

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХРОНОЛОГИИ ПЕРВИЧНЫХ ОБРАЩЕНИЙ К СТОМАТОЛОГУ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ И ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE CHRONOLOGY OF INITIAL APPLICATIONS BY THE DENTIST PATIENTS WITH SYNDROME OF TMJ DYSFUNCTION AND CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

E. Statovskaia

Summary. A retrospective analysis of 364 ambulatory dental charts of patients aged 16 to 30 years was conducted. Patients primarily complained of functional disorders of different severity (disorders of occlusion, malocclusion, parafunction and dysfunction syndrome TMJ). The study demonstrated that the manifestation of the disease progressed in various chronological periods, the onset of the disease occurred at different ages. The nature of the treatment depends on the age, sex and the presence of connective tissue dysplasia (DCT). This fact must be taken into account for early and differential diagnosis, prevention and treatment planning of the dysfunction syndrome and DCT.

Keywords: manifestation of TMJ dysfunction syndrome, connective tissue dysplasia, age, gender, anamnesis of TMJ dysfunction syndrome and visits to the dentist.

Статовская Елена Евгеньевна;

К.м.н., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
elenastat22@mail.ru

Аннотация. Проведен ретроспективный анализ 364 амбулаторных стоматологических карт пациентов в возрасте 16–56 лет, первично обратившихся к стоматологу с жалобами на функциональные нарушения различной степени выраженности (нарушения окклюзии, прикуса, парафункции, синдром дисфункции ВНЧС). У мужчин и женщин исследуемых групп синдром дисфункции ВНЧС манифестирует в различном возрасте. При этом, мужчины и женщины первично обращаются к врачу в различные возрастные периоды. Характер обращаемости пациентов исследуемых групп отличался распределением в возрастных периодах, обнаруживая гендерные различия во взаимосвязи с ДСТ. Данное обстоятельство необходимо учитывать при ранней и дифференциальной диагностике, планировании мер профилактики и лечения синдрома дисфункции на фоне ДСТ.

Ключевые слова: манифестация синдрома дисфункции ВНЧС, дисплазия соединительной ткани, возраст, пол, хронология обращаемости к стоматологу.

Введение

Биологический возраст, оцениваемый в медицине при анализе заболеваний, условен и базируется на гендерных, анатомических, физиологических особенностях организма.

Принципы классификации возрастных периодов в стоматологии учитывают несколько критериев:

- 1) внешний, основанный на принципе «онтогенез вторяет филогенез»;
- 2) внутренний с учетом выбранных специфических хронологических диапазонов, связанных с этапом развития (прорезывание зубов — детство, прорезыванием третьих моляров, формирование прикуса, височно-нижнечелюстных суставов — взросление);
- 3) несколько существенных особенностей развития, значимость которых меняется во времени и зависит от выбора системы возрастной стратификации (периодизации) [1].

Основным стоматологическим заболеваниями и ДСТ присущи такие особенности мультифакторных болезней (МФЗ) [7] как: популяционная распространенность при превышении «порогового эффекта наследственной предрасположенности», зависимость сроков манифестации, тяжести течения от пола и возраста [7, 2, 9]. Сроки манифестации и развития болезней, их сочетание генетически обусловлены [4]. Полиорганность поражений при ДСТ определяется широким распространением в организме соединительной ткани [5,6,8], корреляцией ассоциированных заболеваний [11]. Комплексная патология челюстно-лицевой области и системные заболевания наиболее часто характеризуются взаимным отягощением [3]. Многофакторность, полиорганность ДСТ влияют на диагностику и выявляемость ДСТ [10].

Гендерные и возрастные различия во многом определяют характер распределения ряда клинических признаков ДСТ [9,11], выраженность (количество) которых, как правило, нарастает прогрессирующе [5,6,7,8].

