

Л.О. Етніс, З.Є. Жегулович, Р.В. Симоненко, Л.М. Саяніна

Клінічний аналіз стану скронево-нижньощелепних суглобів у дорослих пацієнтів з ювенільним ідіопатичним артритом

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність. Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – системне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією процесу в опорно-руховому апараті. За результатами дослідження [3] захворювання скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) виявлено у 4,7±3,2% хворих на ЮІА. Тому, на наш погляд, проблема м'язово-суглобових розладів і захворювань скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) на тлі означеної патології є досить актуальною.

Метою даного дослідження було провести клінічний аналіз стану скронево-нижньощелепних суглобів у дорослих осіб з ювенільним ідіопатичним артритом на тлі зубощелепних аномалій та деформацій.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз виписок з історії хвороби 26 осіб дорослого віку (17 жінок (65,4%)) та 9 чоловіків (34,6%), які хворіли на ювенільний ідіопатичний артрит і мають віддалені суглобові та поза-суглобові наслідки в дорослому віці. Проведено клінічний аналіз стану скронево-нижньощелепних суглобів, оклюзії та проявів болю у даних осіб та у 25 осіб контрольної групи.

Результати дослідження та їх обговорення. Визначено двобічні симетричні дисфункціональні, запальні та дегенеративні ураження суглобів у 14 (53,8%) осіб групи спостереження, двобічні несиметричні ураження (поєднання дисфункціональних, запальних і дегенеративних процесів) у 9 осіб (34,6%). У 3 (11,6%) осіб не визначено ознак дисфункції і захворювань СНЩС. Біль, у групі спостереження, визначався в межах від вкрай слабкого до помірного, лише 5 осіб (19,2%) вказали на дуже сильний. Визначено наявність зубощелепних аномалій і деформацій у 53,8% хворих на ЮІА і в 44% осіб контрольної групи.

Висновки. Отримані результати підтверджують поліетіологічний характер дисфункціональних станів і захворювань скронево-нижньощелепного суглоба і вказують напрямки розробки лікувально-профілактичних заходів для хворих на ЮІА.

Ключові слова: ювенільний ідіопатичний артрит, скронево-нижньощелепні розлади, біль, зубощелепні аномалії.

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) розглядається в усьому світі, як важлива медико-соціальна проблема у зв'язку із тривалістю захворювання й високим рівнем інвалідизації. ЮІА – системне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією процесу в опорно-руховому апараті в Україні визначається на рівні 0,37 випадка на 1000 дітей віком до 17-ти років, а 50–60% осіб хворіють протягом дорослого життя [1, 2].

Хвороба протікає з вираженим суглобовим синдромом, що проявляється вранішньою скутістю суглобів, сильним суглобовим болем, припухлістю суглобів. За результатами дослідження [3], серед уражених суглобів частіше визначаються колінні (86±5,3%), а захворювання скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) виявлено у 4,7±3,2% хворих на ЮІА.

Низкою досліджень доведено, що патологічні стани та захворювання СНЩС є результатом поліетіологічного впливу й розвиваються на тлі оклюзійних порушень і нейром'язових змін, які у свою чергу

знаходяться під впливом психоемоційного статусу пацієнтів. Психосоматичні депресії при хронічних захворюваннях організму – сприятливе тло для розвитку гіпертонусу жувальних м'язів, їх спазмів і появи болю, що в подальшому призводить до змін оклюзії. Пропріорецептивні зміни внаслідок оклюзійних порушень, у свою чергу, рефлексорним шляхом створюють напругу та спазм м'язів [4]. Результатами досліджень встановлено, що наявність зубощелепних аномалій та деформацій знижує денситометричні показники щільності головок СНЩС і залежить від тяжкості патології. Також визначено асиметрію розташування мицелків при порушення оклюзії й доведено її посилення з віком [8].

