stoma+pzl_6.07:maketa - radiologie 18.1.2008 8:10 Stránka 107
proLékaře.cz | 31.10.2026

Stres jako etiologický faktor onemocnění čelistního kloubu

Machoň V., Paska J.

Oddělení chirurgie hlavy a krku, Nemocnice Na Homolce, Praha,
primář MUDr. J. Paska

Souhrn

Autoři se zabývají vlivem stresu u nitrokloubních poruch čelistního kloubu (diskopatie, artriris, artrosis). Celkem byla v souboru 100 pacientů diagnostikovaná větší stresová zátěž u 40 % pacientů, přičemž u diskopatií se jednalo o 32,5 % pacientů, u artritid a osteoartróz o 45 % pacientů. Co se týká profese u diskopatií, byli nejčastějšími postiženými pracovníci služeb (prodavači, kadeřnice..)-30 %, u artritid a osteoartóoz důchodci (26,6 %).

Stres celkově patří k velmi častým etiologickým faktorům, proto je nedílnou součástí léčby onemocnění čelistního kloubu také psychoterapeutický přístup, přiměřená farmakoterapie a nespecifická psychoterapie.

Klíčová slova: onemocnění čelistního kloubu – etiologie - stres

Machoň V., Paska J.: Stress as Etiological Factor in Diseases of Mandibular Joint

Summary: The authors investigated the influence of stress in intraarticular lesions of mandibular joint (discopathy, arthritis, arthrosis). In the group of 100 patients, a higher stress load was diagnosed in 40% of patients while 32.5% of patients suffered from discopathy and 45% patients from arthritis and osteoporosis. As far as the role of occupation in discopathy, the most frequently affected patients were those working in services (shop assistants, hairdressers) in 30% and retired individuals in 26.6%.

Stress belongs to very frequent etiological factors and an indispensable part in the therapy of mandibular joint diseases is therefore psychotherapeutic approach, adequate pharmacotherapy and nonspecific psychotherapy.

Key words: diseases of mandibular joint – etiology - stress

Prakt. zub. Lék., roč. 55, 2007, č. 6, s. 107–109.

ÚVOD

Onemocnění čelistního kloubu je velice častým onemocněním současné populace. Projevuje se bolestí v oblasti kloubu (ale i tváře, ucha), zvukovými fenomény (lupání, krepitace-vrzoty), změnou hybnosti čelisti (omezené otevírání - hypomobilita, nebo naopak nadměrné otevírání-hypermobilita). Celkově je možné poruchy temporomandibulárního kloubu rozdělit do řady kategorií, podle RCD/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) pak na:

- skupina I (G I): myofasciální onemocnění
- skupina II (G II): diskopatie
- skupina III (G III): artralgie, artritis, osteoartrosis

Vznik poruch TMK vychází z multifaktoriální teorie, kdy se na etiologii nepodílí jedna příčina, nýbrž kombinace několika. K etiologickým faktorům patří:

1. anatomické faktory – anatomické odchylky, poruchy dentice, mezičelistní anomálie,
2. traumatické faktory – makrotraumata (náraz, prudký nákus, úder), mikrotraumata (parafunkční aktivity - nadměrné zatínání, skřípání zubů),
3. psychosociální faktory - zejména stres,
4. patofyziologické faktory – tedy systémová onemocnění projevující se v oblasti TMK (endokrinní, infekční a revmatologická onemocnění),
5. celkové faktory – podmíněné dědičností, pohlavím a věkem [1-7].

CÍL PRÁCE

Cílem studie bylo posoudit působení stresu na jednotlivé intraartikulární poruchy - diskopatie, artritidy, osteoartrözy. Stejně tak vyhodnocení rizikových povolání pro tato onemocnění.

stoma+pzl_6.07:maketa - radiologie 18.1.2008 8:10 Stránka 108
proLékaře.cz | 31.10.2026

MATERIÁL A METODY

Hodnoceno bylo 100 pacientů, kteří podle kategorizace RCD/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) patřili do skupiny G II- diskopatie, a G III (artralgie, artritis, osteoartritis). Pacienti patřící do skupiny G I (myofasciální poruchy) nebyli do studie zařazeni.

Soubor 100 pacientů tvořilo 14 mužů a 86 žen. Věkový průměr činil 44,69 let.

Do skupiny G II patřilo celkem 40 pacientů (5 mužů, 35 žen) s věkovým průměrem 34, 82 let.

Do skupiny GIII bylo zařazeno 60 pacientů (9 mužů, 51 žen) s věkovým průměrem 51,26 let.

Klinická diagnóza byla stanovena dle klinického vyšetření, rentgenových snímků, magnetické rezonance, event. artroskopickým vyšetřením.

Každý pacient subjektivně hodnotil stres či nadměrnou stresovou zátěž v posledních šesti uplynulých měsících, a to před tím, než se dostavil na naše oddělení. Hodnocení stresové zátěže bylo stanoveno:

(0) žádná,

(+) přítomna stresová zátěž,

(++) nadměrná stresová zátěž vyžadující psychologickou, psychiatrickou léčbu.

