

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ

А.В. Цимбалистов, В.В. Бабич

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION TREATMENT'S EFFICIENCY DEPENDS OF SOMATIZATION LEVEL

A.V. Cimbalistov, V.V. Babich

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

© А.В. Цимбалистов, В.В. Бабич, 2011

Обследованы 117 больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Ортопедическое лечение у больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (при наличии гипотиреоза в анамнезе) без предварительного эндокринологического лечения ведет к усилению болевой симптоматики и затрудняет адаптацию к ортопедическому лечению. Рекомендованное лечение поможет избежать осложнений во время ортопедического лечения и добиться клинического улучшения.

Ключевые слова: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, болевой симптом.

117 patients with temporomandibular joint dysfunction were observed. After treatment, the gnathodynamometric test proved that the patients with hypothyroidism is often followed by myofascial pain syndrome, who had previous endocrinological treatment, demonstrated the increase of the bite strength on the frontal side TMJ-dysfunction among patients who had prosthetic treatment without previous endocrinological complex of treatment led to manifestation of pain symptom and difficulty of adaptation for prosthetic treatment. The recommended complex treatment (as it had been marked by research group) can help to avoid complications during the prosthetic treatment and contribute to clinical improvement.

Key words: TMJ-dysfunction, TMD treatment, pain symptom.

Введение

Ряд исследователей полагают, что причиной синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СД ВНЧС) являются нейромышечные нарушения, в основе которых лежит соматическая, эндокринная и другие виды патологий [1–5]. Пациенты с болевой симптоматикой при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, по мнению ряда авторов [6], имеют достоверно более высокий уровень соматического отягощения, чем пациенты, у которых отсутствуют жалобы на боль в области ВНЧС. Установлена взаимосвязь между состоянием эндокринной системы и дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава [7, 8].

Термин «функциональное состояние» предложен Р.М. Баевским (1983), также им предложена классификация функциональных состояний организма, основанная на представлениях о гомеостазе и адаптации [9]. Миокардиальный гомеостаз тесно связан с вегетативной регуляцией

функций, с взаимодействием симпатической и парасимпатической систем, с вегетативным гомеостазом и с типами реактивности, что и определяет индивидуальный адаптационный ответ организма на введение протезной конструкции в полость рта (изменение взаимоположения элементов в суставе – раздражение проприорецепторов капсулы височно-нижнечелюстного сустава), это предшествует болевой симптоматике, которая является основным поводом для обращения к врачу. Изменение функционального состояния (в частности вегетативного статуса, что демонстрирует анализ вариабельности сердечного ритма) предшествует снижению адаптации к той функциональной нагрузке, которую воспринимает зубочелюстной аппарат.

Цель исследования – повышение эффективности лечения стоматологических больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 117 больных в возрасте 22–60 лет из числа обратившихся на кафедру ортопедической стоматологии ГОУ ДПО СПб МАПО по поводу дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, из них 102 женщины и 15 мужчин. Использованы следующие методы обследования: клинико-анамнестический метод (визуальная аналоговая шкала болевой реакции); лучевая диагностика (МРТ); гнатодинамометрия. Для оценки функционального состояния организма у стоматологических больных проведен анализ вариабельности сердечного ритма [10] и спектрофотометрия гемолизата капиллярной крови [11]. Комплексная оценка функционального состояния организма больного определялась с учетом полученных данных следующим образом: функциональное состояние оптимально, функциональное состояние снижено, функциональное состояние резко снижено.

Пациенты разделены на две группы по виду оказываемой помощи. Больные, прошедшие комплексное лечение с привлечением других специалистов по показаниям, были включены в группу исследования ($n = 57$). Из больных, которые не прошли дополнительного лечения у других специалистов по показаниям, сформировали группу контроля ($n = 60$). Стоматологическое лечение для пациентов обеих групп включало шинотерапию, ортопедические конструкции по показаниям, функциональную терапию. Катамнез оценивался через 5 месяцев после проведенного лечения.

