© А. А. Долгалева, Ю. Н. Уманская, 2013
УДК: 616.724:616-007.17-018.2
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2013.08043>
ISSN – 2073-8137

ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

А. А. Долгалева, Ю. Н. Уманская

Ставропольский государственный медицинский университет

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) – сложное заболевание, возникающее в результате различного ряда причин. Важную роль занимают зубочелюстные аномалии и деформации, связанные с ними нарушения окклюзии, которые, в свою очередь, приводят к дискоординации жевательных мышц, а после – к возникновению дисфункциональных нарушений ВНЧС [6, 7, 9, 14]. В то же время на возникновение и развитие заболеваний ВНЧС оказывают влияние стрессовые факторы и генетически детерминированные нарушения развития костной, хрящевой и соединительной ткани. Патологические изменения данных структур характерны для дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [1, 2, 3].

ДСТ – это собирательное понятие, характеризующееся врожденными, наследуемыми отклонениями в развитии соединительной ткани, формирующей органы, в том числе органы зубочелюстной системы, которые при определенных условиях могут стать причиной нарушения функции.

Поражения при ДСТ имеют системный характер. Соединительная ткань на фоне данной патологии теряет свои прочностные свойства во всем организме в целом, и в частности страдает капсулярно-связочный аппарат ВНЧС.

До настоящего времени отсутствует единое мнение о влиянии ДСТ на формирование и развитие дисфункции ВНЧС и жевательных мышц [10, 11]. Нет полного понимания вопросов патогенеза и специфики лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС, ассоциированной с ДСТ [4, 8].

Цель исследования – выявить частоту встречаемости дисфункций височно-нижнечелюстного сустава у больных с дисплазией соединительной ткани, предложить алгоритм диагностики и лечения данных пациентов.

Материал и методы. В период с 2011 по 2013 год было обследовано 90 пациентов. Основную (рабочую) группу составили 60 больных, из них у

57 обнаружена дисфункция ВНЧС, у 27 дисфункция ВНЧС была ассоциирована с ДСТ. В 3 случаях при наличии ДСТ функциональных нарушений сустава не наблюдалось. 30 человек из числа обследованных составили контрольную группу. В ее состав включались пациенты с целостными зубными рядами, ортогнатическим видом прикуса, не имеющие дисфункции ВНЧС и признаков ДСТ. Возраст больных варьировал от 20 до 50 лет.

Все пациенты были разделены на четыре группы. Первую составили 27 больных с дисфункцией ВНЧС и ДСТ. Внешние фенотипические признаки ДСТ у 17 обследуемых данной группы составили 5 и более, у 10 – от 3 до 5 признаков. Распределение по полу в данной группе составило 17 женщин и 10 мужчин. Во вторую группу вошли 30 человек с дисфункцией ВНЧС без проявлений ДСТ, имеющие менее 3 фенотипических признаков. Распределение по полу составило 14 женщин и 16 мужчин. В третью группу вошли 3 женщины с ДСТ без функциональных нарушений со стороны ВНЧС. Четвертую (контрольную) группу составили 30 человек в возрасте от 20 до 50 лет – 17 мужчин и 13 женщин.

Обследование функционального состояния ВНЧС и жевательных мышц включало: клинические исследования [6, 12, 13], проведение рентгенологических, магнитно-резонансных, электромиографических методов исследования, изучение диагностических моделей челюстей в артикуляторах.

Диагноз ДСТ устанавливали на основе клинических признаков, представленных в рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов [5].

Полученные данные подвергались статистической обработке на персональном компьютере с использованием программы SPSS 16.0, сводились в таблицы в программах Microsoft Excel и Microsoft Word.

Результаты и обсуждение. Дисфункция ВНЧС выявлена у 57 (95 %) пациентов из 60 человек рабочей группы. Сочетание ДСТ с дисфункцией ВНЧС достоверно выявлено у 17 (28,33 %) пациентов. Дисфункции ВНЧС с проявлением от 3 до 5 внешних фенотипических признаков ДСТ встречались в 10 (16,67 %) случаях. Таким образом, дисфункция ВНЧС с признаками ДСТ встречалась в 45 %, дисфункция ВНЧС без ДСТ – в 50 % случаев.

