

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.716.4-009.7-036.12-085

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

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ РАССТРОЙСТВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ: ЗАДАЧИ, ПЕРСПЕКТИВЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия

Для определения условий проведения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) височно-нижнечелюстных расстройств (ВНЧР), осложненных хронической болью, проведен контролируемый рандомизированный анализ 61 клинического случая. Исследовательские диагностические критерии ВНЧР – ось II (Dworkin S.F., LeResche L., 1992). Сухожильно-мышечные триггерные точки выявляли методом Travell J.G. and Simons D.G. (1989). Локальный судорожный ответ и воспроизводимость боли определяли в баллах по Klineberg I., Jagger R. (2006). Клиническую диагностику психологических феноменов и коммуникативных девиаций проводили по Rogers C.R. (2002).

По характеру психологических феноменов и коммуникативных девиаций пациентов распределили на группы А и Б. Из них методом случайной выборки сформировали две терапевтические группы (контрольная – 20; испытываемая – 41). Критерий включения – лица со скелетно-мышечной болью; критерий исключения – пациенты с хронической болью онкологической этиологии. В контрольной группе назначали терапию с применением окклюзионных кап, нестероидных противовоспалительных средств, физиотерапии (магнит-лазер). Испытуемую разделили на две подгруппы. В подгруппе 1 и 2 дополнительно к протоколу контрольной группы проводили курс комбинированной индивидуализированной патогенетической фармакотерапии. В подгруппе 2 назначали КПТ.

Психосоциальные факторы – этиологическая и патогенетическая основа хронизации ВНЧР и развития болевого синдрома. В испытываемой группе в 93% клинических случаев наблюдается стойкая ремиссия. В контрольной группе период ремиссии наблюдали в 35% случаев у пациентов из группы А. Все неблагоприятные исходы в контрольной и испытываемой группах отмечены у пациентов группы Б.

Показание для проведения КПТ – коммуникативные девиации и феноменологические дисфункции, болевой синдром с горизонтом планирования терапии не менее двух лет. Включение в терапевтический протокол курса КПТ позволяет значительно продлить период ремиссии, изменить психологические установки пациента с ожидания рецидива или неблагоприятного исхода на самовывявление и закрепление положительных функциональных достижений.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав; височно-нижнечелюстные расстройства; когнитивно-поведенческая терапия; хроническая боль.

Для цитирования: Слесарев О.В., Трунин Д.А., Байриков И.М. Когнитивно-поведенческая терапия височно-нижнечелюстных расстройств, осложненных хронической болью: задачи, перспективы и ограничения. Российский стоматологический журнал. 2016; 20 (4): 209-214. DOI 10.18821/1728-2802 2016; 20 (4): 209-214

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

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDER COMPLICATED BY CHRONIC PAIN: CHALLENGES, PROSPECTS AND LIMITATIONS

Samara State Medical University, 443099, Samara, Russia

To determine the conditions of cognitive-behavioral therapy (CBT) of temporomandibular disorders (TMD), complicated by chronic pain, execution the randomized controlled analysis of 61 clinical cases has been carried out.

Research methods. RTMD research diagnostic criteria – axis II (Dworkin S.F., LeResche L., 1992). Tendon-muscle trigger points have been identified using the Travell J.G. and Simons D.G. (1989) method. Local convulsive response and pain reproducibility have been determined in points according to Klineberg I., Jagger R. (2006). Clinical diagnosis of psychological phenomena and communicative deviations according to Rogers C.R. (2002).

On the background of psychological phenomena and communicative deviancy the patients have been divided into group A and B. From this patients using random sampling technique two therapeutic groups of patients have been formed (control group – 20 patients; test group – 41 patients). The inclusion criterion – patients with musculoskeletal pain; the exclusion criteria – patients with chronic pain of cancer etiology. Therapy with the use of occlusal splints, non-steroidal anti-inflammatory drugs, physiotherapy (magnet-laser) have been prescribed in the control group. The test group has been divided into two subgroups. In the subgroup 1 and 2, in addition to the Protocol of the control group, a course of combined individualized pathogenetic pharmacotherapy has been carried out. In the subgroup 2 the CBT has been prescribed.

Results. Psychosocial factors – etiological and pathogenetic basis of TMD chronization and pain syndrome development. In the test group in 93% of clinical cases the stable remission has been observed. In the control group, remission has been observed in 35% of cases in patients from group A. All adverse outcomes in control and test groups was observed in patients from group B.

