Состояние височно-нижнечелюстного сустава у больных гемофилией

Д.В. ХОХРИН, проф. О.С. ГИЛЕВА, к.м.н. И.Н. ХАЛЯВИНА, Е.Д. НАЗУКИН

TMJ pathology in hemophilia patients

D.V. KHOKHRIN, O.S. GILEVA, I.N. KHALYAVINA, E.D. NAZUKIN

Кировская государственная медицинская академия; Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера; Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) представляют собой актуальную проблему стоматологии. Особый вклад в нарушение функции и структуры всех тканевых компонентов ВНЧС вносят врожденные коагулопатии, при которых различные формы гемартрозов являются одним из ведуших клинических симптомов с выраженной болевой компонентой. Гемартрозы приводят к деформации и нарушению функции сустава и снижению качества жизни пациентов. Артрологический профиль больных гемофилией характеризуется высокой распространенностью и интенсивностью поражения ВНЧС. Это свидетельствует о вовлечении органов и тканей челюстно-лицевой области в общий процесс гемофилии, наличии между ними патогенетической взаимосвязи.

Ключевые слова: гемофилия, височно-нижнечелюстной сустав, гемофильная артропатия.

Hemarthrosis is one of the leading symptoms in congenital blood-clotting disorders. This condition leads to significant pain syndrome, joint deformation impaired function and diminished life quality. TMJ pathology showing all signs of hemophilic arthropathy is common in hemophilia patients.

Key words: hemophilia, TMJ, hemophilic arthropathy.

По данным ВОЗ, частота гемофилии у населения разных стран мира, в том числе России, неуклонно растет на фоне общего прироста населения, учащения генных мутаций, удлинения средней продолжительности жизни, снижения детской смертности благодаря использованию современной факторзаместительной терапии [1, 3, 7]. Являясь междисциплинарной, проблема гемофилии решается корпоративно представителями разных медицинских специалистов, в том числе стоматологами [8].

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), в 70—80% случаев проявляющиеся функциональными нарушениями (ФН) в челюстно-лицевой области (ЧЛО), составляют актуальную проблему стоматологии [9]. Ее злободневность для населения и профессионального сообщества стоматологов в РФ неуклонно возрастает на фоне роста численности населения с дефектами зубных рядов, некачественно изготовленными протезами, патологией прикуса, патологической стираемостью зубов, бруксизмом, а также несовершенства практически используемых лечебно-диагностических методик коррекции дисфункции ВНЧС [4, 9].

Функциональное состояние ВНЧС во многом определяется наличием особых форм системной патологии, в первую очередь — патологии соединительной ткани (ревматоидный артрит, дисплазия соединительной ткани и т.д.) и заболеваний системы крови.

Так, особый вклад в нарушение функции и структуры всех тканевых компонентов ВНЧС вносят врожденные коагулопатии (гемофилии А, В, С, болезнь Виллебранда и т.д.), при которых гемартрозы являются одним из ведущих клинических симптомов с выраженной болевой и дисфункциональной компонентами, приводящими к деформации и нарушению функции суставов и, в конечном счете, — к снижению качества жизни, а порой и к инвалидизации пациентов [1—3, 5, 6].

Артрологические аспекты коагулопатий глубоко и всесторонне изучены. Вне поля зрения остаются вопросы ранней диагностики дисфункции ВНЧС, определения степени ее выраженности по мере стадирования основной патологии, а также проблемы выбора рациональных методов ее медикаментозной и физиотерапевтической коррекции на фоне атравматичного протетического лечения.

Цель работы — изучить частоту и клинические особенности ФН в ВНЧС у больных гемофилией.

Материал и методы

В исследование включены больные с гемофилией А, проходящие лечение в отделениях ФГУ «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи».

Целевое комплексное стоматологическое обследование проведено у 45 больных (все — лица мужского пола в возрасте от 12 до 57 лет). Все больные дали информированное согласие на участие в исследовании.

Обследование включало в себя опрос и объективное исследование, проводилось по общепринятой клиниче-

© Коллектив авторов, 2012

Stomatologiia (Mosk) 2012; 2: 46

Тел.: +7 (912) 734-1133

ской схеме с применением дополнительных лабораторных методов. При расспросе уточнялись характер артралгий, объем движений ВНЧС, наличие и продолжительность утренней скованности в суставах.

При осмотре ЧЛО оценивали состояние кожных покровов и периартикулярных мягких тканей, двигательную функцию ВНЧС, наличие боли, шумов (хруст, крепитация, щелканье) при открывании рта, симметричность и плавность опускания нижней челюсти, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта и пародонта, наличие, локализацию и протяженность зубных рядов; выполняли также пальпацию регионарных лимфатических улов, жевательных мышц, собственно суставных зон.

При изучении функции ВНЧС оценивалась амплитуда поступательных и боковых движений нижней челюсти. К числу показателей нормального функционирования ВНЧС при поступательных движениях относили следующие границы максимального открывания рта: от 38—40 до 50—55 мм. Степень ФН определяли по И.Н. Костиной (2002) с учетом уменьшения амплитуды движений ВНЧС следующим образом:

— I степень ФН — нормальный объем движений или незначительное его уменьшение (расстояние между резцами — не менее 36 мм); прием пищи и речь не нарушены;

— II степень ФН — умеренное ограничение объема движений ВНЧС (расстояние между резцами — 25—35 мм); нарушен прием твердой и жесткой пищи;

— III степень ФН — резко выраженное ограничение движений ВНЧС (расстояние между резцами — 24 мм и менее); нарушена речь, возможен прием только мягкой и жидкой пищи.

Для объективной оценки степени тяжести патологии ВНЧС использовали суммарный суставной индекс (ССИ), включающий 5 клинических критериев, выраженных в баллах (число пораженных суставов; интенсивность артралгий; шум; боль; ФН в ВНЧС). Легкая степень дисфункции ВНЧС объективизировалась 2—5 баллами, средняя — 6—8 баллами, тяжелая — 9—11 баллами.

Результаты и обсуждение

Большинство обследованных больных гемофилией имели поражения коленных, голеностопных и локтевых суставов по типу хронических остеоартрозов, причем с возрастом тяжесть и распространенность суставного поражения неуклонно прогрессировали (табл. 1).

Анализ клинико-статистических данных показал, что наиболее тяжела по частоте вовлечения в процесс различных суставов, выраженности болевых синдромов и склонности к острым гемартрозам гемофилия у лиц 45 лет и старше. Интенсивность прогрессирования поражения суставов зависела от частоты проявления острых гемартрозов, а также от своевременности и полноценности лечения.

Распространенность и степень ФН в ВНЧС, объективизированные ССИ, в зависимости от тяжести гемофилии у стоматологических пациентов отражены в табл. 2.

Как свидетельствуют данные клинико-лабораторного обследования, ФН в ВНЧС выявлены у 35 (77,7%) больных гемофилией. При этом ССИ в среднем составил 4,1±0,14 балла, что свидетельствует о доминировании легкой степени поражения суставов. ФН в ВНЧС у больных с легкой формой гемофилии выявлены в единичных случаях (8,9%); их частота возрастала по мере утяжеления основного заболевания: 33,3% — у больных со средней степенью тяжести гемофилии и 35,56% — при ее тяжелом течении; соответственно ССИ составил 2,65±0,20; 3,4±0,18 и 5,9±0,05 балла.

Основными клиническими симптомами функционального поражения ВНЧС были дискомфорт и (или) локальная боль, болезненность при длительном жевании, разговоре (у 27,0% больных), ограничение открывания рта и девиация нижней челюсти (у 19,0%), S-образное движение челюсти (у 9,5%).

При осмотре полости рта у 39 (86,6%) больных гемофилией выявлены физиологические виды прикуса, 6 (13,4%) пациентов имели патологию прикуса: глубокий, перекрестный и в 2 случаях — прогнатический. Зубные ряды были сохранены у 14 (31,1%) обследованных. Зубными протезами пользовались 8 (17,8%) человек; качество протетических конструкций не соответствовало необходимым требованиям.

По результатам данного исследования можно сделать следующее заключение:

1. Суставные поражения при гемофилии распространяются на область ВНЧС. У $^{1}/_{3}$ больных со среднетяжелым вариантом течения гемофилии выявляются очевидные ФН в ВНЧС, проявляющиеся дискомфортом, локальной болью, ограничением открывания рта, девиацией нижней челюсти.

2. Степень выраженности ФН в ВНЧС коррелирует с тяжестью системной патологии, наиболее выраженная суставная дисфункция характерна для тяжелого течения гемофилии.

Таблица 1. **Частота суставных поражений у больных гемофилией в зависимости от возраста**

	Возраст, годы		
	18—30	31—44	45—60 и более
Среднее число пораженных суставов	2,6	6,9	8,7

Таблица 2. **Распространенность и степень ФН в ВНЧС у больных с различной тяжестью гемофилии**

Степень тяжести основного заболевания	ФН	ССИ
	число больных, *n* (%)	
I	4 (8,89)	2,65±0,20
II	15 (33,3)	3,35±0,18
III	16 (35,56)	5,9±0,05
Всего	35 (77,7)	4,1±0,14

3. Дефекты зубных рядов, выявленные у 69,0% больных гемофилией, явились дополнительным фактором структурно-функциональных нарушений в ЧЛО.

Исходя из этого, рациональное зубное протезирование должно составить важнейшую компоненту комплексного стоматологического лечения больных гемофилией, а исходя из принципа комплексности подхода к оказанию стоматологической помощи таким больным, следует лечить и дисфункции ВНЧС.

Таким образом, хорошо изученный врачами-интернистами «артрологический профиль» больных гемофилией дополняют результаты стоматологического обследования, свидетельствующие о вовлеченности ВНЧС в патологический процесс, высокой распространенности и интенсивности проявления их дисфункций. Это по-новому, дополнительно характеризует вовлеченность органов тканей полости рта и ЧЛО в системный процесс при гемофилии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Андреев Ю.Н.* Многоликая гемофилия. М: Ньюдиамед 2006; 232.
2. *Андреев Ю.Н.* Особенности патогенеза осложнений гемофилии, их реконструктивно-восстановительная хирургия с регуляцией гемостаза и репаративных процессов. Гематол и трансфузиол 2001; 46: 3: 65—74.
3. *Инга Мария Нильсон.* Гемофилия. Pharmacia 1994; 101.
4. *Костина И.Н.* Клиника, диагностика, лечение ранних стадий остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава. Екатеринбург 2002.
5. *Махмудова А.Д.* Ортопедическое лечение гемофилической артропатии коленных суставов у больных гемофилией. Гематол и трансфузиол 2008; 53: 4: 10—12.
6. *Садков С.А., Тарасова Л.Н., Журавлев В.А.* Осложнения гемофилии. Красноярск: Изд-во Красноярского университета 1984; 116.
7. *Федорова З.Д.* Гемофилия и ее лечение. Л: Медицина 1977; 184.
8. *Халявина И.Н.* Организация и эффективность оказания комплексной стоматологической помощи больным гемофилией А в условиях специализированного центра. Пермь 2004.
9. *Хватова В.А.* Клиническая гнатология. WORD 2005; 296.