

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЯМИ ВНЧС И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

М.А. Бунина, Е.В. Плотников

Белорусский государственный медицинский университет

Лечение и диагностика пациентов с болезнями височно-нижнечелюстного сустава давно уже выходит за рамки проблем только врачей стоматологов. Эффективным подходом к лечению болезней ВНЧС является мульти дисциплинарная клиническая модель с обязательным участием врачей психологов и психотерапевтов.

Так по данным ВОЗ, распространённость неврозов за последние 65 лет выросла в 24 раза, а психических заболеваний в 16 раз. Массовые эпидемиологические обследования Г.К. Ушакова обнаружили различные формы невротических расстройств у подавляющего числа людей [4].

Основная трудность диагностики состоит в дифференциации пограничных (неврозы, скрытая депрессия, психопатии) и психосоматических расстройств как отдельных клинических форм, а также в проведении границы между ними и нормой [2,3].

Обследование пациентов с жалобами на боли в области ВНЧС и жевательных мышц начинали со сбора анамнеза. Как правило, пациенты рассказывали о болях в области ВНЧС подробно,

спокойным тоном, стараясь помочь врачу разобраться в своем состоянии. Они отмечали наличие болей в области одного или обоих ВНЧС, указывали на затрудненное открывание рта и т.д. Однако в некоторых случаях пациенты эмоционально описывали свои ощущения, прибегая к довольно необычным сравнениям. Например, «в голове высоковольтная линия», «есть невозможно, так как во рту ощущение мелких волосков», «удушье в гортани», «набитость и барахтанье в щеке», «словно кролику затащили уши на затылке и завязали на узел» и т.д. Иногда, пациенты отмечали наличие болей в других частях тела — желудке, кишечнике, сердце, позвоночнике. При этом они отмечали, что боли «ужасные», «сводят с ума», «как лом загнали в желудок».

При любом характере жалоб объективное обследование пациента начинали с внешнего осмотра. Оценивали симметричность, а также высоту нижнего отдела лица. Пальпацией таких жевательных мышц как *m. masseter*, *m. temporalis*, *m. pterygoideus lateralis*, *medialis*, как правило, выявляли очаги болезненности и уплотнения. При пальпации головок ВНЧС могли определить различную их экскурсию как нормальную, так и избыточную или пониженную, а также наличие шумовых явления в виде щелчков или крепитации. При осмотре зубов и зубных рядов можно было наблюдать ряд изменений, которые могли привести к болевой дисфункции ВНЧС: это дефекты зубных рядов, разрушение клинической коронки жевательных зубов (ИРОПС > 0.8); реставрацию зубов композитными материалами без учета клинической ситуации; наличие протезов или пломб, нарушающих окклюзионные взаимоотношения зубных рядов; физиологическую или патологическую неравномерную стертость окклюзионной поверхности зубов; неграмотно проведенное ортодонтическое лечение; зубочелюстные аномалии. Все вышеперечисленные состояния приводят к окклюзионным нарушениям, а значит изменяют топографию внутрисуставных элементов ВНЧС и нарушают координированную работу жевательных мышц.

Применение дополнительных методов исследования (ортопантомография, панорамная зонаграфия, спиральная КТ, МРТ), давали нам возможность с высокой степенью достоверности оценить взаимоотношения элементов сустава, выявить наличие костной патологии суставной головки нижней челюсти и височной кости. Для оценки состояния жевательных мышц применяли метод электромиографии, позволяющий оценить изменение амплитуды и частоты БА на ранних стадиях патологического процесса. Использование вышеуказанных высокоинформативных методов диагностики выявляли у пациентов анатомо-физиологические изменения и в сочетании с клиническими проявлениями позволяли предположить, что боли в ВНЧС являются следствием окклюзионных нарушений. Это давало возможность приступить к патогенетическому лечению, которое включало медикаментозное, физиотерапевтическое, а также ортопедическое лечение. Ортопедическое лечение состояло из подготовительного и окончательного этапов. На первом этапе стремились нормализовать пространственное положение нижней челюсти, создать оптимальное положение внутрисуставных элементов ВНЧС и восстановить координированную функцию жевательных мышц путем применения временных ортодонтических аппаратов. На втором этапе осуществляли протезирование съемными и несъемными конструкциями протезов. Лечение пациентов с болями в области ВНЧС, связанные с нарушениями окклюзии, как правило, не представляло особой сложности. Чаще всего психологическая и функциональная адаптация к аппаратам проходила в короткие сроки. Лечение заканчивали проведением ортопедических вмешательств по восстановлению целостности зубов и зубных рядов [1].

