

антов нормы ИСЖМ зафиксирован у 15,7% пациентов. ТОРС в пределах нормы отмечен лишь у 5 пациентов, что составило 7,1% пациентов с СБД ВНЧС. У 92,9% пациентов указанный индекс выходил за пределы нормы, что свидетельствовало о нарушении симметрии в работе мышц в системе височная правая + жевательная левая/височная левая + жевательная правая (повышенная активность одной пары мышц, не сбалансированная активностью другой пары мышц). Его значение находилось в пределах от 3 до 631% (среднее значение по группе обследованных от 34 до 166%). Следует отметить, что ни у одного из обследованных пациентов не зафиксированы все три индекса в пределах вариантов нормы, что указывает на асимметричную работу жевательных мышц у пациентов с СБД ВНЧС.

В результате исследования у пациентов с СБД ВНЧС выявлены характерные нарушения в функциональном состоянии жевательных мышц, а именно асимметричность распределения биоэлектрической активности собственно жевательных мышц, височных мышц и мышц, смещающих нижнюю челюсть. Таким образом, поверхностная интерференционная миография жевательных мышц с индексной оценкой их биоэлектрической активности может быть использована как элемент комплексной диагностики СБД ВНЧС, а также оценки эффективности проводимой терапии и диспансеризации данной группы пациентов.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоник М.М. Алгоритм комплексной диагностики и лечения больных с патологией окклюзии, осложненной мышечно-суставной дисфункцией. *Рос. стоматол. журн.* 2011; 6: 6—7.
2. Сотникова М.В., Забелин А.С., Грибова Н.П. Значение электромиографического исследования в диагностике и выборе методов лечения пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. *Рос. стоматол. журн.* 2009; (2): 28—31.
3. Ferrario V.F., Sforza C., Colombo A., Ciusa V. An electromyographic investigation of masticatory muscles symmetry in normo-occlusion subjects. *J. Oral Rehabil.* 2000; 27: 33—40.

REFERENCES

1. Antonik M.M. The algorithm of complex diagnostics and treatment of patients with pathology of occlusion complicated by muscular articular dysfunction. *Ros. stomatol. zhurn.* 2011; (6): 6—7. (in Russian)
2. Sotnikova M.V., Zabelin A.S., Gribova N.P. The value of EMG studies in the diagnosis and choosing treatment for patients with pain dysfunction syndrome of the temporomandibular joint. *Ros. stomatol. zhurn.* 2009; (2): 28—31. (in Russian)
3. Ferrario V.F., Sforza C., Colombo A., Ciusa V. An electromyographic investigation of masticatory muscles symmetry in normo-occlusion subjects. *J. Oral Rehabil.* 2000; 27: 33—40.

Поступила 11.11.15

Принята в печать 28.12.15

© КАРЕЛИНА А.Н., ГЕЛЕТИН П.Н., МИШУТИН Е.А., 2016

УДК 616.724-009.7-06:616.89]-07

Карелина А.Н., Гелетин П.Н., Мишутин Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, 214019, г. Смоленск, Россия

Статья посвящена оценке выраженности боли и изучению характерных особенностей психоэмоционального состояния и вегетативного статуса пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), проводимых на основании комплексного обследования: субъективной оценки боли (10-балльная визуально-аналоговая шкала, опросник боли Мак-Гилла), психологического тестирования (тест К. Леонгарда и Г. Шмишека, шкала депрессии Бека) и математического анализа ритма сердца методом вариационной пульсометрии. В результате исследования выявлены особенности психоэмоционального статуса пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС в виде выраженных акцентуаций по шкалам циклотимности и дистимности теста Леонгарда — Шмишека и признаков депрессии легкой степени выраженности по шкале Бека. Субъективная оценка боли пациентами соответствовала болевой реакции средней степени выраженности. Оценка вегетативного статуса свидетельствует о наличии у данной группы пациентов умеренно выраженного преобладания тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Ключевые слова: синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; диагностика синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; комплексное психологическое тестирование; боль; вегетативный статус; психоэмоциональное состояние.