Таблица 1. Возрастная структура исследуемых пациентов с учетом традиционных хронологических периодов ($p=0,07$)

Возрастные группы (годы)	Число пациентов, группы					
	общая выборка		контрольная		основная	
	N=364		n=87		n=277	
	абс	%	абс	%	абс	%
16–20*	86	23,63	13	14,94	73	26,35
21–30	106	29,12	26	29,89	80	28,88
31–40	79	21,70	20	22,99	59	21,30
41–50	81	22,25	22	25,29	59	21,30
51–56*	12	3,30	6	6,90	6	2,17
Итого	364	100	87	100	277	100

Примечание, где: * — $p<0,002$

Поскольку биологический возраст отражает степень приспособленности пациента к условиям окружающей среды, он непосредственно влияет на лечебно-диагностические, профилактические и реабилитационные мероприятия [1,11].

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 364 амбулаторных стоматологических карт пациентов в возрасте 16–56 лет, первично обратившихся к стоматологу с жалобами на функциональные нарушения различной степени выраженности: от нарушений окклюзии до синдрома дисфункции височно-нижнечелюстных суставов. Исследовано: 277 пациентов основной группы с MASS-подобным (MASS-ПФ), марфаноподобным (МПФ), элерсоподобным (ЭПФ), неклассифицируемым (НКФ) фенотипами дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и 87 пациентов контрольной группы без ДСТ. Общая выборка состояла на 28,6% ($n=104$) из мужчин и на 71,4% ($n=260$) из женщин ($\chi^2=0,93$; $p=0,338$). Контрольная группа включала 22 мужчины (25,3%, $n=87$) и 65 женщин (74,71% $n=87$). В основной группе было — 82 мужчины (29,6% $n=277$) и 195 женщин (70,39%, $n=277$). Пациенты исследуемых групп, а также подгрупп основной группы сопоставимы по полу ($\chi^2=22,52$; $p=0,212$).

На первом этапе проведен сравнительный анализ между исследуемыми группами по количеству первичных посещений в традиционных возрастных периодах: 16–20, 21–30, 31–40, 41–50, 51–56 лет ($n=364$).

На втором этапе исследовано число посещения в исследуемых группах и подгруппах основной группы с учетом фенотипов и степени тяжести ДСТ ($n=352$). При объективном анализе вышло 12 клинических случаев из анализируемой выборки ($n=364$) в связи с неполными анамнестическими и объективными данными в картах. В процессе проведения исследований были проанализи-

зированы несколько отличающиеся подгруппы пациентов, что объясняет различную численность пациентов в конкретных результирующих таблицах: 86 (24,43%) пациентов контрольной группы без ДСТ и 266 (75,57%) пациентов основной группы с различными фенотипами ДСТ (4 подгруппы): 6 (1,70%) пациентов с MASS-ПФ, 68 (19,31%) человек с МПФ и по 96 (27,27%) человек в подгруппах с ЭПФ и НКФ фенотипами. В основной группе 172 пациента отличались легким течением ДСТ, 84 человека имели ДСТ средней тяжести, у 7 пациентов ДСТ в анамнезе указаны тяжелое течение болезни (в детстве) и длительная ремиссия на момент исследования.

На третьем этапе определены гендерные и возрастные различия характера обращаемости стоматологических пациентов в исследуемых группах ($n=364$).

Результаты и их обсуждение

Исследуемая выборка ($n=364$) характеризовалась неодинаковым распределением по возрасту первичных посещений. Анализ традиционных хронологических периодов показал достоверные различия между основной и контрольной группами и подгруппами ДСТ ($t=3,12$; $p<0,002$) в крайних возрастных диапазонах (16–20*, 51–56* лет по табл. 1).

На втором этапе исследований ($n=352$) было установлено, что пациенты основной группы ($n=266$) в сравнении с контрольной группой ($n=86$) обращались к стоматологу по поводу функциональных нарушений в более молодом возрасте. Средние значения возраста (M) и медиана (Me) составили: в общей выборке $31,15+0,59$ ($Me = 28,0$), в контрольной группе $M = 34,28+1,23$ ($Me = 33,0$), в основной $30,21+0,66$ ($Me = 28,0$).

