

doi: 10.17116/rosstomat2016943-9

Психические расстройства у пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава: распространенность, нозологическая квалификация и терапия

Асп. Ю.С. ФОСФАНОВА^{1*}, к.м.н., доц. В.Э. МЕДВЕДЕВ¹, к.м.н., доц. В.И. ФРОЛОВА¹, д.м.н., проф. А.Ю. ДРОБЫШЕВ², к.м.н. Д.В. ШИПИКА², к.м.н., асс. А.Н. КУЗНЕЦОВ², асп. И.Д. ЗАСЛАВСКИЙ²

¹Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии (зав. — к.м.н., проф. Н.Л. Зуйкова) Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минздрава России, Москва, Россия; ²кафедра челюстно-лицевой хирургии (зав. — д.м.н., проф. А.Ю. Дробышев) ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования — оценка распространенности психических расстройств у пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и их клиническая и нозологическая квалификация. **Материалы и методы.** Обследованы 57 пациентов (44 женщины и 13 мужчин) в возрасте от 18 до 68 лет с заболеваниями ВНЧС, давшие информированное согласие на осмотр психиатра. В качестве критерия отбора в группу исследования принималось совпадение триады признаков: 1) наличие болевого синдрома; 2) ограничение открывания рта; 3) внутренние нарушения ВНЧС по данным магнитно-резонансной томографии. Критериями исключения были: наличие тяжелой соматической и неврологической патологии в стадии декомпенсации, злокачественных новообразований, системных заболеваний соединительной ткани, зависимость от психоактивных веществ, беременность или планирование беременности, период лактации. В исследовании применялись клинико-психопатологический, психометрический (HADS, HDRS, шкала личностной и реактивной тревожности Спилберга—Ханина, индекс ипохондрии Уайтли, визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для оценки выраженности боли) и статистический методы. **Результаты.** У 54,4% пациентов дисфункция ВНЧС развивалась на фоне манифестации или обострения психопатологической симптоматики. Психические расстройства, выявленные у 48 (84,2%) пациентов с заболеваниями ВНЧС — 39 женщин и 9 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 39,6±15,4 года), квалифицированы в четырех нозологических категориях — эндогенные аффективные расстройства (56,3%), расстройства личности (20,8%), шизотипическое расстройство (12,5%) и шизофрения (10,4%). Среди эндогенной аффективной патологии у пациентов с заболеваниями ВНЧС преобладали депрессивные эпизоды легкой и умеренной степени тяжести (59,3%). Интенсивность боли по ВАШ у пациентов с эндогенной аффективной патологией была в среднем выше, чем у пациентов с другими психическими расстройствами. Разнообразие клинической картины дисфункции ВНЧС в некоторой мере определялось нозологическими формами сопутствующих психических расстройств. У 57,6% пациентов, получавших психофармакотерапию, отмечалось нивелирование основных симптомов суставной дисфункции, у 12,1% — их полное исчезновение. **Заключение.** Проведенное исследование указывает на высокую распространенность психических расстройств у пациентов с заболеваниями ВНЧС и обосновывает целесообразность привлечения психиатра для комплексного лечения пациентов. Применение психометрического метода позволяет повысить своевременность выявления пациентов, нуждающихся в клинико-психопатологическом обследовании, для решения вопроса о необходимости проведения психофармакотерапии.

Ключевые слова: психические расстройства, заболевания височно-нижнечелюстного сустава, аффективные расстройства, боль, ипохондрия.

Psychiatric disorders in patients with temporomandibular joint disorders: prevalence, nosological qualification and therapy

Y.S. FOSFANOVA¹, V.E. MEDVEDEV¹, V.I. FROLOVA¹, A.YU. DROBYSHEV², D.V. SHIPIKA², A.N. KUZNETSOV², I.D. ZASLAVSKIY²

¹Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic diseases (head — N.L. Zuykova) Medical Institute of «Russian Peoples Friendship University», Moscow, Russia; ²Department of Maxillofacial Surgery (head — A.Yu. Drobyshev) «Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov» Russian Ministry of Health, Moscow, Russia

The aim of the study — to determine the prevalence of psychiatric disorders in patients with temporomandibular joint disorders and to define the psychiatric diagnosis (ICD-10). **Materials and methods.** Patients (57 subjects — 44 women and 13 men) with temporomandibular joint disorders, aged 18—68 years, who gave informed consent. The selection criterion was the coincidence of a triad of signs: 1) the presence of pain; 2) the limitation of mouth opening; 3) internal TMJ disorders according to MRI. Patients with severe organic insufficiency and neurological diseases, malignant neoplasms, rheumatic diseases, substance abuse and pregnant, planning a pregnancy, lactating women were excluded. The study used clinical psychopathological, psychometric (HADS,

