии в боковой проекции проведена визуализация костных элементов височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [2]. Для анализа визуализаций использована методика краниометрии томограмм ВНЧС [3].

Результаты исследования и их обсуждение. По нашим данным 92 % первично обратившихся пациентов с проблемами в области ВНЧС имеют признаки хронического течения заболевания. В большинстве случаев они не могут чётко связать начало, длительность и причины заболевания с какими либо временными и этиологическими факторами. Основные причины первого визита к врачу: болевой синдром (75 % - обращений), нарушение функции (25 % - обращений) и сочетание боли с крепитацией диска. Прослеживается эффект кумуляции тяжести заболевания с поэтапным переходом функциональных нарушений в соматические.

В нашем исследовании рентгенологические признаки дегенеративно-дистрофического поражения костных структур ВНЧС выявлены в 66,47% случаев (артрит - 10,42%; артроз - 16,89%; деформирующий артроз - 37,16%) (Диаграмма 1). Количество пациентов с выявляемыми рентгенологически нарушениями функциональной активности суставов превышает таковое с аналогичным направительным клиническим диагнозом. Так, при линейной томографии признаки привычного переднего подвывиха и вывиха суставной головки обнаружены у 42,57% обследованных лиц. В то время как при направлении на исследование эта группа составляла 16,5% от общего количества пациентов. Признаки ограничения подвижности суставных головок выявлены в 44,26 % случаев. Кроме больных с клиническими проявлениями ограничения подвижности ВНЧС в эту группу вошли лица с артрозами суставов. При этом степень выраженности гипомобильности суставной головки проявлялась ограничением ее подвижности при открывании рта от незначительного до уровня $\frac{1}{2}$ или $\frac{3}{4}$ высоты заднего ската суставного бугорка и до полной неподвижности. В

большинстве случаев имеется сочетание функциональных нарушений с признаками поражения кости.

