

# ОКЛЮЗІЙНІ ПОРУШЕННЯ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ВАДАМИ ЛІНГВОМОТОРИКИ НА ФОНІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Циганок О.В., Березій М.В., Новіков В.М.

Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології.

Запорізький державний медичний університет, м Запоріжжя

## Актуальність.

Поліетіологічність патології моторики язика широко висвітлена в різноманітних наукових публікаціях. Порухливість язика може бути обумовлене: 1) патологією центральної, периферичної, вегетативної нервової системи; 2) нервово-м'язовими захворюваннями; 3) нейроендокринною патологією; 4) соматоневрологічними та інфекційними захворюваннями; 5) спадковими хворобами, вродженою аномалією або вадами розвитку. Найбільше звертань пацієнтів з подібними порушеннями зустрічається в практиці лікарів-неврологів. Серед розповсюджених клінічних випадків різними авторами виділяються такі, як дисциркуляторна енцефалопатія, ішемічний стовбуровий інсульт, лакунарний інфаркт, черепно-мозкова травми, пухлини стовбурової локалізації, СНІД, менінгіти, наслідки оперативних втручань в зоні каротидних артерій, аневризма та спонтанне розшарування внутрішньої сонної артерії, бічний аміотрофічний склероз, паркінсонізм. Рідше в літературних джерелах зустрічаються клінічні випадки енцефаліту з над'ядерним ураженням, хвороба Стіла-Річардсона-Ольшевського, педункулярний альтернуючий синдром Вебера, кліщовий енцефаліт, сирингомієлія, ревматоїдний артрит атланта-аксіального з'єднання, синдроми Джексона, Колле-Мартіньї-Гоффмана, Енгла-Штерлінга, хвороба Педжета, онкологічні синдроми, синдром Туретта, есенціальний тремор, міотонія Томсена, параміотонія Ейленбурга.

При цьому причина даних порушень часто знаходиться у компетенції інших лікарських спеціальностей. Серед яких ревматологи, онкологи, ендокринологи, травматологи, стоматологи. Слід зауважити, що аналіз літературних джерел показав, що у практиці лікаря-стоматолога дані про судинний, ендокринний, токсико-алергічний, грибковий, бактеріальний та вірусний етіологічний фактор добре описані та узагальнені. Дані щодо неврологічних етіологічних факторів обмежені чутливими порушеннями серед яких: невралгії, неврити, глосалгії, глосодинії, парестезії. Послідовність діагностики та алгоритми лікування вищезначених патологій на даний час

добре досліджені, ретельно описані та широко впроваджені в практику лікаря-стоматолога.

**Мета дослідження.** Метою дослідження є встановлення ступеню впливу оклюзійних порушень на рухову функцію язика.

**Задачі дослідження.**

- 1) Визначити розповсюдженість оклюзійних порушень у пацієнтів з ознаками патології моторики язика.
- 2) Встановити та класифікувати оклюзійні порушення, що спричиняють лінгвальні моторні аномалії.

**Об'єкт дослідження.** Об'єктом дослідження стали порушення моторики язика у пацієнтів, що звернулись на прийом до лікаря-стоматолога-ортопеда з метою протезування.

Предметом дослідження стала кореляція оклюзійних порушень у вигляді дефектів зубних рядів та вад лінгвомоторики.

До клінічної групи увійшло 50 пацієнтів, що мали ознаки лінгвальних моторних розладів та оклюзійні вади, з якими звернулись на кафедру ортопедичної стоматології з імплантологією ВДНЗУ «УМСА».

Середній вік пацієнтів склав 51 рік.

Контингент контрольної групи (50 чоловік), які не мали оклюзійної та соматичної патології.

Середній вік досліджуваних склав 21 рік.

**Результати досліджень.** Результати клінічних спостережень за групою пацієнтів, що звернулися за стоматологічною допомогою на кафедру ортопедичної стоматології з імплантологією ВДНЗУ «УМСА» вказують на те, що порушення моторики язика можуть бути викликані різноманітними оклюзійними причинами.

Нами було виділено 5 основних груп оклюзійних розладів, що зустрічались у пацієнтів з вадами лінгвомоторики:

- 1) Каріозні руйнування коронок зубів, що спричиняють появу гострих країв емалі, а також, неякісне терапевтичне лікування даних порушень.
- 2) Втрата зубів у наслідок хронічних запальних та дистрофічних процесів у періодонті і, рідко, травми коронкової частини зуба.

- 3) Патологічна стертість зубів.
- 4) Відлом коронкових частин зубів внаслідок некаріозних порушень.
- 5) Ортопедичні конструкції, що не відповідають клініко-лабораторним вимогам.

