

ПОШИРЕНІСТЬ М'ЯЗОВО-СУГЛОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ У ПАЦІЄНТІВ З ПРИШИЙКОВИМИ УРАЖЕННЯМИ ЗУБІВ

І. І. Заболотна

Донецький національний медичний університет

АКТУАЛЬНІСТЬ

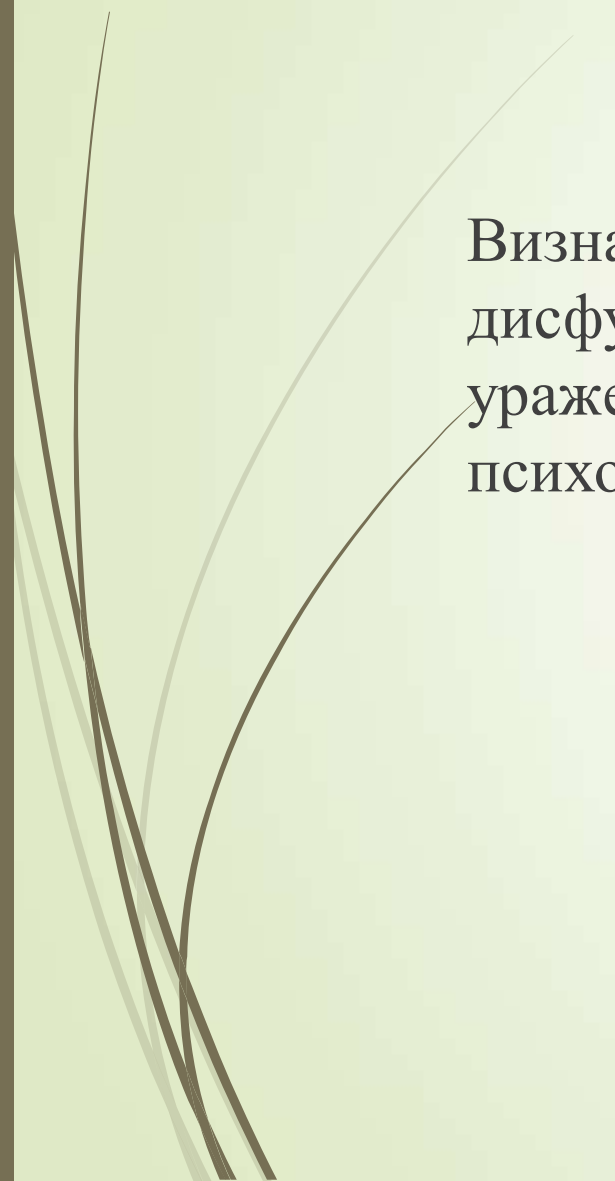
Захворювання скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) є поширеною стоматологічною патологією. До 80 % усіх патологій СНЩС складають функціональні захворювання, а саме м'язово-суглобові дисфункції. Відомо, що більше третини усіх хворих – це молодь до 25 років. Патологія СНЩС часто пов'язана з болем, тому може впливати на повсякденну діяльність людини, її психосоціальний стан та якість життя. З іншого боку, відомо, що чим вищий рівень невротизації, тим частіше зустрічаються розлади, пов'язані з м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС, причинами якої вважають оклюзійну дисгармонію, тривалий однобічний тип жування і парафункції жувальних м'язів. Розвиток патології у 15-35 % випадків сполучається з бруксизмом, який переважає у пацієнтів віком до 44 років. Захворювання СНЩС пов'язані з багатьма скаргами пацієнта, у тому числі, на головний біль і перевтому, та корелюють із показниками тривожності, стресу та якістю життя. Відомо, що в осіб з головним болем і 2-3 симптомами м'язово-суглобової дисфункції СНЩС суттєво нижча якість життя та вище психологічний стрес.

АКТУАЛЬНІСТЬ

При хронічному психоемоційному стресі виникають стійкі зміни у функціонуванні зубощелепної системи, які проявляються, у тому числі, у прогресуванні патології твердих тканин зубів. Пришийкові ураження зубів часто діагностуються під час практичної діяльності лікаря-стоматолога, особливо у віковій групі після 30-ти років. Але їх профілактика і лікування утруднені, тому що етіологія є багатформною і повністю не з'ясованою. Горизонтальні оклюзійні сили, що виникають у результаті жування, бруксизму і парафункціональної активності, створюють зону опори в області шийки зуба. Тому напругу, що розтягує, від жувальних і парафункціональних звичок, які викликають вигин зуба, розглядають одним із основних етіологічних факторів клиновидного дефекту (КД). Також відомо, що КД у три рази частіше діагностується в осіб з високим рівнем тривожності. Імовірно, існує зв'язок між іншими пришийковими ураженнями зубів і психоемоційним станом пацієнта і м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС. У більшій кількості клінічних випадків пришийкова патологія зубів сполучається з гіперчутливістю дентину (ГД). Тому обґрунтованим є комплексне обстеження осіб з пришийковими ураженнями зубів, що включає в себе як оцінку стоматологічного статусу, так і проявів психоемоційного напруження.



МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ:



Визначення поширеності клінічних симптомів м'язово-суглобової дисфункції СНЩС у пацієнтів молодого віку з пришийковими ураженнями зубів, встановлення потенційних зв'язків між ними, ГД і психоемоційним станом обстежених.

МАТЕРІАЛИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідженні взяли участь 272 пацієнти (174 жінки і 98 чоловіків) 18-44 років (середній вік $24,3 \pm 6,9$ роки). Критеріями відбору були молодий вік згідно класифікації ВООЗ (2018), відсутність шкідливих звичок і новоутворень, вагітності і періоду лактації, новоутворень, особливостей побутового і трудового анамнезу; постійне проживання у Донецькій області України; отримана інформована згода на участь у дослідженні.

Для встановлення поширеності та інтенсивності клінічних проявів ГД у кожного пацієнта була використана індексна оцінка. Для діагностики психоемоційного стану визначали особистісну тривожність за шкалою самооцінки тривоги Ч.Д. Спілбергера (в адаптації Ю.Л. Ханіна) у балах.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для встановлення діагнозу «пришийковий карієс» (ПК), ерозія (Е) і КД були використані основні та додаткові (вітальне фарбування, електроодонтометрія) методи дослідження. З метою ретельного збору анамнезу і комплексного обстеження пацієнтів була розроблена спеціальна анкета / опитувальник, що містила питання про наявність скарг на частий головний біль і переважно, які опосередковано свідкують про хронічний психоемоційний стрес, і парафункціональні звички.

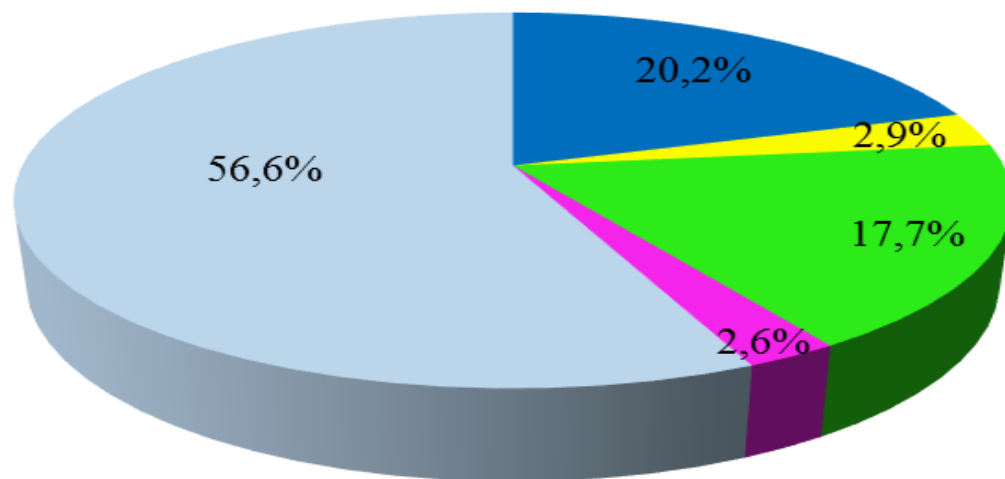
МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В усіх пацієнтів були зібрані скарги про присутність клінічних симптомів м'язово-суглобової дисфункції СНЩС (за Helkimo Clinical Dysfunction Index (HCDI)). Тест досліджує 12 параметрів, які оцінюють об'єм і характер рухів нижньої щелепи, біль при русі щелепи, зміни в русі нижньої щелепи за рахунок перешкод або блокування, біль при пальпації суглобових поверхонь СНЩС і жувальних м'язів, тип прикусу, головний біль. Інструмент складається з п'яти пунктів, кожен з яких має три можливі відповіді, що оцінюються як 0, 1 або 5 балів. За сумою балів визначали відсутність патології СНЩС, якщо оцінка дорівнює 0; легке ураження СНЩС, якщо оцінка коливається від 1 до 9, помірне ураження СНЩС, якщо оцінка коливається від 10 до 19, тяжке ураження СНЩС, якщо оцінка становить від 20 до 25. За даними літератури, HCDI продемонстрував суттєву узгодженість між оцінювачами за пунктами та відмінну узгодженість щодо загальних балів. Кореляція з іншими оціночними тестами СНЩС була високою. Поширеність симптомів патології СНЩС визначали за частотою осіб, у яких значення тесту HCDI були ≥ 1 балів.

