

УДК [616.724+616.742.72]-008-073(021)

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ РАННИЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Жулев Е.Н., Вельмакина И.В.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород, e-mail: rector@gmannov.ru

Настоящая статья посвящена изучению особенностей психоэмоционального статуса у лиц, имеющих ранние признаки мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. В настоящее время синдром мышечно-суставной дисфункции ВНЧС является одним из распространенных стоматологических заболеваний, которым страдает большое количество людей во всем мире. Данное заболевание является полиэтиологическим, связанным с окклюзионными и мышечными нарушениями, соматическими заболеваниями, травмами, аллергическими реакциями и др. Важное место в развитии мышечно-суставной дисфункции ВНЧС занимает психологический фактор. Хронические стрессы, а также особенности психоэмоционального статуса пациентов могут спровоцировать напряжение и длительный спазм жевательных мышц и становятся пусковым фактором развития дисфункции сустава. В статье описаны результаты изучения особенностей психоэмоционального статуса пациентов с дисфункцией ВНЧС с помощью психологических тестов Айзенка и Е. Heim. Результаты исследования показали статистически достоверную взаимосвязь между наличием ранних признаков мышечно-суставной дисфункции и нейротизмом, повышенным уровнем эмоциональной тревожности и неадаптивной реакцией на стресс.

Ключевые слова: мышечно-суставная дисфункция ВНЧС, психоэмоциональный статус, тест Айзенка, тест Е. Heim

STUDY OF PECULIARITIES OF PSYCHO-EMOTIONAL STATUS IN YOUNG AGE WITH EARLY SIGNS SYNDROME MUSCULOARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION

Zhulev E.N., Velmakina I.V.

Medical University «Nizhny Novgorod State Medical Academy» the Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, e-mail: rector@gmannov.ru

This article examines the characteristics of psychosomatic status in persons with early signs of musculo-articular TMJ. Currently syndrome musculoarticular TMJ is one of the most common dental disease that affects a large number of people around the world. The disease is polyetiology associated with occlusal and muscle disorders, physical illness, injuries, allergic reactions, and others. An important place in the development of muscle-joint TMJ takes a psychological factor. Chronic stress, as well as features of mental and emotional status of patients may provoke intense and prolonged spasm of the masticatory muscles and become a trigger factor for the development of the joint dysfunction. The article describes the results of studying the characteristics of mental and emotional status of patients with TMJ disorder using psychological tests Eysenck and E. Heim. The results showed a statistically significant relationship between the presence of early signs of muscle-joint dysfunction and neuroticism, increased levels of emotional anxiety and maladaptive response to stress.

Keywords: musculo-articular TMJ, psycho-emotional status, test Eysenck, test E. Heim

Согласно определению Хватовой В.А. (2009), мышечно-суставная дисфункция ВНЧС – это нарушение координированной функции жевательных мышц, сустава и взаимного расположения его элементов. Сегодня синдром мышечно-суставной дисфункции ВНЧС представляет собой распространенное полиэтиологическое заболевание, которое при наличии болевого синдрома существенно снижает качество жизни пациентов. Распространенность заболевания в последнее время возрастает, причем наиболее часто страдают им лица молодого возраста (более 20%, по данным Рабухиной Н.А., 1995).

Особенностью синдрома мышечно-суставной дисфункции ВНЧС является длительное отсутствие клинических сим-

птомов, а также частая имитация симптомов других заболеваний, что затрудняет своевременную диагностику заболевания, приводит к неправильной постановке диагноза и, соответственно, неправильному его лечению.

Затрудняет раннюю диагностику заболевания также его полиэтиологичность. Окклюзионные нарушения, мышечная патология, системные заболевания, аллергические реакции, травмы, скелетные деформации, витаминная недостаточность, нарушения осанки, прием лекарственных препаратов и др. могут стать ключевыми факторами в развитии данной патологии. Однако, рассматривать какой-либо фактор изолированно, как правило, невозможно, и развернутая клиническая картина заболевания форми-

руется под влиянием целой совокупности причин.

Важную роль в патогенезе заболевания играет хронический стресс. Стресс – это совокупность неспецифических адаптационных реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов – стрессоров (физических или психологических), нарушающих его гомеостаз, а также соответствующих состоянию нервной системы организма. Стресс является неспецифической основой многих заболеваний. Психический стресс приводит к напряжению мышц, вызывая их спазм и появление боли. Таким образом, под действием различных эмоциональных и физических напряжений индивидум теряет адаптационную способность, что и приводит к развитию синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Известно, что различные виды раздражения тканей вызывают классическую воспалительную реакцию и многие факторы стресса – общий адаптационный синдром. Точно также и тканевые компоненты ВНЧС могут давать определенную реакцию и вызывать появление одного и того же симптомокомплекса на один агент, действующий самостоятельно или в комбинации с рядом других этиологических факторов.

