

НЕОБХОДИМОСТЬ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНЧС

NEED FOR ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES OF TMJ

**A. Yatsuk
K. Sivolapov**

Summary. The article is devoted to the study of the problems of chronic TMJ diseases, the variety of the clinical picture of which has a significant impact on the quality of life of patients. The need for further study of QOL indicators before and after treatment is shown, which will determine the degree of influence of the disease on the physical, psychological and social functioning of patients and will help to further expand the range of standard parameters for evaluating the effectiveness of the therapy, to "quantify" the effectiveness of the treatment.

Keywords: temporomandibular joint, chronic diseases of TMJ, quality of life, clinical symptoms, pain.

Яцук Андрей Викторович

К.м.н., Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Dr-Yatsuk@mail.ru

Сиволапов Константин Анатольевич

Д.м.н., профессор, Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Vikand84@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена изучению проблемы хронических заболеваний ВНЧС, многообразии клинической картины которых оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов. Показана необходимость дальнейшего изучения показателей КЖ до и после лечения, что позволит определить степень влияния заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование пациентов и поможет дополнительно расширить круг стандартных параметров оценки результативности проводимой терапии, «количественно» судить об эффективности проводимого лечения.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, хронические заболевания ВНЧС, качество жизни, клинические симптомы, боль.

Введение

В последнее время в современных медицинских исследованиях все больше внимания уделяется качеству жизни. В медицине качество жизни касается прежде всего состояния здоровья. Поэтому в данном случае корректно применять понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» [1, 2]. Для людей разного возраста, пола и социального положения качество жизни имеет различные аспекты стоматологического здоровья. К таким аспектам можно отнести состояние височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), заболевания которого вызывают значительную боль, страдания, меняют рацион питания человека, его речь, негативно влияют на благополучие пациентов. Интерес ученых к заболеваниям ВНЧС, в первую очередь, обуславливает значительное количество таких больных, недостаточная изученность данного вопроса и противоречивость результатов исследований. Широкая распространенность, необычайный полиморфизм, трудности диагностики и лечения ставят заболевания ВНЧС в ряд центральных вопросов современной стоматологии.

Цель исследования

Обоснование необходимости оценки Качества жизни больных с хроническими заболеваниями ВНЧС.

По данным статистики, патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) на разных стадиях выявляют у 25–65% населения земного шара [3,4,5]. Не случайно именно данные заболевания попали в поле зрения ученых, ведь расстройства ВНЧС занимают особое место в клинической практике в связи со сложностью клинической картины, которая нередко напоминает течение других болезней, находящаяся в пределах компетенции врачей различных специальностей: стоматологов, отоларингологов, невропатологов, психиатров, ревматологов и др. В результате, практикующие врачи различных профилей сталкиваются с трудностями в диагностике и лечении. На сегодня существует необходимость настороженности как стоматологов, так и ревматологов по недооценке и правильной диагностике хронических заболеваний ВНЧС на ранней стадии.

Последние исследования в этой области констатируют высокую распространенность дегенеративных и воспалительных дисфункций ВНЧС у пациентов с системными ревматическими заболеваниями и меньшую распространенность, но все же с ее высоким показателем у больных без системного привлечения [6]. Ревматические заболевания ВНЧС становятся все более частыми, и, к сожалению, их часто путают с «классическими» мануальными дисфункциями (миофасциальные болевые синдромы) [3].

Многолетний научно-практический опыт изучения дисфункциональных состояний ВНЧС, особенно за последние 20 лет, определил их частоту. Клинические признаки суставных дисфункций, согласно публикациями ведущих специалистов 90-х годов прошлого столетия, выявлялись у 14–40% всего населения, а в последние годы патология ВНЧС среди поражений зубо-челюстного аппарата занимает третье место после кариеса и заболеваний пародонта. Доказано, что на долю дисфункции височно-нижнечелюстного сустава приходится 78,3–84,4% от общего числа его заболеваний [7, 8].

По данным различных авторов, клинические признаки дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (боль, крепитация, дискоординация движений и связанная с ней девиация нижней челюсти при открывании рта, напряжение мышц и периартикулярных тканей, снижение слуха) выявляется у 40% — 90% всего населения [6, 7, 9]. Дисфункции ВНЧС возникают у женщин более чем в два-пять раз чаще, чем у мужчин, и являются наиболее распространенной причиной хронической боли в челюстно-лицевой области, не связанной с поражениями твердых тканей зубов. Приоритет развития дисфункциональных состояний ВНЧС у женщин относительно мужчин достоверно связан с полиморфизмом альфа-рецептора эстрогена, который может объяснять и повышенную восприимчивость к боли у женщин [10].