Dále bylo zjišťováno pacientovo zaměstnání. Zaměstnání byla posléze zařazena do kategorií:

- vedoucí pracovníci, manažeři
- lékaři
- učitelé
- úřednická povolání
- studenti
- pracovníci ve službách (prodavači, kadeřnice, atd.)
- policisté
- umělecká povolání (malíři, zpěváci, herci)
- dělnická povolání
- důchodci
- nezaměstnaní
- ženy v domácnosti a na mateřské dovolené

Ve výsledcích práce byl poté srovnáván podíl stresu u jednotlivých skupin poruch čelistního kloubu (GII a GIII), stejně jako druhy zaměstnání, a podíl stresové zátěže těchto zaměstnání na vznik onemocněn čelistní kloubu.

VÝSLEDKY

Podíl stresu: 40 pacientů (40 %).

Věkový průměr pacientů se stresem: 47,35 let.

Nadměrný stres s nutností léčby: pravidelná medikace, návštěvy psychologa / psychiatra: 11 pacientů (11 %).

G II (40 pacientů)

Věkový průměr: 34,82, 5 mužů, 35 žen.

Podíl stresu: 13 pacientů (32,5 %), 3 nadměrné.

Povolání u G II (3 nejčastější):

- služby.....12 pacientů (30 %)
  podíl stresu u tohoto povolání:
  .....5 pacientů (41,6 %)
- úředníci.....7 pacientů (17,5 %)
  podíl stresu u tohoto povolání:
  .....4 pacienti (57,1 %)
- studenti.....5 pacientů
  podíl stresu u tohoto povolání:
  .....1 pacient (20 %)

G III (60 pacientů, prokazatelné degenerativní změny kloubních povrchů: 15)

Věkový průměr: 51,26, 9 mužů, 51 žen.

Podíl stresu: 27 pacientů (45 %), 8 nadměrný.

Povolání u G III (3 nejčastější):

- důchodce .....16 pacientů (26,6 %)
  podíl stresu u tohoto povolání:
  .....9 pacientů (56,25%)
- služby.....12 pacientů (20 %)
  podíl stresu u tohoto povolání:
  .....6 pacientů (50 %)
- úředníci.....10 pacientů (16,6 %)
  podíl stresu u tohoto povolání:
  .....3 pacienti (33,3 %)

DISKUSE

Psychologické faktory hrají důležitou roli v etiopatogenezi onemocnění čelistního kloubu, což ostatně potvrzuje i výsledek studie – 40 % pacientů udávalo přítomnost větší stresové zátěže [8-10].

Působení psychických procesů na děje somatické je prokázané řadou mechanismů. V důsledku nadměrné stresové zátěže dochází ke stimulaci sympatického nervového systému, a tím ke zvyšování tepové frekvence, minutového srdečního výdeje, aktivuje se renin angiotenzin aldosteronový systém. Dochází k poruchám glukózového a lipidového mechanismu. Je zřejmé zvýšení prozánětlivých cytokinů v mozku (které vedou k prohloubení depresivních stavů), ale i zvýšení jejich hladin v periferii - což může přispívat k osteopóroze, srdečním a autoimunitním onemocněním [11, 12].

V oblasti hlavy a krku je působení nadměrné stresové zátěže spojeno se zvýšenou aktivitou žvýkacích svalů, s větším rizikem chronické bolesti [2, 13].

Zvýšená aktivita žvýkacích svalů vede ke vzniku parafunkčních pohybů (nadměrné zatínání zubů, skřípání, atypické pohyby dolní čelisti). Působení těchto pohybů na čelistní kloub je zejména ve smyslu opakovaného přetěžování –

stoma+pzl_6.07:maketa - radiologie 18.1.2008 8:10 Stránka 109
proLékaře.cz | 31.10.2026

traumatizace. Dochází k rozvoji osteoartritických změn, což potvrzuje i výsledek studie - u pacientů ze skupiny G III (artralgie, artritis, osteortritis) byl stres přítomen u 45 % ve srovnání se skupinou G II (diskopatie), kde byl stres přítomen u 32,6 %. [1, 3, 4, 7, 14].

Výsledky studie dále potvrdily skutečnost, že onemocnění čelistního kloubu je častější u žen než u mužů (ve studii bylo na 86 žen, pouze 14 mužů – 14 % !). Odlišnost obou pohlaví se projevuje i reakcí na zátěž stresem. Může to potvrzovat domněnku, že ženy jsou senzitivnější ke stresovým situacím, muži si stresovou zátěž neradi připouštějí. Pochopitelně k tomu přispívá i skutečnost, že ženy častěji vyhledávají lékařské ošetření [1, 2, 6, 7, 14, 15].