Синдром дисфункции ВНЧС часто возникает у людей с физиологическим видом прикуса и интактными зубными рядами. В этих случаях заболевание развивается в результате нарушения сложного нейромышечного механизма, контролирующего и осуществляющего гармоничные движения нижней челюсти. В то же время у некоторых людей болевой синдром отсутствует даже при резком понижении прикуса, полной потере зубов или большой деформации костных элементов сустава, челюстей, зубных рядов и т.д. Для появления боли необходим не один этиологический агент, а комплекс неблагоприятных факторов, приводящих к развитию болезненного спазма жевательных мышц. Чаще всего это наблюдается у лиц беспокойных, вспыльчивых, психически неуравновешенных с явлениями психостении.

Заболевания ВНЧС у лиц с психическими расстройствами, по данным W. Kydd (1969), встречаются в два раза чаще, чем у лиц без нарушения психической сферы. Патология ВНЧС наблюдалась также у лиц, склонных к депрессивным расстройствам и длительное время подвергавшихся эмоциональным напряжениям.

Таким образом, роль психоэмоционального фактора в развитии синдрома мышечно-суставной дисфункции ВНЧС, несомненно, велика и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования

Изучение психоэмоционального статуса у лиц молодого возраста, имеющих ранние признаки синдрома мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

Материалы и методы исследования

Для выполнения поставленной цели нами были обследованы 45 человек: 27 женщин и 18 мужчин, (студентов стоматологического факультета Нижегородской государственной медицинской академии) в возрасте от 20 до 25 лет, не предъявляющих жалоб на стоматологическое здоровье, но имеющих ранние признаки мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. К ранним признакам дисфункции нами были отнесены следующие: девиация нижней челюсти при открывании рта в правую или левую стороны более 5 мм, зигзагообразное движение нижней челюсти при открывании рта, нарушение плавности движения суставных головок при открывании и закрывании рта, ограничение открывания рта до 3 см, повышенная утомляемость жевательных мышц, щелчки в ВНЧС в фазах открывания или закрывания рта. Болевой синдром у всех обследованных лиц отсутствовал.

Для выявления психоэмоционального статуса обследованных нами пациентов были проведены психологический тест Айзенка и тест Е. Нейм. С помощью теста Айзенка оценивалась ориентация личности на внутренний (интроверсия) или внешний мир (экстраверсия), а также выявлялся уровень эмоциональной напряженности.

Основными показателями теста Айзенка являются экстраверсия, интроверсия и нейротизм. Экстраверты, как правило, общительны, активны, обладают лидерскими качествами, но не всегда последовательны и дисциплинированы, часто бывают неуравновешенными и подверженными влиянию других людей. Интроверты спокойны, уравновешенны, но часто бывают замкнутыми и оторванными от реальности, нерешительными в поступках. Нейротизм – результат неуравновешенности процессов возбуждения и торможения. Характеризуется эмоциональной неустойчивостью, нестабильностью психических процессов.

Для проведения теста Айзенка всем обследованным пациентам было предложено 57 вопросов (текст опросника, вариант А), касающихся поведения человека в различных условиях и ситуациях. Каждый вопрос требовал ответов «да» либо «нет». Ответы следовало отмечать в специальном бланке. На прохождение теста отводилось 10 минут. Полученные результаты для анализа сопоставлялись с ключом, в котором есть три шкалы: экстраверсия – интроверсия, нейротизм и шкала лжи. Из 57 вопросов 9 представляют шкалу надежности (лжи). Ненадежный ответ испытуемым на 5 вопросов из 9 по шкале надежности свидетельствует о том, что результаты теста нельзя считать достоверными. Принадлежность к типу темперамента выявлялась при помощи системы координат, на которой отмечали результаты по шкале «нейротизм» и шкале «экстраверсия».

Также для проведения исследования мы использовали методику Е. Нейм, адаптированную Л.И. Васерманом. Тест Е. Нейм состоит из трех разделов:

- А. Когнитивные копинг- стратегии;
- Б. Эмоциональные копинг – стратегии;
- В. Поведенческие копинг- стратегии.

В каждом разделе представлены варианты решения стрессовых ситуаций: в первом разделе – 10, во втором и третьем разделах – по 8. Испытуемому необходимо было выбрать по одному утверждению из каждого раздела, которое бы наиболее полно и точно отражало специфику его поведения в ситуации высокого эмоционального напряжения. Время проведения тестирования ограничивалось пятью минутами. Оценка результатов тестирования проводилась по специальному ключу.

Результаты исследований и их обсуждение

В ходе проведенного исследования получены следующие результаты. Данные, полученные при анализе результатов теста Айзенка, показали что среди лиц, имеющих ранние признаки синдрома мышечно-суставной дисфункции ВНЧС, 63 % (28 обследованных) являются эмоционально неустойчивыми личностями по шкале нейротизма, из них 16 женщин и 12 мужчин, что составляет 57% и 43 % соответственно.

Нейротизм выражается в чрезвычайной нервности, неустойчивости, плохой адаптации, склонности к быстрой смене настроений, чувстве вины и беспокойства, озабоченности, рассеянности внимания, неустойчивости в стрессовых ситуациях. Нейротизму соответствует эмоциональность, импульсивность; неровность в контактах с людьми, изменчивость интересов, неуверенность в себе, выраженная чувствительность, впечатлительность, склонность к раздражительности. Лица, обладающие выраженными нейротическими качествами, часто склонны к депрессиям и неврозам.