Зважаючи на високу активність хвороби, її прогресування та тяжкі наслідки: обмеження функціональної активності та мобільності хворих дорослого віку, розроблено алгоритм спостереження 18+ за участю команди лікарів, включаючи стоматолога. Разом з тим, враховуючи низьку мотиваційну актив-

ність пацієнтів з ЮІА, зумовлену клінічними проявами та ускладненнями, які призводять до інвалідизації, стоматологічне лікування часто обмежується загальносанаційними заходами та скороченим обсягом діагностики без включення лікарів різних стоматологічних спеціальностей в обстеження і планування комплексного лікування. В наукових джерелах, присвячених проблемам стоматологічного лікування дорослих пацієнтів з ЮІА, ми не зустріли робіт, які висвітлюють проблему м'язово-суглобових розладів і захворювань скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) на тлі означеної патології.

Мета дослідження – провести клінічний аналіз стану скронево-нижньощелепних суглобів у дорослих осіб з ювенільним ідіопатичним артритом на тлі зубощелепних аномалій та деформацій.

Матеріал та методи дослідження

Обстежено 26 осіб дорослого віку (17 жінок (65,4%)) та 9 чоловіків (34,6%), які хворіли на ЮІА та мають віддалені суглобові й позасуглобові наслідки в дорослому віці. Дані особи знаходились під спостереженням ревматолога протягом довгого періоду в дитячому віці й у дорослому віці продовжують хворіти та лікують ускладнення захворювання. Частина з них були направлені до стоматолога для санації порожнини рота (17 осіб – 65,4%). Також три особи (11,5%) направлено до ортодонта з приводу аномалій оклюзії і шість осіб (23,1%) було направлено до ортопеда у зв'язку з ознаками ураження СНЩС. Групу контролю склали 25 осіб відповідного віку та статі (17 жінок і 8 чоловіків), які проходили навчання на кафедрі стоматології інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця в інтернатурі та на курсах спеціалізації. Дослідження було затверджене комісією з біоетики НМУ ім. О.О. Богомольця. Усі учасники підписали інформовану згоду на діагностичні й лікувальні процедури, а також спостереження у відповідності з Гельсінською декларацією всесвітньої медичної асоціації, як виклад етичних принципів медичних досліджень із залученням людей.

Критеріями включення пацієнтів з ЮІА були вік від 18 до 40 років, наявність документального підтвердження захворювання ЮІА в дитячому віці. Критеріями виключення пацієнтів з ЮІА з дослідження був вік більше 40 років, важкі супутні захворювання, наявність ортодонтичного і гнатологічного лікування в анамнезі та під час досліджень. Усі пацієнти надали виписки від ревматолога про поточний стан захворювання.

Критеріями включення осіб у контрольну групу були відповідний вік і відсутність супутньої загальної патології, а також відсутність ортодонтичного і гнатологічного лікування.

Проведено ретроспективний аналіз виписок з історії хвороби пацієнтів для встановлення варіантів

захворювання ЮІА у відповідності з класифікацією ILAR (The International League of Associations for Rheumatology) [5]. Проаналізовано стан СНЩС в сукупності з застосуванням клінічних методів діагностики, виявлені ознаки патологічних змін СНЩС уточнено за допомогою комп'ютерної томографії (КТ) і магнітно-резонансної томографії (МРТ). Діагнози встановлено згідно з Таксономічною класифікацією скронево-нижньощелепних розладів (The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) [6]. Визначення рівня болю здійснювали за візуальною аналоговою шкалою ВАШ (<https://doctorthinking.org/2021/01/pain-scale/>). Аналіз стану оклюзії та визначення зубощелепних аномалій і деформації здійснювали клінічно та на діагностичних моделях, установлених у напіврегульований артикулятор «Bio-Art» (Brazil) у звичній оклюзії. Статистичний аналіз проведено в пакеті аналізу Excel для Microsoft 365.

Результати дослідження

Порівняння вікового та гендерного складу сукупності хворих і групи контролю не визначило суттєвих статистичних відмінностей між ними. Середній вік осіб робочої групи становив $23,5 \pm 4,1$ року, середній вік осіб контрольної групи був $24,8 \pm 3,7$ року.

