

## СТРУКТУРА ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Слесарев О.В., Трунин Д.А., Байриков И.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, e-mail: o.slesarev@gmail.com*

**Цель:** анализ структуры обращаемости и характера формирования клинических групп пациентов с височно-нижнечелюстными расстройствами (ВНЧР). Обследовано 28 мужчин и 148 женщин с ВНЧР. Проанализировано 604 компьютерных томограммы. Статобработка включала анализ таблиц сопряженности по критерию хи-квадрат. 28 % пациентов первоначально наблюдались в общеклинической сети с лицевыми болями. При обращении в стоматологические клиники установлен первичный клинический диагноз: артрозо-артрит (71 %), вывих или подвывих головки ВНЧС (16,5 %), дисфункция ВНЧС (12,5 %). Рентгенологически выявлено сочетание функциональных нарушений (75 %) с дегенеративно-дистрофическими поражениями (67 %) ВНЧС, рентгенологическая норма в 9 % случаях. По характеру визуализаций ВНЧС установлены клинические особенности ВНЧР у женщин, в зависимости от репродуктивного периода. В пубертатном – преобладало ограничение подвижности сустава (44,4 %,  $p=0,045$  по сравнению с вывихом головки ВНЧС артритом,  $p=0,024$ ); в раннем репродуктивном – подвывиха головки (48,5 %,  $p<0,010$  со всеми видами выявляемой патологии, кроме деформирующего артроза). В позднем репродуктивном и периоде перименопаузы у половины обследованных отмечен деформирующий артроз (52,8 % позднем репродуктивном и периоде,  $p<0,01$  со всеми видами выявляемой патологии, кроме ограничения подвижности в суставе; 50 % в перименопаузе ( $p<0,05$  с рентгенологической нормой, вывихом головки и артритом), в постменопаузе – артрит и склерозирующий артроз (30,8 % и 27,8 %). Структура обращаемости и характер формирования клинических групп пациентов с ВНЧР определяются местом первичного обращения, специализацией учреждения и уровнем владения приемами первичной диагностики ВНЧР. Это влияет на качество маршрутизации пациентов и является причиной хронизации (58 %) ВНЧР.

**Ключевые слова:** височно-нижнечелюстные расстройства; височно-нижнечелюстной сустав; томография височно-нижнечелюстного сустава; дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

## APPEALABILITY STRUCTURE IN PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS

Slesarev O.V., Trunin D.A., Bayrikov I.M.

*Federal State Educational Institution of Higher Education "Samara State Medical University" of Ministry of Health of the Russian Federation, Samara, o.slesarev@gmail.com*

**Objective:** analyze appealability structure and the nature of formation of clinical groups of patients with temporomandibular disorders (TMD). **Materials and methods.** We examined 28 men and 148 women with TMD. We analyzed 604 tomography images. Statistical processing included cross tables and chi-square analysis. **Study results.** 28 % of patients were primary followed up in general clinical network with facial pain. Dental clinics established primary clinical diagnosis: arthrosis and arthritis (71%), dislocation or subluxation of the temporomandibular joint head (16.5 %), temporomandibular joint dysfunction (12.5 %). X-ray norm was observed in 9% cases. By the nature of TMJ visualizations we established clinical features of TMD women depending on the reproductive period. In puberty period limiting joint mobility (44.4%,  $p = 0.045$  compared to the head dislocation and arthritis,  $p = 0.024$ ) was predominant; in early reproductive period - head subluxation (48.5%,  $p < 0.010$  for all kinds of detectable pathology but deforming arthrosis). In the late reproductive period and perimenopause half of the examined patients had deforming arthrosis (52.8 % in the late reproductive period,  $p < 0.01$ , for all kinds of detectable pathology, except for limited joint mobility; 50 % in perimenopause ( $p < 0.05$  with radiologic norm, dislocation of the head and arthritis), in postmenopausal women - arthritis, sclerotic arthrosis (30.8% and 27.8%). **Conclusions.** The nature of the formation of clinical groups of patients with TMD is determined by the place of the primary treatment, specialization of the institution and the level of techniques of primary diagnosis of TMD. This affects the patients' quality of routing and is a cause of chronic (58 %) TMD.