HDRS, State-Trait Anxiety Inventory, Hypochondria Whitley Index, Visual Analog Scale for Pain) and statistical methods. **Results.** In 54,4% patients temporomandibular joint dysfunction developed against the background of the manifestation or exacerbation of psychopathological symptoms. The psychiatric disorders were revealed in 48 patients (84,2%) with temporomandibular joint disorders — 39 women and 9 men aged 18-65 years (mean age $39,6 \pm 15,4$ years). The psychiatric disorders were qualified as endogenous affective disorders (56,3%), personality disorders (20,8%), schizotypal personality disorder (12,5%) and schizophrenia (10,4%). Among affective pathology mild and moderate depressive episodes prevailed (59,3%). The severity of pain (VAS) in patients with endogenous affective disorders was higher than in patients with other psychiatric conditions. The nosological forms of psychiatric comorbidity to some extent determined the diversity of clinical manifestations of temporomandibular joint disorders. In 57,6% of patients, receiving psychopharmacotherapy, there was a reduction of the temporomandibular dysfunction manifestations, in 12,1% — total disappearance of symptoms. **Conclusion.** This study shows the high prevalence of psychiatric disorders in patients with temporomandibular joint disorders and proves the feasibility of a psychiatrist participate in the complex treatment of these patients. The use of psychometric method allows to improve the timeliness of the detection of patients who require further clinical psychopathological examination in order to determine the need of pharmacotherapy.

Keywords: psychiatric disorders, temporomandibular joint disorders, affective disorders, pain, hypochondria.

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) достаточно широко распространены, что объясняется сложностью строения и функционирования этих суставов, а также большой нагрузкой на них [1]. Около 57% пациентов стоматологов сообщают о тех или иных симптомах дисфункции ВНЧС [2]. При этом именно боль заставляет пациентов обращаться к врачу и является самой частой жалобой — около 90% пациентов с заболеваниями ВНЧС предъявляют жалобы на боль [1]. Болевой синдром, связанный с патологией ВНЧС, — один из самых часто встречающихся вариантов прозопалгии (лицевой боли) [2]. Болевые ощущения локализуются, как правило, в области проекции ВНЧС, а также в околоушной, височной и щечной областях. На ранних этапах заболевания боль обычно беспокоит пациентов только при движении челюстью, однако со временем нередко начинает ощущаться в покое, становясь постоянной, ноющей, монотонной, с эпизодами усиления при нагрузке на сустав. Некоторые пациенты отмечают тенденцию к миграции и иррадиации боли в верхнюю и нижнюю челюсти, лобную, затылочную, подглазничную и шейную области [1, 3]. К другим проявлениям дисфункции ВНЧС относят ограничение и асимметрию открывания рта, «шелканье» и хруст в суставе, болезненность при пальпации жевательных мышц, а также шум и заложенность в ушах [1, 4]. В настоящее время дисфункцию ВНЧС принято рассматривать как полиэтиологичный феномен, в возникновении которого участвуют несколько потенцирующих друг друга факторов, создавая подобие «порочного круга» (рис. 1) [1, 5]. Предрасполагающей к развитию дисфункционального синдрома «почвой» считаются внутрисуставные нарушения (в том числе при дисплазии соединительной ткани) и окклюзионная дисгармония (дефекты зубных рядов, неправильный прикус, некорректное протезирование, уменьшение высоты альвеолярного отростка и др.) [1, 4, 6], тогда как в качестве главного провоцирующего

фактора рассматривается тонический спазм жевательных мышц [1, 6, 7]. Тонический спазм жевательной мускулатуры в свою очередь возникает на фоне нарушений нейромышечного комплекса, что обуславливается различными причинами. Наиболее существенными из них считают психические расстройства и механическую перегрузку мышц, которая может быть связана с окклюзионной дисгармонией, патологией периодонта и пародонта, длительным односторонним типом жевания, профессией, парафункциями жевательных мышц [4, 5]. Дискоординация сокращений жевательных мышц, обусловленная гиперактивностью отдельных групп, их чрезмерным напряжением и утомлением, приводит к формированию локальных гипертонусов, а в дальнейшем — к стабильному мышечному напряжению, что нарушает движения обоих мышечков в суставных ямках и вызывает травмирование внутрисуставных структур. Кроме того, гипертонус жевательной латеральной и медиальной крыловидных мышц, обуславливающих движение суставного диска, способствует его смещению и формированию патологических изменений внутри сустава [1]. Таким образом, связанная с мышечным спазмом функциональная патология в дальнейшем может приводить к дегенеративным и воспалительным процессам в ВНЧС, а также к повреждению зубных тканей, что усугубляет окклюзионную дисгармонию [5, 8]. Предполагается, что в происхождении болевого синдрома принимают участие сочетающиеся в разных соотношениях два основных механизма: травмирование мягкотканевых структур сустава (в том числе богатой ноцицепторами биламинарной зоны) и формирование локальных мышечных гипертонусов, которые становятся источником локальных и отраженных болей и превращаются в триггерные точки, а при длительном существовании вызывают сосудистые, обменные и воспалительные изменения в мышцах, что усиливает интенсивность болевых ощущений [5, 7, 9]. В то же время для «закрепле-



