

**ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ — МУЛЬТИФАКТОРНАЯ
МОДЕЛЬ КОМОРБИДНОСТИ С МОДИФИЦИРУЮЩИМ ВЛИЯНИЕМ НА
ЗДОРОВЬЕ**

Статовская Е.Е.

ООО Стоматология «Любизуб»

*ФГБОУ ВО «СЗГМУ имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Санкт-Петербург*

Актуальность

Большинство причин возникновения основных стоматологических заболеваний находятся вне полости рта [1, 2, 3, 4]. Значимый модифицирующий вклад в показатели здоровья во всех возрастных группах населения [5,6,7] вносит ДСТ, включающая наследственные нарушения состояния соединительной ткани (моногенные заболевания, ННСТ) и собственно ДСТ (мультифакторные заболевания), формирующие стоматологические фенотипы.

Разброс данных по популяционной распространённости ДСТ (9,8–85,0 %) объясняется особенностями выборки, используемыми дефинициями, диагностическими критериями, навыками и медицинской специализацией экспертов [8,9,10,11]. Многофакторность, полиорганность ДСТ затрудняет диагностику и может снизить выявляемость ДСТ до 2,4 % [12]. Диагностика внешних и висцеральных фенотипических признаков рекомендована для раннего долабораторного выявления ДСТ [13,14]. Однако, взаимосвязь с ДСТ ряда клинически значимых признаков не всегда очевидна [15, 16].

Высокие анестезиологические риски в ряде случаев, воспалительные осложнения и отдельные проявления ДСТ (помимо аномалий развития ЧЛЮ) оказываются значимыми факторами при планировании стоматологического лечения.

Повышенный интерес к фенотипам ДСТ объясняется генетически детерминированной коморбидностью с модифицирующими влияниями на здоровье и заболевания.

Цель исследования: определить количественные индексы коморбидности и характер взаимосвязи соматического и стоматологического здоровья у пациентов с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава на фоне дисплазии соединительной ткани

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, коморбидность, корреляции соматического и стоматологического здоровья

**CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA - A MULTIFACTORIAL MODEL OF
COMORBIDITY WITH A MODIFYING EFFECT ON HEALTH**

Statovskaia Elena E.,

Clinics «Lubizub»

*«North-Western State Mechnikov Medical University» of the Ministry of Health of the Russian
Federation, Saint Petersburg*

Keywords: connective tissue dysplasia, comorbidity, correlations of somatic and dental health
Summary

We analyzed the materials of clinical observations of 350 fully examined dental patients with functional disorders of the masticatory apparatus, including TMJ dysfunction syndrome, 73 patients without CTD, 277 people with CTD. Dental and somatic status, CTD status was determined

taking into account professional dental standards, National guidelines for the diagnosis of connective tissue dysplasia, according to ICD-10.

Received clinical groups of patients with different combinations of frequency of major dental and somatic diseases. Then, a quantitative assessment of the status of comorbidity was carried out (the average number of diseases per patient), determining the Lazebnik index, as well as the index of dental comorbidity, evaluating the nature of the correlation between the desired indices.

Differences in the Lazebnik index in patients of the studied groups were determined by the presence and nature of the course of CTD, age (and type of aging), to a lesser extent by the phenotype (more often, Ehlers-like), and also within the CTD group by gender. The influence of gender and age is reflected in the values of the Lazebnik index in the studied groups in different ways.

The index of dental comorbidity was affected by the presence, course of CTD, age of patients. In the control group, an average strength correlation of comorbidity indices is revealed. In CTD, there is no correlation between quantitative comorbidities due to the different etiology of the onset of diseases and the possibility of developing isolated forms against the background of CTD.

Материал и методы:

Проанализировали материалы клинических наблюдений 350 стоматологических пациентов с функциональными нарушениями жевательного аппарата, включая СД ВНЧС, 73 пациентов без ДСТ, 277 человек – с ДСТ. Сроки динамических наблюдений 15 лет. Все пациенты были комплексно обследованы с учетом профессиональных стоматологических стандартов, Национальных рекомендаций и рекомендаций экспертов по диагностике Дисплазии соединительной ткани. Классы болезней учитывали согласно МКБ-10. Основные стоматологические заболевания определяли в структуре групп: кариес (K02), осложнения кариеса (K04), первичные (K00), вторичные (K03) некариозные поражения, заболевания пародонта, тканей, окружающих имплантат (K05, K06), заболевания СОР (K12, K13, K14), ЗЧА (K01, K03, K07), приобретенные дефекты зубных рядов, вторичные деформации (K08.1, K08.2).

Выявив клинические варианты сочетаний основных стоматологических и соматических заболеваний у исследуемых пациентов, мы провели количественную оценку статуса коморбидности (среднее число заболеваний на одного пациента), определив индекс Лазебника, а также индекс стоматологической коморбидности (ИСК), а затем оценили характер корреляции между «стоматологическими» и «соматическими» индексами коморбидности.