Пацієнтів, які приймали участь у дослідженні, розподілили за варіантами ЮІА у дослідженні таким чином: олігоартрит персистуючий – 12 осіб (46,2%), олігоартрит поширений – 1 особа (3,8%), поліартрит РФ негативний – 9 осіб (34,6%), ентезит-артрит – 2 особи (7,7%), псоріатичний артрит – 1 особа (3,8%), інші види артриту – 1 особа (3,9%). У дослідженні відсутні пацієнти із системним артритом і поліартритом РФ позитивним (рис.).

Варіанти ЮІА у дорослих осіб згідно ILAR, %

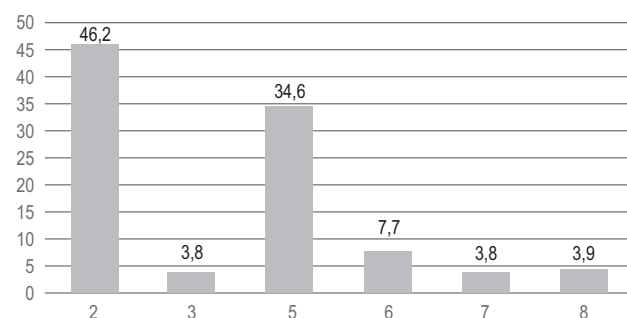


Рис. Варіанти ЮІА у дорослих осіб у дослідженні згідно з ILAR (n=26).

- 2 – олігоартрит персистивний;
- 3 – олігоартрит поширений;
- 5 – поліартрит РФ негативний;
- 6 – ентезит артрит;
- 7 – псоріатичний артрит;
- 8 – інші види артриту.

Проведені дослідження визначили наявність суглобових розладів і захворювань у групі хворих на ЮІА та в контрольній групі з різним обсягом поширення. Так, у хворих на ЮІА встановлено двобічні дисфункціональні, запальні та дегенеративні ураження суглобів у 14 пацієнтів (53,8%), двобічні несиметричні ураження (поєднання дисфункціональних, запальних і дегенеративних про-

цесів) у 9 осіб (34,6%), у 3 (11,6%) пацієнтів з ЮІА не визначено ознак дисфункції і захворювань СНЩС. В осіб контрольної групи встановлено симетричні прояви дисфункції СНЩС у 5 осіб (20%), у 6 осіб (24%) несиметричні прояви дисфункції СНЩС і в 1 (4%) встановлено односторонньо дегенеративні зміни мицелку. Варто відмітити, що зміщення суглобового диска з репозицією є най-

Таблиця

Аналіз поширеності патології скронево-нижньощелепних суглобів та оклюзійних порушень в осіб з ЮІА

Параметри		Пацієнти з ЮІА (n = 26)	Контрольна група (n = 25)	
Вік (роки)	Діапазон	18...37	18...35	
	M±m	23,5±4,1	24,8±3,7	
Стать	Жінки	17 (65,4%)	17 (68%)	
	Чоловіки	9 (34,6%)	8 (32%)	
Біль Шкала ВАШ	Діапазон	0...7	0...4	
	M±m	3,27+0,93	0,88+0,71	
Характеристика оклюзії	Сагітальні аномалії й деформації	I клас	12 (46,2%)	14 (56%)
		II клас	10 (38,5%)	10 (40%)
		III клас	4 (15,3%)	1 (4%)
	Вертикальні і трансверзальні аномалії та деформації	ортогнатичний	4 (15,3%)	8 (32%)
		глибокий	5 (19,2%)	8 (32%)
		відкритий	6 (23,1%)	0 (0%)
		знижений	8 (30,8%)	7 (28%)
		перехресний	3 (11,6%)	2 (8%)
Розлади та захворювання СНЩС	Без ознак патології	правий	3 (11,6%)	16 (64%)
		лівий	3 (11,6%)	15 (60%)
	Зміщення диска з репозицією	правий	11 (42,3%)	7 (28%)
		лівий	10 (38,5%)	9 (36%)
	Зміщення диска без репозиції	правий	3 (11,6%)	2 (8%)
		лівий	3 (11,6%)	1 (4%)
	Адгезія диску	правий	9 (34,6%)	0 (0%)
		лівий	10 (38,5%)	0 (0%)
	Артрит	правий	9 (34,6%)	0 (0%)
		лівий	9 (34,6%)	0 (0%)
	Дегенеративні захворювання	правий	4 (15,3%)	0 (0%)
		лівий	4 (15,3%)	1 (4%)