В подгруппах основной группы показатели среднего возраста обращений распределились от меньшего значения к большему следующим образом: 2 подгруппа ос-

новой группы (МПФ) $M = 25,0 \pm (Me = 26,8)$, 1 подгруппа (MASS-ПФ) 29,7 ($Me = 29,0$), 3 подгруппа (ЭПФ) $M = 31,0 \pm (Me = 29,0)$, 4 подгруппа (НКФ) $M = 32,0 \pm (Me = 31,0)$.

Возраст первично исследуемых больных имеет значительную вариабельность. Наибольшая величина стандартного отклонения (S.D) отмечена в контрольной группе 11,50 (в общей выборке 11,21) в сравнении с основной группой (10,95). В подгруппах основной группы величина S.D. распределилась от меньших к большим значениям в следующей последовательности: во 2-й подгруппе величина S.D. равна 10,00; в 4-й подгруппе — 10,50; в 3-й подгруппе — 11,50; в 1-й подгруппе — 12,10. Кроме того, S.D прямо пропорционально зависела от степени тяжести ДСТ: 10,20 при легком течении ДСТ, 11,80 — при выраженной ДСТ, 15,00 — при тяжелом течении (в анамнезе) ДСТ.

При первичном осмотре 25% стоматологических пациентов общей выборки находились в возрасте до 22 лет; больным основной группы было не более 20 лет, контрольной группы не более 24 лет. Самыми молодыми, (не старше 17,5 лет) оказались 25% пациентов 2-й подгруппы (МПФ), пациенты 1-й подгруппы основной группы (MASS-ПФ) находились в возрасте до 19 лет, 3-й подгруппы (ЭПФ) не старше 20 лет и 4-й подгруппы (НКФ) не старше 24 лет. При этом, 25% стоматологических пациента 16-ти лет имели в анамнезе тяжелое течение ДСТ (на момент обследования — в стадии ремиссии), а пациенты не старше 20 лет имели ДСТ легкой и средней степеней тяжести. Пациенты МПФ и MASS-ПФ фенотипов обращались к стоматологу в более молодом возрасте и наиболее часто имели ДСТ средней степени тяжести.

Возраст 50% пациентов общей выборки находился в диапазоне 22–41 год; в контрольной группе 24–45 лет; в основной группе 20–39 лет, в подгруппах основной группы: в 1-й — 19–39 лет, во 2-й — 17,5–32,5 года, в 3-й — 20–41,5 лет, в 4-й — 24–41,5 лет. С учетом степени тяжести ДСТ 50% пациентов с легким течением ДСТ находились в возрастном диапазоне 20–35 лет, с ДСТ средней тяжести в возрасте 16–41 год, с тяжелым течением ДСТ в анамнезе — 20–41 год.

75% пациентов общей выборки были старше 41 года, при этом, пациенты основной группы — старше 39,5 лет, контрольной — старше 46 лет. 75% пациентов 2-й подгруппы основной группы имели возраст от 32,5 лет, 1-й подгруппы — от 39 лет, 3-й и 4-й подгрупп основной группы — старше 41,5 лет.

Минимальный и максимальный возраст пациентов общей выборки и пациентов, включенных в контрольную группу, составил 16,0–56,0 лет (Range или размах

равен 40), пациентов основной группы — 16,0–55,0 лет (Range 39); 2-й, 3-й подгрупп ДСТ — 16,0–55,0 лет (Range 39), пациентов 4-й подгруппы 16,0–53,0 (Range 37), 1-й подгруппы 18,0–42,0 (Range 24) года; а также, при легкой и средней степени тяжести ДСТ — 16,0–55,0 лет (Range 39), при тяжелом течении ДСТ (в анамнезе) — 16,0–50,0 лет (Range 33). Минимальный возраст пациентов с ДСТ средней тяжести и ДСТ тяжелой степени одинаков.