Рис. 1. Механизм развития дисфункции ВНЧС [1, 5, 7].

ния» сформировавшегося патологического паттерна функционирования жевательного аппарата необходимо «хроническое эмоциональное напряжение», сопровождающееся дисфункцией антиноцицептивных систем мозга и интенсификацией болевых ощущений, что приводит к дополнительной активации мотонейронов и поддержанию мышечного спазма [7]. Под психической патологией, соучаствующей в возникновении тонического напряжения мускулатуры, в литературе, как правило, описываются психогенно провоцируемые психические расстройства [9, 10]. Так, многие авторы сообщают о высокой распространенности (до 100%) тревоги и депрессии у пациентов с дисфункцией ВНЧС [7, 10].

Как и в случае любого хронического болевого синдрома, причинно-следственная связь психических расстройств и боли при нарушениях в ВНЧС остается дискуссионной и неопределенной. Некоторые авторы объясняют такую частоту аффективной патологии длительным персистированием болевых ощущений, обозначая указанные расстройства «альгогенным психосиндромом» [7]. Сторонники психосоматической теории происхождения дисфункции ВНЧС, напротив, полагают, что именно патологическое аффективное состояние обуславливает развитие заболевания [9, 10]. В качестве доказательства этой гипотезы приводят данные работ, в которых было показано, что болевой синдром, связанный с дисфункцией ВНЧС, у людей с психическими расстройствами встречается в 2 раза чаще, чем у лиц без нарушений в психической сфере [6,

10]. Существует также ограниченное количество работ, в которых демонстрируется эффективность терапии антидепрессантами и анксиолитиками в отношении не только клинических проявлений тревоги и гипотимии, но и симптомов дисфункции ВНЧС [3, 10]. Следует заметить, что, несмотря на признаваемый большинством авторов вклад психической патологии в развитие нарушений в ВНЧС и высокую ее распространенность при заболеваниях ВНЧС, данные литературы относительно ее клинико-психопатологической и нозологической дифференциации практически отсутствуют. В связи с этим клиническое психиатрическое обследование пациентов с заболеваниями ВНЧС для верификации нозологических форм психопатологии представляется актуальным.

Цель исследования — оценка распространенности психических расстройств у пациентов с заболеваниями ВНЧС и их психопатологическая и нозологическая квалификация (МКБ-10).

Материал и методы

Отбор пациентов проводился на базе кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. В исследование включены пациенты с заболеваниями ВНЧС обоих полов в возрасте от 18 до 70 лет, давшие информированное согласие на осмотр психиатра. В качестве критерия отбора в группу исследова-

ния принималось совпадение триады признаков: 1) наличие болевого синдрома; 2) ограничение открывания рта; 3) внутренние нарушения ВНЧС по данным магнитно-резонансной томографии. Критериями исключения были наличие тяжелой соматической и неврологической патологии в стадии декомпенсации, злокачественных новообразований, системных заболеваний соединительной ткани, зависимость от психоактивных веществ, беременность или планирование беременности, период лактации. В исследовании применялись клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы. В качестве инструментов обследования использовались валидизированные шкалы: госпитальный опросник тревоги и депрессии (HADS), шкала для оценки выраженности депрессии Гамильтона (HDRS), шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергер—Ханина, индекс ипохондрии Уайтли, визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для оценки выраженности боли. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерной программы Statistica 6.0.

Результаты исследования

Обследованы 57 пациентов (44 женщины и 13 мужчин) с заболеваниями ВНЧС в возрасте от 18 до 68 лет (средний возраст $43,7 \pm 13,6$ года). Полученные данные о преобладании среди изучаемого контингента пациентов женщин среднего возраста соответствуют результатам отечественных и зарубежных исследований дисфункции ВНЧС [1, 7].