більш поширеними дисфункціональними змінами у групі спостереження й у контрольній групі: 11 (42,3%) справа і 10 (38,5%) зліва у хворих на ЮІА відповідно, 7 (28%) справа і 9 (36%) зліва в контрольній групі. У хворих на ЮІА визначено суттєве поширення артриту у 9 (34,6%), серед яких у 4 осіб (15,4%) артрит визначався в обох суглобах, у 5 осіб (19,2%) артрит супроводжувався запально-дегенеративними змінами в одному з суглобів. МРТ-дослідженнями встановлено ознаки адгезії суглобового диску у 9 осіб (34,6%) справа і в 10 (38,5%) зліва, що, на додаток до запалення, може бути однією із причин обмеження рухів нижньої щелепи (табл.).

Аналіз болю у СНЩС за шкалою ВАШ у хворих на ЮІА визначався в межах від вкрай слабкого до помірного, лише 5 осіб (19,2%) указали на відчуття рівня болю 6–7 см, що характеризується як дуже сильний. У контрольній групі лише 7 (28%) підтвердили, що певний час відчували біль у ділянках СНЩС, при цьому максимальний рівень болю оцінювався на рівні 4 см, і за існуючими підходами до оцінки болю за даною шкалою такий показник може трактуватись як слабкий, або помірний (табл.).

Проведено аналіз стану оклюзійних співвідношень щелеп, за результатами якого встановлено такі характеристики оклюзії. Визначено I клас оклюзії за Енглеу у 12 (46,2%) осіб, II клас оклюзії у 10 (38,5%) і III клас оклюзії у 4 (15,3%) хворих. У контрольній групі I клас оклюзії встановлено у 14 (56%) осіб, II клас оклюзії в 10 (40%) осіб і III клас оклюзії в 1 (4%) особи. Аналіз оклюзійних співвідношень щелеп у фронтальній площині дозволив виявити такі вертикальні і трансверзальні аномалії й деформації оклюзії: у 4 (15,3%) осіб визначались ознаки ортогнатичного прикусу, у 5 (19,2%) встановлено глибоке перекриття фронтальних зубів, у 6 (23,1%) був відкритий прикус, у 8 (30,8%) знижений прикус, у 3 (11,6%) – перехресний прикус. У контрольній групі ортогнатичний прикус визначено у 8 (32%), глибокий прикус виявлено у 8 (32%), знижений прикус у 7 (28%), перехресний у 2 (8%) осіб (табл.).

Обговорення

Захворювання ЮІА віднесено до орфанних (малопоширених), що суттєво обмежує вивчення його особливостей, у той же час значний процент інвалідизації потребує уваги до цієї патології з метою попередження ускладнень. Зазвичай такі пацієнти з діагнозами остеоартрит і остеоартроз лікуються у відділеннях щелепно-лицевої хірургії й потребують протезування суглобів. На жаль, у доступних літературних джерелах ми не знайшли науково обґрунтованих статистичних даних про обсягів таких втручань.

Активність захворювання ЮІА у дорослому віці, за результатами сучасних досліджень, зумовлюється підтипом артриту та ефективним контролем лікувального процесу, однак частина хворих навіть за цих умов стикаються з низкою медичних проблем, основні з яких біль, обмеження активності, високий рівень непрацездатності, зниження якості життя, потреби в дорогих препаратах та необхідність протезування [2, 3, 5]. Найбільш поширеними варіантами ЮІА вважають олігоартрит персистивний, олігоартрит РФ негативний та ентезит-асоційований артрит. За результатами досліджень [5], на лікуванні в ревматолога вони зустрічались у співвідношеннях 26,2, 25, 16,7%. Серед оглянутих пацієнтів визначено інші показники (рис. 1), що вказує на нагальні потреби таких пацієнтів у стоматологічному лікуванні. Серед хворих на ЮІА, які були направлені на лікування до стоматолога, переважали жінки (65,4%). Численними дослідженнями доведено, що достовірно частіше суглобові віддалені ускладнення ЮІА й дисфункції та захворювання СНЩС переважно розвиваються у жінок [6, 5, 10, 11].