Результаты исследования

У 226 (81,59 %) пациентов основной и у 42 (57,53 %) пациентов контрольной групп с СД ВНЧС диагностировано несколько стоматологических заболеваний; частота случаев сочетания СД ВНЧС и стоматологических заболеваний больше в основной группе ($p < 0,0005$). Неподтвержденных форм СД ВНЧС в сочетании со стоматологическими заболеваниями диагностировано больше в контрольной группе (18 больных или 24,66 %), чем в основной (29 больных или 10,47 %) ($p < 0,05$). У 9 (12,33 %) пациентов контрольной и 21 (7,58 %) пациента основной групп, имеющих СД ВНЧС стоматологических заболеваний не выявлено ($p < 0,05$). У 5 пациентов с психосоматическими заболеваниями не подтверждено наличие СД ВНЧС и стоматологических заболеваний, в их числе: 1 больной с ДСТ и 4 пациента контрольной группы, что составило, соответственно, 0,36 и 1,43 % от числа пациентов в исследуемых группах ($p < 0,05$).

Достоверные различия значений индекса Лазебника определяются: у пациентов исследуемых групп в зависимости от наличия ДСТ ($p < 0,0001$) — в общей выборке ($n=333$) $M \pm SD=(4,93 \pm 3,07)$, в контрольной группе ($n=79$) $M \pm SD=(2,85 \pm 2,80)$, в основной группе ($n=254$) $M \pm SD=(5,57 \pm 2,86)$ соматических заболеваний; у пациентов с основными фенотипами ДСТ в сравнении с пациентами из контрольной группы ($p < 0,0001$) — при марфаноподобной внешности ($n=69$) $M \pm SD=(5,04 \pm 2,60)$, с элерсоподобным фенотипом ($n=96$)

$M \pm SD = (5,89 \pm 3,16)$, с неклассифицированным фенотипом ДСТ $M \pm SD = (5,65 \pm 2,68)$, у пациентов контрольной группы ($n=79$), $M \pm SD = (5,65 \pm 0,28)$ соматических заболеваний; между пациентами с элерсоподобным фенотипом ДСТ и с марфаноидной внешностью ($p < 0,05$); при различном течении ДСТ — при легком течении ДСТ ($n=161$), $M \pm SD = (5,15 \pm 2,68)$ в сравнении с контрольной группой ($n=79$), $M \pm SD = (2,85 \pm 2,80)$, ($p < 0,0001$), а также при ДСТ средней и тяжелой степени ($n=161$), $M \pm SD = (6,31 \pm 3,03)$ в сравнении с легким течением ДСТ ($p < 0,005$); между мужчинами 73 ($4,86 \pm 2,58$) и женщинами 181 ($5,8 \pm 2,93$) с ДСТ ($p < 0,05$), при этом внутри контрольной группы половых различий по индексу коморбидности Лазебника не выявлено ($p > 0,05$); с возрастом — у пациентов 16-21 года при ДСТ ($n=67$), индекс Лазебника $M \pm SD = (5,63 \pm 2,80)$ в сравнении с пациентами контрольной группы ($n=13$), $M \pm SD = (1,77 \pm 1,64)$, достоверно больше в 4,5 раза ($p < 0,0001$).

Достоверные различия значений индекса стоматологической коморбидности (ИСК) определяются: между группами с ДСТ ($n=239$), — $M \pm SD = (5,40 \pm 1,60)$, в сравнении с контрольной группой — ($n=71$), — $M \pm SD = (4,06 \pm 1,79)$ заболеваний, ($p < 0,0001$); между подгруппами с основными фенотипами ДСТ в сравнении с контрольной группой ($p < 0,0001$); между пациентами с выраженной ДСТ в сравнении с подгруппой с легким течением ДСТ ($p < 0,001$), а также в сравнении с контрольной группой ($p < 0,0001$); между пациентами-сверстниками из основной в сравнении с контрольной группой (большие значения ИСК, $p < 0,0001$).

При сопоставлении индексов Лазебника и стоматологической коморбидности в контрольной группе выявлена положительная корреляция между искомыми параметрами ($R = + 0,57$); при ДСТ аналогичных корреляций не прослеживается. Данное обстоятельство может свидетельствовать о различии этиологических факторов и возможности развития изолированных форм заболеваний на фоне ДСТ.

Заключение

Таким образом, различия индекса Лазебника исследуемых пациентов определялись, в большей степени, ДСТ, характером течения и возрастом, и, соответственно, типом старения, в меньшей степени фенотипом (чаще, элерсоподобным), а также полом внутри группы ДСТ. Влияние пола и возраста отражается на значениях искомого индекса (Лазебника) в исследуемых группах по-разному.