Основной жалобой пациентов, заставившей их обратиться к врачам, являлась боль (100%), ее средняя выраженность была умеренной — $4,5 \pm 2,2$ по ВАШ. При этом у 31 (54,4%) пациента болевые ощущения возникали только при нагрузке на сустав (открывание и закрывание рта, сжимание челюстей), 16 (28,1%) пациентов описывали боль как постоянную, не зависящую от движения челюстью, 10 (17,5%) сообщали о постоянной боли с эпизодами усиления при нагрузке на сустав. Большинство пациентов — 50 (87,7%) — характеризовали болевые ощущения как «тупые», «тянущие», «давящие», «ноющие»; у 7 (12,3%) пациентов боль была «острой» и «стреляющей», несмотря на то что диагноз «невралгия» был исключен. У 35 (61,4%) боль локализовалась непосредственно в области ВНЧС и околоушной области, у 17 (29,8%) — из основной точки локализации irradiровала в височную, шейную, затылочную, подглазничную и заушную области, а также на верхнюю и нижнюю челюсти, 5 (8,8%) пациентов отмечали миграцию боли из одной области в другую. Частичный положительный эффект от приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) отмечали 26 (45,6%) пациентов, полное купирование болевого синдрома — 10 (17,5%) пациен-

тов, у остальных 21 (36,8%) прием НПВП на выраженность боли не влиял. Влияние болевых ощущений на сон (пробуждения из-за боли) отмечали только 10 (17,5%) пациентов. Другими жалобами пациентов с заболеваниями ВНЧС, в связи с которыми они обращались к стоматологам, были ограничение открывания рта (100%), «хруст» и «щелканье» в суставах (81,3%), «некомфортное» смыкание челюстей (39,6%) и асимметрия открывания рта (22,9%).

На основании клинико-психопатологического и психометрического обследования наличие психических расстройств установлено у 48 (84,2%) пациентов. Данная выборка пациентов, состоявшая из 39 женщин и 9 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $39,6 \pm 15,4$ года), подвергалась дальнейшему обследованию.

Субъективно значимые стрессовые события накануне возникновения симптомов дисфункции ВНЧС отмечали 23 (47,9%) пациента. У 31 (64,6%) пациента проявления дисфункции ВНЧС совпадали по времени с манифестацией или обострением психопатологических расстройств (54,4% — среди всех обследованных пациентов с заболеваниями ВНЧС). Преморбидные черты личности пациентов оценивались клинико-психопатологическим методом. Истерические черты были определены у 34 (70,8%) пациентов, сенситивные — у 21 (43,7%), тревожные и тревожно-мнительные — у 28 (58,3%), зависимые — у 18 (37,5%), ананкастические — у 13 (27,1%), шизоидные — у 22 (45,8%), гипопаранояльные — у 9 (18,7%). Полученные результаты подтверждаются данными других исследований, в которых также демонстрировалось преобладание истерических и психастенических личностных черт пациентов с дисфункцией ВНЧС [6].

При психометрическом обследовании установлено, что согласно шкале HADS выраженность тревоги и депрессии в среднем составляла $8,2 \pm 3,4$ и $6,3 \pm 3,5$ балла соответственно. Клинически значимые уровни тревоги и депрессии (более 7 баллов) были выявлены у 38 (79,2%) и 30 (62,5%) пациентов соответственно. Средний балл по шкале депрессии Гамильтона (HDRS) составил $12,0 \pm 3,6$, при этом клинически выраженные показатели депрессии (более 7 баллов) установлены у 34 (70,8%) пациентов. Высокие показатели реактивной и личностной тревожности (46 баллов и более) по шкале Спилбергер—Ханина верифицированы соответственно у 35 (72,9%) и 40 (83,3%) пациентов, при этом средние значения данных показателей в выборке достигали $47,3 \pm 10,2$ и $49,4 \pm 9,6$. Симптомы ипохондрии по опроснику Уайтли (32 балла и более) верифицированы у 41 (85,4%) пациента, среднее значение индекса ипохондрии Уайтли в выборке — $34,6 \pm 9,6$ балла. Ипохондрические переживания в отношении суставной дисфункции реализовались фиксацией на неприятных телесных ощущениях и мыслями о

Таблица 1. Структура эндогенной аффективной патологии в группе (n=27)

Рубрика МКБ-10, шифр	Число пациентов	
	абс.	%
Депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести (F32.0, F32.1)	16	59,3
Рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести (F33.0, F33.1)	3	11,1
Циклотимия, текущая фаза гипотимии (F34.0)	3	11,1
Дистимия (F34.1)	5	18,5
Всего	27	100

бесперспективности лечения, необходимости «жить с болью», развитии «необратимых изменений в суставах», что может привести к «невозможности открыть рот», а также о вероятном наличии «смертельно-опасного заболевания».