**Keywords:** temporomandibular disorders; temporomandibular joint; tomography of temporomandibular joint; dysfunction of temporomandibular joint.

Височно-нижнечелюстные расстройства (ВНЧР) входят в группу наиболее распространённых неodontогенных болевых синдромов челюстно-лицевой области и считаются вариантом скелетно-мышечного болевого синдрома (Laskin D.M., 1969). Эпидемиологические исследования выявляют проблемы, связанные с ВНЧР, у 25 % популяции [11], но только 3 % –7 % обращаются за помощью [6]. В 70 % случаев эти проявления связаны с болевым синдромом, нарушением движений нижней челюсти и морфофункциональными изменениями в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) [2]. На симптомы ВНЧР гораздо чаще предъявляют жалобы женщины в соотношении с мужчинами в диапазоне от 2:1–8:1 [8].

Несмотря на значительные достижения в изучении этиологии и патогенеза ВНЧР, болевой синдром остаётся ключевым фактором, побуждающим пациента обратиться к врачу, и оказывает влияние на перспективы терапии. Утверждается, что качество окклюзии зубных рядов и функция мускулатуры являются комплексной первопричиной ВНЧР болевого синдрома [1]. Рандомизированные многоплановые исследования не подтверждают определяющего влияния окклюзионных факторов на этиопатогенез ВНЧР [5].

Убедительно показано, что стресс и напряжение мышц являются триггерами миофасциальной боли и боли в суставах при ВНЧР [7; 9]. Любая миалгия, первичная или вторичная по отношению к внутрисуставному поражению, приводит к изменению вектора сил мышц, определяющих движение нижней челюсти [4], смещению окклюзионных контактов зубов [10] и нарушению анатомического соотношения элементов ВНЧС [3]. Многогранная специфическая картина манифестации заболевания приводит к некорректной маршрутизации больных, ошибкам в диагностике и лечении, хронизации ВНЧР.

**Цель исследования:** провести анализ структуры обращаемости и характера формирования клинического диагноза у пациентов с ВНЧР.

#### **Материал и методы исследования**

Обследовано 28 мужчин (15,9 %) и 148 женщин (84,1 %). Средний возраст мужчин  $36,9 \pm 9,2$  года и женщин  $41,0 \pm 3,4$  года. Проанализировано 176 протоколов рентгенологических исследований пациентов (604 томограммы) с ВНЧР. Применяли исследовательские диагностические критерии височно-нижнечелюстных расстройств (Dworkin S.F., Le Resche L., 1992). Использован метод прицельной линейной томографии ВНЧС по индивидуальному анатомическому ориентиру (Слесарев О.В., 2014) и краниометрия томограмм височно-нижнечелюстного сустава (Слесарев О.В., 2013).

Методом интервьюирования в рамках описательного подхода проведена клиническая диагностика психологических феноменов и коммуникативных девиаций по Роджерс К. [6].

По характеру психологических феноменов и коммуникативных девиаций пациентов распределили на группы А (38 пациентов) и Б (23 пациента).

Статистический анализ данных проведён с помощью пакета IBM SPSS Statistics 21 (лицензия № 20130626-3). Статистическая обработка включала анализ таблиц сопряжённости по критерию хи-квадрат. Критическое значение уровня значимости принимали, равным 0,05.

### **Результаты исследования**

Обследовано 28 мужчин (15,9 %) и 148 женщин (84,1 %). Средний возраст мужчин  $36,9 \pm 9,2$  года и женщин  $41,0 \pm 3,4$  года. Большинство пациентов (125 человек, 71 %) направлено на рентгенологическое исследование ВНЧС с клиническим диагнозом артрозо-артрит, 29 лиц (16,5 %) с диагнозом вывих, подвывих суставной головки одного или двух суставов, 22 пациента (12,5 %) с диагнозом дисфункция ВНЧС с ограничением подвижности. 42 пациента (23,7 %) имели при себе рентгенограммы ВНЧС по Шюллеру, 25 больных (14,2 %) – стандартные ортопантограммы. 57,9 % обследованных лиц (102 человека) имели длительный анамнез заболевания (от 3 до 5 лет). Они либо не лечились по причине неустановленного диагноза, либо безуспешно наблюдались у невропатолога по поводу неврита тройничного нерва, либо у оториноларинголога по поводу отита. 28 % больных (49 человек) чётко связывали появление симптомов заболевания с посещением стоматолога с целью удаления коренных зубов, лечения зубов или протезирования. Во всех случаях отмечалось длительное открывание рта.