Согласно общеизвестным положениям, дисфункциональные состояния, как все заболевания ВНЧС, обусловлены внутри- и внесуставными патологическими процессами [5, 8, 11]. При этом подавляющее большинство патологий являются ВНЧС функционально обусловленными [12]. Причина высокой частоты функциональной патологии ВНЧС связана с наличием подвижного внутреннего суставного диска и нарушениями мышечного синергизма при выполнении функций сустава [8]. Среди многочисленных этиологических факторов в развитии дисфункциональных состояний ВНЧС первое место отводится окклюзионно-артикуляционным и нейромышечным нарушениям [13].

Несмотря на типичные характеристики, присущие почти всем суставам, ВНЧС имеет некоторые особен-

ности, которые выделяют его среди всех костных сочленений. ВНЧС является одним из наиболее активно работающих шарнирных суставов, который обеспечивает плавные движения челюсти вверх-вниз и из стороны в сторону и дает человеку возможность выполнять уникальные функции: разговаривать, петь, есть, зевать и др. Именно этот сустав работает гораздо больше других, ведь движения в ВНЧС могут осуществляться при функциональном покое других суставов. Таким образом, на ВНЧС приходится большая физическая нагрузка, во время которой могут страдать как его суставные поверхности, диск, так и хрящевая ткань.

Как и другие суставы, ВНЧС может страдать под влиянием различных факторов. Клинически поражения ВНЧС независимо от этиологических факторов почти всегда манифестируют болью различной степени интенсивности. В случае острого процесса боль имеет колющий, режущий характер, она препятствует открыванию рта, разговору, делает невозможным прием пищи. Боль преследует больных во время жевания, разговора и в покое. Очень часто отмечается головная боль и небольшое локальное повышение температуры тела [14].

При распространении воспалительного процесса происходит сужение слуховых каналов, что клинически проявляется снижением остроты слуха, оталгией. Также острая дисфункция ВНЧС может манифестировать мигальгией жевательных мышц, болью в шее, артралгиями [15]. Наиболее часто пациенты с болевой дисфункцией ВНЧС предъявляют жалобы на боли в области сустава, уха, виска, головные боли, ограничение диапазона подвижности челюсти, щелканье, хруст или «запирание», ощущение скованности в области сустава. Боли могут возникать при попытках движения нижней челюстью, либо бывают самопроизвольными [7]. Зачастую пациенты отмечают, невозможность найти удобное положения для нижней челюсти, к примеру при попытке заснуть. Все вышеперечисленные симптомы обуславливают тревожность пациентов, подавленность их настроения, снижение аппетита, нарушения сна, развитие неверия в выздоровление [16].

В условиях длительного течения воспалительного процесса, ограничения количественного состава экссудата в полости ВНЧС, возможно появление пролиферативных осложнений внутрисуставных структур, которые начинают неадекватно влиять друг на друга. Все эти изменения вызывают сужение суставной щели, сближение соседних костно-суставных поверхностей, что приводит к появлению специфического хруста, щелчка, который пугает многих пациентов. Кроме того, длительное бездействие ВНЧС из-за значительных болевых ощущений вызывает ответную реакцию — скованность движений лицевых мышц и суставных участков, а также ухудшение

слуховых качеств [4, 12, 17]. Такое многообразие клинической картины оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов.

Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, сегодня является одним из ключевых индикаторов качества медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями и представляет собой интегральный показатель здоровья. Под этим термином прежде всего понимают комплексную оценку влияния определенного заболевания субъективное ощущение физического и психосоциального здоровья человека. Современный менеджмент хронических заболеваний ВНЧС должен базироваться не только на оценке клинических симптомов, ортопедического статуса, но и на оценке восприятия пациентами качества собственной жизни в контексте своего заболевания. КЖ должно являться одним из ключевых мониторинговых обследований у пациентов с хроническими заболеваниями ВНЧС и должно оцениваться как минимум 1 раз в год [18].

Эффективность и экономичность различных методов лечения следует оценивать с учетом качества жизни пациентов, что даст возможность точно определить нарушения состояния их здоровья, определить метод лечения, а также оценить ожидаемые результаты его применения по параметрам научной точки зрения и субъективной точки зрения пациента. Оценку качества жизни следует включить в комплекс вместе с други-

ми параметрами как фактор, который не только влияет на развитие заболевания, но и определяет его прогноз.

