

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Болевые ощущения в области височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с психосоматическими расстройствами, не имеющие под собой соматической основы, часто приводят к диагностическим ошибкам и нерациональному лечению. Статья посвящена сотрудничеству врачей-стоматологов с психологами и психотерапевтами при лечении данной патологии.

В практике стоматологов-ортопедов, работающих в различных медицинских учреждениях как у нас в стране, так и за рубежом встречаются пациенты с трудно устранимой, даже некурабельной болью в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС). Изучению этиологии и патогенеза данного заболевания посвящены многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов. В настоящее время выделяют 2 основных направления в развитии болезней ВНЧС: окклюзионное, в генезе которого лежат окклюзионные нарушения, и психосоматическое, основанное на нарушении функции нейро-мышечной регуляции под влиянием хронического стресса или острой психотравмы.

Обследование начинали со сбора анамнеза. Как правило, пациенты рассказывали о боли в области ВНЧС подробно, спокойным тоном, стараясь помочь врачу разобраться. Они отмечали наличие боли в области одного или обоих ВНЧС, указывали на затрудненное открывание рта, а также быструю утомляемость жевательных мышц во время приема твердой пищи или длительного разговора. 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 затянули уши на затылке и завязали на узел» и т. д. Иногда пациенты отмечали наличие боли в других частях тела – желудке, кишечнике, сердце, позвоночнике, при этом они утверждали, что боли «ужасные», «сводят с ума», «как лом загнали в желудок», «живот горит и кричит, не дает возможности ни спать, ни жить» и т. д.

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. pterigoideus lateralis*, *medialis*, как правило, выявляли очаги болезненности и уплотнения. При пальпация головок ВНЧС могли определить различную их экскурсию – как нормальную, так и избыточную или пониженную, а также наличие шумовых явлений в виде щелчков или крепитации. При осмотре зубов и зубных рядов можно было наблюдать изменения, которые могли привести к болевой дисфункции ВНЧС: 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 перечисленные состояния приводят к окклюзионным нарушениям, которые способствуют смещению нижней челюсти в вынужденное положение, а значит, изменяют топографию внутрисуставных элементов ВНЧС и нарушают координированную работу жевательных мышц.

Применение дополнительных методов исследования (ортопантомография, панорамная зонография, спиральная КТ, МРТ), давало 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 биоэлектрической активности на ранних стадиях патологического процесса. С использованием указанных высокоинформативных методов диагностики выявляли анатомо-физиологические изменения, что в сочетании с клиническими проявлениями позволяло предположить, что боль в ВНЧС является следствием окклюзионных нарушений. Это, в свою очередь, давало возможность приступить к патогенетическому лечению, которое включало следующие компоненты: медикаментозное (нимесил, ортофен и т. д.), физиотерапевтическое (ультрафонофорез с гидрокортизоном, инфракрасное лазерное излучение и т. д.), а также ортопедическое.

Ортопедическое лечение состояло из подготовительного и окончательного этапов. На первом этапе мы 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 болью в области ВНЧС, связанной с нарушениями окклюзии, как правило, не представляло особой сложности. Чаще всего психологическая и функциональная адаптация к временным ортодонтическим аппаратам проходила в короткие сроки. Лечение заканчивали проведением ортопедических вмешательств по восстановлению целостности зубов и зубных рядов. При правильно выполненном лечении у пациентов исчезали прежние жалобы; кроме того, они получали от специалистов рекомендации по профилактике болезней ВНЧС и правилам ухода за протезами.

Однако события по описанному алгоритму развивались не всегда. У части пациентов 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 при шлифовке в другом, при этом локализация боли 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, возможно, клык противоположной стороны выворачивает челюсть». Зачастую пациенты отмечали плохое самочувствие, усиление боли в период стрессовых ситуаций, ухудшение или отсутствие сна. Переключить, скорректировать таких пациентов в процессе лечения обычно не удавалось; они старались сразу брать инициативу в свои руки, настойчиво навязывая или даже диктуя врачу рекомендации по лечению. Если врач не соглашался и продолжал отстаивать свою точку зрения, это вызывало недоверие к врачу и сомнения в положительном исходе лечения. Подобные пациенты критиковали все и подчас в оскорбительной и даже грубой форме. Они настойчиво обращались во всевозможные инстанции с жалобами и заявлениями о необходимости административных расследований для пресечения «беспорядков», обвиняли врачей в халатности и ухудшении состояния в результате «неправильного лечения», иногда обращались в суды, требуя наказания виновных. Подобное поведение не давало возможности успешно закончить начатое лечение. При этом демонстрация положительных результатов контрольных обследований ни в чем не убеждала пациентов, а наоборот, вызывала подозрения в фальсификации данных. В подобных случаях была показана консультация врача-психотерапевта. Консультация специалиста данного профиля необходима и пациентам с нормальным психоэмоциональным статусом, у которых боль в области ВНЧС удерживалась в течение длительного времени и наблюдалась диссоциация между данными обследования и субъективными ощущениями.

При приеме врачом-психотерапевтом пациента с болью в ВНЧС необходимо иметь в виду то обстоятельство, что он, вероятнее всего, прошел через ситуации, когда врач ему не верил, поскольку данные объективных исследований были в пределах нормы. Пациент не верил врачу, что тот все сделал правильно, иначе у него бы не болело. Некоторые организовывали свое поведение согласно алгоритму «убийство корифея»: пациент, неудовлетворенный результатами лечения, искал специалистов все более высокой квалификации, при этом оставался недоволен 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 боль является 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 возможность излечения.

В некоторых зарубежных странах в работе используют интегративный подход: пациента принимают врач-стоматолог, психотерапевт или психолог и социальный работник. В таком 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 имеет значение внешность врача, доброжелательная манера говорить, опыт работы, уровень профессиональной подготовки, наличие интеллекта и чувства юмора, умение доброжелательно общаться на вербальном и невербальном уровне. Врач тщательно собирает анамнез жизни пациента, уточняет особенности профессиональной подготовки, характер выполняемой работы, социальное и имущественное положение; уделяет внимание семейному положению, наличию или отсутствию детей, жилищным условиям. Особенно внимательно изучает характер внутрисемейных взаимоотношений: наличие и продолжительность конфликтов между пациентом и членами семьи, каким образом и по чьей инициативе они разрешаются, как чувствует себя пациент после конфликта и что конкретно предпринимает для их предотвращения. Обязательно расспрашиваем пациента о родителях: возраст, профессия, образование и главное – просим описать характер матери и отца, их проявления в детстве пациента (2–7 лет для девочек и 3–9 лет для мальчиков). В указанные возрастные периоды у ребенка на основе импринтинга формируется поло-ролевое поведение, которое в значительной степени определяет характер межличностных взаимоотношений в последующие периоды жизни. Интересуемся характером конфликтов между родителями и из-за чего они происходили: финансов, воспитания детей, ревности, злоупотребления спиртными напитками, неверности одного или обоих, стремления к доминированию одного из супругов. Очень внимательно изучаем вопрос о типе воспитания, через который прошел пациент: доминирующий (авторитарный), анархический, «ребенок-кумир», гиперсоциализирующий, демократический. Выясняем, любили его или нет, особенно тогда, когда в семье был еще один ребенок. Каким образом наказывали и за что, использовали физические наказания или нет. Иногда напрямую задаем вопрос: «Вас любили родители? А кого больше любили – вас или другого ребенка? Кого чаще наказывали за конфликты между детьми?» Изучаем социометрический статус в детском саду, начальных, средних и старших классах школы. Если пациент был отвержен детским коллективом, то выясняем причину такого положения. Отверженность детьми чаще всего формирует неуверенность в себе, которая приводит к

появлению психосоматических расстройств. По нашим наблюдениям, у таких пациентов в детском возрасте наблюдается энурез, заикание или речевое спотыкание, невротические тики, сосание пальца и грызение ногтей. Реже встречались энкопрез, парциальная или тотальная анорексия, экзема, лакунарное выпадение волос, псориаз. Пациенты отмечали, что в детстве часто болели гастритом, простудными заболеваниями, дискинезиями различных отделов пищеварительной системы, нейроциркуляторной дистонией. Нас интересовало также, какие школьные предметы любил пациент и к каким относился отрицательно. Очень важно определить, соответствует ли полученное в дальнейшем образование типу высшей нервной деятельности (ВНД) пациента; на это обстоятельство обращаем внимание при анализе соответствия характера выполняемой работы особенностям ВНД.