Психическая патология у пациентов с заболеваниями ВНЧС реализовалась депрессивными — 33 (68,8%), тревожными — у 10 (20,8%) и психотическими — у 5 (10,4%), симптомокомплексами, в рамках динамики эндогенных аффективных расстройств — у 27 (56,3%), расстройств личности — у 10 (20,8%), шизотипического расстройства — у 6 (12,5%) и шизофрении — у 5 (10,4%). Во всех наблюдениях анамнестически установлено, что экзacerbация и выраженность симптомов дисфункции ВНЧС коррелировали с развитием предшествующих эпизодов и тяжестью психопатологических расстройств.

Эндогенные аффективные расстройства у пациентов с заболеваниями ВНЧС

Данная группа пациентов состояла из 21 женщины и 6 мужчин в возрасте от 21 года до 68 лет (средний возраст $42,1 \pm 13,8$ года). Распределение пациентов с заболеваниями ВНЧС и сопутствующей эндогенной аффективной патологией по рубрикам МКБ-10 представлено в **табл. 1**.

Клиническая картина депрессий характеризовалась преобладанием тревожного (тревожно-ипохондрического) у 17 пациентов и астено-апатического — у 8 аффектов. У 4 (14,8%) пациентов в рамках депрессивных эпизодов возникали панические атаки, в том числе субсиндромальные, на фоне которых пациенты отмечали усиление болевых ощущений. У 13 (48,1%) пациентов в группе имели место и другие хронические алгии — головная боль и боли в спине.

Расстройства личности у пациентов с заболеваниями ВНЧС

Группа пациентов с расстройствами личности (**табл. 2**) и заболеваниями ВНЧС состояла из 9 женщин и 1 мужчины в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст $27,3 \pm 15,2$ года).

Динамика расстройств личности характеризовалась депрессивными и тревожными фазами с преобладанием тревожно-ипохондрической (у 5 пациен-

Таблица 2. Спектр расстройств личности в группе (n=10)

Рубрика МКБ-10, шифр	Число пациентов	
	абс.	%
Истерическое расстройство личности (F60.4)	5	50
Тревожное расстройство личности (F60.6)	4	40
Шизоидное расстройство личности (F60.1)	1	10
Всего	10	100

тов), астено-апатической (у 3), фобической с паническими приступами (у 2) симптоматики.

Шизотипическое расстройство личности у пациентов с заболеваниями ВНЧС

Данная группа состояла из 6 пациентов: 4 женщин и 2 мужчин в возрасте от 18 до 57 лет (средний возраст $43,8 \pm 17,2$ года). У 5 (83%) пациентов в группе, помимо собственно алгий, отмечались сенестопатии — тягостные ощущения, как правило, «выкручивающего», «жгущего», «шекочущего» характера, как в области ВНЧС, так и в других частях тела. Помимо этого, у 4 (66,7%) пациентов в группе диагностирован синдром небредовой дисморфофобии с чрезмерной озабоченностью и «маскировкой» (элементами одежды, косметикой) незначительной или вовсе отсутствующей асимметрии лица.

Шизофрения у пациентов с заболеваниями ВНЧС

В группе пациентов с шизофренией, состоявшей из 5 женщин в возрасте от 25 до 42 лет (средний возраст $28,7 \pm 8,3$ года), 2 (40%) пациентки страдали параноидной шизофренией (F20.0), ранее получали терапию типичными нейролептиками, тем не менее у них отмечалось сохранение резидуальной психотической симптоматики. У 3 (60%) пациенток из группы диагностирована сенесто-ипохондрическая шизофрения (F20.8). Пациентки с сенесто-ипохондрической шизофренией имели разнообразное жалобы на неприятные тягостные ощущения в теле, расцененные как сенестопатии, многочисленные обследования и неоднократные не приносящие облегчения инвазивные вмешательства в анамнезе. У всех пациентов данной группы отмечалась интеграция представлений о природе алгических ощу-

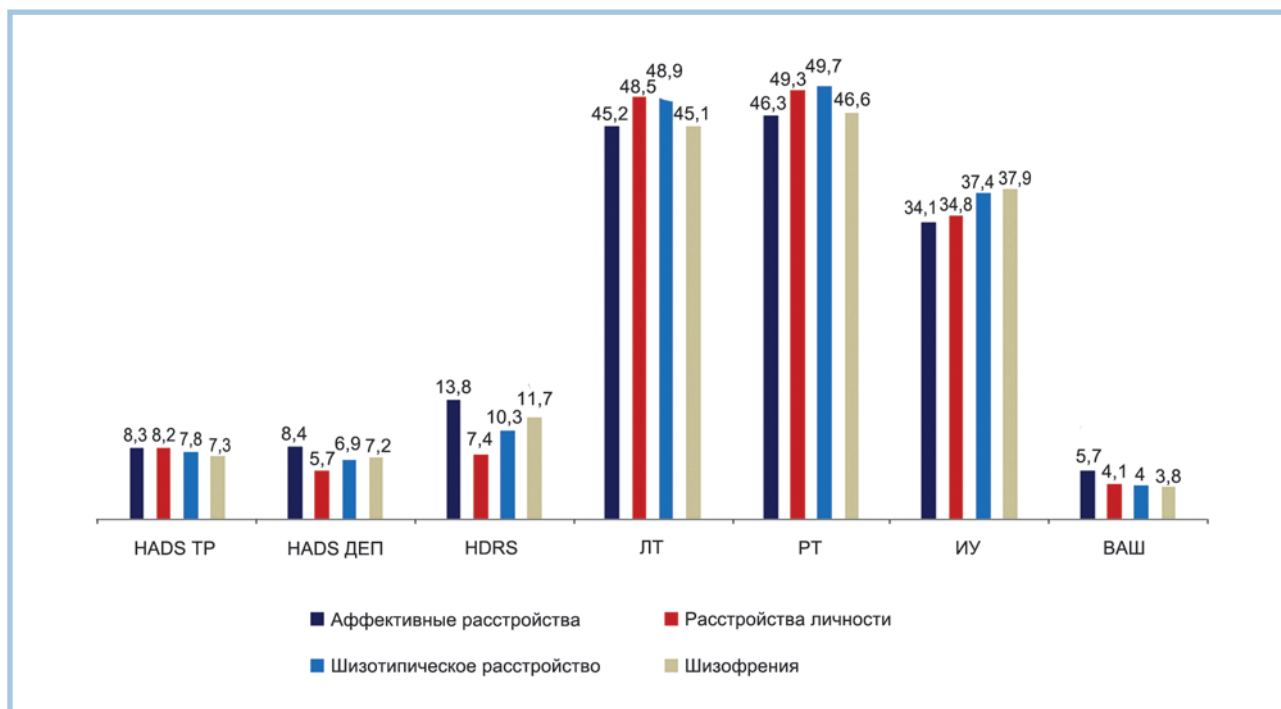


Рис. 2. Сравнительная оценка средних значений психометрических показателей (баллы) для пациентов с разными вариантами психической патологии и заболеваниями ВНЧС.

ЛТ — личностная тревожность, РТ — реактивная тревожность, ИУ — ипохондрия Уайтли.

щений в ВНЧС в структуру бреда: при параноидной симптоматике — в качестве «проявлений влияния» со стороны «недоброжелателей», при сенесто-ипохондрической — как подтверждение «наличия уникального» или «смертельного» заболевания.

Сравнительная оценка психометрических показателей для вышеописанных групп пациентов представлена на **рис. 2**.

При статистическом анализе достоверно более высокие уровни депрессии по шкалам HADS и HDRS и более интенсивное восприятие боли (по ВАШ) определялись у пациентов с эндогенными аффективными расстройствами ($p < 0,001$), тогда как большая выраженность ипохондрических переживаний, согласно индексу Уайтли, была свойственна пациентам с шизотипическим расстройством и шизофренией ($p = 0,005$). Более высокие показатели реактивной и личностной тревожности (на уровне тенденций, $p \geq 0,5$) были выявлены у пациентов с расстройствами личности и шизотипическим расстройством.

С учетом выявленных психопатологических расстройств 33 пациентам проводилась психофармакотерапия современными препаратами из классов антидепрессантов, нейролептиков и транквилизаторов длительностью не менее 2 мес. Среди антидепрессантов предпочтение отдавалось ингибиторам обратного захвата серотонина и препаратам двойного действия (дулоксетин, венлафаксин, мил-

наципран), среди нейролептиков применялись сульпирид, алимемазин, галоперидол ввиду наличия у них установленных в клинических исследованиях нивелирующих патологические телесные сенсации (включая психалгии) свойств [11, 12]. Из получавших психофармакотерапию пациентов 19 (57,6%) на фоне улучшения психического состояния отметили уменьшение дискомфорта в челюстно-лицевой области и у 4 (12,1%) — полное исчезновение симптомов суставной дисфункции. У всех пациентов, отметивших улучшение психического состояния на фоне приема психотропных препаратов, уменьшилась (вплоть до полного исчезновения) выраженность болевого синдрома, у 12 (63,2%) увеличился объем открывания рта, у 13 (68,4%) снизился (или полностью купировался) дискомфорт при смыкании челюстей, у 4 (21,1%) уменьшилась частота возникновения акустических феноменов (хруст, щелчки) в ВНЧС.