У хворих на ЮІА, за результатами досліджень стану СНЩС встановлено поєднання дисфункціональних, запальних і дегенеративних захворювань у 88,4% випадків. У осіб контрольної групи, яку склали студенти та лікарі, переважали дисфункціональні стани СНЩС (до 40%). Сучасні наукові джерела вказують на важливе значення стресу як ризик фактора виникнення соматичних захворювань [10], а також дисфункціональних станів СНЩС [9, 10, 11, 12].

Біль є основною скаргою при захворюваннях суглобів, включаючи СНЩС. Останні дослідження вказують на те, що пацієнти, які страждають на синдром дисфункції СНЩС, знаходяться переважно у стані психоемоційної напруги, що може провокувати больовий синдром [4, 9, 11, 12]. Проведений аналіз показника болю у хворих на ЮІА показав варіабельність від вкрай слабкого до помірного, а 19,2% хворих відмітили дуже сильний біль [5].

Дослідженнями [8] встановлено, що зубощелепні аномалії й деформації створюють передумови для зростання асиметрії мицелків СНЩС, також визначено зниження денситометричних показників суглобових головок, що, на думку авторів, може вплинути на формування патологічних процесів у СНЩС. Також варто враховувати наявність психосоматичних депресій, які є сприятливим фоном для розвитку гіпертонусу жувальних м'язів і змін оклюзії, а ці фактори, у свою чергу, є передумовою виникнення дисфункціональних станів СНЩС [4]. В обстеженій сукупності визначено наявність патологічної оклюзії у 53,8% хворих на ЮІА і в 44% осіб контрольної групи. Встановлено наявність вертикальних і трансверзальних аномалій прикусу, які можуть вважатися предикторами розвитку порушень СНЩС [4].

Висновки

У хворих на ЮІА встановлено поєднання дисфункціональних, запальних і дегенеративних захворювань СНЩС. Показник болю за шкалою ВАШ, у хворих на ЮІА, варіював від вкрай слабкого болю до дуже сильного, що характерно для проявів суглобового болю. Захворювання СНЩС при ЮІА протікали на тлі суттєвого поширення сагітальних, трансверзальних і вертикальних аномалій прикусу у хворих на ЮІА.

Отримані результати дослідження підтверджують поліетіологічний характер дисфункціональних станів і захворювань СНЩС й вказують на прями розробки лікувально-профілактичних заходів для хворих на ЮІА.

Подальші дослідження необхідні для уточнення взаємозв'язків означених детермінант та визначення можливих предикторів дисфункціональних станів і захворювань СНЩС у осіб з ЮІА.

