

# ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПЕРВИЧНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ, АЛЛЕРГИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ И СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА

## AGE DIFFERENCES THE PRIMARY DENTAL PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION SYNDROME, ALLERGIC STOMATITIS AND BURNING MOUTH SYNDROME

**E. Statovskaia  
E. Mikhailova**

*Summary.* The terms of the manifestation, the structure of dental pathology and the nature of visits of 898 patients aged 16–80 years with comorbid conditions independently addressed for dental care were studied: patients with functional disorders of the masticatory apparatus on the background of connective tissue dysplasia (n=266), without connective tissue dysplasia (n=86), patients with intolerance of dental materials and prosthetic designs that emerged after the dental prosthesis and manifested allergic stomatitis (n=174) and burning mouth syndrome (n=372). Dental patients with functional disorders of the masticatory system, allergic stomatitis and burning mouth syndrome, are comorbidity and represent different pain phenotypes (including manifestations of chronic pain), showing the different periods of manifestation of the underlying disease and the age range of primary visits to the dentist.

*Keywords:* Connective tissue dysplasia, temporomandibular joint dysfunction syndrome, allergic stomatitis, burning mouth syndrome, chronic pain, age and visits to the dentist, the timing of the onset of the disease, comorbidity.

**Статовская Елена Евгеньевна**

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

**Михайлова Екатерина Станиславовна**

К.м.н., доцент, Санкт-Петербургский  
государственный университет

*Аннотация.* Изучены сроки манифестации, структура стоматологической патологии и характер посещений 898 пациентов 16–80 лет, с коморбидными состояниями, самостоятельно обратившихся за стоматологической помощью: пациенты с функциональными нарушениями жевательного аппарата на фоне дисплазии соединительной ткани (n=266), без дисплазии соединительной ткани (n=86), пациенты с непереносимостью стоматологических материалов и протезных конструкций, возникшей после зубного протезирования и проявляющейся аллергическим стоматитом (n=174) и синдромом жжения полости рта (n=372). Стоматологические пациенты с функциональными нарушениями жевательного аппарата, аллергическим стоматитом и синдромом жжения полости рта отличаются коморбидностью и представляют собой различные болевые фенотипы, демонстрируя различные сроки манифестации основного заболевания и возрастные интервалы первичной обращаемости к врачу-стоматологу.

*Ключевые слова:* Дисплазия соединительной ткани, синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, аллергический стоматит, синдром жжения полости рта, хроническая боль, возраст и визиты к стоматологу, сроки манифестации заболевания, коморбидность.

### Введение

Сроки манифестация мультифакторных заболеваний определяются продуктами взаимодействий генетических сетей [3]. Коморбидные состояния, включающие стоматологические и соматические заболевания, наиболее часто характеризуются эффектом взаимного отягощения [1]. Основной принцип профилактики коморбидности и ее осложнений – раннее выявление болезней [1]. Сроки манифестации заболеваний и первичных обращений пациента к стоматологу, как правило, различаются по времени, за исключением острой боли и воспаления. Наибольшие клинические

сложности представляют стоматологические пациенты с предрасположенностью к заболеваниям, аллергии, демонстрирующие различные болевые фенотипы.

Синдром дисфункции височно-нижнечелюстных суставов обобщает состояния, сопровождающиеся болью или вызывающие хроническую боль в области жевательных мышц и (или) воспаление в височно-нижнечелюстных суставах (ВНЧС) [6].

Дисплазия соединительной ткани — нарушения структуры и функции соединительной ткани полигенно-мультифакториальной природы, объединенные в фе-

нотипы на основе общности внешних и/или висцеральных признаков. Распространенность ДСТ сопоставима с частотой социально значимых неинфекционных заболеваний, некоторых заболеваний ВНЧС, аномалиями челюстно-лицевой области [5] [2] [4].

Аллергический стоматит (АС) — это патологический симптокомплекс, возникающий в полости рта при микробной, контактной, лекарственной аллергии, либо как местное проявление инфекционных, кожных, аутоиммунных и других заболеваний [8]. Распространенность аллергического стоматита варьирует в пределах от 5,5% до 10,9%.

Синдром жжения полости рта (СЖПР) — хронический болевой синдром, основным проявлением которого является орофациальная боль, обычно не сопровождающийся поражением слизистой оболочки рта и языка, который диагностируется у 0,7% — 5% пациентов, обратившихся к врачу-стоматологу [7].

### Цель исследования

Изучить сроки манифестации, структуру стоматологической патологии и характер посещений пациентов с коморбидными состояниями, самостоятельно обратившихся за стоматологической помощью.

### Материалы и методы

Исследована медицинская документация 898 первичных стоматологических пациентов 16–80 лет, самостоятельно обратившихся за стоматологической помощью в поликлиники СПб: пациенты с функциональными нарушениями ( $n=352$ ) жевательного аппарата на фоне дисплазии соединительной ткани (далее ДСТ,  $n=266$ ), без ДСТ ( $n=86$ ), пациенты с непереносимостью стоматологических материалов и протезных конструкций, возникшей после зубного протезирования ( $n=556$ ) и проявляющейся аллергическим стоматитом (далее АС,  $n=174$ ) и синдромом жжения полости рта (далее СЖПР,  $n=372$ ). Сроки наблюдения пациентов составили  $15 \pm 1,4$  лет.

### Результаты исследования и обсуждение

Исследуемая выборка характеризуется неодинаковым распределением по возрасту. Возраст первичных стоматологических пациентов с нарушениями окклюзии, прикуса, синдромом дисфункции ВНЧС находился в диапазоне 16–56 лет, средний срок манифестации дискомфорта в области ВНЧС от 1 дня до 1,5 месяцев. Группы с ДСТ и без ДСТ сопоставимы по полу ( $p>0,05$ ).

Пациенты с аллергическим стоматитом (АС), были в возрасте 28–80 лет, а с синдромом жжения полости

рта (СЖПР) в возрасте 39–80 лет. Средние сроки возникновения жалоб у пациентов с АС — от 3 суток до 7 дней после протезирования (36,8% клинических случаев). Средний срок манифестации жалоб у пациентов с СЖПР находится в диапазоне от 1,5 месяцев до 6 месяцев после протезирования. Достоверных гендерных различий между группами с АС и СЖПР также не выявлено ( $p>0,05$ ).

Средние значения возраста (М) выборки пациентов с функциональными нарушениями находятся в диапазоне  $31,0 \pm 0,6$  (медиана —  $Me = 29,0$ ), в группе без ДСТ  $M = 34,5 \pm 1,2$  ( $Me = 33,0$ ), в группе с ДСТ  $M = 30,2 \pm 0,7$  ( $Me = 28,0$ ). На статистические различия ( $t=3,12$ ;  $p<0,002$ ) между пациентами с ДСТ и без ДСТ повлияла степень тяжести ДСТ.

Возраст первичных пациентов имеет значительную вариабельность. 25% стоматологических пациентов с ДСТ были не старше 20 лет (в основной группе), без ДСТ не старше 24 лет (в контрольной группе). С ДСТ тяжелой степени обратились 16 летние пациенты, с ДСТ легкой степени и средней тяжести лица не старше 20 лет.

Половина выборки стоматологических больных с функциональными нарушениями относились к молодому наиболее работоспособному возрасту (22–41 год): больным с ДСТ было по 20–39 лет, без ДСТ 24–45 лет. При этом пациентам с легким течением ДСТ было по 20–35 лет, с ДСТ средней тяжести 16–41 год, с тяжелым течением ДСТ 20–41 год.

75% стоматологических больных с функциональными нарушениями и синдромом дисфункции ВНЧС были старше 41 года: пациенты с ДСТ — старше 39 лет, без ДСТ старше 45 лет. Минимальный и максимальный возраст пациентов находился в диапазонах: без ДСТ 16,0–56,0 лет (40), пациентов с ДСТ — 16,0–55,0 лет (39); при легкой и средней степени тяжести ДСТ — 16,0–55,0 лет (39), при тяжелом течении ДСТ — 16,0–50,0 лет (33).

Выборка пациентов с АС и СЖПР также характеризуется неодинаковым распределением по возрасту, отличающимся от выборки с преимущественно функциональными нарушениями жевательного аппарата ( $p<0,004$ ) и между группами с АС и СЖПР ( $p<0,002$ ): средние значения возраста в группе с АС находятся в диапазоне  $49,3 \pm 0,8$  ( $Me = 48,0$ ), в группе с СЖПР  $M = 65,6 \pm 1,0$  ( $Me = 64,0$ ).

