

менисто-барабанной щели, тем самым значительно суживая суставную ямку. Внизу суставная капсула прикрепляется к шейке мышечного отростка нижней челюсти, причем на задней границе мышечного отростка ниже, чем на передней, и имеет короткие, плотной охватывающие шейку волокна. Это эластичное, но достаточно прочное образование, которое не рвется даже при вывихах сустава, тогда как в других суставах разрывы капсулы наблюдаются нередко. Суставная сумка состоит из двух слоев: наружного, фиброзного, и внутреннего, эпителиального, образованного синовиальной оболочкой и состоящего из эндотелиальных клеток. Толщина суставной сумки неодинакова в разных её отделах и колеблется в пределах 0,4-1,7 мм. Передняя и внутренняя часть сумки тонкая, задняя её часть утолщена. Наибольшую длину сумка имеет спереди и снаружи. Этим фактом объясняется то, что передние вывихи головки нижней челюсти наблюдаются гораздо чаще, чем задние. В заднем отделе сустава между сумкой и задним полюсом диска имеется рыхлая соединительная ткань в форме трапеции, основание которой находится у сумки, вершина - у суставного диска. Внутренняя поверхность выстлана синовиальной оболочкой. Длительное смещение нижней челюсти кзади может вызвать деструкцию синовиальной оболочки и дистрофические изменения в соединительной ткани сустава. Синовиальная оболочка продуцирует синовиальную жидкость, которая увлажняет и делает скользкими суставные поверхности. При интенсивной функции сустава, выработка синовиальной жидкости повышается. Синовиальная жидкость растворяет отторгнутые хрящевые частицы и оторвавшиеся ворсинки и таким образом устраняет возможные препятствия для движения в суставе.

Связочный аппарат ВНЧС можно разделить на три группы: внутрикапсулярные, внекапсулярные (экстракапсулярные) и связки, относящиеся к данному суставу, но не связанные с суставной сумкой. Они

регулируют движения в суставе и, образуя своего рода подвеску для нижней челюсти, поддерживает постоянный контакт суставных поверхностей сочленяющихся костей

Среди патологии височно-нижнечелюстного сустава выделяют: вывихи, подвывихи, дисфункции, артриты, артрозы, анкилозы, опухоли и др. Значимое место в структуре патологии сустава принадлежит вывиху, процент которого составляет от 1,5 % до 6 % вывихов в системе опорно-двигательного аппарата человека. Существует множество причин, вызывающих данную патологию: ушибы и удары по челюсти; резкое движение челюсти во время еды или разговора; вывих челюсти при широком зевании; вредные привычки в виде помещения крупных предметов в полость рта; наличие фоновых заболеваний, ведущих к ослаблению связочного аппарата и пр. В настоящее время нельзя рассматривать заболевания полости рта изолированно, нужно учитывать, что нарушения структуры и функции ВНЧС, могут сказаться не только на прикусе или заболеваниях полости рта, но и на осанке пациента, функции дыхания и состоянии организма человека в целом. Таким образом, изучение структуры ВНЧС является базой для любого врача-стоматолога.

#### Список литературы

1. Анатомия человека: учебник для вузов / под ред. проф. Л.Л. Колесникова, С.С. Михайлова. М.: ГЕОТАР-МЕД, 2004. 814 с.
2. Клиническая анатомия черепа: учебное пособие / И.В. Гайворонский, Г.И. Ничипорук. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. 48 с.
3. Клиническая гнатология: учебное пособие / В.А. Хватова. М.: Медицина, 2008. 294 с.
4. Клиническая морфология головы и шеи. Часть 1. Череп, соединения, мышцы. А.С. Оправин, С.А. Ульяновская, В.А. Болдуев. Архангельск. 2015. С. 43-45.
5. Морфометрические особенности костных элементов височно-нижнечелюстного сустава / Ульяновская С.А., Болдуев В.А., Басова Л.А., Амвросова М.А., Волкова О.М. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. № 3 (часть 1), 2014. С. 131-132.
6. Привес М.Г. Анатомия человека / М.Г. Привес, Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович. СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2004. 720 с.