Долгалева Александр Анатольевич,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры ортопедической стоматологии
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 89624035869; e-mail: dolgalev1@mail.ru

Уманская Юлия Николаевна,
аспирант кафедры ортопедической стоматологии
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 89624206232; e-mail: J.umanskaya@mail.ru

У пациентов с дисплазией чаще встречались суставные, костные, кожные и мышечные внешние критерии.

Суставные критерии включали в себя гипермобильность суставов (ГМС) по шкале Beighton (достоверным считался показатель, равный от 4 и более признаков). Менее 4 из 9 возможных критериев учитывались при артралгии от одного до трех суставов или боли в спине до 3 месяцев, подвывихах или вывихах в одном или нескольких суставах с неоднократным повторением.

У 3 (5 %) обследованных пациентов выявлена ДСТ без нарушения функции ВНЧС (рис. 1).

Рис. 1. Распределение встречаемости дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, ассоциированного с дисплазией соединительной ткани

В группе пациентов с ДСТ и дисфункцией ВНЧС были выявлены две основные закономерности.

1. У 55,56 % у пациентов, обратившихся в возрасте 35 лет и старше имелась ГМС в сочетании с кожными и висцеральными признаками ДСТ. В более ранние сроки жалоб на ВНЧС они не отмечали. Появление жалоб связывали с прорезыванием «зубов мудрости», поздним ортодонтическим лечением, женщины – с беременностью. Жалобы в этих случаях были достаточно серьезны: 12 человек обратились в связи с болью и с невозможностью открыть рот. Пациенты данной группы имели уплощенную суставную головку нижней челюсти (рис. 2).

Рис. 2. Ортопантомограмма пациента с ДСТ. Уплотнение и удвоение мыщелкового отростка нижней челюсти справа

2. В 44,44 % случаев в группе пациентов с ДСТ и дисфункциональными нарушениями в ВНЧС встречались костные проявления дисплазии в различных сочетаниях с висцеральными признаками (рис. 3).

а

б

Рис. 3. Торсионный разворот 3-го шейного позвонка
а – фронтальная плоскость; б – сагиттальная плоскость

Пациенты с преобладанием костных признаков находились в возрасте от 20 до 35 лет. Предъявляли жалобы на щелчки

в суставе без выраженного болевого компонента. В 25,95 % случаев у них выявлено готическое небо, скученность зубов во фронтальном отделе; превалировал вертикальный тип роста стоматогнатической системы. Нарушение функции ВНЧС проявлялось подвывихом или вывихом одного или обоих менисков.

Для всех пациентов с дисплазией характерно смыкание первых моляров верхней и нижней челюсти по II классу Энгеля – дистальная окклюзия и глубокая резцовая окклюзия.

На основании проведенного исследования разработан следующий алгоритм стоматологического выявления пациентов с ДСТ и дисфункцией ВНЧС.

После исключения окклюзионной, травматической и психоэмоциональной этиологии дисфункции ВНЧС следует проводить полный осмотр и опрос больного на предмет выявления ДСТ, обращая внимание на признаки ГМС (показатель Beighton ≥ 4), на артралгии или боли в спине более 3 месяцев, повторяющиеся подвы-

вихи или вывихи в одном или нескольких суставах. При недостоверности признаков ГМС выявляют количество костных, кожных, мышечных и висцеральных проявлений. При этом в группу ДСТ с неклассифицируемым типом дисплазии необходимо включать пациентов, имеющих не менее 5 внешних критериев.

Выводы

1. Частота встречаемости дисфункций ВНЧС у пациентов с ДСТ составляет 28,33 % из 95 % с выявленными случаями нарушения функции сустава, что свидетельствует о наличии тесной взаимосвязи между патологией ВНЧС и ДСТ.
2. Алгоритм диагностики пациентов с ДСТ и дисфункцией ВНЧС должен включать: учет всех фенотипических признаков дисплазии, исключение окклюзионной, травматической и психоэмоциональной этиологии дисфункции ВНЧС. Стоматологические пациенты с ДСТ требуют ранней диагностики на предмет дисфункции ВНЧС и длительного диспансерного наблюдения.