Результаты и их обсуждение

Из обследованных нами больных с дисфункцией ВНЧС большинство составляют женщины (87,18%), что соответствует данным, полученным рядом физиологов [7, 8]. По данным МРТ оценивалось состояние ВНЧС: положение суставного диска в положении центральной окклюзии и при открывании рта (наличие дислокации суставного диска); дегенеративные изменения суставного диска и начальные признаки дистрофических изменений костных структур сустава. При сравнительной оценке морфофункционального состояния височно-нижнечелюстных суставов по данным МРТ и функционального состояния организма больных (комплексный показатель) статистически достоверной взаимосвязи не выявлено. Статистически значимых различий морфофункционального состояния ВНЧС ис-

ходно по данным МРТ между группой контроля и группой исследования не выявлено, $p > 0,05$ (χ^2 , χ^2 Пирсона, точный метод Фишера).

При оценке наличия сопутствующих заболеваний по данным анамнеза различия между группой контроля и группой исследования статистически не значимы ($p > 0,05$). Наиболее часто отмечен гипотиреоз (47% случаев в группе контроля, 50% случаев в группе исследования); заболевания опорно-двигательного аппарата (40% случаев в группе контроля, 38% случаев в группе исследования). По данным спектрофотометрии наименьшие показатели метаболической активности выявлены при верифицированном эндокринологом гипотиреозе (снижение содержания в крови гормонов: ТТГ (тиреотропный гормон), Т3 (трийодтиронин), Т4 (тироксин); $p < 0,05$ (χ^2 Пирсона). Полученные данные согласуются с мнением J.G. Travell [12] и D.G. Simons [13], которые отмечали особую роль гипотиреоза при возникновении болевых реакций и мышечного дисбаланса в шейно-лицевом отделе; а также с данными Argov Z. [14]: при гипотиреозе дефицит тиреоидных гормонов сопровождается снижением числа митохондрий в клетках скелетной мускулатуры и снижением уровня митохондриальных протеинов. Назначенное эндокринологом лечение («Эутирокс», 75 мкг/сутки) и лечение у мануального терапевта нормализовало функциональное состояние организма у больных с дисфункцией ВНЧС. Через 5 месяцев после проведенного лечения зафиксировано увеличение количества больных, находящихся в состоянии функционального оптимума в группе исследования по сравнению с группой контроля; $p < 0,05$ (χ^2 , χ^2 Пирсона, метод Фишера).

По данным, полученным с помощью гнатодинамометрии (фронтальный участок) до лечения и через 5 месяцев после лечения, в группе исследования выявлены достоверные различия усилий сжатия после лечения у больных по сравнению с группой контроля (превышают в 1,7 раза). Уровень статистической достоверности показателей в группе исследования: ANOVA ($p < 0,0001$), критерий Манна – Уитни ($p < 0,0001$), критерий Колмогорова – Смирнова ($p < 0,001$). Также у пациентов в группе исследования отмечено достоверное увеличение показателей амидной активности, полученных с помощью спектрофотометрии по прошествии полугода от начала лечения, что свидетельствует о благоприятном лечебном эффекте у пациентов, при лечении по показаниям у таких спе-

циалистов, как эндокринолог, терапевт. Уровень статистической достоверности показателей в группе исследования: ANOVA ($p = 0,005$), критерий Манна – Уитни ($p = 0,006$), критерий Колмогорова – Смирнова ($p < 0,025$).

На основе данных, полученных с помощью шкалы интенсивности болевой чувствительности (визуальной аналоговой шкалы болевой реакции), определено, что после лечения при сниженном и резко сниженном функциональном состоянии в группе исследования отмечается больший процент больных с отсутствием болевой симптоматики; (группа исследования – 56,14%; группа контроля – 28,3%) $p < 0,05$ (χ^2 , χ^2 Пирсона, метод Фишера).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что соматический статус во многом определяет эффективность проводимого стоматологического лечения и обуславливает необходимость рекомендовать объём дополнительного нестоматологического лечения (терапевт, эндокринолог). В некоторых случаях врач-стоматолог имеет право отказать пациенту в оказываемой стоматологической – ортопедической помощи, так как для некоторых больных протезная конструкция будет тем стрессором, который сместит адаптационные возможности в сторону срыва адаптации, декомпенсации. В последующей конфликтной ситуации виноватым будет именно врач-стоматолог-ортопед, несмотря на то, что клиническая проблема данного пациента находится за пределами стоматологии. Учитывая тот факт, что предстоящий лечебный процесс (ортопедическое лечение) это стресс, врач-клиницист должен решить важную задачу: предположить тот допустимый уровень стресса (план лечения), при котором будет достигнут наилучший клинический результат. Врач-клиницист, способный объяснить пациенту важность предварительной помощи других врачебных специалистов по показаниям и необходимость реабилитационных мероприятий после зубочелюстного протезирования (шинотерапии), выходит на более высокий уровень оказания медицинской помощи.