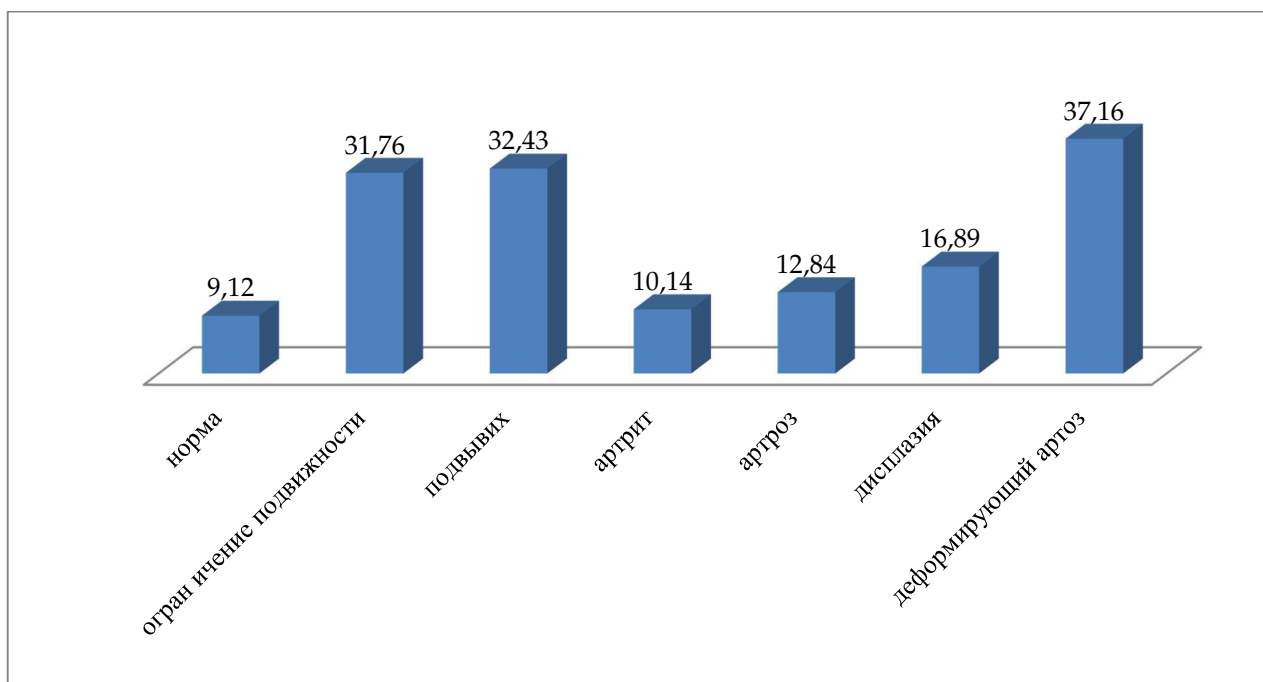


Диаграмма 1. Рентгеносемиотика поражений ВНЧС по данным линейной томографии

Проблемы любого генеза в системе артикуляции всегда затрагивают интересы мускулатуры, будь то стоматологические, психоневрологические или ятрогенные. Мускулатура, определяющая движения нижней челюсти, является ключевым системообразующим критерием артикуляционной нормы и обязательным участником в комплексе причинно-следственных взаимосвязей этиологии миофасциальной боли [7; 10]. Мы выявили топографию миофасциальных и сухожильно-мышечных триггерных точек (ТТ) по специфическим критериям, согласно Travell J.G. and Simons D.G. [6], у всех обследуемых (Таблица 1). Среди этих критериев важное диагностическое значение имеют два показателя - это степень выраженности локального судорожного ответа и воспроизводимость боли, которые характерны только для миофасциальной и сухожильно-мышечной триггерной точки. Оба типа ТТ, как правило, выявляются содружественно, но с разной степенью встречаемости. Таблица 3. Средние показатели шкалы оценки степени локального судорожного ответа и воспроизводимости боли триггерных точек миофасциальной и сухожильномышечной локализации в баллах по Клиниберг И., Джагер Р. (2006), в группах А и Б при нарушении фронтальной направляющей (НФН), компенсированной окклюзионной нестабильности (КОН) и декомпенсированной окклюзионной нестабильности (ДОН). n – количество пациентов.

Таблица 1

Средние показатели шкалы оценки степени локального судорожного ответа и воспроизводимости боли триггерных точек миофасциальной и сухожильномышечной

локализации в баллах по Клиниберг И., Джагер Р. (2006)

Область исследования	Нозологические группы пациентов (n = 41)		
	НФН (А, n = 11)	КОН (n = 21) А – 15; Б – 6	ДОН (Б, n = 9)
m. temporalis	0	0	1
m. masseter	1	2	3
m. pterygoideus lat.	2	2	3
m. geniohyoideus	0	1	1
m. sternocleidomastoideus	0	0	1
Показатель в баллах	≥ 3	≥ 5	≥ 9

*в группах А и Б при нарушении фронтальной направляющей (НФН), компенсированной окклюзионной нестабильности (КОН) и декомпенсированной окклюзионной нестабильности (ДОН). n – количество пациентов.

У 17 % пациентов височно-нижнечелюстные расстройства осложняются хронической болью и проявляются как симптомокомплекс на фоне психологических девиаций. Мы исследовали характер девиаций поведения этих пациентов. Выявили феноменологические дисфункции, маскирующиеся жалобами на другие проблемы, в т.ч. ятрогенного генеза. По характерологическим признакам психологических феноменов и коммуникативных девиаций больных распределили на группы А и Б (Таблица 2).

Таблица 2

Характер клинических проявлений психологических феноменов и коммуникативных девиаций у пациентов с ВНЧР с хронической болью

Ведущий симптомокомплекс	Тип поведения	Тип отношения к болезни	Ценностный пакет	Характер формирования и трансляции боли
Группа А (n = 26)	Социальная адаптация не нарушена	Гармоничный, эргопатический, анозогнозический	Мотивация на решение проблемы	Ноцицептивная боль
Группа Б (n = 15)	Соматизация на фоне ментальной ригидности	Интрапсихическая направленность. Болезнь как аутентичный проект психологической модели поведения, реализующий невротическую потребность.	Мотивация на демонстрацию проблемы в рамках проекта, рентные требования.	Невропатическая боль

* n – количество пациентов.