### Секция «Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта», научный руководитель – Борисова Э.Г.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ БОЛИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Вербицкий Е.С., Федичкин О.С., Шарангин Н.М.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, pobedaest@mail.ru

Изучено влияние боли, возникающей после эндодонтического лечения, на качество жизни пациентов. Боль снижает качество жизни в среднем до 60%. Большинство пациентов обращается за стоматологической помощью, имея уже осложненные виды кариеса.

**Ключевые слова:** качество жизни, боль, физическое и психическое здоровье

Самым распространенным клиническим симптомом в стоматологической практике является боль. Более чем у 80% пациентов после проведения эндодонтического лечения возникает чувство «распирания» в зубе, боль при накусывании на зуб, иррадирующая в соседние зубы или по ходу ветвей тройничного нерва, сопровождающаяся чаще всего сопутствующей неврологической симптоматикой: нарушение сна, раздражительность, тревожность. Данная симптоматика

соответствует так называемым постпломбирочным болям (ППБ). Такие состояния часто приводят к необоснованному удалению качественно и грамотно вылеченного зуба [2, 3].

Боль всегда окрашена эмоциональными переживаниями, что придает ей индивидуальный характер. Важнейшими факторами являются эмоционально-личностные особенности пациента, уровень его невротизации, наличие депрессивно-сенсопатических проявлений. [1,4,5]

Целью данной работы явилось изучение влияния боли, возникшей после эндодонтического лечения зубов, на качество жизни пациентов.

Как известно, физический компонент здоровья включает в себя такие показатели, как физическое и ролевое функционирование, боль, общее восприятие здоровья. Психический компонент здоровья включает в себя такие показатели, как жизнеспособность, социальная активность, психическое здоровье и эмоциональное функционирование.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

1. Провести опрос пациентов с целью заполнения анкет;
2. Провести математическую обработку результатов опроса;

3. Выделить основные группы респондентов по степени болевых ощущений;

4. Определить значения показателей физического и психического компонента здоровья в зависимости от степени болевых ощущений.

На современном этапе основным инструментом оценки качества жизни являются опросники. Поэтому, для решения поставленной задачи в качестве основного метода был выбран метод опроса. На сегодняшний день разработано много различных опросников и анкет, рассчитанных, на оценку качества жизни как для здоровых людей, так и для пациентов с различными заболеваниями [2,4].

#### Материал и методы

Для проведения исследований в рамках данной работы за основу была взята одна из наиболее широко используемых в качестве опросника форма: SF-36. С использованием данной формы возможно определить влияние болевых ощущений на физический и психический компоненты здоровья, которые, в свою очередь, являются основными составляющими показателями качества жизни. При этом, в качестве элементов физического компонента здоровья можно назвать:

1. Физическое функционирование – возможность человека выполнять физическую нагрузку в течение своего обычного дня;
2. Болевые ощущения – выраженность боли;
3. Ролевое функционирование – физическая способность человека выполнять свою профессиональную работу;
4. Общее восприятие здоровья – субъективная оценка общего состояния здоровья;

В качестве элементов психического компонента здоровья можно назвать:

1. Жизнеспособность – субъективная оценка настроения, энергичности, жизненных сил;
2. Социальная активность – эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми;
3. Психическое здоровье – субъективная оценка эмоционального состояния.

Нами проведен опрос среди пациентов (74 чел.), в возрасте от 20 до 65 лет, которым было проведено эндодонтическое лечение по поводу осложненных форм кариеса (пульпиты и периодонтиты) с различными степенями болевых ощущений. Опрос проводился методом анкетирования. Ответы респондентов отражали, каким образом боль после эндодонтического лечения зубов мешала респондентам в течение последних 2 месяцев нормально работать, заниматься повседневными делами и общаться с окружающими. В ходе опроса выяснилось, что по степени испытываемых болевых ощущений всех опрошенных пациентов можно разделить следующим образом: наличие болевых ощущений 33%, 44%, ... 100 %.

В ходе опроса было определено, что 3% респондентов не жаловались на наличие боли, а 60% имели ярко выраженный болевой симптом. 37% респондентов имели болевой синдром от 5% до 18%.