Co se týká povolání ve vztahu k onemocnění čelistního kloubu, nejčastější jsou ty profese, kde pacienti udávají větší nápor stresu - tedy tam, kde jsou v přímém kontaktu s dalšími lidmi - zákazníky (služby, úředníci). Překvapivý byl fakt velkého množství seniorů - důchodců u skupiny GIII – 26 % pacientů, přičemž 56,25 % z těchto pacientů uvedlo vyšší nápor stresu. Přestože je za rizikovou věkovou skupinu udáváno rozmezí 20 - 40 let (a to v důsledku vyššího náporu psychického tlaku), pak výsledky studie poukazují na skutečnost, že i v období důchodu jsou situace vyšší stresové zátěže (úmrtí partnera, strach z nemoci), která souvisí s větším rizikem vzniku onemocnění čelistního kloubu.

Je nutné tedy v každém případě pohlížet na pacienta individuálně, podle vlivu eventuální stresové zátěže. Traumatické a stresové životní události se odrážejí nejen v psychosociální pohodě pacienta, ale mohou nepříznivě ovlivnit i jeho zdravotní stav. [16].

ZÁVĚR

Jak vyplývá z výsledků práce, stresová zátěž je důležitým etiologickým faktorem vzniku onemocnění čelistního kloubu. K pacientům s onemocněním čelistního kloubu by tedy nemělo být přistupováno pouze z hlediska somatických příznaků, ale měl by být vždy brán v úvahu i vliv psychosociální pohody pacienta.

Nedílnou součástí léčby onemocnění čelistního kloubu je pak také psychoterapeutický přístup, přiměřená farmakoterapie, nespecifická psychoterapie.

LITERATURA

1. **Bob, P., Vymětal, J:** Psychobiologické reakce na stres a trauma. Čes a slov.Psychiat., 101, 2005, 8, s. 425-432.
2. **Bumann, A., Lotzman, U.:** TMJ disorders and orofacial pain. Stuttgart-New York, Tyjeme, 2002, 360 s.
3. **Celic, R., Pandurci, J., Dulcic, N.:** Psychologic status in patiens with temporomandibular disorders. Int. J. Prosthodont, 2006, 91, s. 28-29.
4. **Honzák, R., Kurzová, H.:** První pomoc při psychických traumatech (3.část). Prakt.Lék., 81, 2001, 9, s. 524- 526.
5. **Isberg, A.:** Temporomandibular joint dysfunction. A Practitioner´s Guide. Isis Medical Media, 2001, 204 s.
6. **Kotráň, M., Háber, B., Bača, J.:** Náš príspevok k etiológii a sexuálnej incidenci artropatií ãelústného kl´bu. Prakt. zubní Lék., 1980, 1, s. 16- 20.
7. **Krug, J.:** Onemocnění temporomandibulárního kloubu. Hradec Králov, Dizertační doktorandská práce, 1999, 186 s.
8. **Machoň, V., Lukášová, V.:** Příspěvek k etiologii kloubních onemocnění. Prakt. zub. Lék., 2005, 6, s. 111-114.
9. **Philips, J. M., Gatchel, R. J., Wesley, A. L., Ellis, E.:** Clinical implications of sex in acute temporomandibular disorders. J. Am. Dent. Assoc., 132, 2001, s. 49- 57.
10. **Souček, M., Kára, T.:** Stresem ovlivněná hypertenze a diabetes mellitus.Vnitřní Lék., 47, 2001, 5, s. 315-319.
11. **Tenenbaum, H. C., Freeman, B. V., Psutka, D. J., Baker, G. I.:** Temporomandibular disorders: Disc displacement. J. Orofac. Pain, 1999, 13, s. 285- 290..
12. **Wright, A. R., Gatchel, R. J., Wildenstein, L., Riggs, R., Buschang, P., Ellis, E.:** Biopsychosocial differences between high-risk and low risk patiens with acute TMD related pain. J. Am. Dentt. Assoc., 135, 2004, s. 474-483.
13. **Yap, A. U., Dworkin, S. F., Chua, E. K., List, T., Tan, K. B., Tan, H. H.:** Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychologic mistress, and psychosocial dysfunction in Asian patiens. J. Orofac. Pain, 2003, 17, s. 21-28.
14. **Yap, A. U., Tan, K. B., Chua, E. K., Tan, H. H.:** Depression and somatization in patiens with temporomandibular disorders. J. Prosthet. Dent., 88, 2002, s 479-484.
15. **Zarb, G A., Carlsson, G. E.:** Temporomandibuar disorders: osteoarthritis. J. Orofac. Pain, 1999, 13, s. 295- 306.
16. **Zemen, J.:** Onemocnění temporomandibulárního kloubu. Praha, Galén, 1999, 215 s.

MUDr.Vladimír Machoň
Odd. chirurgie hlavy a krku
Nemocnice Na Homolce
Roentgenova 2
153 00 Praha 5