Статистичні методи дослідження

проводився з використанням програми Statistica 12.0 (3BA94C4ED07A). При порівнянні середніх величин у нормально розподілених сукупностях розраховували t-критерій Стюдента. Статистично значимими вважали відмінності при $p \leq 0,05$. Порівняння номінальних даних проводили за допомогою критерію χ^2 Пірсона. У випадках, коли число очікуваних дослідів було меншим ніж 5, для оцінки рівня значимості відмінностей використовували критерій Фішера. Залежність між показниками розраховували за допомогою непараметричного рангового коефіцієнта Спірмена (r).

РЕЗУЛЬТАТИ розподілу молодих людей в залежності від наявності та виду пришийкових уражень зубів



- 55 пацієнтів з клиноподібним дефектом
- 8 пацієнтів з ерозією емалі
- 48 пацієнтів з пришийковим карієсом
- 7 пацієнтів із сполученими ураженнями зубів
- 154 пацієнтів без пришийкової патології зубів

РЕЗУЛЬТАТИ

За результатами клінічного обстеження усі пацієнти були розподілені на п'ять груп:

I – з КД,

II – з Е емалі,

III – з ПК,

IV – із сполученням пришийкових уражень зубів,

V – без пришийкових уражень зубів.

Молоді люди не відрізнялись за віком в залежності від групи дослідження ($p > 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Симптоми м'язово-суглобової дисфункції СНЩС були визначені у 90 пацієнтів (33 % обстежених), рідше – у пацієнтів II групи (25 %), частіше – у пацієнтів IV групи (57 %). У пацієнтів з ПК вони були достовірно більш поширеними ($p < 0,05$). Поширеність патології СНЩС відповідала результатам сучасних досліджень, за якими цей показник варіює від 26,7 % до 87,9 %. Більшу частину пацієнтів із симптомами м'язово-суглобової дисфункції СНЩС склали жінки – 74,4 %, що узгоджується з літературними джерелами. На появу патології СНЩС в обстежених осіб не впливали вид і наявність уражень у пришийковій ділянці зубів ($p > 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На основі аналізу результатів тесту НСДІ було визначено перелік найбільш характерних для м'язово-суглобової дисфункції СНЩС скарг в обстежених. У 87,8 % молодих людей було визначено один симптом м'язово-суглобової дисфункції СНЩС, у решти пацієнтів - два. У 72 пацієнтів була виявлена наявність шумових явищ у суглобах, які у 15,3 % випадків сполучались із утрудненням і дискомфортом при жуванні та болем у ділянці СНЩС. У 18 осіб скарги були пов'язані з болем при пальпації жувальних м'язів, відчуттям їх напруги і стомленості. Одержані результати підтвердили, що саме порушення роботи жувальних м'язів є найбільш важливою і характерною ознакою м'язово-суглобової дисфункції СНЩС. Сфера фізичного болю була порушена найбільше, що відповідає результатам раніше проведених досліджень. Саме біль у жувальних м'язах є основним джерелом страждань пацієнтів і причиною зниження якості життя.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Був визначений прямий зв'язок між м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС і рівнем особистісної тривожності, скаргами на перевтому, звичкою щільно стуляти зуби ($p < 0,05$). Тривога є можливим індикатором ризику для симптомів СНЩС. Наявність ознак та симптомів СНЩС достовірно пов'язані з парафункціональними звичками, емоційним стресом та тривогою. Відомі результати показали значний зв'язок між наявністю некаріозної пришийкової патології зубів, звичками щільно стуляти зуби і гризти нігті, а також м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС.

Визначався зв'язок між давністю ГД і тривалістю клінічних симптомів м'язово-суглобової дисфункції СНЩС ($r = 0,3$, $p < 0,05$). У пацієнтів з ГД була виявлена пряма кореляція між симптомами патології СНЩС і рівнем особистісної тривожності ($\chi^2 = 13,798$, $p = 0,002$) і звичкою щільно стуляти зуби ($\chi^2 = 5,594$, $p = 0,019$).

ВИСНОВКИ

Таким чином, значна поширеність пришийкових уражень зубів зумовлює необхідність підвищення ефективності їх профілактики і лікування. Наявність парафункціональних звичок, м'язово-суглобової дисфункції СНЩС, високий рівень тривожності необхідно враховувати при діагностиці і плануванні лікування пришийкових уражень зубів. Дані анамнезу, результати комплексного обстеження із залученням інших спеціалістів є факторами, які впливають на якість лікування таких пацієнтів. Визначені зв'язки між пришийковою патологією і проявами хронічного психоемоційного напруження слід враховувати при розробці індивідуального підходу до лікувально-профілактичних заходів. Встановлені кореляційні зв'язки, їх особливості в осіб із пришийковою патологією зубів зумовлюють необхідність проведення подальших досліджень з метою розробки ефективних лікувально-профілактичних заходів.