Заключение

Большая распространенность, трудность диагностики, длительность, а иногда и безуспешность консервативного лечения хронических заболеваний ВНЧС, является одной из самых главных задач поиска новых, эффективных способов лечения данной патологии. В 70–80% случаев заболевания ВНЧС являются функциональными нарушениями. Изучению диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава уделено много внимания. Клиника заболевания характеризуется хроническим болевым синдромом, суставным шумом, ограничением открывания рта, т.е. функциональность сустава снижается по ходу заболевания, снижается качество жизни пациента. Для синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава характерно не только многообразие причин и клинических проявлений, но и наличие последствий заболевания, снижающих КЖ человека. Таким образом, необходимо дальнейшее исследование показателей КЖ до и после лечения, что позволит определить степень влияния заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование пациентов и поможет дополнительно расширить круг стандартных параметров оценки результативности проводимой терапии, «количественно» судить об эффективности проводимого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гандылян К. С. Объективные показатели для оценки эффективности проводимого лечения пациентов с непароксизмальными лицевыми болями. Вестник медицинского стоматологического института. 2010;3:21–23
2. Новик А. А. Концепция исследования качества жизни медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд., СПб: «Элби», 1999
3. Ferri J., Potier J., Maes JM et al. Temporomandibular joint arthritis: Clinical, orthodontic, orthopaedic and surgical approaches. *Int. Orthodontics*. 2018;16(3):545–561.
4. Pinto JRR, Pedron IG, Utumi ER et al. Temporomandibular joint disorders as the only manifestation of juvenile idiopathic arthritis: a case report. *Einstein (São Paulo)*. 2018;16(3): eRC4003.
5. Zhu X., Sang L., Wu D. Effectiveness and safety of glucosamine and chondroitin for the treatment of osteoarthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Orthop. Surg. Res*. 2018;13(1):170.
6. Pantoja LLQ, de Toledo IP, Pupo YM et al. Prevalence of degenerative joint disease of the temporomandibular joint: a systematic review. *Clin. Oral Investig*. 2018:1–14.
7. He D., An Y., Li Y. et al. RNA sequencing reveals target genes of temporomandibular joint osteoarthritis in rats after the treatment of low-intensity pulsed ultrasound. *Gene*. 2018;672:126–136.
8. Murphy MK, MacBarb RF, Wong ME, Athanasiou KA. Temporomandibular joint disorders: A review of etiology, clinical management, and tissue engineering strategies. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*. 2013;28(6): e393.
9. Gui MS, Pimentel MJ, Rizzatti-Barbosa CM. Temporomandibular disorders in fibromyalgia syndrome: a short-communication. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2015;55(2):89–194.
10. Sanches M., Assis L., Criniti C. et al. Chondroitin sulfate and: associated to photobiomodulation prevents degenerative morphological changes in an experimental model of osteoarthritis in rats. *Lasers Med. Sci*. 2018;33(3):549–557.
11. Frojo G., Tadisina KK, Shetty V., Lin AY. Temporomandibular joint septic arthritis. *Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open*. 2018;6(1): e1648.
12. O'Connor RC, Fawthrop F., Salha R., Sidebottom AJ. Management of the temporomandibular joint in inflammatory arthritis: Involvement of surgical procedures. *Eur. J. Rheumatol*. 2018;4(2):151.
13. Jose G. Temporomandibular Dysfunction and Headache Disorder. Jose G., Fabiola Dach. *Journal of Oral Pathology and Medicine*. 2015;55(1):72–83.

14. Martins-Junior RL et al. Temporomandibular disorders: a report of 124 patients. J. Contemp. Dent. Pract. 2010;11:71–8
15. Schiffman E., Ohrbach R. Executive summary of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders for clinical and research applications. J. Am. Dent. Assoc. 2016;147(6):438–445.
16. Жердяй С. Ю. Клинико-патогенетическая оценка патологии ВНЧС. Клиническая медицина. 2004;1:11–13
17. Tsujimoto K., Hata A., Fujita M. et al. Presepsin and procalcitonin as biomarkers of systemic bacterial infection in patients with rheumatoid arthritis. Int. J. Rheum. Dis. 2018;21(7):1406–1413.
18. Тарасова Т.В., Захаркин И. А., Саушева А.И. Некоторые параметры качества жизни больных с дисфункциональными нарушениями височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). Научная дискуссия: инновации в современном мире. 2016;2:105–109

© Яцук Андрей Викторович (Dr-Yatsuk@mail.ru), Сиволапов Константин Анатольевич (Vikand84@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»