Возраст пациентов, самостоятельно явившихся для первичного обследования стоматологом, имеет значительную вариабельность: 80,4% пациентов с АС относятся к возрастному периоду 46–68 лет, 83,9% обследованных с СЖПР — лица в возрасте 59–80 лет.

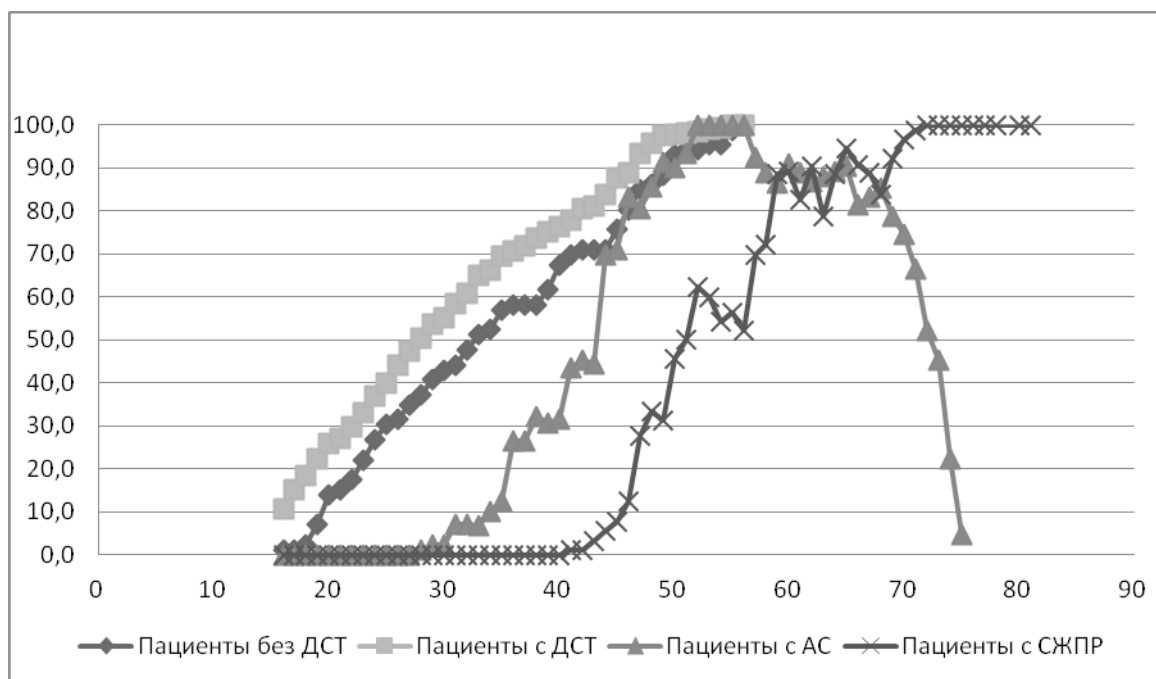


Рис. 1. Распределение первичных стоматологических пациентов по возрасту

Примечание, где: по вертикали — число первичных посещений (%), по горизонтали — возраст первичных пациентов (годы)

Различия в характере распределения по возрасту первичных посещений пациентов можно проиллюстрировать графиками. Форма графиков в целом и отдельно рассматриваемых временных отрезков, в частности, различается в зависимости от возраста и специфики патологии (причин обращений).

Начальный отрезок графика отражает число пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в более молодом возрасте. Далее по протяжении графика выявляются различия по числу обратившихся в среднем и старшем возрасте.

Графики «первичных посещений врача» пациентов исследуемых групп с ДСТ, без ДСТ, с АС, СЖПР различаются начальным отрезком, соответствующим возрастному периоду 16–17 лет и далее на участках 18–19 лет, 20–21 года, 36–38 лет.

График обращений пациентов с ДСТ демонстрирует равномерный устойчивый подъем уже в самом начале, иллюстрирующий значительно большее число обращений пациентов молодого и среднего возраста. График распределения по возрасту при первичном обращении к стоматологу пациентов без ДСТ имеет форму прямой, в отличие от дугообразного графика, характерного для

группы пациентов с ДСТ, имеющего выпуклость, обращенную вверх.

Участок графика группы без ДСТ, соответствующий возрастному периоду 36–51 год, имеет отличие в виде ломаной линии, которая отражает переменное число обращений пациентов соответствующего возраста. В группе ДСТ число пациентов стабильно увеличивается с возрастом. С участка, соответствующего 46 годам, различия формы графиков групп ДСТ, без ДСТ нивелируются, а после 50 лет различия незначительные.

Таким образом, в целом, наблюдаются специфические возрастные интервалы обращаемости пациентов к стоматологу в зависимости от характера патологии (наличия или отсутствия ДСТ). Для пациентов с ДСТ: начало обращений 16–21 год, нарастание клинических проявлений в 22–39 лет, нивелирование различий в 40–56 лет. Для группы без ДСТ и синдромом дисфункции ВНЧС различия в характере посещений наблюдаются в крайних возрастных диапазонах, нарастание клинических проявлений наблюдается после 42 лет.

График распределения по возрасту при первичном обращении к стоматологу пациентов группы с АС имеет вид параболы, а пациентов с СЖПР — восходящего ступенчато-

Таблица. Жалобы пациентов и структура стоматологической патологии при первичном стоматологическом исследовании (N=898, p<0,001)

Жалобы, стоматологические заболевания	Общая выборка N=898	Число пациентов			
		ФН (N1=352)		НП (N2=546)	
		без ДСТ n=86	ДСТ n=266	АС n=174	СЖПР n=372
Нет	0	28(32,6)	47(17,7)	0	0
Затрудненная адаптация к зубным протезам	126(14,0)	0	2(0,8)	26(14,9)	98(26,3)
Сухость СОР	80(8,9)	0	1(0,4)	56(32,2)	23(6,2)
Повышенная саливация	48(5,3)	0	2(0,8)	34(19,5)	12(6,9)
Жжение СОР	432(48,1)	0	0	160(92,0)	372(100)
Отек СОР	155(17,3)	0	0	144(82,8)	11(0,1)
Рецессия десны	9(1,0)	0	9(3,4)	0	0
ВНЧР, боль	94(10,5)	19(22,1)	75(28,2)	0	0
ВНЧР (без боли)	78(8,7)	12(14,0)	66(24,8)	0	0
Кариес, осложнения	61(6,8)	6(7,0)	22(8,3)	11(6,3)	22(5,9)
Заболевания пародонта	59(6,6)	2(2,3)	8(3,0)	2(1,1)	47(12,6)
Сколы, трещины витальных зубов	26(2,9)	5(5,8)	21(7,9)	0	0
Дефекты зубных рядов	56(6,2)	17(20,0)	14(5,3)	7(4,0)	18(4,8)
Частые поломки зубных протезов	6(0,7)	0	6(2,3)	0	0
Травмы ЧЛО в анамнезе	12(1,3)	8(9,3)	4(1,5)	0	0
Итого (жалоб)	1434	115(8,0)	276(19,3)	440(30,7)	603(42,1)
Итого (пациентов)	898	86(9,6)	266(29,6)	174(19,4)	372(41,4)

Примечание: где: p<0,002

го графика (восходящая пилообразная волна), заканчивающегося плато.

Графики обращений групп пациентов с АС и СЖПР отличаются начальными сроками: для пациентов с АС — это период 28–31 год, пациентов с СЖПР — 41–43 года. С 32 лет график группы пациентов с АС демонстрирует равномерный устойчивый подъем, достигая максимальных значений у пациентов 52–46 лет, которые преобладают в структуре обращаемости пациентов с АС. У пациентов пожилого возраста (60–68 лет) с АС отмечена высокая частота первичной обращаемости к врачу-стоматологу, затем снижение показателей посещаемости у пациентов старческого возраста (относительные минимальные значения), сопоставимые с посещаемостью пациентов молодого возраста.

Следует отметить, что частота первичных обращений к врачу-стоматологу пациентов с АС и пациентов без ДСТ в возрасте от 47 до 51 года и 56 лет, у пациентов с АС и пациентами с ДСТ в возрасте 53–56 лет совпадают (отсутствуют статистически значимые различия).

В группе пациентов с СЖПР частота первичной обращаемости пациентов с отрезка, соответствующего 41–43 годам, стабильно увеличивается с возрастом, достигая максимума у пациентов пожилого и старческого возраста. На графике (группа с СЖПР) можно выделить отрезки: начало (41–43

годы), восходящая часть (43–62 года) с периодами всплесков (49 лет, 53 года, 60 лет, 62 года) и максимумом в 65 лет, плато от 68 лет и старше. Частота первичных обращений к врачу-стоматологу пациентов с АС и СЖПР в возрасте от 59–60 лет, 62, 64 и 68 лет статистически не различается.

Гендерные отличия структуры выборки пациентов с явлениями непереносимости зубных протезов по причине АС и СЖПР от групп с функциональными нарушениями на фоне ДСТ, без ДСТ (p<0,005) проявились в подавляющем большинстве женщин: в группе с АС — 91,9% женщин и с СЖПР — 94,0% женщин.

Максимальные гендерные различия между группами с ДСТ и без ДСТ, а также между выборками с функциональными нарушениями и выборкой, включающей группы с АС и с СЖПР, обнаружались на начальных отрезках, соответствующих 16–21 году и 31–45 лет, и в целом на отрезках, соответствующих крайним возрастным периодам, за счет большей численности мужчин в группах с ДСТ и без ДСТ.

Проводился анализ причин обращаемости и клинических проявлений стоматологических заболеваний при первичном посещении стоматолога.

ФН(N1) — функциональные нарушения, включают нарушения окклюзии, прикуса, парафункции, сопровождающие

синдром дисфункции височно-нижнечелюстных суставов с жалобами, без жалоб, ДСТ — дисплазия соединительной ткани, НП (N2) — непереносимость протезов, АС-аллергический стоматит, СЖПР — синдром жжения полости рта, СОР — слизистая оболочка рта

Цели первичного посещения стоматолога достоверно различаются в исследуемых группах ( $p=0,016$ ) в зависимости от жалоб. Анализ характера жалоб (структуры, интенсивности), зафиксированных в амбулаторных картах при первичном обращении пациентов к стоматологу, выявил их достоверные различия: пациенты без ДСТ отличались отсутствием жалоб (32,0%); группа больных с ДСТ характеризовалась наибольшим их разнообразием и, в тоже время, скрытыми нарушениями ВНЧС; повышенную интенсивность жалоб демонстрировали больные аллергическим стоматитом и синдромом жжения рта ( $p<0,002$ ). Ведущими жалобами в группах пациентов были: без ДСТ — дефекты зубных рядов (20,0%) и боль в области ВНЧС (22,1%), при ДСТ — боль в области ВНЧС (28,2%) низкой и умеренной интенсивности (1–4 балла, чаще 1–2 балла) и нарушения структуры и функции ВНЧС без боли (24,8%). При АС наиболее частая жалоба — жжение СОР (92,0%), сопровождающееся отеком СОР (82,8%), локализованное в области языка, неба (72,4%), губ (47,1%), щек (24,1%), в том числе, имеющее постоянный характер (51,7%), купирующееся (полностью или частично) во время приема пищи (82,2% больных), достоверно коррелирующее со сроками и фактом использования протезов ( $r=0,614$ ,  $p<0,05$ ). При СЖПР — жжение СОР (100%) ограничивалось слизистой оболочкой языка, неба, у 48,3% носило непостоянный характер. В 57,9% случаев парестетические ощущения, предшествующие СЖПР, возникали до протезирования, в 52,1% случаев — усиливались после протезирования, но извлечение протезов из полости рта не всегда приносило облегчение.

Соматический статус исследуемых пациентов отличался числом, сочетаниями нозологических форм сопутствующих болезней, их корреляциями со стоматологическим статусом и манифестацией клинических симптомов, послуживших основанием для обращений к стоматологу. Среднее количество социально значимых заболеваний на одного человека возрастало в следующей последовательности: подгруппа пациентов без ДСТ  $2,85\pm 2,80$ , с ДСТ  $5,57\pm 2,86$ , с АС —  $6,22\pm 0,15$ , с СЖПР —  $7,79\pm 0,08$  ( $P<0,05$ ).

Помимо сопутствующих заболеваний отличительные признаки группы пациентов с ДСТ заключались в наличии: малых аномалий развития в структуре внешних и висцеральных фенотипических признаков; синдромов (в том числе, суставного и болевого), ассоциируемых с различными фенотипами ДСТ; взаимосвязей костно-скелетно-суставных, неврологических маркеров ДСТ и желудочно-кишечных признаков с аномалиями прикрепления слизистой оболочки рта и состоянием пародонта ( $P<0,01$ ,  $n=203$ );

а также взаимосвязь ряда параметров микроциркуляции пародонта и пульпы с цефалгиями ( $p=0,011$ , у 8 из 26 пациентов ДСТ). Однако, взаимосвязь соматического и состояния полости рта в группе пациентов с функциональными нарушениями без ДСТ была достоверно более сильной, чем у пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС на фоне ДСТ, нередко демонстрирующих «индивидуальные» клинические сценарии.