Коэффициент асимметрии распределения данных случайной величины (A) пациентов общей выборки незначительно смещен вправо ($A = 0,3$) за счет значений основной группы (где $A = 0,4$), и в большей степени 2-й подгруппы ($A = 0,96$) в сравнении с контрольной группой ($A = 0,2$). В 3-й подгруппе $A = 0,3$ и соответствует общей выборке. 4-я подгруппа отличается значениями, наиболее близкими к значениям контрольной группы ($A = 0,1$). 1-я подгруппа отличается нормальным распределением, близким нулю ($A = 0,01$). При ДСТ легкой степени коэффициент асимметрии $A = 0,5$, при средней степени тяжести $A = 0,1$, тяжелом течении $A = -0,1$. Таким образом, большее число активных обращений пациентов с ДСТ к стоматологу по поводу функциональных нарушений приходится на возраст 16–18 лет. При тяжелом течении ДСТ пациенты с синдромом дисфункции ВНЧС обращаются к стоматологу в более молодом возрасте.

Характер распределения первичных обращений стоматологических пациентов, изображенный в виде графиков, имеет ряд особенностей и различается в исследуемых группах по возрасту: начальным отрезком (отражающим число обратившихся в более молодом возрасте), по протяжению (характеризующим число обратившихся в среднем и старшем возрастах) и результирующей формой кривых. График распределения по возрасту (%) пациентов контрольной группы имеет форму прямой, в отличие от дугообразного графика основной группы с выпуклостью, обращенной вверх.

Графики контрольной и основной групп в большей степени различаются начальными отрезками, соответствующими возрастному периоду 16–17 лет, и, далее, различиями на участках 18–19 лет, 20–22 года, 28, 36–38 лет. График обращений пациентов основной группы начинается резким подъемом, иллюстрирующим большее количество обращений пациентов молодого и среднего возраста.

Участок графика контрольной группы, соответствующий возрастному периоду 36–51 год, имеет отличие в виде ломаной линии, отражающей переменное число обращений пациентов соответствующего возраста. В основной группе число обратившихся к стоматологу пациентов стабильно увеличивается с возрастом.

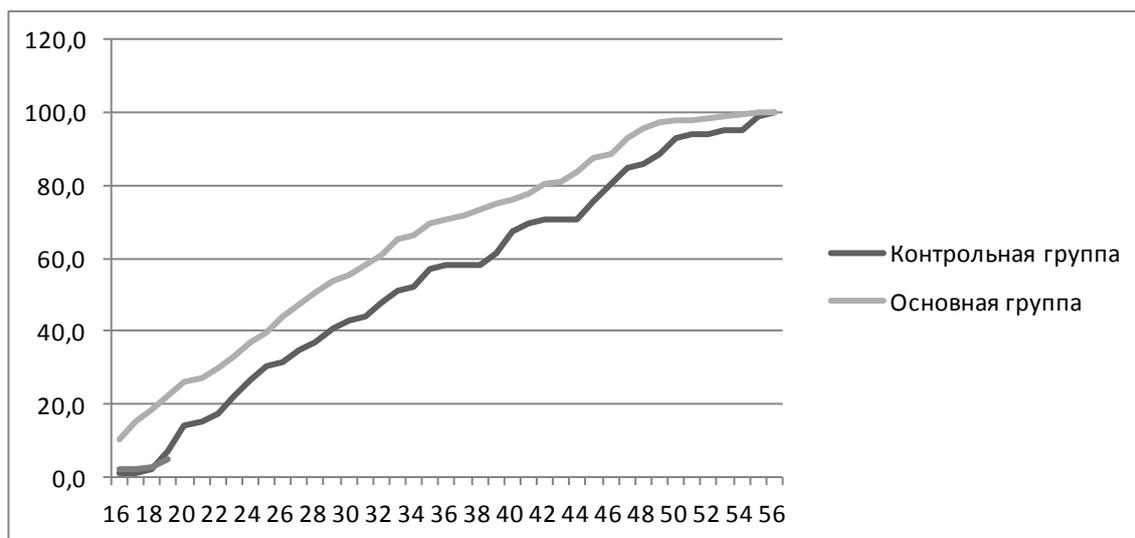


Рис. 1. Распределение по возрасту больных исследуемых групп

Таблица 2. Возрастные группы исследуемых пациентов с учетом клинических проявлений ДСТ (p<0,003)