ПОСИЛАННЯ

- Kovalenko VN, Omelchenko LY, Yaremenko OB, Marushko TV, Bohmat LF, Mukvych OM, Boiko YaE, Harmysh EA, Dzhus MB, Beliavskaia YuV Preemstvennost y effektivnost terapiyu yuvenilnogo ydopyaticheskogo artrya: napravleniya personifitsirovannoi terapiyu. Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal. 2016; 2 (64) : 9–16 [in Russian]
- Kovalenko VM, Shuba NM, Yaremenko OB, Omelchenko LI, Bortkevych OP, Marushko TV, Protsenko HO, Harmish OO, Ter-Vartanian SKh, Svintsitskyi AS, Herasymenko SI. Diskusini pytannya obhruntuvannya statusu diahnozu «Iuvenilnyi revmatoidnyi artryt» v katehorii dorosloho naselennia u vypadkakh debiutu khvoroby u dytiachomu ta pidlitkovomu vitsi. Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal. 2016;1 (63): 21–24 [in Ukraine]
- Marushko T.V., Berezhnyi V.V., Havrylenko T.I., Klubova H.F. Rol pro-i protyzapalnykh tsytokyniv u rozvytku zapalnoho protsesu pry yuvenilnomu revmatoidnomu artryti. Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal. 2006 ;1 (23): 33–36 [in Ukraine]
- Mykhailoshyna IO. Psykholohichni aspekty pry sindromi dysfunktsii skronevo-nyzhnoshchelepnoho suhloba. Interdisciplinary research: scientific horizons and perspectives: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference. Vilnius, Republic of Lithuania: European Scientific Platform. 2021; March 12 (Vol. 2): 175–179 [in Ukraine]
- Dzhus MB. Kliniko-patohenetychne obhruntuvannya vedennia khvorykh na yuvenilnyi revmatoidnyi artryt vid pidlitkovoho do dorosloho viku. Dysertatsiia na zdobuttia naukovoho stupeniu doktora med.nauk. Spetsialnist 14.01.22. – Revmatolohiia. Kyiv-2019. 429 s. [in Ukraine]
- Schiffman E., Ohrbach R., Truelove E. et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. J Oral Facial Pain Headache. 2014;28(1):6–27. doi:10.11607/jop.1151.
- Dzhus MB, Marushko TV, Mostbauer HV, Ivashkivskyi OI, Kurylychuk IV, Yehorova NA, Nosovets O.K. Prohnozuvannya viddalenykh naslidkiv poliartykuliarnoho variantu yuvenilnoho idiopatichnoho artrytu. Medychna nauka Ukrainy. 2017; №3–4: 28–37 [in Ukraine]
- Kuroedova VD, Stasiuk AA, Vizhenko EE. Morfolohycheskye y densytometrycheskye zymenyeniya vysochnonyzhneshcheliustnoho sustava u patsyentov s zuboche-liustnymi anomaliyami. Ukrainskyi zhurnal medytsyny, biolohii ta sportu. 2019; 4 (6): 132–136 [in Russian]
- Lövgren A, Usterlund C, Ilgunas A, Lampa E, Hellström F. A high prevalence of TMD is related to somatic awareness and pain intensity among healthy dental students. Acta Odontol Scand. 2018; 76 (6): 387–393.
- Yap AU, Sultana R, Natu VP. Somatic and temporomandibular disorder symptoms - Idioms of psychological distress in Southeast Asian youths. Cranio Published online: 26 Sep 2021 <https://doi.org/10.1080/08869634.2021.1982496>
- Srivastava et al. Evaluation of temporomandibular disorders among dental students of Saudi Arabia using Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): a cross-sectional study. BMC Oral Health, 2021;21:211 <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01578-0>
- Kostiuk T.M., Symonenko R.V., Etnis L.O. Zastosuvannya okliuziinykh shyn, vyhotovlenykh za dopomohoiu prohramy "EXOCAD" z vykorystanniam virtualnogo artykuliatora, nalashтовanoho za rezultatamy elektronnoi aksiografii, dlia likuvannya dyzfunktsiinykh porushen skronevo-nyzhnoshchelepnoho suhloba. Novyny stomatolohii 2019; 4 (101): 34–37 [in Ukraine]

Clinical analysis of the state of the temporomandibular joints in adult patients with juvenile idiopathic arthritis

L. Etnis, Z. Zhigulovich, R. Symonenko, L. Sayapina

Relevance. Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is a systemic connective tissue disease with predominant localization of the process in the musculoskeletal system. According to the results of the study [3], temporomandibular joint disease (TMJ) was detected in 4.7±3.2 % of patients with JIA. Therefore, in our opinion, the problem of musculo-articular disorders and diseases of the temporomandibular joints (TMJ) against the background of this pathology is quite relevant.

The aim of this study was to conduct a clinical analysis of the state of the temporomandibular joints in adults with juvenile idiopathic arthritis against the background of dentoalveolar anomalies and deformities.

Materials and research methods. A retrospective analysis of extracts from the medical history of 26 adults (17 women (65.4 %) and 9 men (34.6 %) who had juvenile idiopathic arthritis and had long-term joint and extra-articular consequences and have long-term articular and extra-articular complications in adulthood was carried out. A clinical analysis of the state of the temporomandibular joints, occlusion and manifestations of pain in these individuals and in 25 individuals of the control group was carried out.