57% обследованных нами пациентов (26 человек) являлись экстравертами по шкале интроверсии-экстраверсии, из них 17 женщин и 9 мужчин, что составляет 65 % и 45 % соответственно. Интровертами по данным нашего исследования являлись 43 % обследованных (19 человек), из них 10 женщин и 9 мужчин, что составило 52 % и 48 % соответственно.

Эмоционально стабильными оказались 37% обследованных. Для них характерными чертами являются сохранение эмоциональной стабильности и целенаправленного поведения в стрессовых ситуациях. Примечательно, что у лиц, эмоционально уравновешенных, клинические симптомы мышечно-суставной дисфункции были менее выраженными.

Согласно данным анализа типов личности, 18% обследованных были отнесены к меланхоликам, 24 % – к сангвиникам, 36 % – к флегматикам, и 22 % – к сангвиникам. Сангвиники, как правило, люди об-

щительные, быстро приспосабливающиеся к новым условиям, импульсивные, непосредливые, неорганизованные, легкие и поверхностные.

Флегматики отличаются медлительностью, спокойствием, постоянством, в меру общительны, упорны. Холерикам свойственна импульсивность, эмоциональность, энергичность, темпераментность. Меланхолики же робки, застенчивы, медлительны, нерешительны.

По результатам теста Е. Neim все обследованные пациенты были распределены на три группы в зависимости от характера реакции на стрессовые воздействия: адаптивные, неадаптивные и относительно адаптивные. 34 % обследованных пациентов (15 человек) имели адаптивные реакции на стресс, 27 % – относительно адаптивные реакции (12 человек), и 39 % обследованных имели неадаптивные реакции.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии зависимости между психоэмоциональными особенностями личности и наличием синдрома мышечно-суставной дисфункции. Склонность к депрессиям и неврозам, неспособность адекватно реагировать на стрессовые ситуации, частая подверженность стрессам приводят к развитию общего адаптационного синдрома организма, в который вовлекается также и жевательная мускулатура. Во многом это обусловлено выбросом адреналина, который приводит к сужению сосудов скелетной мускулатуры, вызывая мышечный спазм. Частый спазм жевательных мышц способен привести к развитию парафункций и нарушению координированного взаимодействия жевательных мышц и ВНЧС, а спазм латеральной крыловидной мышцы является прямым этиологическим фактором в развитии мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

Знание эмоциональных и психических особенностей личности имеет важное значение в ранней диагностике синдрома дисфункции ВНЧС, а также профилактике данного заболевания.

Список литературы

1. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, Л.Т. Мухлаев, В.М. Корнилов, Р.А. Пшепий, А.А. Бердиев. Российский стоматологический журнал. – 2002. – № 1. – С. 31–36.
2. Булычева Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц, и их комплексное лечение // Стоматология. – 2006. – Т. 85, № 6. – С. 58–61.

3. Горожанкина Е.А., Марков Б.П., Мамедов Ф.М. Некоторые аспекты коррекции психологического статуса пациентов с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава // Новое в стоматологии. – 2003. – Т. 109, № 1. – С. 30–33.

4. Грачев Ю.В., Шмырев В.И. Височно-нижнечелюстная (миогенная и артрогенная) лицевая боль // Боль. – 2007. – Т. 14, № 5. – С. 2–12.

5. Интегративная стоматология / Е.Н. Жулев, В.Д. Трошин. – Н. Новгород, 2014. – С. 341–348.

6. Ортопедическая стоматология / Е.Н. Жулев. – Н. Новгород, 2012. – С. 797–800.

References

1. Bolevaja disfunkcija visочно-nizhnecheljustnogo sustava / M.N. Puzin, L.T. Muhlaev, V.M. Kornilov, R.A. Pshepij, A.A. Berdiev. Rossijskij stomatologičeskij žurnal. 2002. no. 1. pp. 31–36.

2. Bulycheva E.A. Obosnovanie psihosomaticheskoy prirody rasstrojstv visочно-nizhnecheljustnogo sustava, oslozhenennyh parafunkcijami zhevatelnyh myshc, i ih kompleksnoe lechenie // Stomatologija. 2006. T. 85, no. 6. pp. 58–61.

3. Gorozhankina E.A., Markov B.P., Mamedov F.M. Nekotorye aspekty korrekcii psihologičeskogo statusa pacientov

s boleвым sindromom visочно-nizhnecheljustnogo sustava // Novoe v stomatologii. 2003. T. 109, no. 1. pp. 30–33.

4. Grachev Ju.V., Shmyrev V.I. Visочно-nizhnecheljustnaja (miogennaja i artrogennaja) licevaja bol // Bol. 2007. T. 14, no. 5. pp. 2–12.

5. Integrativnaja stomatologija / E.N. Zhulev, V.D. Troshin. N. Novgorod, 2014. pp. 341–348.

6. Ortopedicheskaja stomatologija / E.N. Zhulev. N. Novgorod, 2012. pp. 797–800.

Рецензенты:

Дурново Е.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Нижний Новгород;

Казарина Л.Н., д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтической стоматологии, ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Нижний Новгород.