Анализ историй болезни показал, что у 35 пациентов (19,9 %) выявлены аномалии прикуса, у 26 больных (14,8 %) – отсутствие жевательных зубов с двух или с одной стороны нижней челюсти на протяжении последних двух-трёх лет. В анамнезе у 19 больных (10,8 %) были травмы нижней челюсти, у 11 из них – внутрисуставные переломы мышечкового отростка. 22 пациента (12,5 %) были направлены на линейную томографию ВНЧС с диагнозом дисфункции суставов с ограничением подвижности суставных головок. Метод прицельной линейной томографии выявил различия между направительным клиническим диагнозом и окончательным, рентгенологически уточнённым. Отмечается сочетанность функциональных нарушений с дегенеративно-дистрофическими изменениями элементов сустава (табл. 1).

Таблица 1

Интерпретация рентгенологической картины по результатам обследования 176 пациентов с патологией ВНЧС методом линейной томографии

Рентгенологическая норма	Функциональные нарушения		Воспалительные и дегенеративно-дистрофические поражения		
	Подвывих и вывих головки	Ограничение функции	Артрит	Артроз	Деформирующий артроз
16	75	56	19	31	67
16	131		117		

Кроме того, у 37 человек выявлена аномалия развития костных элементов сустава – дисплазия и асимметрия мыщелковых отростков в виде удлинения одного из них на 3–5 мм. Аномалия развития мыщелкового отростка сочеталась с такой патологией как привычный передний подвывих и вывих суставной головки, с признаками артрозо-артрита ВНЧС. Клиническое проявление дисфункции и артрозо-артрита суставов (боль и нарушение движений нижней челюсти) были причиной обращения пациентов к стоматологу. Удалось установить, что выраженность рентгенологически выявляемых анатомо-функциональных нарушений в ВНЧС у женщин не одинакова и соответствует репродуктивному периоду (табл. 2).

Таблица 2

Характер рентгенологически выявленных нарушений в ВНЧС у женщин в различные репродуктивные периоды

Репродуктивный период	Возраст	Рентгенологическая норма	Ограничение движения в суставе	Подвывих головки	Вывих головки	Артрит	Склерозирующий артроз	Деформирующий артроз
1. Препубертатный (3 чел)	до 14 л.	0,0 %	25,0 %	25,0 %	0,0 %	75,0 %	0,0 %	0,0 %
2. Пубертатный (24 чел)	14-18 л.	3,0 %	44,4 %	30,6 %	13,9 %	11,1 %	22,2 %	33,3 %
3. Ранний (40 чел.)	19-35 л.	10,0 %	17,6 %	48,5 %	16,2 %	13,2 %	19,4 %	35,2 %
4. Поздний (43 чел.)	36-45 л.	9,0 %	40,0 %	20,0 %	8,6 %	10,0 %	15,7 %	52,8 %

5. Перимено-паузы (16 чел)	46-55 л.	7,0 %	42,8 %	39,3 %	0,0 %	10,7 %	14,3 %	50,0 %
6. Постмено-паузы (22 чел.)	>56 л.	8,0 %	25,0 %	30,6 %	5,5 %	30,8 %	27,8 %	30,6 %
p1-2		0,110	0,983	0,639	0,810	0,056	0,887	0,603
p1-3		0,649	0,648	0,852	0,936	0,054	0,949	0,538
p1-4		0,594	0,923	0,593	0,570	<b>0,024</b>	0,920	0,241
p1-5		0,388	0,948	0,857		0,082	0,789	0,331
p1-6		0,487	0,477	0,636	0,309	0,393	0,738	0,669
p2-3		0,587	<b>0,042</b>	0,253	0,912	0,885	0,959	0,907
p2-4		0,669	0,927	0,498	0,793	0,783	0,740	0,200
p2-5		0,858	0,822	0,819	0,330	0,633	0,832	0,467
p2-6		0,923	0,286	0,749	0,646	0,198	0,922	0,904
p3-4		0,826	<b>0,045</b>	<b>0,012</b>	0,472	0,911	0,877	0,164
p3-5		0,872	0,103	0,743	0,211	0,848	0,949	0,471
p3-6		0,843	0,716	0,273	0,412	0,180	0,659	0,932
p4-5		0,779	0,918	0,238	0,544	0,685	0,784	0,919
p4-6		0,741	0,355	0,520	0,961	0,078	0,407	0,150
p5-6		0,613	0,420	0,832	0,986	0,283	0,552	0,382