Обсуждение

Среди преморбидных черт личности пациентов с заболеваниями ВНЧС преобладали истерические и тревожные. Для истерической акцентуации характерна повышенная чувствительность к телесным сенсациям с тенденцией к аггравации, «катастрофизации» соматических жалоб. Тревожный радикал личности обуславливает фиксацию на телесных

ощущениях с ретенцией тревоги и боязливым само-наблюдением, а также соматизированные реакции, связанные с постоянным ощущением внутреннего напряжения [12].

Распространенность психических расстройств среди обследованных пациентов с заболеваниями ВНЧС составила 84,2%. Субъективно значимые стрессовые события непосредственно предшествовали развитию дисфункции ВНЧС в 47,9% случаев. У 64,6% пациентов (31 наблюдение) симптомы дисфункции ВНЧС совпадали и по времени с манифестацией или обострением психопатологических расстройств (54,4% среди всех обследованных пациентов с заболеваниями ВНЧС), что указывает на определенное участие психической патологии в формировании дисфункции ВНЧС.

Психические расстройства, выявленные у пациентов с заболеваниями ВНЧС, представлены тревожными, депрессивными и психотическими расстройствами, которые манифестировали в рамках гетерогенных нозологических категорий — эндогенные аффективные расстройства, расстройства личности, шизотипическое расстройство и шизофрения, протекающих с нарушениями телесной перцепции и гетерономными телесными ощущениями (психалгии, сенестопатии и т.д.). Таким образом, разнообразие клинической картины дисфункции ВНЧС у пациентов соотносилось нозологически формами сопутствующих психических расстройств.

Из 33 пациентов, получавших психофармакотерапию, у 57,6% отмечалось нивелирование проявлений дисфункции ВНЧС, у 12,1% — их полное редуцирование. Эффективность психофармакотерапии

у пациентов изученной выборки также указывает на существенный вклад психопатологических симптомокомплексов в клиническую картину дисфункции ВНЧС.

Заключение

Полученные данные подтверждают высокую распространенность психических расстройств у пациентов с заболеваниями ВНЧС. В более чем половине наблюдений дисфункция ВНЧС развивалась на фоне манифестации или эксацербации психопатологической симптоматики, что, в совокупности с эффективностью психофармакотерапии в отношении симптомов суставной дисфункции у ряда пациентов, может говорить об определенном вкладе психических расстройств в патогенез заболеваний ВНЧС. Психическая патология у пациентов с заболеваниями ВНЧС разнообразна и соопределяет клинико-динамические характеристики болевого синдрома. В связи с вышеперечисленным можно рекомендовать привлечение психиатра для комплексного обследования и лечения данной категории пациентов. Представляется целесообразным включить психометрический метод в алгоритм обследования всех пациентов с заболеваниями ВНЧС, что позволит своевременно выявлять пациентов, нуждающихся в дальнейшей консультации психиатра, для тщательного клинико-психопатологического обследования и решения вопроса о необходимости назначения психофармакотерапии.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шипика Д.В., Дробышев А.Ю. Современные методы оценки состояния и степени выраженности синдрома болевой дисфункции ВНЧС (обзор литературы). *Российская стоматология*. 2011;5(4):47-54.
2. Максимовская Л.Н., Фокина Н.М., Дудник Е.Н. К вопросу о купировании боли при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. *Трудный пациент*. 2012;5(10):18-20.
3. Зенкевич А.С., Филатова Е.Г., Латышева Н.В. Мигрень и дисфункция височно-нижнечелюстного сустава: механизмы коморбидности. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(10):33-38. doi:10.17116/jnevro201511510133-38
4. Хватова В.И. *Клиническая гнатология*. М.: Медицина; 2005.
5. Брега И.Н., Доронин Б.М., Адоньева А.В. Комплексный подход в лечении и реабилитации больных с мультифасциальным болевым синдромом лица. *Бюллетень сибирской медицины*. 2010;4(9):28-34.
6. Пантелеев В.Д., Загорко М.В., Филиппченкова С.И., Власенко Н.Ю. Исследование психологического статуса пациентов с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава. *Стоматология*. 2014;93(1):34-36.
7. Гандьян К.С., Карпов С.М., Пузин М.Н. Патогенетические механизмы формирования хронических непароксизмальных прозопапгий на примере височно-нижнечелюстного сустава (обзор литературы). *Международный журнал экспериментального образования*. 2014;(3-2):39-45.
8. Laskin DM. Etiology of the «pain-dysfunction» syndrome. *Inf Dent*. 1977;59(20):21-32.
9. Пузин М.Н., Вязьмин А.Я. *Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава*. М.: Медицина; 2002.
10. Булычева Е.А., Чикунев С.О., Трезубов В.Н., Грищенко А.С. Доклад о генезе психического генеза гипертонии жевательных мышц (часть III). *Институт стоматологии*. 2012;2(55):62-64.
11. Медведев В.Э., Дробышев А.Ю., Фролова В.И., Мартынов С.Е. Психопатологические и патохарактерологические расстройства у пациентов с травмами челюстно-лицевой области (аспекты клиники и терапии). *Российская стоматология*. 2015;8(4):44-51. doi:10.17116/rosstomat20158444-51
12. Смулевич А.Б. *Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии*. М.; 2012.

