

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.31:614.253-089(048)

DOI <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2021-42-4.7>

С.Д. Варжапетян,

доктор медичних наук, доцент, Запорізький державний
медичний університет, пр. Маяковського, 26,
м. Запоріжжя, Україна, індекс 69000,
sw050773@gmail.com

ЯТРОГЕНІ ЧИННИКИ В РОЗВИТКУ МІОФАСЦІАЛЬНОГО СИНДРОМУ ОБЛИЧЧЯ

Мета дослідження. Вивчення частоти стоматологічної ятрогенії в поліетіології міофасціального синдрому обличчя та больової дисфункції СНЩС.

Методи дослідження. Проаналізовано анамnestичні дані 97 пацієнтів, які звернулися до консультативного кабінету відділення щелепно-лицьової хірургії та отоларингології в період із січня 2020 р. до вересня 2021 р. із симптомами больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, на предмет зв'язку між проведеними стоматологічними маніпуляціями та виникненням болю в скронево-нижньощелепному суглобі. Для досягнення поставленої мети було достатньо визначення пацієнтом наявності або відсутності ятрогенії у формуванні патологічного стану як факту лікарського втручання.

Наукова новизна. Розвиток медичної галузі супроводжується появою складних механізмів лікування стоматологічних захворювань. Нові лікарські маніпуляції можуть сприяти розвитку патологічних станів у деяких пацієнтів. На сучасному етапі інтерес становить дослідження ролі ятрогенії в етіології актуальної сучасної хвороби – міофасціального синдрому обличчя. Першим етапом дослідження є отримання уявлення про частоту ятрогенії серед різноманітних причин цього патологічного стану.

Висновки. 40,2% досліджуваних визначають медичні маніпуляції як причину розвитку больового синдрому обличчя і СНЩС. У групі пацієнтів наймолодшого віку (27,8±7,9 років), що зверталися за допомогою вперше в термін до 1,5 міс. від початку хвороби, в 100% випадків причиною хвороби є медичні маніпуляції; у цієї групи досліджуваних більші виражені симптоми болю в суглобі локального характеру (100%). У групі пацієнтів найстаршого віку (55,2±9,8 років) і з хронічним перебігом хвороби визначається найменший показник ятрогенії хвороби – 5,9%, у цієї групи досліджуваних більші виражені симптоми болю в обличчі (82,3%), м'язах (82,3%) і ознаки дисфункції суглоба (94,1%).

Ключові слова: ятрогенія, міофасціальний больовий синдром обличчя, скронево-нижньощелепний суглоб, діагностика, клініка.

S.D. Varzhapetian,

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Zaporozhzhia State Medical University, 26 Mayakovsky
Avenue, Zaporozhzhia, Ukraine, postal code 69000,
sw050773@gmail.com

IATROGENIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF MYOFASCIAL SYNDROME

The aim of the study. Study of the frequency of dental iatrogeny in the polyetiology of myofascial facial syndrome and painful thyroid dysfunction.

Material and methods. The analysis of anamnestic data of 97 patients who applied to the consultation room of the Department of Maxillofacial Surgery and Otolaryngology in the period from January 2020 to September 2021 was conducted. with symptoms of painful dysfunction of the temporomandibular joint in connection with the relationship between dental manipulations and the occurrence of pain in the temporomandibular joint. To achieve this goal, it was sufficient to determine the patient's presence or absence of iatrogenic as a fact of medical intervention in the formation of the pathological condition.

Scientific novelty. The development of the medical field is accompanied by the emergence of complex mechanisms for the treatment of dental diseases. In turn, new drug manipulations may contribute to the development of pathological conditions in some patients. At the present stage, it is of interest to study the role of iatrogenic in the etiology of current modern disease – myofascial facial syndrome. The first stage of the study will be to get an idea of the frequency of iatrogenic among the various causes of this pathological condition.

Conclusions. Medical manipulations as the cause of the development of facial pain and TMJ are determined by 40.2% of subjects. In the group of patients of the youngest age (27.8±7.9 years) who sought help for the first time within 1.5 months. from the beginning of the disease in 100% of cases the cause of the disease is determined by medical manipulations; in this group of subjects more pronounced symptoms of joint pain of a local nature (100%). In the group of the oldest patients (55.2±9.8 years) and the chronic course of the disease is determined by the lowest rate of iatrogenic disease – 5.9%, in this group of subjects more pronounced symptoms of pain in the face (82.3%), muscles (82.3%) and signs of joint dysfunction (94.1%).