Выводы

1. Объём лечения стоматологических больных с дисфункцией ВНЧС определяется в том числе функциональным состоянием организма больного. Снижение функционального состояния организма больного с дисфункцией ВНЧС ограничивает реабилитационные возможности стоматологического лечения.

2. При резком снижении функционального состояния рекомендуется предварительное и последующее лечение у других специалистов (терапевт, эндокринолог) по показаниям.

Литература

1. Вязьмин, А.Я. Диагностика и комплексное лечение синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. : 14.00.21 / А.Я. Вязьмин. – Иркут. гос. мед. ун-т. – Иркутск, 1999. – 47 с.
2. Писаревский, Ю.Л. Закономерности клинико-биохимических нарушений в патогенезе синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.16 / Ю.Л. Писаревский. – Чита, 2001. – 37 с.
3. Писаревский, Ю.Л. Состояние системы «свободнорадикальное окисление – антиоксидантная защита» при болевом синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин / Ю.Л. Писаревский [и др.] // Рос. стоматол. журн. – 2002. – № 3. – С. 21–24
4. Пузин, М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин – М. : Медицина, 2002. – 158 с.
5. Семенов, И.Ю. Нейрогуморальные аспекты синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21; 14.00.13 / И.Ю. Семенов. – М., 1997. – 18 с.
6. Adrian, U.J. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders / Adrian U.J. [et al.] // J Prosthet Dent. – 2002. – № 88. – P. 479.
7. Dao, T.T. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders bruxism? / T.T. Dao, G.J. Lavigne // Rev Crit. Rev. Oral Biol Med. – 1998. – № 9. – P. 345–361.
8. Raphael, K.G. Widespread pain and the effectiveness of oral splints in myofascial face pain / K.G. Raphael, J.J. Marbach // J Am Dent Assoc. – 2001. – № 132. – P. 305–316.
9. Баевский, Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева – М. : Медицина, 1997. – 265 с.
10. Патент РФ на изобретение № 2354292. Способ планирования стоматологического лечения с учетом функционального состояния пациента / А.В. Цимбалов, А.А. Синицкий, А.Н. Спиридонов, Т.А. Лопушанская, И.В. Войтяцкая, Л.Б. Петросян, В.В. Бабич // Заявка

№ 2007130881/14, 13.08.2007; опубликовано: 10.05.2009, бюллетень 13.

11. Патент РФ на изобретение № 2355294. Способ планирования стоматологического лечения с учетом функционального состояния пациента / А.В. Цимбалистов, В.В. Петраш, А.А. Синицкий, Т.А. Лопушанская, И.В. Войтяцкая, Л.Б. Петросян, В.В. Бабич // Заявка № 2007130957/14, 13.08.2007; опубликовано: 20.05.2009, бюллетень 14.

12. *Travell, J.G.* Myofascial Pain and Dysfunction. The trigger Point Manual / J.G. Travell, D.G. Simons. – Baltimore-London, 1989. – 713 p.

13. *Simons, D.G.* Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual / D.G. Simons [et al.] // Williams & Wilkins. – 1999. – № 1. – P. 1038.

14. *Argov, Z.* Effects of Thyroid Hormones on Skeletal Muscle Bioenergetics / Argov Z. [et al.] // J. Clin. Invest. – 1988. – Vol. 81, June. – P. 1695–1701.

В.В. Бабич

тел.: +7-921-798-39-53

e-mail: vasvlbabich@yandex.ru