Conclusions. The indication for CBT carrying out are communicative deviations and phenomenological dysfunction, pain syndrome, with a therapy planning horizon for at least two years. The inclusion of a CBT course in the therapeutic protocol permit significantly extend the remission period change the psychological attitudes of the patient from expectation of recurrence or adverse outcome to self-detection and fixation of positive functional achievements.

Key words: temporomandibular joint; temporomandibular disorders; cognitive behavioral therapy; chronic pain.

Для корреспонденции: Слесарев Олег Валентинович, канд. мед. наук, ассистент, Самарский государственный медицинский университет, E-mail: o.slesarev@gmail.com. ORCID, SCOPUS: Slesarev O.V. <http://orcid.org/0000-0003-2759-135X>; Trunin D.A. <http://orcid.org/0000-0002-7221-7976>; Bayrikov I.M. <http://orcid.org/0000-0002-4943-2619>.

For citation: Slesarev O.V., Trunin D.A., Bayrikov I.M. Cognitive-behavioral therapy for temporomandibular disorder complicated by chronic pain: challenges, prospects and limitations. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*. 2016; 20 (4): 209-214. DOI 10.18821/1728-2802.2016; 20 (4): 209-214

For correspondence: Slesarev Oleg Valentinovich, cand. med. Sci., assistant Professor, Samara state medical University, E-mail: o.slesarev@gmail.com.

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

Funding. The study had no sponsorship.

Received 19.02.16

Accepted 03.06.16

Скелетно-мышечную боль в системе артикуляции (стоматогнатической системе) относят к височно-нижнечелюстным расстройствам (ВНЧР) [1]. Система артикуляции включает: кости лицевого отдела черепа, височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС), мускулатуру, определяющую движения нижней челюсти, подъязычную кость и зубные ряды в одном из типов физиологического прикуса [2]. ВНЧР входят в группу наиболее распространенных неodontогенных болевых синдромов челюстно-лицевой области и считаются вариантом скелетно-мышечного болевого синдрома [3, 4]. Данные о вариативности боли позволили A.U.J. Yар и соавт. (2002) утверждать, что болевые ВНЧР – одна из форм саматоформного болевого расстройства. M. Demitrack и L. Crofford (1998) изучили связь ВНЧР и психологического стресса и отнесли это состояние к гипоталамо-гипофизарным дисфункциям. R.J. Gatchel и соавт. (1996) в группах с ВНЧР отметили высокие темпы прироста психопатологии, значительно превышающие базовые показатели психопатологии населения в целом.

Утверждается, что качество окклюзии зубных рядов и функция мускулатуры оказывают комплексной первопричиной ВНЧР и болевого синдрома [5]. Рандомизированные многоплановые исследования не подтверждают определяющего влияния окклюзионных факторов на этиопатогенез ВНЧР [6]. Отмечают переход от традиционной биомеханической модели развития ВНЧР к современной – биопсихосоциальной [7], оказывающей влияние на соматические механизмы посредством коррекции психосоциальных факторов [8]. Формирование хронической боли, по данным А.М. Вейна [9], в большей степени зависит от комплекса психологических факторов, нежели от характера и интенсивности периферического ноцицептивного воздействия. Выявляется связь хронической боли с нейропластическими изменениями в разных отделах центральной нервной системы [4, 7, 8].

Цель работы – определить показания и разработать клинический протокол когнитивно-поведенческой терапии ВНЧР, осложненных хронической болью.

Материал и методы

Обследован 231 пациент с жалобами на функциональные проблемы в ВНЧС и боль в мускулатуре, определяющей движения нижней челюсти. У 92% первично обратившихся пациентов выявлены признаки рецидивирующего или хронического течения заболевания. Болевой синдром стал причиной 75% обращений, а нарушение функции – 25%. Для реализации поставленной цели, согласно критериям отбора, исследован 61 клинический случай. Крите-

рий включения – пациенты со скелетно-мышечной болью; критерий исключения – пациенты с хронической болью онкологической этиологии. Применяли исследовательские диагностические критерии височно-нижнечелюстных расстройств (ИДК ВНЧР) (Dworkin S.F., LeResche L., 1992) – ось II: оценка показателей по шкале SCL-90-R (Derogatis L.R., 1973) в модификации Dworkin S.F., LeResche L. (1992); оценка хронической боли по шкале GCPS (Van Korff M. и соавт., 1992); определение височно-нижнечелюстного индекса (Pehling J. и соавт., 2002).

Методом интервьюирования в рамках описательного подхода проведена клиническая диагностика психологических феноменов и коммуникативных девиаций по Rogers C.R. [10]. Определяли степень выраженности локального судорожного ответа и воспроизводимость боли (искусственное провоцирование паттерна отраженных болей) в миофасциальных триггерных точках, выявляемых методом Travell J.G. и Simons D.G. [11], в баллах по Клиниберг И., Джагер Р. (2006): 0 (нет жалоб и рефлекторного ответа); 1 (слабые ощущения, нет рефлекторного ответа); 2 (умеренная боль, пациент вздрагивает или морщится); 3 (сильная боль, пациент отдергивается). Перед пальпаторным обследованием проводили калибровку усилия пальцевого давления с помощью точных бытовых весов по Goulet J., Clark G., Flack V. (1993).

По характеру психологических феноменов и коммуникативных девиаций пациентов распределили на группы А и Б. Методом случайной выборки из групп А и Б сформировали две терапевтические группы. Испытуемая – 41 пациент, в нее из группы А вошли 27 больных, а из группы Б – 14. Контрольная – 20 пациентов, в нее из группы А вошли 11, а из Б – 9 человек.

В контрольной группе назначали терапию с применением окклюзионных кап, нестероидных противовоспалительных средств, физиотерапии (магнито-лазер – 10 сеансов на область ВНЧС). Испытуемую группу разделили на подгруппу 1 и подгруппу 2, в которых дополнительно к протоколу контрольной группы проводили курс комбинированной индивидуализированной патогенетической фармакотерапии (Слесарев О.В., 2004). В подгруппе 2 назначали курс когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), оценивали биологическую ответную реакцию (электромиография паттернов мускулатуры, определяющей движения нижней челюсти [12], определение локального судорожного ответа и воспроизводимости боли в сухожильно-мышечных триггерных точках: *m. temporalis*; *m. masseter*; *m. pterygoideus lat*; *m. geniohyoideus*; *m. sternocleidomastoideus*).

Таблица 1. Характер клинических проявлений психологических феноменов и коммуникативных девиаций у пациентов с ВНЧР и хронической болью

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

Примечание. n – количество пациентов.

Результаты и обсуждение

Несмотря на значительные достижения в изучении этиологии и патогенеза ВНЧР, болевой синдром остается ключевым фактором, побуждающим пациента обратиться к врачу, и оказывает влияние на перспективы терапии. Suvinen T. и соавт. (2005) на основании обзора разноплановых исследований выявили биопсихосоциальные особенности хронических ВНЧР и сформулировали их основные признаки: выраженная и (или) разлитая боль; аффективные расстройства (тревожность, депрессия); нарушение адаптации (катастрофизация; пассивное совладание); ощущение отсутствия контроля над болью; ипохондрия и (или) соматизация; потеря трудоспособности.

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. 1).

Группа А (63% анализируемых случаев) – пациенты с соматическими проблемами с проявлением девиаций поведения на уровне феномена (нейровегетативный или окклюзионный дисбаланс, ятрогения). Они относятся к гармоничному, эргопатическому или анозогнозическому типам психологического реагирования на заболевание. Выявляемые клинические феномены показывают, что социальная адаптация существенно не нарушена, а неспецифические симптомы психических нарушений, включая боль, имеют нормальное и среднее значения (табл. 2). Характер механизма формирования и трансляции боли мы определили как ноцицептивный. Пациенты этой группы нуждаются в психологическом консультировании.

Группа Б (37%) – пациенты с соматическими и психосоматическими проблемами с проявлением девиаций поведения на уровне симптома, а у 20% из них выявили состояние атрибуции (тревожность, ипохондрию, неврастению, ятрогению, рентные требования). Это наиболее тяжелая группа пациентов, которые обратились самостоятельно после нескольких попыток лечения в других клиниках, они составили 6% общего числа всех наших наблюдений. Тип реагирования на болезнь интрапсихической направленности на фоне артикуляционных проблем с

пониженным порогом восприятия боли и депрессией средней либо тяжелой степени тяжести (см. табл. 2). 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.