doi: 10.17116/rosstomat20169410-12

Эволюция патологий твердых тканей зуба

Д.м.н., проф. Т.П. ВАВИЛОВА^{1*}, к.м.н., доц. И.Г. ОСТРОВСКАЯ¹, д.м.н., проф. Н.И. КРИХЕЛИ²

¹Кафедра биологической химии (зав. — д.м.н., проф. Т.П. Вавилова) стоматологического факультета ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия; ²кафедра клинической стоматологии (зав. — д.м.н., проф. Н.И. Крихели) стоматологического факультета ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования — выявить динамику развития патологий твердых тканей зуба в разные периоды развития человечества. Эволюция зубных патологий была прослежена благодаря археологическим находкам в различных местах земного шара. Переход от охоты и собирательства до производства продуктов питания существенно изменил микробиоматерию и сподвиг к эволюционной изменчивости семейство *Streptococci mutans*, которые приобрели свойство возбудителя кариеса зубов у человека.

Ключевые слова: кариес зуба, некариозные поражения твердых тканей зубов, антропология.

Evolution of pathologies of hard tissues of tooth

T.P. VAVILOVA¹, I.G. OSTROVSKAYA¹, N.I. KRICHELII²

¹Department of biological chemistry (head — T.P. Vavilova) Faculty of Stomatology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov Russian Ministry of Health, Moscow, Russia; ²Department of Clinical Stomatology (head — N.I. Krikheli) Faculty of Stomatology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov Russian Ministry of Health, Moscow, Russia

Research objective: To reveal dynamics of development of pathologies of hard tissues of tooth during the different periods of development of humanity. Evolution of tooth pathologies has been tracked thanks to archeological finds in various places of the globe. Transition from hunting and collecting before production of food has significantly changed microbiomatter and has moved family of *Streptococci mutans* which have gained property of the causative agent of caries of teeth from the person to evolutionary variability.

Keywords: tooth caries, not carious defeats of hard tissues of teeth, anthropology.

Появление кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов было изучено в ранних и поздних палеотических популяциях. В месте обитания плеоценовых гоминидов (от 5 млн лет назад) кариес зубов был обнаружен у одного индивида австралопитека крупнозубого [1]. Признаки кариеса зубов также были обнаружены у плейстоценовых охотников-собирателей из Северной Африки, живших около 2 млн лет назад. Исследование их зубов показало, что кариес у них встречался в 1% случаев [2]. Необходимо учитывать, что плеоценовые и плейстоценовые гоминиды жили в условиях сурового холода, в эпоху отсутствия растительной пищи и огня, поэтому в их рацион входило сырое мясо животных. Распространенность кариеса зубов, по материалам сотни исследованных черепов неандертальцев, живших 350–600 тыс. лет назад, тоже составила 1% [3]. Химические исследования фекалий неандертальцев показали, что древние люди этой эпохи питались

уже не только мясом, но и орехами, клубнями, ягодами [4]. Полученные данные свидетельствуют о том, что распространенность кариеса зубов среди австралопитеков и неандертальцев была очень низкой.

Многочисленные документы археологических экспедиций, производящих раскопки могильников, датированных средним и поздним каменным веком, представили свидетельства о характере питания, образе жизни, наличии болезней у людей того времени. Появились сообщения, что для данной эпохи характерно наличие большого числа зубов, пораженных кариесом. Статистические отчеты D.U. Fraayer (1988) показали, что у населения Евразии количество кариозных зубов возрастало за период от раннего (1,2 млн — 600 тыс. лет назад) до позднего палеолита (40–12 тыс. лет назад) до 11,3%, а в среднем каменном веке (мезолите, 15–5 тыс. лет назад) до 19,1% [5]. Автор связывал динамику увеличения ка-