Возрастные группы (годы)	Число пациентов, группы					
	общая выборка		контрольная		основная	
	абс	%	абс	%	абс	%
16–21*	90	24,73	14	16,09	76	27,44
22–39*	172	47,25	40	45,97	132	47,65
40–56*	102	28,08	33	37,93	69	24,91
Итого	364	100	87	100	277	100

Примечание, где: * — p<0,05

Анализ первичной обращаемости пациентов к стоматологу обнаруживает хронологические различия в исследуемых группах в зависимости от наличия или отсутствия ДСТ. По-видимому, хронология обращений или возрастные интервалы (16–21, 22–39, 40–56 лет), соответствуют специфике патологии, принципиально важным возрастным особенностям, а также изменениям, сопутствующим ДСТ. Пациенты с ДСТ обращаются к стоматологу в более раннем возрасте 16–21 лет, нарастание клинических проявлений происходит в возрасте 22–39 лет (в контрольной группе — после 42 лет).

На отрезке (рис. 1), соответствующем 46 годам, различия графиков основной и контрольной групп постепенно нивелируются и после 50 лет различия графиков незначительные или практически отсутствуют.

Средний возраст пациентов составляет: в общей выборке 31,15±0,59 год (n=352; P=0,003), в контрольной группе 34,50±1,2 (n=86), в основной группе 30,21±0,7 (n=266). Различия в группах статистически достоверны (p=0,002).

Таким образом, исследуемые пациенты группируются по первичной обращаемости и жалобам в определенные хронологические периоды, обнаруживая различия в клинических проявлениях и взаимосвязь с ДСТ (табл. 2).

Рассмотрим гендерные различия исследуемых групп в традиционные возрастные периоды (рис. 2) и в хронологических диапазонах с учетом клинических проявлений ДСТ.

Наибольшие гендерные отличия контрольной группы проявились в возрасте 31–45 лет (p=0,001) за счет изменений в численном соотношении женщин (значительное увеличение, достижение максимума) и мужчин (увеличения, достижение максимума) в сравнении с предыдущим периодом.

Таким образом гендерная структура активных обращений к стоматологу пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС в исследуемых возрастных группах не постоянна (p=0,001) за счет различной численности мужчин (рис. 2).

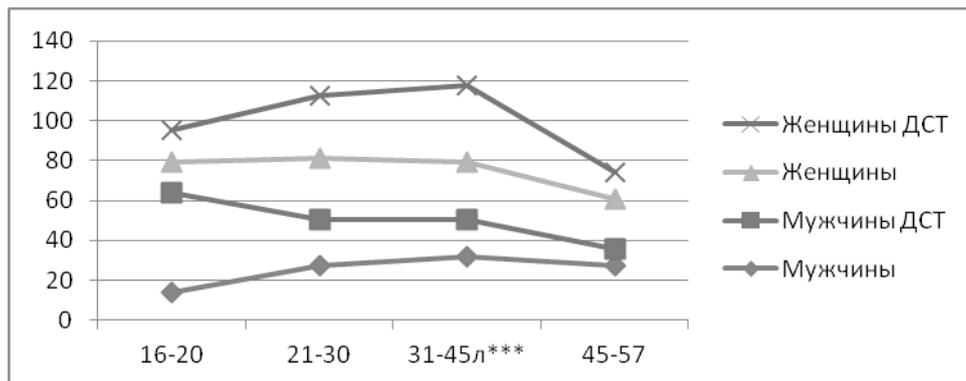


Рис. 2 Соотношение мужчин и женщин в традиционных возрастных группах (где *** — $p=0,001$)

