

На основании полученных данных было выявлено, что проведенное нами лечение привело к исчезновению клинических проявлений воспалительных заболеваний тканей пародонта (отек, гиперемия, кровоточивость), а также количество микроорганизмов, обладающих АПА, АИА, БЦГ, было резко снижено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ полученных результатов свидетельствует о необходимости наряду с местным лечением воспалительных заболеваний тканей пародонта использовать пробиотические препараты, что позволяет улучшить микроциркуляцию в слизистой оболочке, снизить гипоксию тканей, повысить иммунитет, удлинить сроки ремиссии. Это дает основания рекомендовать пробиотик «Споробактерин» для комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта в клинической стоматологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешкин А. В., Афанасьев С. С., Давыдкин В. Ю. и др. // Медицинская картотека. — 2003. — № 4.
2. Булкина Н. В. Хронический пародонтит при заболеваниях органов пищеварения: клинико-инструмен-

тальные, морфологические и иммуногистохимические критерии возникновения и прогнозирования течения: дис. ... д. м. н. — Волгоград, 2005. — 290 с.

3. Грудянов А. И., Москалев К. Е. // Маэстро стоматологии. — 2001. — № 5. — С. 19—24.

4. Никитенко В. И., Манохина И. М. // Клиническое питание. — 2004. — № 2. — С. 62.

5. Темкин Э. С., Петрова И. А., Буланцев А. В., Леницкий А. В. Пробиотик «Споробактерин» — новое в лечении воспалительных заболеваний пародонта // Сб. научн. тр. «Актуальные вопросы стоматологии». Мат. конф., посв. 100-летию создания Саратовского одонтологического общества. — Саратов, 2005. — С. 95—97.

6. Holt S. C., Ebersole J. L. // Periodontal. — 2005. — № 38. — P. 1122.

7. Preshaw P. M., Seymour R. A., Heasman P. A. // Dent Update. — 2004. — № 31 (10). — P. 570—574.

Контактная информация

Тёмкин Эдуард Семенович — д. м. н., профессор кафедры терапевтической стоматологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: elot@list.ru

УДК 616.724

ЗНАЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ В РАЗВИТИИ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

И. Н. Костина

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Ретроспективное исследование «случай-контроль» включало 746 лиц для изучения влияния вторичной частичной потери зубов (ВЧПЗ) на развитие остеоартроза (ОА) височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Абсолютный, относительный риски, шансы меньше 1 означают превентивное действие ВЧПЗ на развитие ОА ВНЧС.

Ключевые слова: остеоартроз, височно-нижнечелюстной сустав, вторичная частичная потеря зубов.

VALUE OF SECONDARY PARTIAL ADENTIA IN DEVELOPMENT OF OSTEOARTHRITIS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT

I. N. Kostina

A retrospective case-control study included 746 individuals investigating the effect of secondary partial loss of teeth (SPLT) on the development of osteoarthritis (OA) of the temporomandibular joint (TMJ). Absolute, relative risks, chances below 1 mean a preventive effect of SPLT on the development of OA of TMJ.

Key words: osteoarthritis, temporomandibular joint, secondary partial edentia.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение влияния вторичной частичной потери зубов (ВЧПЗ) на развитие остеоартроза (ОА) височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В ретроспективное исследование «случай-контроль» включены 746 лиц, проживающих в г. Екатеринбурге и

Свердловской области. В группу «случаи» включены пациенты с ОА ВНЧС. В группу «контроль» случайным образом набраны пациенты без ОА ВНЧС. Обе группы разделены на подгруппы лиц, экспонированных и не экспонированных к изучаемому фактору риска ОА ВНЧС.

При клиническом обследовании пациентов проводили расспрос, осмотр челюстно-лицевой области, пальпацию ВНЧС, жевательных мышц, оценку функции

ВНЧС, наличие боли, суставных звуков при открывании рта, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта.

Для объективной оценки степени тяжести ОА использовали суммарный суставной индекс (ССИ) (рацпредложение № 004 от 02.04.2002), включающий пять критериев: 1) число пораженных суставов, в которых возникала боль, отмечены типичные деформации (1 балл — поражен один ВНЧС; 2 балла — поражены оба ВНЧС; 3 балла — есть поражение ВНЧС и любых других периферических суставов); 2) интенсивность артралгий в каждом ВНЧС (0 баллов — нет боли; 1 балл — дискомфорт; 2 балла — умеренная боль; 3 балла — сильная боль); 3) суставной звук в ВНЧС (0 баллов — нет; 1 балл — есть); 4) боль при пальпации ВНЧС (0 баллов — нет; 1 балл — есть); 5) функциональные нарушения ВНЧС (0 баллов — нет; 1 балл — расстояние между резцами 31—37 мм; 2 балла — 21—30 мм; 3 балла — 0—20 мм).

Соответственно имеющимся у больного признакам подсчитывали сумму баллов ССИ. При сумме баллов 2—5 степень тяжести заболевания оценивали как легкую; при сумме баллов 6—8 — как среднюю степень; при сумме баллов 9—11 — как тяжелую степень.

Линейную томографию ВНЧС в боковой проекции с открытым и закрытым ртом осуществляли по методу Н. А. Рабухиной. Исследования проводились на рентгеновском аппарате ЭДР 750 В (Венгрия). Для оценки стадии ОА ВНЧС использовали международную рентгенологическую классификацию по Kellgren-Lawrence.

Количественные и качественные данные, полученные при обследовании пациентов с ОА и без ОА ВНЧС, обрабатывали с помощью пакета прикладных программ «Microsoft® Excel» для Office XP, «Statistica for Windows, ver.6.1».

Для облегчения вычисления количественных показателей связи между экспозицией ВЧПЗ и ОА ВНЧС в исследовании «случай-контроль» строили четырехпольную таблицу сопряженности, на основании которой рассчитывали абсолютный риск (AR), относительный риск (RR), шансы развития ОА ВНЧС при наличии фактора риска, отношение шансов (OR) [1].

Величины AR, RR, OR, равные 1, означают, что исследуемый исход равновероятен у лиц, подвергшихся и не подвергшихся неблагоприятному воздействию фактора. При этом 1,0 — нулевое значение для оценки AR, RR, OR. Если величины AR, RR, OR < 1, то ОА ВНЧС менее вероятен среди экспонированных к фак-

тору риска пациентов. Если величины AR, RR, OR > 1, то ОА ВНЧС более вероятен среди экспонированных к фактору риска пациентов. Статистическая обработка включала вычисление стандартной ошибки (SE), доверительного интервала (CI) OR [1].

CI дает информацию о статистически значимой взаимосвязи. Если нулевое значение 1,0 включено в 95%-й доверительный интервал, то $p > 0,05$ и взаимосвязь не является статистически значимой. Если нулевое значение не включено в доверительный интервал, то $p < 0,05$, оцениваемая взаимосвязь считается статистически значимой.

Степень взаимосвязи между фактором и заболеванием оценивали с помощью коэффициента ассоциации k_a . На основании расчетного k_a между исследуемыми признаками может быть определена очень слабая, слабая, средняя, сильная взаимосвязь. Связь считается подтвержденной, если $k_a > 0,5$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованы 746 пациентов в возрасте от 16 до 83 лет [средний возраст ($33,2 \pm 16,2$) лет; SE = 0,59]. Среди обследованных 106 пациентов в возрасте от 24 до 83 лет [средний возраст ($52,8 \pm 12,26$) года; SE = 1,19] имели ВЧПЗ [93 (87,7 %) женщины и 13 (12,3 %) мужчин], из которых у 34 чел. [(32,1 %; средний возраст ($56,5 \pm 11,27$) лет; SE = 1,93] определены характерные клинические и рентгенологические симптомы ОА ВНЧС; 72 чел. [67,9 %; средний возраст ($51,0 \pm 12,40$) лет; SE = 1,46] не имели ОА ВНЧС.

Среди обследованных пациентов с ОА ВНЧС при ВЧПЗ определены только женщины (34 чел., 100 %) (табл.). У пациенток с ОА ВНЧС отмечены редкие случаи заболевания в молодом и среднем возрасте (табл.). После 50 лет случаи развития ОА ВНЧС при ВЧПЗ значительно увеличиваются (73,5 %).

Односторонняя и двусторонняя локализация ОА ВНЧС при ВЧПЗ диагностирована с одинаковой частотой (50 %). Поражение ОА правого ВНЧС на 35,3 % случаев преобладало над поражением ОА левого ВНЧС.

На основании рентгенологической классификации ОА по Kellgren-Lawrence были определены следующие стадии заболевания ВНЧС при ВЧПЗ: I стадия — 19 суставов (48,7 %), II стадия — 20 суставов (51,3 %), III стадия — 0 суставов, IV стадия — 0 суставов. У пациенток с ВЧПЗ определены только ранние стадии ОА ВНЧС.

Распределение пациентов с ВЧПЗ по возрасту и полу

Возраст, лет	Пациенты с диагностированным ОА ВНЧС				Пациенты без ОА ВНЧС				Всего	
	жен., абс.	муж., абс.	всего, абс.	всего, %	жен., абс.	муж., абс.	всего, абс.	всего, %	абс.	%
24—30	1	0	1	2,9	4	1	5	6,9	6	5,7
31—40	1	0	1	2,9	9	0	9	12,5	10	9,4
41—50	7	0	7	20,6	15	6	21	29,2	28	26,4
51—60	14	0	14	41,3	18	2	20	27,8	34	32,1
61—70	8	0	8	23,5	10	4	14	19,4	22	20,7
71—83	3	0	3	8,8	3	0	3	4,2	6	5,7
Всего	34	0	34	100	59	13	72	100	106	100

ССИ в среднем равнялся 3,58 балла. Легкая степень ОА ВНЧС при нарушении окклюзии отмечена у 26 (76,5 %) пациенток, средняя степень — у 8 (23,5 %) пациенток, тяжелая степень не определена.

Абсолютный (0,32) и относительный (0,68) риски развития ОА ВНЧС у пациентов с ВЧПЗ меньше 1. $AR < 1$, $RR < 1$ отражают низкую вероятность заболевания ОА ВНЧС у лиц, экспонированных к воздействию ВЧПЗ. Шанс развития ОА ВНЧС у пациентов с ВЧПЗ (0,47) также не превышает 1. Отношение шансов, равное 0,53 ($CI\ 95\ \% = 0,34—0,82$; $SE = 0,22$; $p > 0,05$), означает не существенное влияние ВЧПЗ на развитие ОА ВНЧС. Коэффициент ассоциации у пациентов с ВЧПЗ составил $k_a = 0,31$. На основании расчетного k_a степень взаимосвязи между ВЧПЗ и ОА ВНЧС положительная, прямо пропорциональная, слабая. Значение расчетного k_a выше критического: $k_a = 0,31 > k_{крит} = 0,07$ ($p > 0,05$). Взаимосвязь между ВЧПЗ и ОА ВНЧС получена не достоверная ($p > 0,05$).

Много лет в научной литературе обсуждается роль окклюзионных нарушений как фактора риска ОА ВНЧС. Изменение прикуса, отсутствие зубов в разных исследованиях рассматриваются как предрасполагающий фактор дисфункции ВНЧС [3, 6, 9]. Длительное время утверждается, что потеря зубов играет роль в развитии ОА ВНЧС [3]. По данным экспериментальных исследований J. H. Im и соавт. [5], отсутствие зубов сопровождается снижением содержания кальция в костной ткани ВНЧС, снижением метаболизма жевательных мышц, но полученные изменения статистически не значимые.

В основном все исследователи строили влияние окклюзионных нарушений на не центральном положении головки нижней челюсти в суставной ямке на рентгенограмме. Но еще в 80—90-х гг. прошлого века это положение было отвергнуто, так как центральное положение мышелка нижней челюсти не может служить характеристикой нормального сустава из-за высокой вариабильности его формы и размеров. В. Gonzalez [4] на обширном литературном обзоре показал, что позиция мышелка нижней челюсти остается наиболее спорной и привязана к различным подходам лечения, но не имеет научных доказательств.

ОА не может рассматриваться исключительно нарушением окклюзии, хотя из-за анатомической и функциональной взаимосвязи зубов и ВНЧС любые изменения в этой системе часто маскируются как зубные [2]. По мнению F. Luther [7], S. Magnusson, et al. [8] нет достаточных доказательств, что окклюзионные факторы могут вызвать изменения в ВНЧС.

В представленном исследовании частота встречаемости ОА ВНЧС при ВЧПЗ среди общего количества пациентов составила 10,1 % случаев. Встречаемость ОА ВНЧС при ВЧПЗ увеличивается с возрастом

и после 40 лет составляет 94,2 % случаев. В возрасте 51—60 лет ОА ВНЧС при ВЧПЗ выявлен наиболее часто (73,6 %). Mono- и олигоостеоартроз ВНЧС наблюдаются с одинаковой частотой при ВЧПЗ. При ВЧПЗ диагностированы только ранние стадии ОА ВНЧС. ОА ВНЧС при ВЧПЗ протекает у большинства пациентов как заболевание легкой и средней степени тяжести.

Расчетные значения AR , RR , OR отражают низкую вероятность заболевания ОА ВНЧС у лиц с ВЧПЗ. Существенного влияния на развитие ОА ВНЧС ВЧПЗ не имеет. Взаимосвязь между ОА ВНЧС и ВЧПЗ слабая.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ВЧПЗ существенно не влияет на развитие ОА ВНЧС. Важно отметить, что ОА ВНЧС при ВЧПЗ выявлен только у пациентов женского пола в возрасте старше 50 лет. Возможно, это свидетельствует о том, что следует учитывать комплексный характер влияния факторов риска в развитии ОА ВНЧС. При этом прогностически более неблагоприятными могут быть генетические (пол), неуправляемые (возраст) факторы риска ОА, которые оказывают постоянное, устойчивое влияние на развитие заболевания в сравнении с управляемыми (нарушение окклюзии, ВЧПЗ) факторами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев В. М., Лифляндский В. Г., Маршинкин В. И. Прикладная медицинская статистика: Учебное пособие. — 2-е изд. — СПб.: Издательство ФОЛИАНТ, 2006. — 432 с.
2. Окклюзия и клиническая практика / Под ред. И. Клинеберга, Р. Джагера; пер. с англ. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 200 с.
3. Хватова В. А. Клиническая гнатология. — М.: Медицина, 2005. — 296 с.
4. Gonzalez B. // Int. J. Orthod. Milwaukee. — 2007. — Vol. 18 (2). — P. 17—26.
5. Im J. H., Kim S. G., Oh J. S., et al. // Oral Surg Oral Med Oral Patol Oral Radiol. — 2012. — Vol. 114 (1). — P. 9—16.
6. Ling Y. H., Shi H. M., Zhao J. // Shanghai Kou Qiang Yi Xue. — 2011. — Vol. 20 (5). — P. 522—526.
7. Luther F. // Br. Dent J. — 2007. — Vol. 13. — № 1. — P. 2—5.
8. Magnusson C., Nilsson M., Magnusson T. // Acta Odontol Scand. — 2010. — Vol. 68 (5). — P. 305—311.
9. Roda R. P., Bagan J. M., Fernandez D., et al. // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. — 2007. — Vol. 12. — P. 292—298.

Контактная информация

Костина Ирина Николаевна — к. м. н., доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Уральская государственная медицинская академия, e-mail: kostinastom@yandex.ru