Группа «А», 63% от анализируемых случаев, – пациенты с проявлением девиаций поведения на уровне феномена и с соматическими проблемами (нейровегетативный или

окклюзионный дисбаланс, ятрогения). По типу психологического реагирования на заболевание они относятся к гармоничному, эргопатическому или анозогнозическому типам. Выявляемые у них клинические феномены показывают, что их социальная адаптация существенно не нарушена. По классификации GCPS (Van Korff M. et al, 1992) в этой группе мы выявили I и II степень нетрудоспособности с низкой интенсивностью боли - ($CPI \leq 50$). Характер механизма формирования и трансляции боли мы определили как ноцицептивный. По шкале SCL-90-R показатели депрессии соответствуют норме ($< 0,535$), а неспецифические симптомы психических нарушений, включая боль, имеют нормальное и среднее значения ($0,500 < 1,000$) (Таблица 3).

Таблица 3

Показатели ИДК ВНЧР (ось II) у пациентов группы А и Б, при первичном обследовании

Показатель	Группа А (n 26)	Группа Б (n 15)	Пограничные значения А/Б
1. SCL-90-R Депрессия Неспецифические психические симптомы	$< 0,535$ $0,500 < 1,000$	$0,535 - 1,105+$ $0,500 < 1,000$	
2. GCPS – Интенсивность боли - CPI Нетрудоспособность (степень)	42 I – II степень	75 III – 4 степень	0,7-67 / 37-100
3. Temporomandibular index	0,36	0,44	0,3-0,43/0,28-0,65

* n – количество пациентов

Группа «Б», 37% от анализируемых случаев, – пациенты с соматическими и психосоматическими проблемами с проявлением девиаций поведения на уровне симптома, причём у 20% из них выявляется состояние атрибуции (тревожность, ипохондрия, неврастения, ятрогения, рентные требования). Это наиболее тяжёлая группа пациентов, которые обратились самостоятельно после нескольких попыток лечения в других клиниках, и от общего числа всех наших наблюдений составили 6%. Тип реагирования на болезнь интрапсихической направленности на фоне артикуляционных проблем с пониженным порогом восприятия боли. По классификации GCPS в этой группе мы выявили третью и четвёртую степень выраженной нетрудоспособности с высокой интенсивностью боли ($CPI \geq 50$). Характер механизма формирования и трансляции боли мы определили как невропатический. Боль имеет персистирующий характер и большую длительность. Выявляются сенсорные феномены: парестезии и дизестезии – вызванные дислокацией и ущемлением диска, которые клинически проявляются жалобами пациента на потерю чувствительности или покалывание кожных покровов в области латерального полюса головки ВНЧС и передней половины ушной раковины. Эти проявления делятся от нескольких

секунд до нескольких дней. По шкале SCL-90-R выявлена депрессия средней и тяжёлой степени тяжести (0,535 – 1,105 и более), неспецифические психические симптомы в пределах – 0,500 до < 1,000.

Функциональные изменения в ВНЧС у пациентов группы Б приводят к несоразмерной фиксации этих ощущений, их патологической переработке. Постоянно думая о болезни, они ищут её проявления и требуют изготовления новых ортопедических конструкций, либо настаивают на бесконечных коррекциях имеющихся. Они не мотивированы на лечение, находятся в постоянном ожидании бесполезности и даже невозможности обрести комфортное состояние. Для этой феноменологической группы характерно, по точному замечанию А. Менегетти [2]: «проявление комплекса ментальной ригидности, приобретённого в детстве». Болезнь служит выражением некоего аутентичного проекта психологической модели поведения, основная ценностная установка которой: не решение проблемы, а демонстрация проблемы. «В первую очередь эти трудности сваливаются на людей с расстройствами эмоциональной сферы, «невротиков», потому что, во-первых, у них испорчена коммуникация с самими собой, и, во-вторых, результатом этого является нарушение коммуникации с другими»: Carl R. Rogers [3]. Важно диагностировать этот аутентичный проект психологической модели пациента, который пациент реализует в рамках своего пакета ценностей. Таким образом, согласуясь с теорией К. Хорни (2013), у пациентов группы Б мы наблюдаем трансформацию невротических склонностей в невротические потребности.

Заключение

Проведённое исследование показало, что характер клинических проявлений ВНЧР, осложнённых хронической болью, определяется когнитивно-поведенческим профилем пациента, а не степенью анатомо-функциональных нарушений в ВНЧС и мускулатуре. В обеих группах при визуализации ВНЧС выявлены однотипные изменения дизайна структуры и формы костных элементов. Оценка степени выраженности субъективных и объективных симптомов ВНЧР по височно-нижнечелюстному индексу, также показала схожесть данных в обеих группах и согласуется с данными визуализации ВНЧС, имея незначительные расхождения. В группе А по шкале соматизации преимущественно выявляются неспецифические симптомы психических нарушений, а в группе Б доминирует симптоматика депрессивных и вегетативных симптомов.

В обеих группах преобладает вторичный тип боли, а в группе Б с чёткими негативными психологическим и вегетативными проявлениями. Степень тяжести хронической боли определяется когнитивно-поведенческим профилем пациента, который, в

большой степени, определяет степень нетрудоспособности и соответствует проекту психологической модели поведения в рамках аутентичного пакета ценностей пациента.

Таким образом, когнитивно-поведенческий профиль пациентов с височно-нижнечелюстными расстройствами, осложнёнными хронической болью, определяет характер жалоб и степень нетрудоспособности. Комплексная диагностика и мониторинг результатов терапии должны проводиться с использованием ИДК ВНЧР. Основной круг задач определяется тем, что стоматолог имеет дело не с локальной клинической ситуацией в полости рта, а с проблемой реализации того, что для пациента является действительно важным, т.е. с психологическим внутриличностным конфликтом ценностей пациента. Поэтому, курацию пациентов необходимо проводить в клинике, обладающей соответствующим уровнем профессиональных компетенций. Когнитивно-поведенческая терапия приобретает роль основного фактора, влияющего на перспективы терапии этой категории больных.

Список литературы

1. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. чл.-корр. РАМН А.М. Вейна. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 368 с.
2. Менегетти А. Психосоматика / Пер. с итальянского Словянской ассоциации Онтопсихологии. – М.: ННБФ «Онтопсихология», 2002. – 328 с.
3. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии // Пер. с англ. О. Кондрашовой, Р. Кучкаровой, Т. Рожковой, Ю. Овчинниковой, Г. Пимочкиной, М. Злотник. – М.: Апрель Пресс, изд-во Эксмо, 2002. – 976 с.
4. Слесарев О.В. Анатомическое обоснование и клинико-рентгенологический опыт использования индивидуального анатомического ориентира при визуализации височно-нижнечелюстного сустава человека методом линейной томографии. Вестник рентгенологии и радиологии. – 2014. – № 3. – С. 46-51.
5. Слесарев О.В. Методика краниометрии томограмм височно-нижнечелюстного сустава человека. Вестник российского научного центра рентгенодиагностики (электронный журнал) // vestnik.ncrr.ru/vestnik/v13/papers/Slesarev_v13.htm.
6. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. – М.: «Медицина». – 1989. – Т. 1. – 608 с. Под редакцией А.М. Вейна. Перевод с английского.
7. Dworkin S.F. Behavioral characteristics of chronic temporomandibular disorders: diagnosis and assessment. In: Sessle B.J., Bryant P.S., Dionne R.A., (eds). Temporomandibular Disorders and Related Pain Conditions. Seattle, WA: IASP Press, 1995.

8. Greene C.S., Laskin D.M. “Temporomandibular Disorders: Moving to a Medically Based Model”, “J. Dent. Res. 79(10): 1736 – 1739, 2000.
9. Laskin D.M. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. // J. Am. Dent. Assoc.–1969. –79. –P. 147 – 153.
10. Okeson J.P. Management of temporomandibular Disorders and Occlusion. - MOSBY, 1998. Fourth Edition. 638 p., 785 ill.

Рецензенты:

Потапов В.П., д.м.н., профессор, декан стоматологического факультета ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Самара;
Ковшова О.С., д.м.н., доцент, заведующая кафедрой медицинской психологии и психотерапии, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара.