

УДК 616. 724-002.77:616.314.2

В.М. Новіков

**СТОМАТОГНАТИЧНИЙ СТАТУС
ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕТЕРМІНОВАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
ОРГАНІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія“

Захворювання структурно-функціональних елементів щелепно-лицьової ділянки дуже поширені. Скажімо, аналіз результатів обстеження пацієнтів, які звернулися по допомогу на кафедру ортопедичної стоматології Київського медичного інституту, свідчить про значну поширеність (37-67%) уражень СНЩ суглобів як у дорослих, так і в дітей. Стан ускладнюється у зв'язку з пізніми звертаннями пацієнтів до спеціалістів, що пов'язано з неадекватністю скарг і клінічної картини захворювання, а також із відсутністю методів ранньої діагностики [1].

Останніми роками стоматологія ознаменувалась успіхами, пов'язаними з використанням новітніх досягнень матеріалознавства і нових технологій. Але в різні стоматологічні клініки все частіше звертаються хворі з головними і лицьовими болями, хрускотом у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС), закладеністю вух, утрудненими рухами нижньої щелепи. Це контингент хворих, які ставлять складні діагностичні задачі не тільки перед стоматологами, а й отоларингологами, невропатологами (нейростоматологами, вертебрологами), а іноді й перед психіатрами [2].

Зацікавленість дослідників патологією СНЩС насамперед обґрунтований великою кількістю таких хворих, недостатньою вивченістю цього питання і суперечливістю результатів досліджень. Широка

розповсюдженість, незвичайний поліморфізм, труднощі діагностики і лікування ставлять захворювання СНЩС у ряд гострих проблем здоров'я населення [3, 4, 5, 6, 7].

Мета роботи - дослідити стоматогнатичний статус у хворих при детермінованих порушеннях щелепно-лицьової ділянки.

Об'єкт дослідження - пацієнти, яких лікували на кафедрі ортопедичної стоматології та імплантології ВДНЗУ "УМСА" з приводу функціональних порушень СНЩС. Для порівняльної характеристики були сформовані 5 клінічних груп по 9 осіб у кожній віком від 30 до 60 років, без фонової соматичної патології:

- 1 - пацієнти з м'язово-суглобовою дисфункцією;
- 2 - пацієнти з ревматоїдним артритом у фазі активності;
- 3 - пацієнти з ревматоїдним артритом у фазі ремісії;
- 4 - пацієнти зі склерозуючим артрозом;
- 5 - пацієнти з деформуючим артрозом.

Діагностували на підставі аналізу скарг, збору анамнезу, комплексу об'єктивного клінічного обстеження, контактної рентгенографії, панорамної рентгенографії, комп'ютерної томографії, магніторезонансної томографії, електроміографії, оптичної денситометрії.

Діагноз визначали на підставі класифікації В. О. Хватової (1986) [3].

Методом дослідження був обраний аналіз даних клінічного обстеження хворих, які перебували під наглядом.

Відповідно до мети ми провели комплексне дослідження 133 пацієнтів, яке було спрямоване на оптимізацію процесу діагностики морфофункціонального стану хворих із хронічною соматичною патологією ревматоїдного походження.

Розподіляли пацієнтів за віком та статтю згідно з рекомендаціями ВООЗ.

Результати дослідження. Аналізуючи стоматогнатичний статус хворих, ми виявили такий розподіл: із дефектами зубних рядів I класу за Кеннеді було всього 20 хворих, що складає приблизно 16 % загальної кількості хворих; із дефектами II класу - 19 (15 %); із дефектами III класу - 21 (16,4 %); із дефектами IV класу - 6 (4,6 %). З інтактними або відновленими зубними рядами під нашим спостереженням перебували 55 хворих - 43 % загальної кількості хворих. Пацієнтів із беззубими щелепами було 5 - 4 % загальної кількості хворих.

Розподіл дефектів зубних рядів за нозологічними групами наведений у таблиці 1.

Аналізуючи стоматогнатичний статус у кожній групі окремо, ми отримали відповідні дані.

При ревматоїдному артриті у фазі активності 4 особи мали дефекти зубних рядів I класу за Кеннеді, що склало 33,3 % хворих у цій групі. Дефекти II класу мали 2 особи, що склало 16,7 % хворих у цій групі. Дефекти III класу мали 3 особи, що склало 25 % хворих у цій групі. Хворих із IV класом дефектів зубних рядів та з повною відсутністю зубів не виявлено. 2 особи мали інтактні (або відновлені незнімними конструкціями) зубні ряди, що склало 16,7 % хворих у цій групі.