Однако события по описанному выше алгоритму развивались не всегда. У части пациентов проводимое подготовительное лечение с использованием ортодонтических аппаратов не приносило желаемого результата и приобретало затяжной характер. Лечение сводилось к бесконечным коррекциям аппаратов по наращиванию высоты в одном месте или шлифовке в другом. При этом локализация болей и жалобы менялись после каждой коррекции. Пациенты жаловались на «гул зубов», «во рту дрова», «проглотила лом», «каппы выросли опять», «внутренности мучаются» и т.д. Иногда жалобы носили противоречивый характер «мешает точка между зубами 24 и 25, а возможно клык противоположной стороны выворачивает челюсть». Зачастую пациенты отмечали плохое самочувствие, усиление болей в период стрессовых ситуаций, ухудшение или отсутствие сна. ПереклЮчить, скорректировать этих пациентов в процессе лечения обычно не удавалось. Такие пациенты старались сразу же брать инициативу в свои руки, настойчиво навязывая или даже диктуя врачу свои рекомендации по лечению. Если врач не соглашался с ними и продолжал отстаивать свою

точку зрения, то это вызывало у них чувство недоверия к врачу, и сомнения в положительном исходе лечения. Они настойчиво обращались во всевозможные инстанции с жалобами и заявлениями о необходимости административных расследований для пресечения «беспорядков». Обвиняли врачей в халатности и ухудшении их состояния в результате «неправильного лечения», иногда обращались в суды, требуя наказания виновных. Подобное поведение не давало возможности успешно закончить начатое лечение ВНЧС. При этом демонстрация положительных результатов контрольных обследований ни в чем не убеждало пациентов, а наоборот вызывало подозрение в фальсификации данных. В подобных случаях показана консультация врача психотерапевта. Консультация врача данного профиля была необходима и пациентам с нормальным психоэмоциональным статусом, у которых боли в области ВНЧС удерживались в течение длительного времени и наблюдалась диссоциация между данными обследований и субъективными ощущениями. При приеме пациента с болями в ВНЧС необходимо иметь ввиду то обстоятельство, что вероятнее всего он прошел через ситуации, когда врач не верил ему, так как данные объективных исследований были в пределах нормы. Пациент не верил врачу, что тот все сделал правильно, иначе ему бы не болело. Некоторые пациенты организовывали свое поведение согласно алгоритма «убийство корифея», при котором неудовлетворенный результатами лечения, искал специалистов все более высокой квалификации. При этом он оставался недовольным работой каждого из них. Следовательно, почти каждый пациент, пришедший на консультацию к психотерапевту, имеет в глубине души, а иногда и открыто высказывает сомнения в том, что его боли являются следствием нарушенного нервно-психического состояния. Отдельные пациенты приходят на прием с принципиальными сомнениями в возможностях официальной медицины в целом. С методологических позиций плохо, что пациент попадает к психотерапевту с сомнениями в отношении возможностей излечиться. В некоторых зарубежных странах в работе используют интегративный подход, когда пациента принимают врач стоматолог, психотерапевт или психолог и социальный работник. В данном случае вероятность «хождения по мукам» значительно снижается, и результаты лечения будут лучше. Важнейшим условием получения положительного лечебного результата является установление с пациентом благоприятного эмоционального контакта. В этом вопросе нет мелочей. При этом имеют значение внешность врача, доброжелательная манера говорить, опыт работы, уровень профессиональной подготовки, наличия интеллекта и чувства юмора, умения доброжелательно общаться на вербальном и невербальном уровне. Тщательно собираем анамнез жизни пациента, его профессиональную подготовку, характер выполняемой работы, социальное и имущественное положение. Уделяем внимание семейному положению, наличию или отсутствию детей, жилищным условиям. Особенно внимательно изучаем характер внутрисемейных взаимоотношений. Нас интересует наличие и продолжительность конфликтов между пациентом и членами семьи, каким образом и по чьей инициативе разрешаются конфликты и что конкретно предпринимает для предотвращения конфликтов. Обязательно расспрашиваем пациента о его родителях — возраст, профессия, образование и главное — просим описать характер матери и отца, их проявлениях в детстве пациента (2–7 лет для девочек и 3–9 лет у мальчиков). В указанные возрастные периоды у ребенка на основе импринтинга формируется полоролевое поведение. Оно в значительной степени определяет характер межличностных взаимоотношений пациента в последующие периоды жизни. Очень внимательно изучаем вопрос о типе воспитания, через который прошел пациент — доминирующий (авторитарный), анархический, «ребенок-кумир», гиперсоциализирующий, демократический. Выясняем, любили пациента или нет, особенно тогда, когда в семье был еще один ребенок. Каким образом наказывали и за что, использовали физические наказания или нет. Изучаем социометрический статус пациента в детском саду: начальных, средних и старших классах школы. И если пациент был отверженным детским коллективом, то выясняем причину этого положения. Отверженность детьми чаще всего формирует неуверенность в себе, которая часто приводит к появлению у ребенка психосоматических расстройств. Пациенты отмечали, что в детстве они часто болели гастритом, простудными заболеваниями, дискинезиями в различных отделах пищеварительной системы, нейроциркуляторной дистонией. Нас также интересовало: какие школьные предметы любил и к каким дисциплинам относился отрицательно. Очень важно было определить соответствует ли полученное в дальнейшем образование типу высшей нервной деятельности (ВНД) пациента. На это обстоятельство обращаем внимание при анализе соответствия характера выполняемой пациентом работы особенностям его (ВНД).

