

УДК 616.314:159.923

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ
БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Рубникович С.П.^{1,2}, Грищенко А.С.²

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Введение. По данным ряда авторов психосоциальный дистресс встречается в 80–98% случаев заболеваний ВНЧС и является ведущим этиологическим фактором [1, 2].

Преобладание психогенной составляющей в этиологии синдрома болевой дисфункции также отражено в более ранних наших исследованиях, направленных на доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц, а также разработки эффективной реабилитационной программы для больных с расстройствами ВНЧС [3–5]. Согласно полученным данным, заострение отдельных личностных особенностей определено у 75% пациентов, психические травмы в анамнезе – 70,5% случаев, суставные расстройства – 69% исследуемых. Для достижения высокой эффективности купирования мышечной гипертонии необходимо использование и сомато- и психоцентрированных лечебных методов, действующих не только симптоматически, но и оказывающих влияние на патогенез заболевания [4–7].

Цель работы. Определить психологический профиль стоматологических пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС.

Материал и методы. В основу клинической части работы положены результаты обследования и лечения 40 пациентов в возрасте 45–65-ти лет с синдромом болевой дисфункции ВНЧС. Психодиагностику проводили на момент обращения пациента, а также через 6–12 месяцев после проведенного лечения. Для определения уровня депрессии использовали шкалу самооценки депрессии Цунга (1965 г.). Изучение типа отношения к болезни, который прямо или косвенно влияет на эффективность проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий, проводили с использованием клинической тестовой методики ТОБОЛ (1987 г.). Для изучения личностных черт невротического уровня использовали методику УН (1999 г.). Для изучения реакции и невротической симптоматики, а также оценки свойств личности использовали опросник Спилбергера-Ханина (1976 г.).

Результаты и обсуждение. Фоновым психоэмоциональным состоянием у большинства пациентов до начала лечения были: повышенная раздражительность – 70%, пониженное настроение – 35%, чувство слабости 35%, ипохондрия – 29%, безразличие – 33%.

Уровень личностной тревожности достоверно не изменился ($p > 0,05$), что и ожидалось, поскольку личностная тревожность является генетически обусловленной характеристикой. Уровни реактивной тревожности имели тенденцию к уменьшению, однако это не удалось статистически подтвердить.

Сравнение уровня невротизации до и после лечения указывает на высокие и очень высокие значения у 32 пациентов с синдромом болевой дисфункции, после проведенного лечения лишь у 5 пациентов значения остались на прежнем уровне.

Изучение типа отношения к болезни у пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС показал, что у пациентов наиболее часто встречаются ипохондрический и неврастенические формы фиксации. У 5 из 40 обследуемых отмечался гармоничный тип реагирования на болезнь. Согласно данным, полученным с использованием шкалы самооценки депрессии Цунга, нормальное состояние определялось у 14% всех обследуемых, у оставшихся 86% обследуемых значения находились в границах 50–69 баллов, что свидетельствует о наличии легкой депрессии ситуативного или невротического генеза, а также о возможном наличии маскированной депрессии, либо субдепрессивного расстройства.

Выводы. Создание диагностического алгоритма для выявления корреляций между психогенными факторами и дисфункциями ВНЧС должно быть основано на учете психических процессов, состояний и свойств личности, а также на этиопатогенетических связях с психическими заболеваниями. Реабилитация пациентов с дисфункциями ВНЧС и парафункциями мышц невозможна без комплексного междисциплинарного подхода с привлечением медицинских психологов, врачей-психотерапевтов, врачей-психиатров.

Литература:

1. Comparison of psychological and physical function in neuropathic pain and nociceptive pain: implications for cognitive behavioral pain management programs / H.C. Daniel [et al.] // European Journal of Pain. – 2008. – Vol. 12, N 6. – P. 731–740.

2. Glaros, A.G. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain / A.G. Glaros, K. Williams, L. Lausten // Journal of the American Dental Association. – 2005. – Vol. 136, N 4. – P. 451–458.

3. Рубникович, С.П. Обоснование дифференцированного психологического подхода в междисциплинарной реабилитации пациентов с функциональными расстройствами височно-нижнечелюстных суставов / С.П. Рубникович, А.С. Грищенко // Стоматология. Эстетика. Инновации. – 2018 – № 2 (2). – С. 208–220.

4. Рубникович, С.П. Клинический фотопротокол как ресурс диагностики и динамического наблюдения при лечении пациентов с парафункциями жевательных мышц, осложненными функциональными расстройствами ВНЧС / С.П. Рубникович, А.С. Грищенко, Ю.Л. Денисова // Стоматолог. Минск. – 2019. – №3(34). – С. 40-45.

5. Рубникович, С.П. Дифференцированный психологический подход в диагностике заболеваний височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц / С.П. Рубникович, А.С. Грищенко // Мед. журн. – 2019 – № 1 (67). – С. 41–46.

6. Трезубов, В.Н. Доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц. Ч. 1 / В.Н. Трезубов, Е.А. Булычева, С.О. Чикунов, А.С. Грищенко // Институт стоматологии. – 2011. – № 4. – С. 40–42.

7. Callahan, C.D. Stress, coping, and personality hardiness in patients with temporomandibular disorders // Rehabilitation Psychology. – 2000. – Vol. 45. N 1. – P. 38–48.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ,
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
И ФАРМАЦИИ**

*Материалы 76-ой научной сессии ВГМУ
(28-29 января 2021 года)*

**ВИТЕБСК
2021**