Таблиця 1

РАФА		Усього за каталогом
I кл.	4	13 осіб
II кл.	2	
III кл.	3	
IV кл.	-	
14/14	-	
інтакт.	2	
у групі	11	
РАФР		Усього за каталогом
I кл.	2	13 осіб
II кл.	3	
III кл.	3	
IV кл.	-	
14/14	-	
інтакт.	4	
у групі	12	
ДеФА		Усього за каталогом
I кл.	7	22 особи
II кл.	2	
III кл.	2	
IV кл.	1	
14/14	-	
інтакт.	7	
у групі	20	
СкА		Усього за каталогом
I кл.	1	24 особи
II кл.	3	

III кл.	3	
IV кл.	2	
14/14	3	
інтакт.	9	
усього	21	
МСД		Усього за каталогом
I кл.	6	63 особи
II кл.	9	
III кл.	10	
IV кл.	3	
14/14	2	
інтакт.	27+6	
у групі	63	

При ревматоїдному артриті у фазі ремісії 2 особи мали дефекти зубних рядів I класу за Кеннеді, що склало 16,7 % хворих із ревматоїдним артритом у фазі ремісії. По 3 особи мали дефекти II та III класів (по 25 % відповідно). Хворих із IV класом дефектів зубних рядів та з повною відсутністю зубів не виявлено. 4 особи мали інтактні (або відновлені незнімними конструкціями) зубні ряди, що склало 33,3 % хворих у цій групі.

При склерозуючому артрозі дефекти зубних рядів I класу за Кеннеді мала 1 особа, що склало 4,8 % хворих цієї нозологічної групи. Дефекти II та III класів мали по 3 особи (14,3 % кожні). Дефекти IV класу мали 2 особи, що склало 9,5 % хворих у цій групі. З інтактними зубними рядами ми спостерігали 9 осіб (42,8 %), беззубі щелепи були в 3 осіб (14,3 % хворих у цій групі).

При деформуючому артрозі дефекти зубних рядів I класу мали 7 осіб, що складає 35% відсотків хворих у цій групі. Дефекти зубних рядів II

і III класу мали 2 особи (по 10 % відповідно). Дефекти IV класу були лише в 1 особи, що складає 5 %. 7 хворих мали інтактні зубні ряди, що складає 35 % хворих у цій групі. Хворих із беззубими щелепами в цій групі не було.

У групі хворих із м'язово-суглобовою дисфункцією діапазон розбіжностей показників був значно ширший. I клас дефектів зубних рядів мали 6 хворих, що складало 9,5 % кількості цієї групи. II клас - 9 хворих (14,3 %), III клас мали 10 хворих (15, %), IV клас - 3 хворих (4,7 %), інтактні або відновлені зубні ряди мали 33 особи (52,4 %), беззубі щелепи були у 2 хворих, що склало 3,2 % кількості цієї групи.

Для визначення стану тканин пародонта ми застосували індексну оцінку стану зубів і пародонта обстежених.

Таблиця 2

Показники, що вивчались	Стат. показ.	РАФА	РАФР	Ска	Дефа	МСД
Гігієнічний індекс (бали)	М	2,9	2,2	2,3	2,2	2,5
	\pm м	0,07	0,1	0,1	0,1	0,1
	p_1	<0,01	<0,5	<0,5		<0,5
Індекс РМА (%)	М	23,25	18,8	14,8	13,8	20,8
	\pm м	1,96	0,87	0,87	0,87	0,87
	p_1	<0,01	<0,01	<0,5		<0,01
КПВ (у.од).	М	4,7	6,73	6,93	4,82	6,82
	\pm м	0,76	0,42	0,42	0,42	0,42
	p_1	<0,5	<0,01	<0,01		<0,01

Оцінюючи гігієнічний стан зубів і пародонта, ми виявили, що гігієнічний індекс був найвищим у групі хворих на ревматоїдний артрит у фазі активності, а в порівнянні з показниками при деформуючому артрозі достовірних відмінностей ми не виявили.

Показник ПМА був найнижчий при деформуючому артрозі та достовірно не відрізнявся від показників при склерозуючому артрозі. Достовірно високі показники ми виявили у хворих на ревматоїдний артрит у фазі ремісії та у хворих із м'язово-суглобовою дисфункцією. У порівнянні з іншими найвищим він був у групі хворих на ревматоїдний артрит у фазі активності.

Індекс КПВ достовірно не відрізнявся у хворих на деформуючий артроз і ревматоїдний артрит у фазі активності та був достовірно вищий у групах хворих із ревматоїдним артритом у фазі ремісії, склерозуючим артрозом і м'язово-суглобовою дисфункцією. Меншою мірою це стосується показників у хворих із ревматоїдним артритом у фазі ремісії і з м'язово-суглобовою дисфункцією.

Отже, аналіз клінічних даних свідчить про високі індексні показники у хворих на ревматоїдний артрит у фазі активності, що підтверджує прояв запалення в ротовій порожнині та патогенетичну дію порушень, які виникають у комплексі функціонально-структурних елементів щелепно-лицьової ділянки і можуть бути детермінантами розвитку цього захворювання.

У групах хворих, у яких індекс КПВ має підвищені показники (РАФА, Ска, МСД), оклюзійні порушення суттєво впливають на перебіг хвороби.

Висновки

1. Загальносоматичний стан та стан м'язово-суглобового комплексу безпосередньо впливають на ступінь стоматогнатичних проявів.

2. Найхарактерніші зміни стоматогнатичного стану ми зареєстрували при ревматоїдному артриті у фазі активності; вони є додатковими критеріями при проведенні диференційної діагностики, мають виражений детермінований вплив.

Література

1. Мирза А.И. Реабилитация пациентов с болевым синдромом ВНЧ суставов / Мирза А.И., Лютик Г.И. // Современная стоматология, 2000. - № 4 (12). – С. 45-47.
2. Неспрядько В.П. Дифференциальная диагностика дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстных суставов / Неспрядько В.П., Лось В.В., Клитинский Ю.В. // Материалы I (VIII) съезда Ассоциации стоматологов Украины. - К., 1999. - С. 413-415.
3. Кашуба В.А. Проблемы физической реабилитации при мышечно-суставных дисфункциях височно-нижнечелюстного сустава / Кашуба В.А., Комарова Е.С. // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. - Харьков, 2000. - С. 60-63.
4. Величко Л.С. Диагностика и лечение заболеваний мышечного височно-нижнечелюстного суставного комплекса в зависимости от патогенных факторов / Величко Л.С., Бунина М.А.// Здравоохранение / МЗ Республики Беларусь. - 1996. - №7.- С. 11-13.
5. Yamakawa M., Ansai T., Kasai S., Ohmaru T., Takeuchi H., Kawaguchi T., Takehara T. // Dentition status and temporomandibular joint disorders in patients with rheumatoid arthritis./ Cranio. 2002 Jul;20(3):165-71.
6. Ettala-Ylitalo UM, Syrjänen S, Halonen P.//Functional disturbances of the masticatory system related to temporomandibular joint involvement by rheumatoid arthritis./ J Oral Rehabil. 1987 Sep;14(5):415-27.
7. Manfredini, Salvetti, Fantoni, Bosco //Relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: A review of current understandings/ Journal of Chinese clinical medicine, Vol. 1, N 3, August 2006, p. 136-239.

Стаття надійшла
19.12.2008 р.

Резюме

Стоматогнатический статус проанализирован на основании изучения клинической картины у пациентов с детерминированными нарушениями челюстно-лицевой области. Полученные данные могут быть использованы для дифференциальной диагностики и составления плана лечения заболеваний и расстройств челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, склерозирующий артроз, деформирующий артроз, мышечно-суставная дисфункция, дефекты зубных рядов.

Summary

The analysis of stomatognathic status was conducted on the basis of the study of clinical presentation of the patients with the determined violations of maxillofacial area. Findings can be used for differential diagnostics and treatment drafting of the diseases and disorders of maxillofacial area.

Key words: rheumatoid arthritis, sclerosing arthrosis, deforming arthrosis, muscularly-joint dysfunction, dentition defects.

Перелік скорочень

СНЩС - скронево-нижньощелепний суглоб

МСД - м'язово-суглобова дисфункція

РА ФА - ревматоїдний артрит, фаза активності

РА ФР -ревматоїдний артрит, фаза ремісії

СА - склерозуючий артроз

ДефА - деформуючий артроз