Для цитирования: Карелина А.Н., Гелетин П.Н., Мишутин Е.А. Особенности психоэмоционального состояния и вегетативного статуса пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. *Российский стоматологический журнал.* 2016; 20 (2): 84-87. DOI 10.18821/1728—2802 2016; 20 (2): 84-87

Для корреспонденции: Карелина Анна Николаевна, ассистент каф. детской стоматологии ГБОУ ВПО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Смоленск, Россия, E-mail: A.karelina82@mail.ru

Karelina A.N., Geletin P.N., Mishutin E.A.

FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL STATE AND VEGETATIVE STATUS OF PATIENTS WITH TMJ DISORDERS

Smolensk state medical university, 214019, Smolensk, Russia

In recent years many authors have noted the dominant influence of psychosocial factors in temporomandibular joint dysfunction development. The aim of the study is to assess the severity of pain, to reveal and study the features of emotional state and vegetative status of patients with TMJ disorders. 70 patients with TMJ dysfunction and 20 people without signs of pathology of the temporomandibular joint were involved in the study. The examination included assessment of pain, emotional state and autonomic status. We used Visual-analog scale and pain questionnaire, Beck depression scale, Leongard-Shmishek test and mathematic analysis of heart rhythm. In the study we revealed characteristic features of the emotional state in patients with temporomandibular joint dysfunction such as expressed of accentuations on the scale of cyclotides and destinati (Leongard-Shmishek test), mild degree depression due to Beck scale, and disturbances of vegetative balance in the form of moderate activation of sympathetic vegetative nervous system. The presence of characteristic features of the emotional state in patients with temporomandibular joint dysfunction confirms the role of stress factors in the development and worsening of TMJ disorders and dictates the need to include in the algorithm of complex diagnostics consultation of neuropsychiatrist, and also allows the dentist to correctly carry out dental treatment in the scheme of complex therapy.

Key words: temporomandibular joint dysfunction, diagnosis of pain dysfunction syndrome of temporomandibular joint dysfunction, complex psychological testing, pain, vegetative status, emotional state.

For citation: Karelina A.N., Geletin P.N., Mishutin E.A. Features of psychoemotional state and vegetative status of patients with tmj disorders. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*. 2016; 20 (2): 84-87. DOI 10.18821/1728—2802 2016; 20 (2): 84-87

For correspondence: Karelina Anna Nikolaevna, assistant of the children stomatology department of Smolensk state medical university, Smolensk, Russia, E-mail: A.karelina82@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 21.11.15

Accepted 28.12.15

Введение

В настоящее время одной из актуальных проблем стоматологии является дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), что обусловлено высокой распространенностью данной патологии среди населения, отсутствием единых взглядов на этиологию и патогенез заболевания, а также алгоритмов комплексной диагностики и лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС.

В последние годы многими авторами отмечено доминирующее влияние психосоциальных факторов на развитие синдрома болевой дисфункции (СБД) ВНЧС. Доказательством этого является преобладание у больных пограничных психических расстройств невротического регистра или акцентуаций личности, сопровождающихся высоким уровнем личностной и реактивной тревожности, астенией, депрессией и эмоциональной лабильностью [1, 4—6]. Так, по данным Е.А. Булычевой (2012), психологическое обследование пациентов с различными формами дисфункции ВНЧС показало наличие у 39,6% исследуемых невроза, у 20,3% — невротического развития, у 35,2% — приспособительных реакций или акцентуаций личности. По мнению Ю.В. Коцюбинской, Т.А. Лопушанской (2012), в ряде случаев функциональные нарушения жевательного аппарата представляются собой психосоматические проявления.

Цель исследования — оценить выраженность боли, изучить особенности психоэмоционального состояния и вегетативного статуса пациентов с СБД ВНЧС.