Таким образом, в результате математической обработки результатов анкетирования, были получены зависимости показателей компонентов здоровья от степени болевых ощущений.

При увеличении болевого показателя от 33% до 100%: физический компонент здоровья (в среднем) уменьшается на 25% (от 87% до 62%) психический компонент здоровья (в среднем) уменьшается на 10% (от 70% до 60%), а в целом, общее здоровье уменьшается на 18% (от 78% до 60%).

Анализ полученных зависимостей показал, что при увеличении степени болевых ощущений от 33% до 100% показатели ролевого функционирования

уменьшаются на 27% (от 88% до 61%), жизнеспособности уменьшаются на 18% (от 65% до 47%), социальной активности уменьшаются на 33% (от 88% до 55%), психического функционирования уменьшаются на 23% (от 75% до 52%)

Однако нельзя не учитывать тот факт, что у людей различных возрастных групп (при одинаковом уровне болевых симптомов) состояния здоровья в силу возрастных особенностей может быть различным. Следовательно, помимо болевых ощущений, на психологический компонент здоровья может влиять и общее состояние физического здоровья, вызванное возрастными особенностями. Поэтому, при решении задачи оценки влияния болевых ощущений на показатель качества жизни, необходимо было выяснить и влияние возраста респондентов на показатель качества жизни.

Анализ полученных данных показывает, что при одинаковом среднем уровне болевых ощущений, показатели физического здоровья в зависимости от возраста пациентов уменьшаются, в среднем, на 40% (от 90% до 50%), психического здоровья - в среднем, на 10% (от 70% до 60%), показатели общего здоровья - в среднем, на 25% (от 80% до 55%).

Психический компонент здоровья так же закономерно снижается с увеличением значения возраста.

Анализ полученных зависимостей показал, что при одинаковом среднем уровне болевых ощущений, показатели ролевого функционирования в зависимости от возраста пациентов уменьшаются, в среднем, на 44% (от 88% до 40%), жизнеспособности - в среднем, на 10% (от 60% до 50%), социальной активности - в среднем, на 28% (от 88% до 60%), психического функционирования - в среднем, на 11% (от 70% до 59%).

Отсюда видно, что при приблизительно одинаковых показателях значения боли, значения показателей физического и психического компонента здоровья уменьшаются в соответствии с увеличением значения возраста. Таким образом, можно сделать вывод, что для более точных и объективных данных для исследования физического и психического компонента здоровья от показателей боли, необходимо брать одну возрастную группу, которая представлена большим количеством пациентов от общего числа опрошенных.

Используемая методика позволяет оценить влияние боли после эндодонтического лечения зубов на качество жизни пациентов.

#### Выводы

Боль в значительной степени влияет на качество жизни современного человека. Так, качество жизни в целом, при увеличении болевых ощущений до 100%, уменьшается в среднем до 60%.

Учитывая тот факт, что среди пациентов стоматологических клиник пациенты в 60% случаев определили уровень болевых ощущений, равный в 100%, необходимо отметить, что большинство пациентов обращается за стоматологической помощью, имея уже запущенные стадии заболевания.

#### Список литературы

1. Анохин П.К. Боль / П.К. Анохин, И.В. Орлов, Л.Г. Ерохина. МЭЭ, 3-е изд., 1976, т. 3. С. 294-298.
2. Борисова Э.Г. Использование аппарата ДЭНАС в комплексном лечении болевых симптомов стоматологических заболеваний / Э.Г. Борисова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2006. Т. 5, № 1. 2006. С. 106-108.
3. Борисова Э.Г. Клиническая оценка применения динамической электростимуляции (ДЭНС) и модулированного светодиодного излучения (МСДИ) при болях, возникающих после пломбирования корневых каналов / Э.Г. Борисова // Клиническая стоматология. 2011. № 4. С. 22-23.
4. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях / Э.Г. Борисова. Воронеж: Изд-во ВГПУ, 2011. 128 с.
5. Вейн А.М. Боль и обезболивание / А.М. Вейн, М.Я. Авруцкий. М.: Медицина, 1997. 280 с.