Литература

1. Изучение нейромышечных нарушений у больных с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц / В. Н. Трезубов, Е. А. Булычева, О. В. Посохина // Институт стоматологии. – 2005. – № 4. – С. 85–89.
2. Исследование особенностей личности пациентов с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), осложненными парафункциями жевательных мышц (Часть I) / В. Н. Трезубов, Б. Д. Карвасарский, Е. А. Булычева и др. // Институт стоматологии. – 2006. – № 2. – С. 33–35.
3. Исследование особенностей личности пациентов с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), осложненными парафункциями жевательных мышц (Часть II) / В. Н. Трезубов, Б. Д. Карвасарский, Е. А. Булычева [и др.] // Институт стоматологии. – 2006. – № 3. – С. 30–31.
4. Михеев, А. П. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава при дисплазии соединительной ткани (клиника, диагностика, лечение) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Михеев А. П. – М., 2007. – 27 с.
5. Наследственные нарушения соединительной ткани в кардиологии. Диагностика и лечение. Российские рекомендации (I пересмотр) // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 1, прил. 1. – 32 с.
6. Петросов, Ю. А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / Ю. А. Петросов. – Краснодар : Совет. Кубань, 2007. – 304 с.

References

1. Trezubov V. N., Bulycheva Ye. A., Posokhina O. V. *Institut stomatologii*. – *Institute of Stomatology*. 2005;4:85–89.
2. Trezubov V. N., Karvasarsky B. D., Bulycheva Ye. A., Kolotilshchikova Ye. A., Cheklaty Ye. I. *Institut stomatologii*. – *Institute of Stomatology*. 2006;2:33–35.
3. Trezubov V. N., Karvasarsky B. D., Bulycheva Ye. A. i dr. *Institut stomatologii*. – *Institute of Stomatology*. 2006;3:30–31.
4. Mikheyev A. P. Sindrom bolevoiy disfunktsii visochno-nizhnechelyustnogo sustava pri displazii soyedinitelnoy tkani (klinika, diagnostika, lecheniye). M.; 2007. 27 p.
5. Nasledstvennyye narusheniya soyedinitelnoy tkani v kardiologii. Diagnostika i lecheniye. Rossyskiye rekomen-

7. Пузин, М. Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М. Н. Пузин, А. Я. Вязьмин. – М. : Медицина, 2002. – 160 с.
8. Сулимов, А. Ф. Роль системной патологии соединительной ткани в развитии посттравматических изменений в височно-нижнечелюстном суставе / А. Ф. Сулимов, Р. К. Савченко // Стоматология. – 2004. – № 1. – С. 35–38.
9. Хватова, В. А. Клиническая гнатология / В. А. Хватова – М. : Медицина, 2005. – 296 с.
10. Яковлев, В. М. Соединительнотканые дисплазии сердца и сосудов (биология, развитие, клинико-визуальная диагностика) / В. М. Яковлев, А. М. Мартынов, А. В. Ягода. – Ставрополь, 2010. – 320 с.
11. Яковлев, В. М. Соединительнотканые дисплазии скелета человека (Пренатальная и постнатальная диагностика и прогнозирование) / В. М. Яковлев, Р. С. Карпов, Е. Г. Бакулина. – М. : УИЦ XXI век, 2009. – 192 с.
12. Ishihata, K. Three-dimensional analysis of facial morphology of patients with facial asymmetry / K. Ishihata // J. Jpn. Stomatol. Soc. – 2003. – Vol. 52. – P. 109–123.
13. Magnetic resonance imaging in the evaluation of temporomandibular joint disc displacement – a review of 144 cases / A. M. Whyte, D. McNamara, I. Rosenberg, A. W. Whyte // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2006. – Vol. 35. – P. 696–703.
14. Slavicek, R. The Masticatory Organ: Funktionen and Dysfunktionen / R. Slavicek. – Klosterneuburg, 2002. – 554 p.