Материал и методы

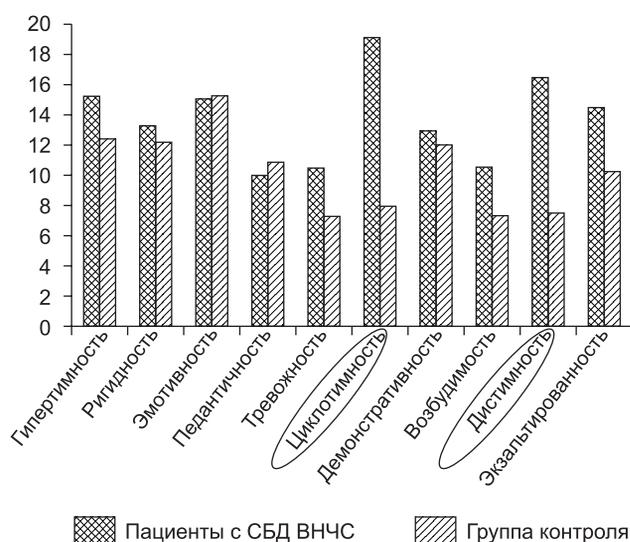
Для решения поставленной задачи на базе кафедры пропедевтической стоматологии СГМУ нами было проведено обследование 70 пациентов с диагнозом СБД ВНЧС и 20 лиц без признаков патологии ВНЧС и указаний ее в анамнезе.

Возраст пациентов варьировал от 18 до 55 лет. Обследование включало оценку выраженности болевого синдрома, психоэмоционального состояния и вегетативного статуса.

Субъективная природа боли позволяет оценить степень выраженности болевого синдрома со слов пациента или по его поведению. С целью определения выраженности боли у пациентов с СБД ВНЧС мы использовали 10-балльную визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) [3] и опросник боли Мак-Гилла, основанные на субъективном восприятии пациентом своих ощущений. При анализе данных ВАШ подсчитывали средние показатели. Подсчет результатов по опроснику Мак-Гилла заключается в анализе двух показателей. Количество подчеркнутых слов представляет собой индекс числа выделенных дескрипторов (ИЧВД), выражающийся в баллах. Сумма порядковых номеров выбранных слов — это ранговый индекс боли. Данная оценочная шкала является, по сути, вербальной ранговой шкалой, отражающей интенсивность боли.

Всем пациентам проведено комплексное психологическое тестирование для оценки психоэмоционального состояния и характерологических особенностей личности, а также уточнения роли стрессогенных факторов в развитии СБД ВНЧС. Эти исследования позволяют выявить пациентов, нуждающихся в тщательном клиническом обследовании, в частности с привлечением консультанта-психиатра для уточнения диагноза и назначения терапии. Мы применяли опросник Леонгарда — Шмишека для выявления характерных акцентуаций личности и шкалу депрессии (опросник Бека) для выявления и оценки выраженности симптомов депрессии. По показателям характерологического опросника Леонгарда — Шмишека были проведены два вида анализа. На первом этапе подсчитывали долю акцентуированных лиц, имеющих по результатам теста сумму 18 и более баллов по одной или нескольким шкалам, среди пациентов с СБД ВНЧС и группы контроля. На втором этапе вычисляли среднее арифметическое баллов у пациентов с СБД ВНЧС и лиц группы контроля по каждой из 10 шкал опросника.

С целью определения выраженности боли у пациентов с СБД ВНЧС и уровня стресса всем пациентам проводили кардиоинтервалографию с математическим анализом ритма сердца методом вариационной пульсометрии при помощи



Средние баллы по шкалам у пациентов с СБД ВНЧС и лиц группы контроля по тесту Леонгарда — Шмишека.

прибора КОРОС-300 с оценкой основных показателей — моды (Mo), амплитуды моды (A Mo), вариационного размаха, индекса напряжения (ИН), индекса активности симпатического (СИМ) и парасимпатического (ПАР) отделов вегетативной нервной системы.

Результаты и обсуждение

Постоянная боль разной степени выраженности наблюдалась у всех пациентов с СБД ВНЧС и являлась первоочередной жалобой при обращении. Анализ данных ВАШ и опросника боли Мак-Гилла показал, что вербально пациенты характеризовали болевой синдром как ноющую, давящую, тянущую, распространяющуюся боль по сенсорной шкале Мак-Гилла. По аффективной шкале этого опросника пациенты отмечали, что имеющаяся боль утомляет, раздражает, обессиливает, вызывает чувство тревоги. При оценке боли по эвалюативной шкале пациенты оценивали болевой синдром как сильный. При этом ИЧВД в среднем по группе пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС составлял 20 баллов, т. е. каждый из обследованных отмечал максимальное число слов-дескрипторов, характеризующих его боль. Ранговый индекс боли по опроснику Мак-Гилла составил 38 баллов из максимально возможных 80. Выраженность боли по 10-балльной ВАШ у пациентов с СБД ВНЧС при первичном обследовании соответствовала в среднем 5,4 балла. Таким образом, на основании субъективной оценки боли у обследованных пациентов основной группы отмечено наличие болевого синдрома средней степени выраженности.