Примечание: проценты рассчитаны по строке в пределах каждой возрастной группы; сумма процентов по строке больше 100 %, поскольку были случаи сочетания нескольких патологий одновременно.

Сравнительный анализ частоты встречаемости рентгенологически выявленных изменений в ВНЧС по возрастным периодам выявил следующее. Ограничение физиологической подвижности головки нижней челюсти наблюдалось преимущественно во 2, 4 и 5 периодах (3 и 2 периоды  $p=0,042$ ; 3 и 4 периоды,  $p=0,045$ ), подвывих головки – в 3 и 5 периодах (периоды 3 и 4  $p=0,012$ ); явления артрита – в 1 периоде (1 и 4 периоды  $p=0,024$ ). По остальным рентгенологическим находкам статистически значимых различий по возрастным периодам не найдено, что во многом связано с небольшим размером выборки. Можно

отметить тенденции к более частому привычному вывиху – во 2 и 3 периодах; склерозирующему артрозу – во 2 и 6; деформирующему артрозу – в 4 и 5 периодах. При анализе в пределах возрастных групп наиболее характерными оказались следующие данные. В пубертатном – преобладало ограничение подвижности сустава (44,4 %,  $p=0,045$  по сравнению с вывихом головки и артритом,  $p=0,024$ ); в раннем репродуктивном – подвывиха головки (48,5 %,  $p<0,010$  со всеми видами выявляемой патологии, кроме деформирующего артроза). В позднем репродуктивном и периоде перименопаузы у половины обследованных отмечен деформирующий артроз (52,8 % позднем репродуктивном и периоде,  $p<0,01$  со всеми видами выявляемой патологии, кроме ограничения подвижности в суставе; 50 % в перименопаузе ( $p<0,05$  с рентгенологической нормой, вывихом головки и артритом), в постменопаузе – артрит и склерозирующий артроз (30,8 % и 27,8 %).

Мы исследовали характер девиаций поведения пациентов с признаками хронизации болевого синдрома и выявили феноменологические дисфункции, маскирующиеся жалобами на другие проблемы. По характеру клинических проявлений психологических феноменов и коммуникативных девиаций пациентов распределили на группы А и Б (табл. 3).

Таблица 3

Характер клинических проявлений психологических феноменов и коммуникативных девиаций у пациентов с ВНЧР и хронической болью. n-количество пациентов

Ведущий симптомокомплекс	Тип поведения	Тип отношения к болезни	Ценностный пакет	Характер формирования и трансляции боли
Группа А (n = 38)	Социальная адаптация не нарушена	Гармоничный, эргопатический, анозогнозический	Мотивация на решение проблемы	Ноцицептивная боль
Группа Б (n = 23)	Соматизация на фоне ментальной ригидности	Интрапсихическая направленность. Болезнь как аутентичный проект психологической модели поведения, реализующий невротическую потребность.	Мотивация на демонстрацию проблемы в рамках проекта психологической модели поведения, рентные требования.	Невропатическая боль

**Выводы.** Характер формирования клинических групп пациентов с ВНЧР определяется местом первичного обращения, специализацией учреждения и уровнем владения приёмами первичной диагностики ВНЧР. Это влияет на качество маршрутизации пациентов и является причиной хронизации (58 %) заболевания. Волнообразное течение заболевания со сменой периодов активной симптоматики и относительного улучшения состояния создаёт ложную картину эффективности лечения, что согласуется с данными J.P. Okeson [11]. При планировании терапии ВНЧР необходимо диагностировать тип болевого

поведения в рамках аутентичного проекта пакета ценностей, т.е. то, что для пациента является действительно важным.