В подгруппах с непереносимостью конструкций зубных протезов установлены следующие корреляции: сильная корреляционная зависимость между количеством сопутствующих заболеваний и вероятностью возникновения СЖПР и АС ( $r=0,715$ ,  $p<0,01$ ;  $r=0,614$ ,  $p<0,01$  соответственно), возрастом и вероятностью возникновения СЖПР ( $r=0,703$ ,  $p<0,01$ ), между вероятностью возникновения АС и наличием патологии желудочно-кишечного тракта ( $r=0,615$ ,  $p<0,01$ ), аллергических ( $r=0,524$ ,  $p<0,01$ ), гинекологических заболеваний ( $r=0,415$ ,  $p<0,01$ ); между возникновением СЖПР и патологией желудочно-кишечного тракта ( $r=0,702$ ,  $p<0,01$ ), сердечно-сосудистой системы ( $r=0,691$ ,  $p<0,01$ ), нервной системы ( $r=0,714$ ,  $p<0,01$ ), органов дыхания ( $r=0,733$ ,  $p<0,01$ ).

## ВЫВОДЫ

Таким образом, исследуемые стоматологические пациенты с функциональными нарушениями жевательного аппарата, аллергическим стоматитом и синдромом жжения рта отличаются коморбидностью и представляют собой различные болевые фенотипы (включая проявления хронической боли), демонстрируя различные сроки манифестации основного заболевания (причины посещения) и возрастные интервалы первичной обращаемости к врачу-стоматологу.

Все пациенты имели несколько хронических заболеваний и различались по степени тяжести состояния, определяющейся факторами: сочетание болезней, распространенность психофизиологических проявлений в зависимости от давности заболевания, пол, возраст, социальный статус, выраженность болевого, суставного, иммунного, в том числе, аллергического синдромов и состоянием полости рта.

Индивидуальные характеристики пациентов с коморбидными состояниями (ДСТ, АС и СЖПР) необходимо учитывать в контексте возрастных периодов при стоматологическом обследовании, планировании лечения, с профилактической и прогностической целью.

Характерные закономерности обращаемости исследуемых пациентов, по-видимому, обусловлены: сроками манифестации, возрастными, гендерными особенностями пациентов, характером патологии, сочетанием болезней и типом старения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Земцовский, Э. В. Алгоритмы диагностики распространенных диспластических синдромов и фенотипов: Теоретические подходы и практическое применение классификации / Э. В. Земцовский, С. В. Реева, Э. Г. Малев // Артер. гипертензия. — 2009. — Т. 15, № 2. — С. 162–165.
3. Генетический паспорт — основа индивидуальной и предиктивной медицины / В. С. Баранов, А. С. Готов, Т. Э. Иващенко [и др.]; под ред. В. С. Баранова. — Санкт-Петербург: Изд-во Н-Л, 2009. — 528 с.: ил., табл.
4. Кадурина Т. И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. С-Пб: «Элби-СПб», 2009. — 704 с.
5. Нечаева Г. Дисплазия соединительной ткани: распространенность, фенотипические признаки, ассоциации с другими заболеваниями / Г. Нечаева, И. Викторова, И. Друк // Врач. 2006. — № 1. — С. 19–23.
6. ICD-11 Beta Draft (Foundation Id) [Электронный ресурс]: international classifications diseases (МКБ-11, Проект) — Электрон. дан. — 2017. — Режим доступа: <http://apps.who.int/classifications/icd11/>, свобод. — Загл. с экрана.
7. Klasser G. D., Epstein J. B. Oral burning and burning mouth syndrome/ G. D. Klasser, J. B. Epstein // J Am Dent Assoc. — 2012. — 143(12) — P. 1317–1319].
8. Tosti A. Contact and irritant stomatitis / A. Tosti, B. M. Piraccini, A. M. Peluso // Semin. Cutan. Med. Surg. — 1997. — Vol. 16. — P. 514–519.

© Статовская Елена Евгеньевна (elenastat22@mail.ru), Михайлова Екатерина Станиславовна.  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова