

ВЛИЯНИЕ ПОЛНОГО (ЧАСТИЧНОГО) ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ НА СОСТОЯНИЕ СЛУХА

Овсяник К. В., Коцюра Ю. И.

Белорусский государственный медицинский университет,
Кафедра ортопедической стоматологии
РНПЦ оториноларингологии, г. Минск

Ключевые слова: адентия, снижение слуха, кондуктивные изменения слуха, реабилитация.

Резюме: В данной статье показано влияние частичной либо полной адентии на состояние слуховой системы в зависимости от давности патологического процесса в зубочелюстной системе. Были изучены и проанализированы литературные источники и научные статьи, связанные с данной темой. Также были проведены клинические исследования состояния слуха у пациентов с дефектами зубных рядов при помощи специального оборудования в РНПЦ оториноларингологии.

Resume: This article shows the effects of partial or fully edentulous in the state of the auditory system, depending on the duration of the pathological process in the dentition. They have been studied and analyzed literary sources and scientific articles related to the topic. Also, clinical studies to prove the status hearing was conducted in patients with dentition defects with the help of special equipment in the RSPC of Otorhinolaryngology.

Актуальность. Исследование данной проблемы является актуальным, для того, чтобы показать наглядно важность своевременного выявления, дифференцирования и устранения патологии зубочелюстной системы, чтобы в дальнейшем это не привело к патологии слуха. Описываемая проблема в 16-30% случаев встречается в молодом возрасте, а в целом, людей, страдающих данным недугом, насчитывается 25-65%.

Цель: Наглядно показать влияние полной (частичной) адентии на состояние слуха у пациентов в зависимости от срока отсутствия зубов.

Задачи:

1. Определить процент пациентов, обращающихся за стоматологической помощью в РКСП с полным (частичным) отсутствием зубов, у которых выявлено снижение слуха.

2. Оценить влияние полной (частичной) потери зубов на состояние слуха при помощи аудиометрии и импедансметрии.

3. Наглядно показать важность сотрудничества врачей стоматологов-ортопедов и врачей отоларингологов.

4. Показать пациентам, насколько важно вовремя обращаться за стоматологической помощью при полной (частичной) потере зубов.

Материал и методы. Были изучены и проанализированы литературные источники, а также научные статьи, связанные с тематикой исследовательской работы. Непосредственно проведены клинические исследования врачами стоматологами-ортопедами совместно с врачами отоларингологами с

использованием аппаратурных методов исследования слуха (аудиометра АД-229 и импедансометра АТ-235) у пациентов с частичной (полной) адентией.

Результаты и их обсуждение. После анализа литературных источников, выявлено, что при потере зубов статистически достоверно изменяются параметры, характеризующие нижнечелюстную ямку, суставной бугорок и головку нижней челюсти. Изменения суставных поверхностей при окклюзионно-обусловленных заболеваниях приводят к тяжелой дисфункции ВНЧС, растяжению его капсулы и сдавлению барабанной струны в пределах барабанно-каменистой щели. Также определено, что дисфункция ВНЧС выявляется более чем у половины (62,5%) лиц с дефектами зубных рядов, поскольку отсутствие зубов, либо их разрушение ведёт к снижению межальвеолярного расстояния. Одним из последствий нарушения целостности зубных рядов является смещение головки нижней челюсти кзади, сопровождающееся сдавлением анатомических образований, расположенных в позадисуставном пространстве. Всё это влечёт за собой снижения слуха. По данным клинических исследований существенным фактором, который следует учитывать при подозрении на данную патологию, является состояние зубочелюстной системы. У большинства обследованных имели место значительные дефекты боковых отделов зубных рядов. В зависимости от давности патологического процесса в зубочелюстной системе было выявлено следующее: чем дольше пациент не обращался за стоматологической помощью по поводу лечения дефектов в боковых участках зубной дуги, тем более выраженные кондуктивные изменения выявлялись на аудиограммах, и тем дольше у пациента восстанавливался слух после проведенного рационального протезирования. У одного из пациентов (39 лет), которому на протяжении трёх лет не оказывалась ортопедическая помощь по поводу устранения дефекта зубного ряда (у пациента отсутствовали зубы 1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 2.8, 2.7, 2.6, 2.5), наблюдалось длительное (в течение года) восстановление слуха. Но даже спустя год слух полностью не восстановился. У всех наших пациентов наблюдалось ограничение открывания рта, что подтверждалось «трехфаланговым» тестом. Нарушение вкусовой чувствительности в передних 2/3 языка на стороне болевого синдрома отмечено у одной нашей больной. Один пациент предъявлял жалобы на избыточное слюноотделение. Все это, как известно, проявления нарушенной функции барабанной струны, проходящей через глассерову щель в составе сосудисто-нервного пучка. На субъективные ушные шумы, преимущественно в низко- и среднечастотном диапазоне, предъявляли жалобы все пациенты.

Б-ного С., 35 лет, около полугода беспокоила ноющая боль в правом ухе, в правой половине головы, усиливающаяся при жевательных движениях, ощущение заложенности в правом ухе, ушные шумы, нередко типа щелчков. Отоларинголог поликлиники проводил продувания по Политцеру, пневмомассаж барабанной перепонки, назначал деконгестантные препараты эндоназально, гипосенсибилизирующие средства, УВЧ-терапию на правое ухо, но без заметного эффекта.

При осмотре существенных визуальных отклонений в состоянии ЛОР–органов не выявлено. Аудиометрия: справа незначительное повышение порогов восприятия воздушнопроводенных тонов на частотах 0,125-0,25 кГц, небольшой костно-воздушный интервал в низкочастотной полосе, подтвержденный направлением латерализации костнопроводенных тонов вправо в опыте Вебера камертонально и аудиометрически на частотах 0,25-1 кГц. С этой же стороны выявлен сомнительный результат опыта Бинга, а слева он оказался четко положительным. Спектр субъективного ушного шума определен в частотной полосе 0,25-1 кГц интенсивностью до 30 дБ. Тимпанограммы: справа –тип «Ad», слева –«A». Амплитуда акустических рефлексов внутриушных мышц справа несколько повышена по сравнению с левой стороной, пороги рефлексов–на уровне 80 дБ с обеих сторон.

На основании приведенного можно прийти к заключению о небольшом кондуктивном на рушении слуха справа в сочетании с повышенной возбудимостью нервно-мышечных структур стапедального рефлекса с одноименной стороны, а также с выраженными субъективными и вибраторными ушными шумами. Тимпанометрия у данного пациента свидетельствовала об атрофических изменениях правой барабанной перепонки (комплаенс = 0,80 ml).

Далее было обращено внимание на отсутствие зубов подряд на верхней челюсти справа (1.4-1.8, по классификации ВОЗ). Максимальная ширина полного открывания рта соответствовала двум с половиной межфаланговым суставам. При смыкании челюстей с усилием обследуемый пациент отмечал повышение интенсивности субъективного ушного шума и болей в правом ухе. При жевательных движениях кпереди от козелка справа прослушивался шум, напоминающий скрежет. Возникло предположение о дисфункции ВНЧС, преимущественно справа, вследствие частичной адентии с нарушением прикуса. Больной был направлен к стоматологу.

Спустя 4 мес. после протезирования зубов и ортодонтических занятий боли прекратились, исчезли болезненные проявления ушного дискомфорта. Слуховая функция нормализовалась, исчезла латерализация костнопроводенных тонов в опыте Вебера. Акустические рефлексы внутриушных мышц стали более симметричными. Однако атрофические изменения барабанной перепонки оказались более выраженными: комплаенс повысился до 1,07 ml.

При аудиометрическом исследовании у большинства обследуемых были выявлены незначительно выраженные кондуктивные нарушения, преимущественно в низкочастотной зоне, подтвержденные направлением латерализации костнопроводенных тонов в более пораженную сторону при камертональном и аудиометрическом тестах Вебера, а также отрицательным, реже –сомнительным тестом Бинга (при четко положительном его значении на относительно интактной стороне). Лишь в одном наблюдении нарушение слуха носило смешанный кондуктивно-сенсоневральный характер.

При импедансометрии регистрировались тимпанограммы исключительно типа «A» и его варианты («Ad», редко «As»). Примечательно, что у этих лиц с

синдромом Костена ни разу не были зарегистрированы тимпанограммы типа «В» или «С», которые могли бы достоверно свидетельствовать о значительном нарушении вентиляционной функции слуховой трубы. Поэтому те нерезко выраженные нарушения слуха кондуктивного характера, которые имели место у наших больных с синдромом Костена, скорее можно объяснить дисциркуляторными проявлениями в сосудистой системе среднего уха с отеком мукопериоста, вызванными раздражением либо сдавлением сосудисто-нервного пучка в глассеровой щели.

Основной особенностью тимпанограмм при данной патологии оказалось значительное повышение комплаенса на наиболее пораженной стороне (тип «Ad» по S. Jerger). Данное явление было отмечено у 4 лиц. Подобные формы тимпанограмм, как известно, служат проявлением дистрофических изменений барабанной перепонки. Мы рассматриваем данный факт, как следствие длительного угнетения трофической функции симпатического барабанного сплетения, сопровождающего сосудисто-нервный пучок в глассеровой щели.

Следующей характерной особенностью нарушения слуховой функции при синдроме Костена следует считать гипорефлексию, а в отдельных наблюдениях – и полную арефлексию с наиболее пораженной стороны при исследовании акустических рефлексов внутриушных мышц. Лишь у одного пациента с давностью заболевания не более полугода была выявлена слегка повышенная амплитуда акустических рефлексов на стороне преимущественного поражения. Можно предположить обратную зависимость между продолжительностью раздражения нервных элементов сосудисто-нервного пучка в глассеровой щели, с одной стороны, и амплитудой акустических рефлексов – с другой. Надо полагать, при более длительном течении заболевания повышенная в начальном периоде возбудимость затем сменяется торможением акустических рефлексов.

Через несколько месяцев после ортопедического лечения и ортодонтической реабилитации у ряда больных отмечено восстановление нарушенных ранее акустических рефлексов внутриушных мышц. Атрофические изменения барабанной перепонки при этом выявляются более стабильными.

Подводя итоги приведенным клиническим и аудиологическим фактам, приходим к выводу: дисфункция ВНЧС (синдром Костена) сопровождается существенными нарушениями нормального функционирования слуховой системы и является поэтому пограничной патологией. Отсюда следует, что только объединение совместных усилий стоматологов и отоларингологов в этой области позволяет успешно решать вопросы своевременной диагностики и оказания адекватной лечебно-реабилитационной помощи при данном заболевании.

Выводы:

1. Процент пациентов, обратившихся за ортопедической помощью в РКСП, у которых была выявлена патология слуха при частичной адентии, составил 65%.
2. Аппаратурные методы исследования доказали негативное влияние адентии на слух.

3. Наглядно показана важность сотрудничества врачей стоматологов-ортопедов с врачами отоларингологами.

4. Обращено внимание пациентов на важность своевременного обращения за ортопедической помощью.

Литература

1. Данилова М.А. Аномалии зубных рядов: доклиническая диагностика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [Текст] / М.А. Данилова, П.В. Ишмурзин // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2008. - Т. 7, № 4. - С. 34-36.

2. Герасимова Л. П. Методы медицинской визуализации в диагностике дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, связанной с окклюзионными нарушениями [Текст] / Л.П. Герасимова, В.А. Хватова // Маэстро стоматологии. – 2009. - № 33. – С. 92-95., текст.