Визуализация элементов ВНЧС оказывает решающее значение при формулировании окончательного диагноза и планировании лечения. Структура обращаемости не однородна, а у женщин связана с репродуктивным периодом. В структуре обращаемости преобладают женщины (84,1 %), а наибольшая обращаемость выпадает на ранний и поздний репродуктивный периоды (56 %). Отмечается сочетанное присутствие функциональных и дегенеративно-дистрофических поражений, причём с преобладанием функциональных нарушений в различных сочетаниях клинических форм.

В группе «А» (63 % от анализируемых случаев) – выявлены соматические проблемы с проявлением девиаций поведения на уровне феномена (нейровегетативный или окклюзионный дисбаланс, ятрогения). По типу психологического реагирования на заболевание они относятся к гармоничному, эргопатическому или анозогнозическому типам. Выявляемые клинические феномены показывают, что социальная адаптация существенно не нарушена, а неспецифические симптомы психических нарушений, включая боль, имеют нормальное и среднее значения (таблица 3). Характер механизма формирования и трансляции боли мы определили как ноцицептивный. Пациенты этой группы нуждаются в психологическом консультировании. В группе «Б» (37 % от анализируемых случаев) – выявлены соматические и психосоматические проблемы с проявлением девиаций поведения на уровне симптома, а у 20 % из них диагностируется 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 и депрессией средней либо тяжёлой степени тяжести (таблица 3). Характер механизма формирования и трансляции боли мы определили как невропатический. Боль персистирующего характера с большой длительностью. Выявляются сенсорные феномены: парестезии и дизестезии, клинически проявляющиеся жалобами на потерю чувствительности или «покалывание» кожных покровов в проекции латерального полюса головки ВНЧС и передней половины ушной раковины, от нескольких секунд до нескольких дней.

### **Список литературы**

1. Потапов В.П. Клиническая картина и тактика лечения больных с нейромускулярным

дисфункциональным синдромом височно-нижнечелюстного сустава // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5. – № 1. – С. 95-97.

2. Рабухина Н.А., Аржанцев В.А. Панорамная томография в диагностике заболеваний височно-челюстного сустава // Визуализация в клинике. – 1993. – С. 47-52.

3. Слесарев О.В. Методика краниометрии томограмм височно-нижнечелюстного сустава человека // Вестник российского научного центра рентгено радиологии (электронный журнал) // [vestnik.rncrr.ru/vestnik/v13/papers/Slesarev\\_v13.htm](http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v13/papers/Slesarev_v13.htm).

4. Трунин Д.А., Слесарев О.В. Характер нарушений филогенетически детерминированных критериев артикуляционной нормы в онтогенезе, выявляемый на диагностическом этапе у пациентов с неартикулярными поражениями височно-нижнечелюстного сустава // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4; URL: <http://www.science-education.ru/118-14106>.

5. Уайз М. Ошибки протезирования. Лечение пациентов с несостоятельностью зубного ряда. – М: Издательский дом «Азбука», 2007. – Т. 1, 2.

6. 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.

7. Carlsson G.E. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 1999; 13:232–7. [PubMed: 10823035].

8. Gatchel R.J. Clinical Essentials of Pain Management. Washington, DC: American Psychological Association, 2005.

9. Goncalves D.A., Dal Fabbro A.L., Campos J.A., Bigal M.E., Speciali J.G. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. J Orofac Pain. 2010; 24:270–8. [PubMed: 20664828].

10. Greene C.S., Laskin D.M. “Temporomandibular Disorders: Moving to a Medically Based Model”, “J. Dent. Res. 79(10): 1736 – 1739, 2000.

11. Okeson J.P. Management of temporomandibular Disorders and Occlusion. – MOSBY, 1998. Fourth Edition. 638 p., 785 ill.

12. Solberg W.K., Woo M.W., Houston J.B. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. J AmDentAssoc. 1979; 98:25–34. [PubMed: 282342].