Key words: iatrogenic, myofascial facial pain syndrome, temporomandibular joint, diagnosis, clinic.

Актуальність теми. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба, що є третім за поширеністю захворюванням у практиці лікаря-стоматолога (після карієсу зубів та захворювань

пародонту), уражає від 5 до 40% населення (за різними даними) [1; 2]. Згідно зі звітом Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) цей недуг трапляється у 12% населення [3].

Великий діапазон відмінностей у даних, що публікуються, є наслідком різниці цілей і завдань, що ставлять перед собою науковці різних галузей медицини. Останнє визначає різні критерії включення у вибірку груп дослідження за географічними, соціальними, етнічними групами населення, за патогенетичним фактором хвороби тощо. Дослідники психоемоційних станів у патогенезі хворіб СНЩС указують на позитивну кореляцію між середніми показниками стресу, тривожності, депресії і тяжкістю скронево-нижньощелепного розладу і роблять висновок, що розлад скронево-нижньощелепного суглоба, вірогідно, пов'язаний із депресією [4].

Інші автори зазначають, що 70% пацієнтів із хворобою СНЩС страждають на патологію або неправильне розташування диска СНЩС, що називається внутрішнім розладом [1].

Дослідники у сфері функціональної та прикладної медицини стверджують, що в основі причин захворювань СНЩС лежить його дисфункція, причиною якої є вплив комбінації низки несприятливих факторів, які можуть посилювати одне одного, як-от зубощелепні аномалії та деформації зубних рядів, порушення функції жувальних м'язів, психогенні фактори, патологія / захворювання сполучної тканини [5; 6].

У літературі немає даних про роль ятрогенії серед різноманіття причин, що сприяють розвитку міофасціального больового синдрому обличчя,

Мета дослідження – визначити частоту стоматологічної ятрогенії в поліетіології міофасціального синдрому обличчя та больової дисфункції СНЩС.

Матеріали і методи дослідження. Проаналізовано анамнестичні дані 97 пацієнтів, які звернулися до консультаційного кабінету відділення щелепно-лицьової хірургії та отоларингології в період із січня 2020 р. до вересня 2021 р. із симптомами больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, на предмет зв'язку між проведеними стоматологічними маніпуляціями та виникненням болю в скронево-нижньощелепному суглобі. Для встановлення наявності в пацієнтів патологічного стану СНЩС всім проводили стандартне клінічне дослідження, описане в літературі [7].

Для підтвердження даних анамнезу стосовно стоматологічних втручань клінічний огляд проводився лікарем-стоматологом (за відсутності в пацієнта

письмових свідчень про раніше проведені маніпуляції). Якісну оцінку проведених стоматологічних робіт ми не проводили, результати лікування не аналізували. Дослідження ґрунтується на суб'єктивних даних пацієнтів, що відображалися в анамнезі хвороби. Для досягнення поставленої мети достатньо визначення пацієнтом наявності або відсутності ятрогенії у формуванні патологічного стану як факту лікарського втручання.

Усі пацієнти були поділені на три групи.

– до першої (I) групи увійшли пацієнти, у яких ознаки хвороби виявилися порівняно недавно (до 1,5 місяця), звернення до лікаря було первинним;

– до другої (II) групи увійшли пацієнти, у яких ознаки хвороби виникли від 1,5 до 3 місяців, тому звернення до лікаря не було первинним, були направлені суміжними фахівцями.

– до третьої (III) групи увійшли пацієнти з порівняно тривалим перебігом хвороби (більш 3 місяців), які раніше неодноразово проходили консервативне лікування в різних спеціалістів. Більшість пацієнтів цієї групи не могли точно визначити терміни початку хвороби.

Статистичний аналіз проводився за допомогою пакета статистичних програм Statistica версії 8.0. Дані були представлені як середнє та стандартне відхилення ($M \pm SD$) або у вигляді відносних показників – частот та відсотків (%). Порівняння між групами проводились методами як непараметричного, так і параметричного аналізу. Аналіз різниці частот у двох незалежних групах проводили за допомогою Z-критерію Фішера, χ^2 -тесту, а також використовувався t-критерій. Різниця значень уважалася статистично значущою при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Серед пацієнтів жінки склали більшість – 83 (85,6%) особи. Розподіл пацієнтів за віком та статтю в досліджуваних групах наведено в табл. 1.

Із табл. 1 слідує, що жінок було більше в кожній групі дослідження ($p = 0,0001$): у I групі жінки склали 61,9% ($n = 21$) від загальної кількості пацієнтів групи, ставлення жінок до чоловіків було 2:1, $p = 0,12$; у II групі із 42 пацієнтів жінки склали 97,5% ($n = 41$), $p = 0,0001$; у III групі жінки також значно домінували, склавши 85,7% ($n = 29$) із 34 осіб, $p = 0,0001$.

Розподіл пацієнтів у групах із різною тривалістю й виразністю симптомів ятрогенії за віком наведено на рис. 1.

Із рис. 1 видно, що в III групі сконцентрована найбільша відносна кількість пацієнтів, старших за 50 років ($p = 0,01$, $p = 0,08$), в I групі – пацієнтів

молодого віку (від 18 до 30 років) ($p > 0,05$); у II групи – від 40 до 50 років ($p > 0,05$).

Серед пацієнтів I групи було 14,3% ($n=3$) підлітків, 38,1% ($n=8$) осіб віком від 18 до

30 років, 28,6% ($n=6$) – від 30 до 40 років та 19,0% ($n=4$) – понад 40 років; середній вік пацієнтів I групи склав $27,8 \pm 7,9$ років. Серед пацієнтів II групи підлітків не було, пацієнтів віком від 18 до

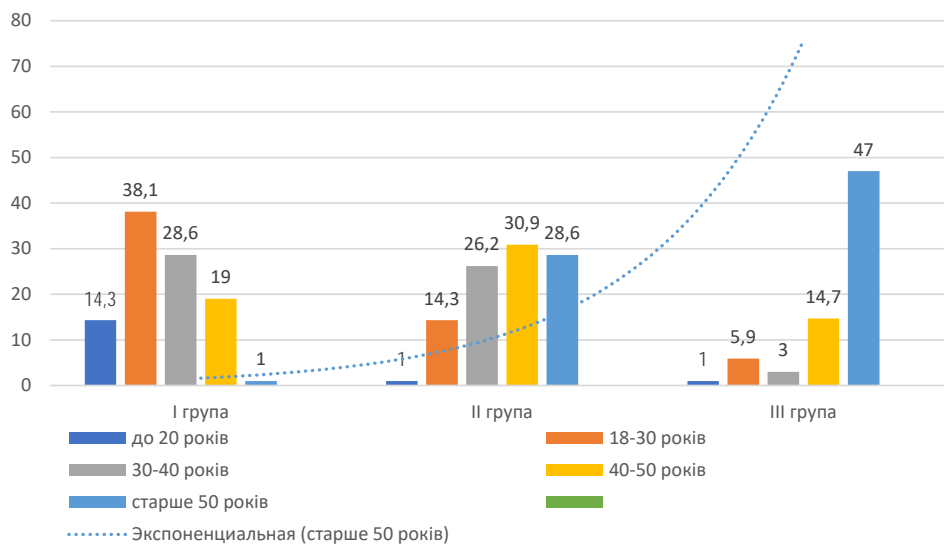


Рис. 1. Розподіл пацієнтів у групах із різною тривалістю симптомів ятрогенії за віком

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів із різною тривалістю симптомів ятрогенії за статтю (абс.,%)

Група досліджування	Жінки		Чоловіки		Всього абс	p
	абс.	%	абс.	%		
I група	13	61,9	8	38,1	21	$p=0,12$
II група	41	97,6*	1	2,4*	42	$p=0,0001$
III група	29	85,7*	5	14,3*	34	$p=0,0001$
Всього	83	85,6*	14	14,4*	97	$p=0,0001$

Примітка: * різниці показників вважаються статистично значущими при $p < 0,05$

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів із різною тривалістю симптомів ятрогенії за їх виразністю (%)

№	Симптом	I група %, (n=21)	II група %, (n=42)	III група %, (n=34)	p
1.	болочість у суглобі під час жування твердої їжі	100	59,5	47,0	$p_1=0,0007^*$ $p_2=0,26$ $p_3=0,0001^*$
2.	болочість у жувальних м'язах під час прийому твердої їжі	23,8	71,4	88,2	$p_1=0,0007^*$ $p_2=0,08$ $p_3=0,0001^*$
3.	постійний біль в обличчі на стороні враженого суглобу	14,3	21,4	82,3	$p_1=0,52$ $p_2=0,49$ $p_3=0,0001^*$
4.	періодичне відчуття втоми жувальних м'язів під час прийому твердої їжі	-	19,0	82,3	$p_3=0,0001^*$
5.	біль в суглобі під час розтуляння рота	100	83,3	61,7	$p_1=0,045^*$ $p_2=0,039^*$ $p_3=0,001^*$
7.	кляцання в суглобі під час руху нижньої щелепи	-	26,2	94,1	$p_3=0,0001^*$

Примітка: * p_1 – різниці показників I та II групи; p_2 – різниці показників I та II групи, p_3 – різниці показників I та III групи вважаються статистично значущими при $p < 0,05$

30 років було 14,3% (n=6), від 30 до 40 років – 26,2% (n=11), від 40 до 50 – 30,9% (n=13), понад 50 років – 28,6% (n=12); середній вік пацієнтів II групи складав 41,7±10,3 років. Серед пацієнтів III групи незначно велику частину склали пацієнти віком старше 50 років – 47,0% (n=16) осіб; віком від 40 до 50 років – 32,4% (n=11), віком від 30 до 40 років – 14,7% (n=5) осіб, до 30 років – 5,9% (n=2); середній вік пацієнтів III групи складав 55,2±9,8 років.

Скарги пацієнтів досліджуваних груп наведено в табл. 2.

Із табл. 2 видно, що суб'єктивні вияви хвороби в пацієнтів I групи часто мали локальний характер і виявлялися як біль у суглобі в 100% (n=21) випадках. Біль у жувальних м'язах та обличчі турбував пацієнтів I групи у 23,8% (n=4) та 14,3% (n=3) випадків відповідно. Клацання в суглобах, періодичне відчуття втоми жувальних м'язів не визначав жоден із досліджених I групи; в III групі ці скарги висували 94,1% і 82,3% пацієнтів відповідно, у II групі – 26,2% (=) і 19,0% відповідно. У пацієнтів II та III груп частіше, ніж у I групі, були визначені скарги на болючість у жувальних м'язах під час прийому твердої їжі – у 21,4%, 82,3% і 14,3% відповідно, $p=0,0001$.

Таким чином, у I групі суб'єктивні симптоми хвороби виявлялись локально в суглобі, рідко пацієнти скаржилися на біль у м'язах або на біль в обличчі. Пацієнтів III групи турбували біль в обличчі, жувальних м'язах та клацання в суглобі. У пацієнтів II групи найбільш частими скаргами був біль у щелепі (болючість у жувальних м'язах під час прийому твердої їжі (71,4%) і біль у суглобі під час розтуляння рота (83,3%), $p=0,0001$).

Пацієнти I групи зверталися до консультації щодо болю в суглобі, що почалася безпосередньо в період лікування або відразу після його завершення. Розподіл лікувальних заходів, які змушували пацієнтів I групи звернутися за допомогою в стаціонар зі скаргами на біль у суглобі, були такими:

- ортодонтичне лікування (частіше брекет-системи) – 33,3% (n=7);
- стоматологічне хірургічне лікування (частіше видалення восьмих зубів) – 19,0% (n=4);
- стоматологічне терапевтичне лікування (частіше ендодонтичні маніпуляції) – 33,3% (n=7);
- стоматологічне ортопедичне лікування (частіше відновлення коронки 1–2 зубів) – 14,3% (n=4).

Серед пацієнтів II групи особи, які пов'язували патологічний стан із лікувальними заходами, склали 21,4% (n=9). Більшість же пацієнтів не визначали причин хвороби та перед зверненням

до щелепно-лицевого відділення щодо болю первинно були оглянуті невропатологом, отоларингологом або стоматологом або лікувались у них.

Лікувальні заходи, що (за даними 21,4% ((n=9) пацієнтів II групи) стали причиною болю в суглобі, були такі:

- стоматологічно-ортопедичне лікування (частіше відновлення дефектів зубного ряду) – 77,8% (n=7);
- хірургічне лікування (остеосинтез нижньої щелепи) – 22,3% (n=2).

Показник ятрогенії значно зменшувався в III групі; тут тільки 5,9% (n=2) пацієнтів висували претензії щодо лікувальних заходів, що було пов'язано з незадоволенням якістю знімних протезів щелеп. Більшість же пацієнтів III групи не визначали причин хвороби.