Число акцентированных личностей по тесту Леонгарда — Шмишека в группе пациентов с СБД ВНЧС достоверно больше, чем в группе контроля, и составляло 81,4%. В группе пациентов с СБД ВНЧС наблюдались акцентуации личности в среднем по 5—6 шкалам, выраженные акцентуации — в среднем по 2—3 шкалам. У лиц группы сравнения выражен-

ных акцентуаций (при их наличии) регистрировалось не более одной у пациента. Это свидетельствует о необходимости коррекции психоэмоционального состояния пациентов с СБД ВНЧС.

Среди пациентов с СБД ВНЧС акцентуации на уровне 18 и более баллов отмечены по шкале циклотимности в 87,1% случаев, по шкале дистимности — в 42,9%, в то время как у лиц группы контроля не выявлено выраженных акцентуаций по данным шкалам (см. рисунок).

Анализ результатов тестирования по шкале Бека пациентов основной и контрольной групп показал, что в группе пациентов с СБД ВНЧС средний показатель по шкале депрессии Бека составил 14,2 балла, что соответствует депрессии легкой степени выраженности (9—15 баллов). При этом у 47 пациентов зафиксированы баллы, соответствующие легкой степени выраженности депрессивных синдромов, а у 23 — умеренной. У пациентов группы сравнения по шкале Бека признаков депрессии не выявлено, средний балл составил 2,25. С учетом наличия у пациентов основной группы признаков депрессии по шкале депрессии Бека все пациенты были проконсультированы врачом-психиатром для постановки диагноза, определения типа депрессии и назначения психофармакокоррекции при согласии пациента на консультацию и данный вид терапии.

Для объективной оценки боли и выраженности психоэмоционального напряжения мы применяли математический анализ ритма сердца методом вариационной пульсометрии на аппарате КОРОС-300. Данные, полученные при первичном обследовании пациентов основной группы и лиц группы контроля, представлены в таблице.

У лиц группы контроля большинство средних показателей математического анализа ритма сердца находится в пределах нормы, что соответствует нормотонии. Наблюдается некоторое смещение в сторону преобладания тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. В то же время у пациентов с СБД ВНЧС отмечено отклонение показателей в сторону умеренного преобладания тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Об этом свидетельствует отклонение от вариантов нормы таких показателей, как мода, амплитуда моды, вариационный размах. Индекс на-

Показатели математического анализа ритма сердца методом вариационной пульсометрии у пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Основная группа	Группа контроля	Норма
Мо, с	0,778	0,842	0,800 ± 0,04
A Mo	52,8	30,3	30—50
ДХ	0,110	0,22	0,15—0,30
ИН, усл. ед.	304,4	81,5	50—150
СИМ	14,1	7,7	
ПАР	4,8	9,1	
ЧСС, уд/мин	77,2	71,7	60—80

Примечание. ДХ — вариационный размах.

пряжения, рассчитанный по методике Баевского, составил в среднем 304,4 усл. ед. Индекс активности симпатического отдела вегетативной нервной системы превалирует над индексом активности парасимпатического отдела. Наличие симпатикотонии у пациентов основной группы обусловлено имеющимся болевым синдромом и психоэмоциональным напряжением, связанным с наличием заболевания и собственно болевого синдрома, наличием признаков депрессии, изменением микросоциальной среды и привычного уклада жизни, тревожным ожиданием результатов обследования и лечения. Исходя из анализа средних баллов ВАШ оценки боли и опросника Мак-Гилла, отражающих субъективное восприятие боли пациентами, болевой синдром пациенты оценивали как боль средней интенсивности. По данным же математического анализа ритма сердца методом вариационной пульсометрии установлено умеренное преобладание тонууса симпатического отдела вегетативной нервной системы, что соответствует слабой выраженности болевой реакции и психоэмоционального напряжения. Такое несоответствие субъективной оценки болевого синдрома пациентами с объективными данными может быть связано с наличием у пациентов основной группы признаков и симптомов депрессивного состояния.