Проблемы любого генеза в системе артикуляции всегда затрагивают интересы мускулатуры, будь то стоматологические, психоневрологические или ятрогенные. Мускулатура, определяющая движения нижней челюсти, становится ключевым системообразующим критерием артикуляционной нормы и обязательным участником в комплексе причинно-следственных взаимосвязей этиологии миофасциальной боли [2, 12]. Важное диагностическое значение среди критериев артикуляционной нормы имеют два показателя: степень выраженности локального судорожного ответа и воспроизводимость боли – которые характерны только для миофасциальной и сухожильно-мышечной триггерной точки. Мы провели исследование миофасциальных и сухожильно-мышечных триггерных точек

Таблица 2. Показатели ИДК ВНЧР (ось II) у пациентов группы А и Б при первичном обследовании

Показатель	Группа А	Группа Б	Пограничные значения А/Б
SCL-90-R*:			
Депрессия	0,31	1,6	0,05–0,7/0,85–3,0
Неспецифические психические симптомы	0,36	1,86	0–1,09/0,36–3,27
GCPS*:			
Интенсивность боли – CPI	42	75	0,7–67/37–100
Нетрудоспособность (степень)	I–II степень	III–IV степень	
Височно-нижнечелюстной индекс	0,36	0,44	0,3–0,43/0,28–0,65

Примечание. n – количество пациентов; SCL-90-R* – шкала оценки неспецифических симптомов и депрессии; GCPS* – шкала оценки хронической боли по интенсивности (CPI) и степени нетрудоспособности.

Таблица 3. Средние показатели шкалы оценки степени локального судорожного ответа и воспроизводимости боли триггерных точек миофасциальной и сухожильно-мышечной локализации в баллах в группах А и Б при болевом синдроме и окклюзионных дисфункциях: нарушение фронтальной направляющей (НФН), компенсированная окклюзионная нестабильность (КОН) и декомпенсированная окклюзионная нестабильность (ДОН)

Область исследования	Нозологические группы пациентов (n = 61)					
	НФН (n = 25)		КОН (n = 27)		ДОН (n = 9)	
	А – 19	Б – 6	А – 15	Б – 12	А – 4	Б – 5
<i>m. temporalis</i>	0	0	0	1	1	2
Сухожильно-мышечное прикрепление <i>m. temporalis processus coronoideus</i>	2	3	2	3	2	3
<i>m. masseter</i>	0	1	2	3	2	3
<i>m. pterygoideus lat.</i>	2	3	2	3	2	3
<i>m. geniohyoideus</i>	0	0	0	1	0	1
<i>m. sternocleidomastoideus</i>	0	0	0	1	1	1
Сухожильно-мышечное прикрепление <i>m. temporalis at processus coronoideus</i>	0	0	1	1	1	1
Показатель в баллах	≤ 4	≤ 7	≤ 7	≤ 13	≤ 9	≤ 14

Примечание. n – количество пациентов.

(ТТ) по специфическим критериям, согласно Travell J.G. and Simons D.G. [11] (табл. 3).

Испытуемую и контрольную группы наблюдали одновременно в течение всего периода курации. Горизонт планирования терапии и мониторинга клинических результатов составил два года. Администратор работает в рамках директивного подхода. Прием пациентов строится по принципу непересекающихся потоков. Контакт больных, находящихся на разных стадиях терапии, приводит к деструктивному обмену «опытом болезни». Первые посещения направлены на формирование доверия к клинике. В острых случаях назначают монотерапию болевого синдрома с последующим переходом на комбинированную терапию (Слесарев О.В., 2004).

Часть пациентов на этапе курации после наступления ремиссии или по иным причинам самостоятельно прекратили посещать клинику. В основном это больные группы Б. Функциональные проблемы в ВНЧС у пациентов группы Б приводят к несоразмерной фиксации этих ощущений, их патологической переработке. Постоянно думая о болезни, они ищут ее проявления и требуют изготовления новых ортопедических конструкций либо настаивают на бесконечных коррекциях имеющихся. Они не мотивированы на лечение, находятся в постоянном ожидании бесполезности и даже невозможности обрести комфортное состояние. Болезнь становится выражением аутентичного проекта психологической модели поведения. Их базовая ценностная установка – не решение, а демонстрация проблемы. Согласно с теорией Хорни К. (2013), у пациентов группы Б прослеживается трансформация невротических наклонностей в невротические потребности.