Results of the study and their discussion. Bilateral dysfunctional, inflammatory and degenerative joint lesions were identified in 14 (53.8%) individuals of the observation group, bilateral asymmetrical lesions (a combination of dysfunctional, inflammatory and degenerative processes) in 9 people (34.6%). In 3 (11.6%) individuals, signs of dysfunction and diseases of the TMJ were not identified. Pain in the observation group was defined as extremely mild to moderate, with only 5 people (19.2%) reporting very severe pain. The presence of dentoalveolar anomalies and deformities was determined in 53.8% of patients with JIA and 44% of persons in the control group.

Conclusions. The obtained results confirm the polyetiological nature of dysfunctional conditions and diseases of the temporomandibular joint and indicate directions for the development of therapeutic and preventive measures for patients with JIA.

Key words: juvenile idiopathic arthritis, temporomandibular disorders, pain, dentoalveolar anomalies.

Клинический анализ состояния височно-нижнечелюстных суставов у взрослых пациентов с ювенильным идиопатическим артритом

Л.А. Этнис, З.Е. Жегулович, Р.В. Симоненко, Л.М. Саяпина

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – системное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в опорно-двигательном аппарате. По результатам исследования [3] заболевание височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) выявлено у 4,7±3,2% больных ЮИА. Поэтому, на наш взгляд, проблема мышечно-суставных расстройств и заболеваний височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) на фоне указанной патологии достаточно актуальна.

Целью данного исследования было провести клинический анализ состояния височно-нижнечелюстных суставов у взрослых с ювенильным идиопатическим артритом на фоне зубочелюстных аномалий и деформаций.

Материалы и способы исследования. Проведен ретроспективный анализ выписок из истории болезни 26 человек взрослого возраста (17 женщин (65,4%) и 9 мужчин (34,6%)), которые болели ювенильным идиопатическим артритом и имеют отдаленные суставные и внесуставные последствия во взрослом возрасте. Проведен клинический анализ состояния височно-нижнечелюстных суставов, окклюзии и проявлений боли у данных лиц и у 25 лиц контрольной группы.

Результаты исследования и их обсуждение. Определены двусторонние дисфункциональные, воспалительные и дегенеративные поражения суставов у 14 (53,8%) лиц группы наблюдения, двусторонние несимметричные поражения (сочетание дисфункциональных, воспалительных и дегенеративных процессов) у 9 человек (34,6%). У 3 (11,6%) лиц не определены признаки дисфункции и заболеваний ВНЧС. Боль в группе наблюдения определялась в пределах от крайне слабого до умеренного, только 5 человек (19,2%) указали на очень сильную. Определено наличие зубочелюстных аномалий и деформаций у 53,8% больных ЮИА и 44% лиц контрольной группы.

Выводы. Полученные результаты подтверждают полиэтиологический характер дисфункциональных состояний и заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и указывают направления по разработке лечебно-профилактических мероприятий для больных ЮИА.

Ключевые слова: ювенильный идиопатический артрит, височно-нижнечелюстные расстройства, боль, зубочелюстные аномалии.

Л.О. Этніс – аспірант кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця.

Адреса: бульв. Шевченка, 13, м. Київ, 01601.

Тел.: (050) 352-11-01. E-mail: letnis85@gmail.com.

З.Є. Жегулович – д-р мед. наук, професор кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця.

Адреса: бульв. Шевченка, 13, м. Київ, 01601.

Тел.: (050) 331-55-73. E-mail: zhegulovich@gmail.com.

Р.В. Симоненко – канд. мед. наук, асистент кафедри ортопедичної стоматології НМУ ім. О.О. Богомольця.

Адреса: бульв. Шевченка, 13, м. Київ, 01601.

Тел.: (067) 209-83-99. E-mail: renataunting@gmail.com.

Л.М. Саяпина – канд. мед. наук, доцент кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця.

Адреса: бульв. Шевченка, 13, м. Київ, 01601.

Тел.: (050) 934-19-52. E-mail: lada.sayapina@gmail.com.