Серед ознак патології лінгвоторики, у відповідності до модифікованої шкали інсульту NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) [2], що є симптомами її порушень нами були виділені наступні:

- 1) Дизартрія - порушення вимовної сторони мовлення. Це важкий розлад усієї мовленнєвої діяльності. При дизартрії порушується не тільки звуковимова майже усіх груп звуків, але і просодична сторона мовлення: голос, інтонація, темп, ритм.
- 2) Дисфонія - це якісні порушення голосу, які проявляються гнусавістю, осиплістю, захрипністю. Слід зазначити, що дисфонія - неповне порушення голосу, тобто голос присутній, але змінений.
- 3) Дисфагія - насамперед розлад акту ковтання, а також транспортування твердої або рідкої їжі від ротової порожнини до шлунку. Проявляється утрудненням або неможливістю ковтання, болем у момент ковтання, потраплянням їжі або рідини в ніс, гортань, трахею.
- 4) Брадилалія – порушення темпу мови, її загальмованість.

Розповсюдженість симптомів патології моторики язика у пацієнтів з оклюзійною патологією викладена у таблиці 1

Таблиця 1

Розповсюдженість симптомів порушень моторики язика у пацієнтів з оклюзійною патологією

Симптом порушення моторики язика	Симптом відсутній	Слабко виражений симптом	Яскраво виражений симптом
Дизартрія	8	39	3
Дисфонія	29	19	2
Дисфагія	32	16	2
Брадилалія	40	10	0

Із даних таблиці 1 видно, що кількість пацієнтів без проявів дизартрії склала 8 чоловік (16%), зі слабо вираженою дизартрією – 39 (78%) та з яскраво вираженою дизартрією – 3 (6%). Кількість пацієнтів без проявів дисфонії склала 29 чоловік (58%), зі слабо вираженою дисфонією – 19 (38%) та з

яскраво вираженою дисфонією – 3 (6%). Кількість пацієнтів без проявів дисфагії склала 32 чоловік (64%), зі слабо вираженою дисфагією – 16 (32%) та з яскраво вираженою дисартрією – 2 (4%). Кількість пацієнтів без брадилалії склала 40 чоловік (80%), з брадилалією – 10 (20%).

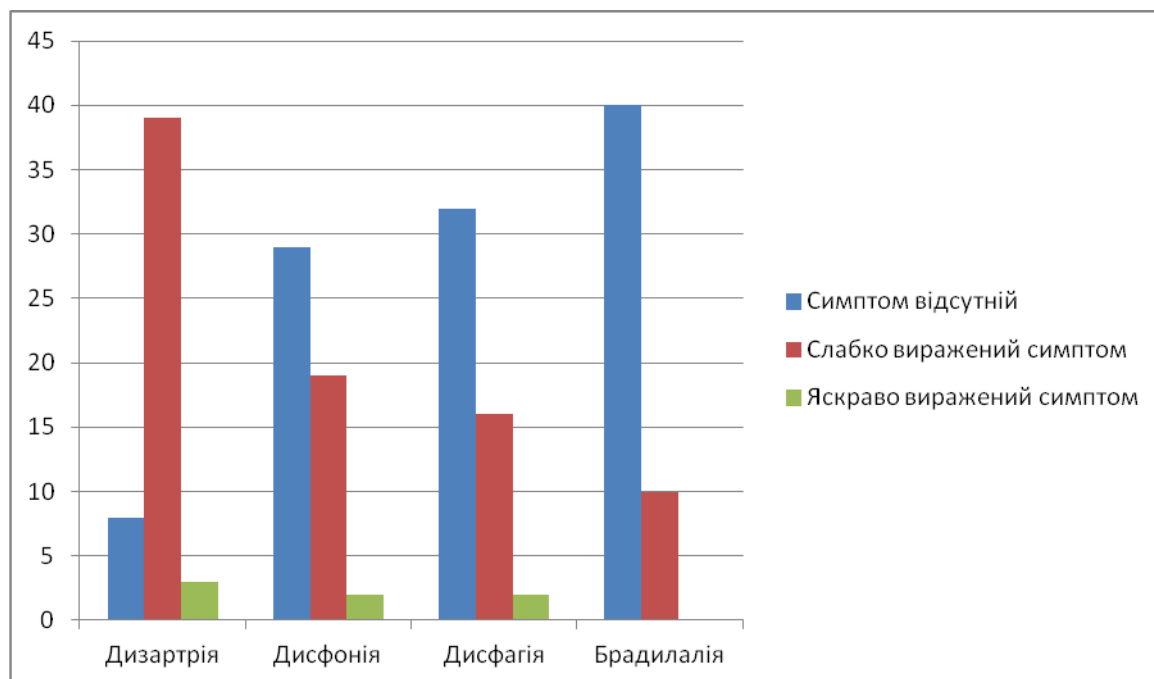


Рис.1 Графік розповсюдженості симптомів порушень моторики язика у пацієнтів з оклюзійною патологією.

Слід зазначити, що у клінічній групі всі пацієнти, мали хоча б один з вищезгаданих симптомів.

Розповсюдженість оклюзійної патології серед пацієнтів з вадами лінгвомотрики наведена в таблиці 2

Таблиця 2

Вид оклюзійного порушення	Кількість пацієнтів
Каріозні руйнування коронок	15
Втрата зубів	7
Патологічна стертість	4
Некаріозні ураження	1
Ортопедичні конструкції, що не відповідають клініко-лабораторним вимогам	23

Із даних таблиці 2 видно, що каріозні руйнування коронок зубів зустрічалися у 15 пацієнтів (30%), втрата зубів у результаті запальних та

незапальних процесів була виявлена у 7 пацієнтів (14%), патологічна стертість діагностована у 4 досліджуваних (8%), не каріозні ураження – 1 пацієнт (2%), ортопедичні знімні та незнімні конструкції, що не відповідають клініко-лабораторним вимогам були виявлені у 23 пацієнтів (46%).