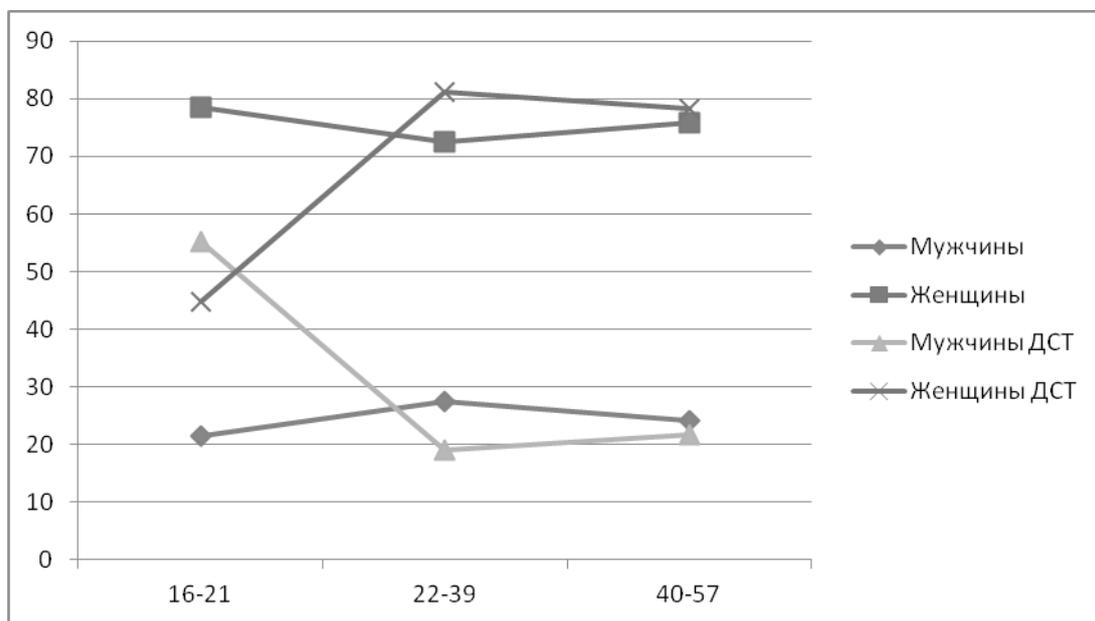


Рис.3 Гендерные различия и хронологические периоды активных обращений к стоматологу исследуемых пациентов

Хронология первичной обращаемости мужчин и женщин в связи с синдромом дисфункции ВНЧС иллюстрируется рис. 3 и табл. 3

В возрасте 16–21 года ($p=0,05$) больше обращаются к стоматологу женщины контрольной группы (78,57%, 11) и лица мужского пола с ДСТ (55,26%, $n=42$), чаще юношеского и переходного возрастов (16–17 лет).

В возрасте 22–39 лет достоверных гендерных различий между исследуемыми группами не выявлено ($p>0,05$): наиболее часто обращаются женщины, соотношение мужчин и женщин в контрольной группе 1:3, в основной 1:4.

Число обратившихся мужчин контрольной группы увеличивается после 31 года ($p=0,001$).

В возрасте 40–57 лет частота обращаемости женщин контрольной группы увеличивается в сравнении с более ранним возрастным периодом, соотношение мужчин и женщин в группах 1:3 ($p<0,05$). С 40–57 лет гендерные различия между группами в соотношении числа мужчин и женщин, обратившихся к стоматологу, менее выражены, несмотря на то, что после 45 лет тенденция активных обращений мужчин (29,23%) контрольной группы сохраняется.

Характер распределения обращений стоматологических пациентов в определенные возрастные периоды, обнаруживает гендерные различия во взаимосвязи с ДСТ. Характер обращаемости первичных пациентов исследуемых групп отличался распределением в установленных нами хронологических (возрастных) периодах, обнаруживая гендерные различия во взаимосвязи с ДСТ.