В лечебной работе нами чаще всего использовался методологический подход В.М. Бехтерева: 1. Рациональная психотерапия. 2. Гипноз. 3. Социально-психологическая адаптация. Второй пункт триады мы почти всегда расширяли до мульти модального, когда в работе с пациентом использовали не один метод, а осуществляли компиляцию из разных методик и находили оптимальное их сочетание, что давало более надежные результаты. Для успешного лечения болей в ВНЧС обычно бывает достаточно краткосрочной психотерапии (по Доморацкому В.А. 2008) 20–24 сеансов. Но чаще всего нами проводилось 10–12 сеансов (базовый курс), в течение которого каждого пациента обучали аутогенной тренировке по разработанной нами методике. Дальнейшую работу по устранению болей в ВНЧС и других психосоматических расстройств осуществляли совместными усилиями. Пациент изредка приходил на прием к психотерапевту, а в основном (2–3 раза в день) работал самостоятельно. Следует подчеркнуть, что мы крайне редко выходили за рамки количества сеансов, рекомендованных в литературе.

В организации работы по социально-психологической адаптации пациента мы опирались на современные представления о патогенетических механизмах развития психосоматического расстройства у каждого конкретно. Иногда встречались с членами его семьи (если они шли на встречу), но чаще вырабатывали толерантность по отношению к психо травмам и различным обстоятельствам, не устраивающих пациента.

Заключение. Своевременное выявление и коррекция поведенческого статуса улучшает качество жизни самого пациента и его окружения , а в некоторых случаях является более эффективным чем применение других методов лечения. Задача стоматолога — провести диагностическое обследование ВНЧС и контролировать местное лечение как элемент комплексного.

Литература.

1. Бунина М. А., Ермаков Р. А. Особенности ортопедического лечения миофасциального болевого синдрома. - Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии»./Сборник трудов, посвящённый 50-лет. стоматологического факультета БГМУ.
2. Гаврилов Е.И., Пантелеев В.Д. Клинические формы парафункции жевательных мышц. Стоматология. – 1987. - с.40-43
3. Трезубов В.Н., Быстрова Ю.А., Булычева Е.А. и др. Парафункции жевательных мышц (клиническая картина, диагностика, лечение) : учеб. пособие. - Ст-Петербург, 2003. – 35 с.
4. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / М : Медицина. – 1987. – 400 с.