Традиционно в план лечения включают окклюзионную терапию. Учитывая хронический характер заболевания, важно оценить роль регулирования или эквilibрации окклюзии в формировании хронической боли. При болях психогенной этиологии необратимые техники окклюзионной терапии могут привести к возникновению тяжелых осложнений с формированием фантомного прикуса, особенно при наличии большого горизонтально-вертикального соотношения [5]. Такие клинические случаи тяжело поддаются даже минимальной коррекции.

Учитывая это и опираясь на ранее полученные нами данные (Слесарев О.В., 2015), в подгруппе 2 мы провели курс КПТ. Идеологию КПТ составляют разработанные нами принципы:

1. Принцип «презумпции психической нормальности». Согласно Алешиной Ю.Е. (2007), он постулирует: никто не может быть признан психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания, и никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания; ничье поведение не может быть признано девиантным, пока не приведены научные доказательства данному факту.

2. Принцип этапности – линейка последовательности реализуемых задач на этапах когнитивно-поведенческой терапии, а именно: «определить» – определить пакет ценностей (главную ценностную установку), для реализации которого пациент обратился в клинику; «согласовать» – подведение пациента с самостоятельным и осознанным выбором пути реатрибуции, с осознанием возможности положительного исхода; «трансформировать» – перевести ценность из плоскости проблемы в плоскость перспективы; адаптировать понятийный аппарат соответственно менталитету больного; «реализовать» – реализация и мониторинг достигнутых соглашений плана соматической терапии и психологического консультирования.

3. Принцип преемственности – выполнение лечебно-диагностических действий разными специалистами в рамках единого плана лечения на всех этапах терапии.

Важная задача КПТ – закрепление положительных клинических достижений, которые необходимо продемонстрировать пациенту доступным образом на каждом этапе терапии (данные антропометрии окклюзионных параметров, миографии и воспроизводимости боли в триггерных точках).

Заключение

Волнообразное течение заболевания со сменой периодов активной симптоматики и относительно-го улучшения состояния создает ложную картину эффективности лечения, что согласуется с данными Okeson J.P. [13]. На основании использования ИДК ВНЧР (ось II) мы определили, что психосоциальные факторы – этиопатогенетическая основа хронизации ВНЧР и болевого синдрома. Основной круг задач определяется не локальной клинической ситуацией в полости рта, а проблемой реализации того, что для пациента действительно важно.

Таблица 4. Клинические показатели в группах больных на этапах терапии

Клинические показатели	Контрольная группа (n = 20)				Исследуемая группа (n = 41)			
Итоговый период	1*	2*	3*	4*	1*	2*	3*	4*
SCL-90-R:								
депрессия		1,4		1,9		1,1		0,85
GCPS (CPI)	77	65	68	62	23	31	25	27
Височно-нижнечелюстной индекс	0,41	0,29	0,35	0,35	0,4	0,23	0,28	0,28
Ремиссия n/ рецидив n	18/2	14/6	7/13	7/13	39/2	34/7	35/6	38/3

Примечание. 1* – 6 мес; 2* – 1 год; 3* – 1 год и 6 мес; 4* – 2 года – период контрольного замера; n – количество пациентов.

Показания для проведения КПТ: коммуникативные девиации и феноменологические дисфункции, болевой синдром. Комплексная диагностика и мониторинг результатов в испытуемой группе показали высокую эффективность терапии со значительным снижением вероятности рецидива в 93% клинических случаев в испытуемой группе с горизонтом планирования курса КПТ не менее двух лет. В контрольной группе безрецидивный период наблюдали только в 35% случаев у пациентов из группы А. Все неблагоприятные исходы в контрольной и испытуемой группах наблюдали у больных группы Б, которых для коррекции лечения направляли к психотерапевту.

Пациентам, сконцентрированным на качестве окклюзии и для которых болезнь служит доминирующим аутентичным проектом психологической модели поведения, через который реализуется невротическая потребность, в окклюзионной терапии предпочтительно использовать конформативный подход в сочетании с КПТ. Нарушение филогенетически детерминированных критериев артикуляционной нормы вызывает формирование ТТ в мускулатуре, приводит к нарушению фронтальной направляющей. В таких случаях применение только аппаратной коррекции анатомо-функциональных проблем неэффективно или не обоснованно. При большом горизонтально-вертикальном соотношении результаты эквilibрации окклюзии непредсказуемы, приводят к потере фронтальной направляющей [8] и формированию фантомного прикуса.