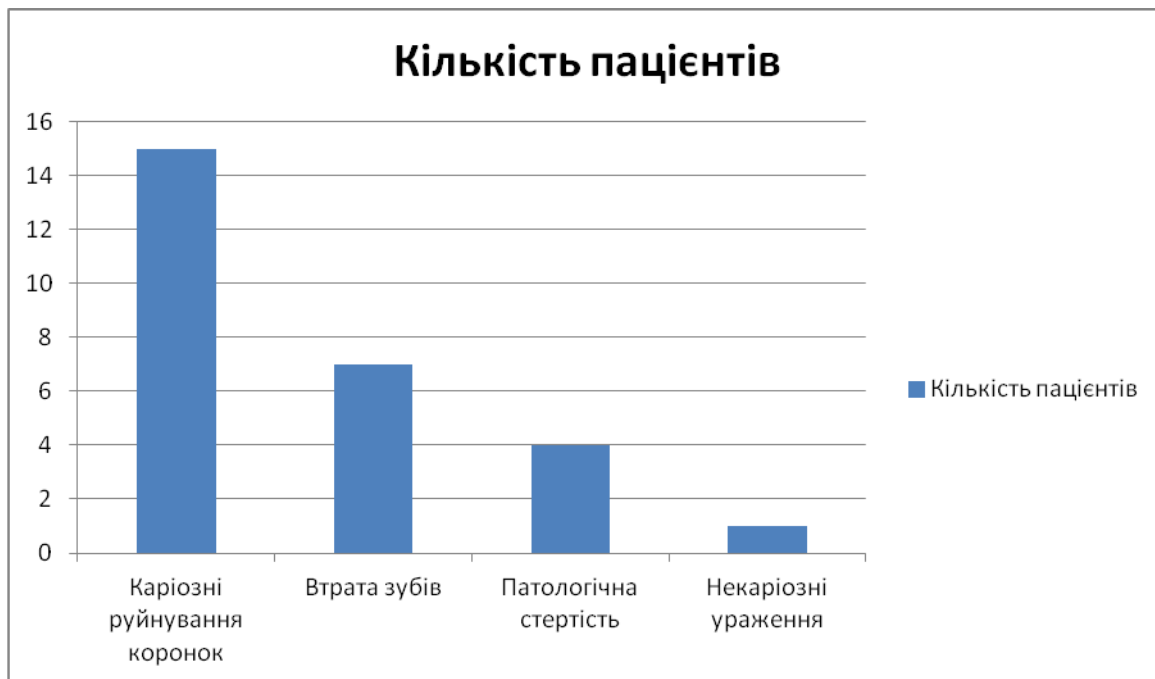


Рис.2 Графік розповсюдженості оклюзійної патології серед пацієнтів з вадами лінгвомоторики.

### Обговорення отриманих результатів.

З отриманих результатів видно, що найбільш частим симптомом порушень лінгвомоторики у пацієнтів з оклюзійною патологією є дизартрія - порушення вимови звуків (84%). Рідше нами виявлялась дисфонія – порушення звучності голосу (42%) та дисфагія – порушення ковтання (36%). Порівняно рідко зустрічався симптом брадилалії – загальмованості вимови (20%). З вищевикладених даних також видно, що пацієнтів з оклюзійною патологією часто зустрічається комбінація декількох симптомів порушень лінгвомоторики.

З виділених авторами оклюзійних порушень, що є факторами порушень лінгвомоторики найбільш розповсюдженими виявились ортопедичні конструкції, що не відповідають клініко-лабораторним вимогам (46%), що на нашу думку зумовлено специфікою лікарського прийому та віком пацієнтів (в середньому 51 рік). В той же порівняно розповсюдженим фактором патології моторики язика були виявлені, як каріозні ураження зубів, що призвели до появи гострих країв емалі, так і їх неякісне терапевтичне лікування (30%). Рідше зустрічались патологічна стертість зубів, втрата зубів та не каріозні

ураження дентину та емалі (24%). З викладених даних видно, що комбінація факторів оклюзійної патології, що викликають порушення моторної функції язика у даної групи досліджуваних не зустрічалась.

**Висновок.** З викладених вище даних можна зробити висновок, що у абсолютної більшості досліджуваних були діагностовані симптоми порушення лінгвотрики серед яких найбільш частим було порушення вимови (84%). Характерним є комбінація симптомів розладу моторики язика у досліджуваних. Оклюзійна патологія у досліджуваних має високий ступінь різноманітності і тому потребувала розбиття на групи, серед яких найбільш часто зустрічались такі оклюзійні фактори порушення лінгвотрики, як неякісні ортопедичні конструкції, терапевтичне лікування низького рівня та відсутність належного стоматологічного лікування.