На индекс стоматологической коморбидности повлияли наличие, течение ДСТ, возраст пациентов.

В отсутствии ДСТ выявляется средняя по силе корреляция индексов коморбидности. При ДСТ корреляции между количественными коморбидности не прослеживаются ввиду различной этиологии возникновения заболеваний и возможности развития изолированных форм на фоне ДСТ.

Список использованной литературы

1. Давыдов, Б. Н. Алгоритм комплексного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей и подростков с хроническим гастродуоденитом / Б. Н. Давыдов, О. А. Гаврилова, К. Е. Ратников // *Стоматология*. — 2013. — Т. 92, № 2. — С. 65–68.
2. The global burden of oral diseases and risks to oral health / D. B. Petersen, D. Bourgeois, H. Ogawa [et al.] // *Bulletin of world health organization*. — 2005. — Vol. 83, N 9. — P. 661–669.
3. The natural history of periodontal disease in man : Risk factors for progression of attachment loss in individuals receiving no oral health care / A. L. Neely, T. R. Holford, H. Lo'e [et al.] // *J. of periodontology*. — 2001. — Vol. 72, N 8. — P. 1006–1015.
4. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs [Электронный ресурс] // *World health organization*. — Электрон. дан. — 2017. — Режим доступа. — http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/ World Health Statistics, 2016, свобод. — Загл. с экрана.

5. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики. Тактика ведения : рос. рекомендации / Л. Н. Аббакумова, В. Г. Арсентьев, С. Ф. Гнусаев [и др.] // Педиатрия. — 2016. — Т. 7, № 2. — С. 5–39.
6. Нечаева, Г. И. Диагностика дисплазии соединительной ткани у лиц среднего и пожилого возраста в практике семейного врача / Г. И. Нечаева, И. А. Викторова, И. Ю. Калинина // Рос. семейный врач. — 2004. — Т. 8, № 2. — С. 47–54.
7. Кадурина, Т. И. Наследственные и мультифакторные заболевания соединительной ткани : учеб. пособие / Т. И. Кадурина ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ГБОУ ВПО «Северо-Запад. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова». — Санкт-Петербург, 2014. — 88 с. — (Медицинское образование).
8. Дисплазии соединительной ткани в кардиологии: доказанное и неизвестное / Н. Я. Доценко, Л. В. Герасименко, С. С. Боев [и др.] // Здравоохранение Чувашии. — 2011. — № 3. — С. 77–81.
9. Нечаева, Г. И. Диагностика дисплазии соединительной ткани у лиц среднего и пожилого возраста в практике семейного врача / Г. И. Нечаева, И. А. Викторова, И. Ю. Калинина // Рос. семейный врач. — 2004. — Т. 8, № 2. — С. 47–54.
10. Викторова, И. А. Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти : дис. ... д-ра мед. наук 14.00.05 / Викторова Инна Анатольевна ; [ГОУ ВПО «Омская гос. мед. акад.».]. — Омск, 2004. — 409 с.
11. Чемоданов, В. В. Дисплазия соединительной ткани в популяции детей / В. В. Чемоданов, Е. В. Буланкина, И. С. Горнаков // Современная технология в педиатрии и детской хирургии : материалы I-го Всерос. конгр., 16–19.10.2002, г. Москва. — Москва, 2002. — С. 114.
12. 168. Пильх, А. Д. Состояние сердца и органов брюшной полости у детей с дисплазией соединительной ткани (клинико-эхографическое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Пильх Анна Даниловна ; [Минздрав СССР ; Первый Моск. мед. ин-т им. И. М. Сеченова]. — Москва, 1989. — 20 с.
13. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей: алгоритмы диагностики. Тактика ведения : проект рос. рекомендаций : разработан комитетом экспертов педиатрической группы «дисплазия соединительной ткани» при рос. науч. об-ве терапевтов / Е. Е. Краснова, Е. Г. Кудинова, И. И. Иванова [и др.] // Мед. вестн. Север. Кавказа. — 2015. — Т. 10, № 1. — 38 с.
14. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики. Тактика ведения : рос. рекомендации / Л. Н. Аббакумова, В. Г. Арсентьев, С. Ф. Гнусаев [и др.] // Педиатрия. — 2016. — Т. 7, № 2. — С. 5–39.
15. Земцовский, Э. В. Малые аномалии сердца и диспластические фенотипы / Э. В. Земцовский, Э. Г. Малев ; ФГБУ Федер. центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова, ГБОУ ВПО «С.-Петерб. гос. педиатр. мед. акад.». — Санкт-Петербург : ИВЭСЭП, 2012. — 160 с.: ил.
16. Кадурина, Т. И. Оценка степени тяжести недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей / Т. И. Кадурина, Л. Н. Аббакумова // Мед. вестн. Сев. Кавказа. — 2008. — Т. 10, № 2. — С. 15–21.