- datsii (I peresmotr). *Rossysky kardiologichesky zhurnal*. – *Russian Journal of Cardiology*. 2013;1(1):32 s.
6. Petrosov Yu. A. Diagnostika i ortopedicheskoye lecheniye zabolevaniy visochno-nizhnechelyustnogo sustava. Krasnodar: «Sovet. Kuban»; 2007. 304 p.
7. Puzin M. N., Vyazmin A. Ya. Bolevaya disfunktsiya visochno-nizhnechelyustnogo sustava. M.: «Meditsina»; 2002. 160 p.
8. Sulimov A. F., Savchenko R. K. *Stomatologiya*. – *Stomatology*. 2004;1:35–38.
9. Khvatova V. A. *Klinicheskaya gnatologiya*. M.: «Meditsina»; 2005. 296 p.
10. Yakovlev V. M., Martynov A. M., Yagoda A. V. Soyedinitelnotkannyye displazii serdtsa i sosudov (biologiya, razvitiye, kliniko-vizualnaya diagnostika). Stavropol; 2010. 320 p.

11. Yakovlev V. M., Karpov R. S., Bakulina Ye. G. Soyedinitelnotkannye displazii skeleta cheloveka (Prenatalnaya i postnatalnaya diagnostika i prognozirovaniye). M.: «UITs KhKhI vek»; 2009. 192 p.
12. Ishihata K. *J Jpn Stomatol Soc.* 2003;52:109-123.
13. Whyte A. M., McNamara D., Rosenberg I., Whyte A. W. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;35:696-703.
14. Slavicek R. The Masticatory Organ: Funktions and Dysfunktionen. Klosterneuburg; 2002. 554 p.

**ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**
А. А. ДОЛГАЛЕВ, Ю. Н. УМАНСКАЯ

Статья посвящена актуальным вопросам влияния дисплазии соединительной ткани на развитие функциональных нарушений в височно-нижнечелюстном суставе. Всего было обследовано 90 пациентов. Проведен анализ клинических, рентгенологических данных. На основании полученных результатов сделаны выводы о влиянии ДСТ на развитие дисфункции ВНЧС.

Ключевые слова: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, дисплазия соединительной ткани, окклюзия

**THE INFLUENCE OF THE CONNECTIVE
TISSUE DYSPLASIA AT THE OCCURRENCE
OF DYSFUNCTION
OF THE TEMPORO-MANDIBULAR JOINT**
DOLGALEV A. A., UMANSKAYA YU. N.

The article is devoted to topical issues of the connective tissue dysplasia role in development of the functional disorders of temporomandibular joint. 90 patients were examined. Analysis of clinical and radiological data allowed to conclude about the connective tissue dysplasia involvement into the temporomandibular joint dysfunction.

Key words: dysfunction of the temporomandibular joint, connective tissue dysplasia, occlusion

© Р. А. Аванесян, 2013
УДК 616.735.8.61:34.47.02.412.01
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2013.08044>
ISSN – 2073-8137

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ИЗУЧЕНИЮ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Р. А. Аванесян

Ставропольский государственный медицинский университет

В последние годы спрос на стоматологические услуги в нашей стране значительно вырос [1, 2, 3, 4, 9]. По данным А. В. Алимского (1999), если в 1990-х годах до 40 % населения старше 40 лет нуждались в имплантологической и ортопедической стоматологической помощи, то сегодня эта цифра возросла до 90 % [1]. Поскольку дентальная имплантология – наиболее динамично развивающаяся отрасль стоматологии, она всегда относилась и относится к числу платных видов медицинского обслуживания населения, причем удовлетворение спроса на данный вид помощи находится в гра-

ницах реальных финансовых возможностей населения [5, 7, 8]. Это особенно актуально в регионах с низким и средним уровнем доходов населения, к которым относится и Ставропольский край [4, 6]. Сегодня дентальная имплантология широко представлена как в частном секторе рынка услуг, так и на уровне государственных, в том числе и муниципальных стоматологических учреждений. Качество оказываемой помощи различно – сказывается высокая финансовая емкость рынка и желание врача-стоматолога максимально расширить диапазон использования дентальных имплантатов.

В целях совершенствования современной стоматологической имплантологической помощи населению актуальной задачей является изучение социального аспекта данной пробле-

Аванесян Рузанна Артуровна,
соискатель кафедры стоматологии
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 915212; e-mail: avanesyan@mail.ru