Таблица 3. Гендерная структура пациентов с функциональными нарушениями жевательного аппарата

Хронологический период (годы)	Число пациентов в группах			
	контрольная		основная	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
16–21 (p<0,05)	3(21,43)	11(78,57)	42(55,26)	34(44,74)
n=90	14(15,56)		76(84,44)	
22–39 (p>0,05)	11(27,50)	29(72,50)	25(18,94)	107(81,06)
n=172	40(23,26)		132(76,74)	
40–57 (p<0,05)	8 (24,24)	25(75,76)	15(21,74)	54(78,26)
n=102	33(32,35)		69(67,65)	

Установленные хронологические группы соответствуют индивидуальным значимым событиям онтогенеза и специфики клинических проявлений ДСТ. В период 16–21 год происходит окончательное формирование прикуса и височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), переход в юношеский возраст, начинается взросление. Возраст 17 лет считается переходным или критическим, связанным с особенностями психофизиологического развития человека в рамках пубертатного (16–18 лет) или юношеского (16–21 лет) возраст-

ных диапазонов. Возраст 22–39 лет характеризуется началом процессов зрелости, наступлением среднего возраста и взрослости. В 40–57 лет осуществляется переход 1-го во 2-й периоды среднего возраста, появляются первые признаки инволютивных изменений, происходит их постепенное развитие. Возрастную стратификацию необходимо учитывать при ранней диагностике и ведении стоматологических пациентов с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстных суставов на фоне ДСТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова О. А. Возрастная анатомия и физиология. Изд-во: Высшее образование, 2006. — 192 с.
2. Арсентьев, В. Г. Дисплазии соединительной ткани как конституциональная основа полиорганных нарушений у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.08 / Арсентьев Вадим Геннадиевич; [ГОУ ВПО «С.-Петерб. гос. педиатр. мед. акад.».]. — Санкт-Петербург, 2012. — 44 с.
3. Гажва, С. И. Проблема коморбидных заболеваний в стоматологии / С. И. Гажва, А. Ф. Еремеев, Д. А. Заплутанова // Совр. пробл. науки и образования. — 2015. — № 6. — С. 91.
4. Генетический паспорт — основа индивидуальной и предиктивной медицины / В. С. Баранов, А. С. Глотов, Т. Э. Иващенко [и др.]; под ред. В. С. Баранова. — Санкт-Петербург: Изд-во Н-Л, 2009. — 528 с.: ил., табл.
5. Кадурина, Т. И. Наследственные и мультифакторные заболевания соединительной ткани: учеб. пособие / Т. И. Кадурина; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ГБОУ ВПО «Северо-Запад. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова». — Санкт-Петербург, 2014. — 88 с. — (Медицинское образование).
6. Кадурина, Т. И. Оценка степени тяжести недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей / Т. И. Кадурина, Л. Н. Аббакумова // Мед. вестн. Сев. Кавказа. — 2008. — Т. 10, № 2. — С. 15–21.
7. Ключева, С. К. Мультифакториальные заболевания: учеб. пособие / С. К. Ключева; С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования. — Санкт-Петербург, 2002. — 50 с. — (Последипломное медицинское образование).
8. Нечаева Г. И. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г. И. Нечаева, В. М. Яковлев, В. П. Конев и др. // Лечащий врач. 2010. — № 5. — С. 22–26.
9. Проявления неклассифицированной дисплазии соединительной ткани в зависимости от возраста: прогноз / Н. Я. Доценко, Л. В. Герасименко, С. С. Боев [и др.] // Укр. ревматол. журн. — 2012. — № 1 (47). — С. 19–23.
10. Пильх, А. Д. Состояние сердца и органов брюшной полости у детей с дисплазией соединительной ткани (клинико-эхографическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Пильх Анна Даниловна; [Минздрав СССР; Первый Моск. мед. ин-т им. И. М. Сеченова]. — Москва, 1989. — 20 с.
11. Пузырев, В. П. Генетические основы коморбидности у человека / В. П. Пузырев // Генетика. — 2015. — Т. 51, № 4. — С. 491–502.

© Статовская Елена Евгеньевна (elenastat22@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»