При сборе сексологического анамнеза уточняем возраст появления libido, степень его выраженности и способы удовлетворения. Спрашиваем, занимался ли онанизмом, учитывая, что возникновение ранних форм мастурбаций чаще всего свидетельствует о «синдроме неприятия». Выясняем все, что связано с формированием, течением и исходами указанного синдрома. Особое внимание уделяем наличию оргазма, условиям его возникновения, степени выраженности и изменениям с течением времени. Собранный информация дает представление о личности пациента. Часто оказывалось, что у пациента имеется «невротическое развитие личности», которое происходило по одному из трех каналов (по Карен Хорни):

- 1) движение к людям;
- 2) движение от людей;
- 3) доминирование над людьми.

Невротические личности типа «движение к людям» и «движение от людей», как и нормальные, ведут себя корректно, терпеливо переносят боль в области ВНЧС. Доминирующие личности дают агрессивные реакции, пишут жалобы и почти всегда не удовлетворены результатами проведенного лечения. Крайне сложно получить благоприятный результат и у истероидных личностей, которые совершают «бегство в болезнь» от неблагоприятно сложившихся жизненных обстоятельств. Боль в ВНЧС и другие неприятные ощущения удерживаются у них по механизму условной приятности, желательности, причем жалобы часто носят гротескный характер и варьируются по месту локализации.

Изучив личность пациента, переходим к анализу психотравм и личностных реакций на острые или хронические психотравмирующие воздействия. Диагностика острых психологических травм обычно не представляет особого труда. Излагая содержание психотравмирующего события (смерть близкого человека, развод, пожар, ограбление, насилие, авткатастрофа, измена любимого человека, «потеря лица» перед коллективом и др.) пациент «меняется в лице». Чаще всего наблюдается покраснение лица,

шеи, верхней части грудной клетки, реже – бледность кожных покровов. Пациенты плачут, у них срывается и дрожит голос, может наблюдаться тремор пальцев рук и век. Боль в ВЧС часто прямо коррелирует с острым чувством вины в случившемся. Пациенты занимаются самобичеванием, самоуничтожением, причем проигрывание психотравмирующего события происходит по типу «мозговой жвачки». У большинства из них нарушается сон (трудности при засыпании, сокращается продолжительность, отсутствует чувство отдыха после сна).

Диагностика хронических психотравм требует умения находить ключевой момент, невротизирующий пациента на сознательном или подсознательном уровне. К осознанным психологическим травмам можно отнести большинство бытовых неурядиц в семье, постоянные финансовые затруднения, частые, с угрозой увольнения, конфликты на работе, повторяющиеся измены одного из супругов, враждебные отношения между родителями и детьми и т. д. Пациент сам сообщает о событиях, которые его не устраивают, причем событиях эти не второстепенные, а затрагивают ядро личности. Труднее диагностировать личностные конфликты, протекающие на подсознательном уровне. Пациент не осознает того, что ведущие свойства его личности, сформированные в детстве на основе импринтинга, находятся в противоречии с реальными жизненными условиями. Приведем пример.

Молодая женщина имела прекрасного заботливого мужа. Он обеспечивал всем необходимым не только семью, но и ее родственников. Муж по характеру ласковый, предупредительный, предусмотрительный во всех отношениях. Неожиданно у пациентки развились страхи: убьют, так как ее «проиграли в карты», в общественном транспорте уколют иглой, зараженной сифилисом или СПИДом. На работу (медсестра дошкольного учреждения) она была вынуждена ходить пешком или ездить на транспорте тогда, когда в автобусе мало людей. Всегда ехала стоя, прислонившись спиной к кабине водителя, чтобы видеть пассажиров. Но как только салон начал наполняться людьми, выходила и шла пешком. На работе отношения с руководством, сотрудниками и родителями детей всегда были хорошими. При психологическом анализе ранних этапов развития личности было установлено, что по импринтингу родительских отношений пациентка обладала неосознанной потребностью в доминировании над лицами мужского пола. Мать пациентки доминирующего типа постоянно воспитывала отца из-за злоупотребления алкоголем. Каждое утро начиналось со скандала, отец умолял простить его, обещал больше не пить, а к вечеру опять был пьян. В детском возрасте достаточно часто происходит перенос характерологических особенностей отца на весь мужской пол и запечатлевается характер общения матери с отцом. У пациентки было подсознательное стремление к доминированию над мужчиной, которое не могло быть реализовано, поскольку на сознательном уровне муж