Включение в клинический протокол курса когнитивно-поведенческой терапии значительно повышает эффективность лечения и позволяет изменить психологические установки пациента с ожидания рецидива или неблагоприятного исхода на самовыявление и закрепление положительных функциональных достижений (табл. 4). Без изменения у больного установок модели поведения (группа Б) начинать лечение малоперспективно.

Таким образом, реализация механизмов КПТ (обучение отношению к боли и стрессоустойчивости при ВНЧР) в сочетании с воздействием на механизмы биологической ответной реакции (малоинвазивные

и обратимые функциональные методы изменения физиологии паттернов мускулатуры) становится перспективным направлением терапии ВНЧР. Оно позволит избежать хронизации ВНЧР, уменьшить психологический дискомфорт, снизить затраты на лечение и реализовать концепцию малоинвазивной терапии ВНЧР.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Greene C.S., Laskin D.M. Temporomandibular disorders: moving to a medically based model. *J. Dent. Res.* 2000; 79 (10): 1736–9.
- 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> (дата обращения: 28.07.2014).
- Потапов В.П. Клиническая картина и тактика лечения больных с нейромускулярным дисфункциональным синдромом височно-нижнечелюстного сустава. *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2009; 5 (1): 95–7.
- Laskin D.M. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *J. Am. Dent. Assoc.* 1969; 79: 147–53.
- Уайз М. *Ошибки протезирования. Лечение пациентов с несостоятельностью зубного ряда.* М.: Азбука; 2007; 1: 2.
- Dworkin S.F., LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J. Craniomandib. Disord. Fac. Oral Pain.* 1992; 6: 301–55.
- Gatchel R.J. *Clinical Essentials of Pain Management.* Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
- Dworkin S.F. Behavioral characteristics of chronic temporomandibular disorders: diagnosis and assessment. In: Sessle B.J., Bryant P.S., Dionne R.A. (Eds). *Temporomandibular Disorders and Related Pain Conditions.* Seattle, WA: IASP Press; 1995.
- Болевые синдромы в неврологической практике* / Под ред. чл.-корр. РАМН А.М. Вейна. М.: МЕДпресс-информ; 2001.
- Роджерс К. *Искусство консультирования и терапии.* Пер. с англ. О. Кондрашовой и др. М.: Апрель Пресс Эксмо; 2002.
- Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. *Миофасциальные боли.* Пер. с англ. под ред. А.М. Вейна. М.: Медицина; 1989.
- Кулагин Л.М., Рутнер Я.Ф., Слесарев О.В., Федяев И.М. Функциональная классификация мышц человека, определяющих движения нижней челюсти. *Архив анатомии, гистологии и эмбриологии.* 1991; [9–10 (1)]: 21–5.
- Jeffrey P. *Okeson. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion.* Mosby; 1998.

REFERENCES

- Greene C.S., Laskin D.M. Temporomandibular disorders: moving to a medically based model. *J. Dent. Res.* 2000; 79 (10): 1736–9.
- Trunin D.A., Slesarev O.V. the nature of the violations phylogenetically deterministic criteria of articulation norm in ontogenesis identified in the diagnostic phase in patients with particularity lesions of the temporomandibular joint. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya.* 2014; 4: URL: <http://www.science-education.ru/118-14106> (accessed: 28.07.2014). (in Russian)
- Potapov V.P. Clinical picture and treatment of patients with neuromuscular dysfunction syndrome of the temporomandibular joint. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal.* 2009; 5 (1): 95–7. (in Russian)
- Laskin D.M. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *J. Am. Dent. Assoc.* 1969; 79: 147–53.
- Uayze M. *Errors of Prosthetics. Treatment of Patients with Failure of the Dentition.* [Oshibki protezirovaniya. Lechenie patsientov s nesostoyatel'nost'yu zubnogo ryada]. Moscow: Azbuka; 2007; 1: 2. (in Russian)