В результате исследования у пациентов с СБД ВНЧС выявлены характерные особенности психоэмоционального состояния в виде выраженных акцентуаций по шкалам циклотимности и дистимности, депрессии легкой степени выраженности, а также нарушения вегетативного баланса в виде умеренной активации симпатического отдела вегетативной нервной системы, что подтверждает роль стрессогенных факторов в развитии и утяжелении клинической картины СБД ВНЧС. Наличие у пациентов с этим синдромом характерных особенностей психоэмоционального состояния диктует необходимость включения в алгоритм комплексной диагностики консультации психоневролога, а также позволяет врачу-стоматологу корректно проводить стоматологическое лечение в схеме комплексной терапии.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булычева Е.А., Чикунев С.О., Трезубов В.Н., Грищенко А.С. Доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц (часть II). *Институт стоматологии*. 2012; (1): 14—6.
2. Коцюбинская Ю.В., Лопушанская Т.А. Патопсихологические реакции на боль у пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. В кн.: *Материалы Научно-практической конференции «Нейростоматология: вчера, сегодня, завтра»*. М.; 2012: 135—40.
3. Протасов И.С., Боева Е.С. Стандартизация оценки боли. В кн.: *Проблемы восстановительной медицины: Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции*. Воронеж, 2001; вып. 1: 154—6.
4. Пузин М.Н., Пшепий Р.А., Шубина О.С. Аффективные расстройства в структуре диагностики и лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. *Рос. стоматол. журн*. 2002; (5): 37—42.
5. Трезубов В.Н., Карвасарский Б.Д., Булычева Е.А., Колотильщикова Е.А., Чехлатый Е.И. Исследование особенностей личности пациентов с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава, осложненными парафункциями жевательных мышц. *Институт стоматологии*. 2006; (3): 30—1.
6. Reissmann D.R., John M.T., Wassell R.W., Hinz A. Psychosocial profiles of diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Eur. J. Oral. Sci*. 2008; 116 (3): 237—44.

REFERENCE

1. Bulycheva E.A., Chikunov S.O., Trezubov V.N., Grishchenkov A.S. Proof of the mental genesis of masticatory muscles hypertension (part II). *Institute stomatologii*. 2012; (1): 14—6.
2. Kotsyubinskaya Yu.V., Lopushanskaya T.A. Psycho-pathological reactions to pain in patients with dysfunction of the temporomandibular joint. In: *Materials of Scientific-practical Conference «Neurodentistry: yesterday, today, tomorrow»*. [Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Neyrostomatologiya: vchera, segodnya, zavtra»]. Moscow; 2012: 135—40. (in Russian)
3. Protasov I.S., Boeva E.S. Standardization of pain assessment. In: *Problems of Regenerative Medicine: Proceeding of the Interregional Scientific-practical Conference*. [Sbornik nauchnykh trudov mezhhregional'noy nauchno-prakticheskoy konferentsii]. Voronezh; 2001; Part: 154—6. (in Russian)
4. Puzin M.N., Pshepiy R.A., Shubina O.S. Affective disorders in the structure of diagnosis and treatment of dysfunction of the temporomandibular joint. *Ross. stomatol. zhurn*. 2002; (5): 37—42. (in Russian)
5. Trezubov V.N., Karvasarskiy B.D., Bulycheva E.A., Kolotil'shchikova E.A., Chekhlaty E.I. Study of the personality characteristics of patients with disorders of the temporomandibular joint complicated by masticatory muscles parafunction. *Institut stomatologii*. 2006; (3): 30—31. (in Russian)
6. Reissmann D.R., John M.T., Wassell R.W., Hinz A. Psychosocial profiles of diagnostic subgroups of patients with disorder of temporomandibular. *Eur. J. Oral Sci*. 2008; 116 (3): 237—44.

Поступила 21.11.15

Принята в печать 28.12.15