заслуживал сугубо положительной оценки. Интересно отметить, что когда было высказано мнение: «Так у вас прекрасный муж», пациентка тут же парировала: «К сожалению».

Когда имеется несоответствие типа ВВД характеру выполняемой работы, на подсознательном уровне формируется конфликт. Например, пациент обладает четко выраженным художественным типом ВВД, но получил образование в области вычислительной техники и работает программистом. Его все устраивает: и зарплата, и семья, и межличностные взаимоотношения, и секс. Одна пациентка сказала: «На работу иду в прекрасном настроении. Работа мне нравится, а поработаю три часа и слезы сами льются из глаз без всякой причины». Конфликт на подсознательном уровне назревает и тогда, когда характер выполняемой работы не соответствует подвижности нервных процессов. Следует подчеркнуть, что скорость нейродинамических процессов зависит от многих факторов, но при функциональных заболеваниях нервной системы закономерно снижается. Это выражается в том, что пациент все труднее справляется с привычным объемом работы. Возникает невротизация личности, приводящая к снижению, а затем и нарушению избирательности в деятельности сенсорных систем и мышления. Человек затрудняется в отделении главного от второстепенного и в констелляции нервных центров формируется патологическая доминанта, вызывающая нарушения внимания, субъективное ощущение снижения памяти, повышенную утомляемость, неуверенность в себе и другие симптомы. Еще ранее авторы замечали, что в каждом организме есть место наименьшего сопротивления (*lokus minoris resistentis*), потому одна и та же вредность вызывает у разных пациентов поражения различных органов и систем. По нашим данным, чем выше у пациентов уровень тревоги, определенный по методике G. Taylor в модификации Т. А. Немчина, тем на более низком уровне находилась избирательность в деятельности зрительной, слуховой и кожно-кинестетической сенсорной системы. Боль и неприятные ощущения проникают в высшие отделы центральной системы и усиливают патологическую доминанту. Практика показывает, что у пациентов с болью в ВЧС редко не бывает боли в других органах и системах организма, поэтому при работе мы проводили не коррекцию одного симптома, а лечение организма в целом.

В лечебной работе чаще всего мы использовали методологический подход В. М. Бехтерева:

- 1) рациональная психотерапия;
- 2) гипноз;
- 3) социально-психологическая адаптация.

Второй пункт триады мы почти всегда расширяли до мультимодального, когда в работе с пациентом применяли не один метод, а комбинацию разных методик, находя оптимальное их сочетание. Это давало более надежные результаты. Для успешного лечения боли в ВЧС обычно бывало достаточно краткосрочной

психотерапии (по Доморацкому В. А., 2008) – 20–24 сеанса. Однако 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 боли 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 конкретного пациента. Иногда встречались с членами его семьи (если они шли на встречу), но

чаще вырабатывали толерантность по отношению к психотравмам и различным обстоятельствам, не устраивающих пациента.

Лечение и диагностика пациентов с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава давно выходит за рамки компетенции врачей-стоматологов. В этой статье мы хотели акцентировать внимание на проблеме, на то, что эффективным подходом к лечению болезней ВНЧС является использование мультидисциплинарной клинической модели с обязательным участием врачей-психологов и психотерапевтов. Своевременное выявление и коррекция поведенческого статуса улучшают качество жизни пациента и его окружения, в некоторых случаях они более эффективны, чем применение других методов лечения. Задача стоматолога – провести диагностическое обследование ВНЧС и контролировать местное лечение как элемент комплексного.

Поступила 27.12.2012 г.