6. Dworkin S.F., LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J. Craniomandib. Disord. Fac. Oral Pain*. 1992; 6: 301–55.
7. Gatchel R.J. *Clinical Essentials of Pain Management*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
8. Dworkin S.F. Behavioral characteristics of chronic temporomandibular disorders: diagnosis and assessment. In: Sessle B.J., Bryant P.S., Dionne R.A. (Eds). *Temporomandibular Disorders and Related Pain Conditions*. Seattle, WA: IASP Press; 1995.
9. *Pain Syndromes in Neurological Practice* / Ed. A.M. Veyn. Moscow: MEDpress-inform; 2001. (in Russian)
10. Rogers K. *Art of Counselling and Therapy*: Transl. from Engl. O. Kondrashova et al. Moscow: Aprel' Press, Penguin Books; 2002.
11. Trevell J.G., Simons D.G. *Myofascial Pain*: Transl. from Engl. Ed. A.M. Wayne. Moscow: Meditsina; 1989.
12. Kulagin L.M., Rutner Ya.F., Slesarev O.V., Fedyaev I.M. The functional classification of muscles of the person determining the movements of the lower jaw. *Arkhir anatomii, gistologii i embriologii*. 1991; [9–10 (1)]: 21–5. (in Russian)
13. Jeffrey P. Okeson. *Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion*. Mosby; 1998.

Поступила 19.02.16

Принята в печать 03.06.16

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.314-009

Старикова Н.В., Короленкова М.В., Соболева И.В., Удалова Н.В.

РАЗВИТИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ПЕРВИЧНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ФГБУ «Центральный НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, 119034, г. Москва

Цель исследования – изучить влияние операций по реконструкции верхней губы на развитие верхней челюсти. Были проанализированы данные 86 мальчиков и 71 девочки в возрасте 0–18 лет с односторонней расщелиной губы и альвеолярного отростка (14%) и односторонней расщелиной губы и неба (86%). Выделено 5 основных разновидностей взаимного расположения фрагментов альвеолярного отростка, причем величина диастаза между фрагментами не зависела от факта наличия расщелины неба. Установлено, что: 1) смещение межрезцово-латеральную расщелину, у оперированных пациентов можно расценивать как сохранение первичной деформации альвеолярного отростка; 2) ранние первичные операции на губе (до 6 мес) повышают вероятность адентии постоянных резцов. Таким образом, реконструкция верхней губы, выполненная в ранние сроки без предварительного раннего ортопедического лечения, не способствует устранению первичной деформации альвеолярного отростка верхней челюсти и повышает вероятность нарушения развития зачатков, приводя к адентии.

Ключевые слова: расщелина губы и неба; ранняя реконструкция губы; деформация верхней челюсти; травма зачатков зубов.

Для цитирования: Старикова Н.В., Короленкова М.В., Соболева И.В., Удалова Н.В. Развитие верхней челюсти у пациентов с односторонней расщелиной губы и неба в зависимости от вида первичного хирургического лечения. *Российский стоматологический журнал*. 2016; 20 (4): 214-217. DOI 10.18821/1728-2802.2016.20(4):214-217

Starikova N.V., Korolenkova M.V., Soboleva I.V., Udalovala N.V.

MAXILLA DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE DEPENDING ON TYPE OF PRIMARY SURGICAL TREATMENT

Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow, Russia

The aim of the study was to assess the impact of early lip reconstruction on maxilla development. The study involved 86 boys and 71 girls aged 0-18 years with unilateral cleft lip and alveolus (14%) and unilateral cleft lip and palate (86%). Five main subtypes of alveolar fragments relations were revealed but the results showed no correlation with the presense of cleft palate. The study results proved that: (1) interincisal line displacement to contralateral side in operated children may be seen as primary alveolar deformity; (2) early lip reconstruction (before 6 months of age) is a risk factor for deciduous incisors adentia. Thus the early lip reconstructive procedures with no early orthopedic treatment does not improve primary alveolar deformity and enhances the risks for dental germs injury leading to secondary adentia.

Key words: cleft lip and palate, early lip reconstruction procedures, maxilla deformity, dental germs injury

For citation: Starikova N.V., Korolenkova M.V., Soboleva I.V., Udalovala N.V. Maxilla development in patients with unilateral cleft lip and palate depending on type of primary surgical treatment. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*. 2016; 20 (4): 214-217. DOI 10.18821/1728-2802.2016.20(4):214-217

For correspondence: Starikova Natal'ya Valer'evna, E-mail: starnata.65@mail.ru

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

Funding. The study had no sponsorship.

Received 02.04.16

Accepted 03.06.16

Для корреспонденции: Старикова Наталья Валерьевна, E-mail: starnata.65@mail.ru