Висновки. Медичні маніпуляції як причину розвитку больового синдрому обличчя і СНЩС визначають 40,2% досліджуваних, $p=0,005$. У групі пацієнтів наймолодшого віку (27,8±7,9 років), які зверталися за допомогою вперше в термін до 1,5 місяця від початку хвороби, в 100% випадків причиною хвороби визначають медичні маніпуляції; у цієї групи досліджуваних більш виражені симптоми болю в суглобі локального характеру (100%), $p=0,0007$. У групі пацієнтів найстаршого віку (55,2±9,8 років) і з хронічним перебігом хвороби визначається найменший показник ятрогенії хвороби – 5,9%, $p=0,03$, у цієї групи досліджуваних більш виражені симптоми болю в обличчі (82,3%), $p=0,0001$, м'язах (82,3%), $p=0,0001$ і ознаки дисфункції суглоба (94,1%), $p=0,0001$.

Література:

1. Pihut M, Szuta M, Ferendiuk E, Zeńczak-Więckiewicz D. Differential diagnostics of pain in the course of trigeminal neuralgia and temporomandibular joint dysfunction. *Biomed Res Int.* 2014; 2014: 563786. <https://doi.org/10.1155/2014/563786>
2. Calixtre LB, Grüniger BLS, Chaves TC, Oliveira AB. Is there an association between anxiety/depression and temporomandibular disorders in college students? *J Applied Oral Sci.* 2014; 22(1): 15–21. <https://doi.org/10.1590/1678-775720130054>.
3. 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 Groupdagger. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014; 28(1): 6–27. <https://doi.org/10.11607/jop.1151>
4. Kmeid, E., Nacouzi, M., Hallit, S. et al. Prevalence of temporomandibular joint disorder in the

Lebanese population, and its association with depression, anxiety, and stress. *Head Face Med* 16, 19 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13005-020-00234-2>

5. Дисфункция ВНЧС (височно-нижнечелюстного сустава). Этиологические аспекты / И.В. Петрикас, В.И. Никаноров, Е.О. Петрикас и др. *Sciences of Europe*. 2018. № 1(26). С. 53–58.

6. Sampaio NM, Oliveira MC, Ortega AO, et al. Temporomandibular disorders in elderly individuals: the influence of institutionalization and sociodemographic factors. *Codas*. 2017; 29(2): e20160114. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162016114>.

7. Гулюк С.А., Шнайдер С.А., Ноньева Н.О. Клинічні особливості оклюзії і функції СНЩС у хворих на міофасціальний больовий синдром обличчя. *Вісник стоматології*. 2019. Т. 32, № 2. С. 69–73. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSL_2019_32_2_20

References:

1. Pihut, M., Szuta, M., Ferendiuk, E., & Zeńczak-Więckiewicz, D. (2014). Differential diagnostics of pain in the course of trigeminal neuralgia and temporomandibular joint dysfunction. *Biomed Res Int*. 563786. <https://doi.org/10.1155/2014/563786> [in English].

2. Calixtre, L.B., Grüniger, B.L.S., Chaves, T.C., & Oliveira, A.B. (2014). Is there an association between anxiety/depression and temporomandibular disorders in college students? *J Applied Oral Sci*. 22(1), 15–21. <https://doi.org/10.1590/1678-775720130054> [in English].

3. Schiffman, E., Ohrbach, R., Truelove, E., & et al. (2014). 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 Groupdagger. *J Oral Facial Pain Headache*. 28(1), 6–27. <https://doi.org/10.11607/jop.1151> [in English].

4. Kmeid, E., Nacouzi, M., Hallit, S. & et al. (2020). Prevalence of temporomandibular joint disorder in the Lebanese population, and its association with depression, anxiety, and stress. *Head Face Med* 16, 19 <https://doi.org/10.1186/s13005-020-00234-2> [in English].

5. Petrikas I.V., Nikanorov V.I., Petrikas E.O. i dr. (2018). Disfunktsiya VNChS (visochno-nizhnechelyustnogo sustava). Etiologicheskie aspekty [TMJ (temporomandibular joint) dysfunction. Etiological aspects] *Sciences of Europe*. 1(26), 53–58. [In Russian].

6. Sampaio NM, Oliveira MC, Ortega AO, & et al. (2017). Temporomandibular disorders in elderly individuals: the influence of institutionalization and sociodemographic factors. *Codas*. 29(2): e20160114. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162016114> [in English].

7. Gulyuk S.A., Shnayder S.A., & Nonyeva N.O. (2019). Klinichni osoblyvosti oklyuziyi i funktsiyi SNSHS u likarni miofastial'nym bol'ovym syndromom oblychchya. [Clinical features of occlusion and TMJ function in patients with myofascial facial pain. *Visnyk stomatolohiyi - Bulletin of Dentistry*. 2, 69-73. http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSL_2019_32_2_20 [in Ukrainian].