

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполухин О. И., Сивков А. В., Бешлиев Д. А., Солнцева Т. В., Комарова В. А. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // Экспериментальная и клиническая урология. – 2010. – № 1. – С. 4–11.
2. Броди Стивен А. Мужское бесплодие и окислительный стресс: роль диеты, образа жизни и пищевых добавок // Андрология и генитальная хирургия. – 2014. – № 3. – С. 33–41.
3. Воронина Л. П., Полунина О. С., Севостьянова И. В., Кудряшева И. А., Кагин А. В., Сердюков В. Г. Влияние оксидативного стресса на микросудистый эндотелий при бронхиальной астме // Астраханский медицинский журнал. – 2013. – Т. 8. № 2. – С. 54–57.
4. Дубинина Е. Е., Бурмистров С. О., Ходов Д. А., Порохов И. Г. Окислительная модификация белков сыворотки крови человека, метод ее определения // Вопросы медицинской химии. – 1995. – Т. 41. – С. 24–26.
5. Колесникова Л. И., Гребенкина Л. А., Толпыгина О. А., Курашова Н. А., Долгих М. И., Дашиев Б. Г. Окислительный стресс при бесплодии у мужчин репродуктивного возраста // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2011. – № 5. – С. 76–79.
6. Никифоров О. А., Ломейко Е. А., Ломака С. В., Лавыш И. А. Мужское бесплодие: актуальные вопросы физиологии, этиопатогенеза и диагностики нарушений репродуктивной системы у мужчин // Запорожский медицинский журнал. – 2014. – Т. 85. № 4. – С. 69–76.
7. Полунина В. А., Воронина Л. П., Севостьянова И. В., Полунина О. С., Перова Н. Ю. Влияние оксидативного стресса на линейные размеры правых отделов сердца при бронхиальной астме // Астраханский медицинский журнал. – 2015. – Т. 10. № 2. – С. 72–79.
8. Полунина О. С., Ахминеева А. Х., Воронина Л. П., Севостьянова И. В., Полунина Е. А. Перекисное окисление липидов при сочетанной респираторно-кардиальной патологии // Астраханский медицинский журнал. – 2014. – Т. 9. № 2. – С. 74–80.
9. Полунина О. С., Воронина Л. П., Севостьянова И. В. Роль оксидативного стресса в развитии дисфункции эндотелия при бронхиальной астме // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 5. – С. 127–131.
10. Семенов А. В., Божедомов В. А., Сотникова Н. Ю., Теодорович О. В. Репродуктивная функция мужчин при хроническом бактериальном простатите: клинические и иммунологические аспекты // Проблемы репродукции. – 2010 (специальный выпуск). – С. 280–281.
11. Ткачук В. Н. Современные методы лечения больных хроническим простатитом: Пособие для врачей. – СПб: ИнформМед, 2000. – 46 с.
12. Agarwal A., Said T. M. Oxidative stress, DNA damage and apoptosis in male infertility: a clinical approach // BJU int. – 2005. – Vol. 95 (4). – P. 503–507.
13. Aitken R. J., De Jullis G. N. On the possible origins of DNA damage in human spermatozoa // Mol. hum. reprod. – 2010. – Vol. 16 (1). – P. 3–13.

Поступила 26.12.2015

**К. Г. СЕФЕРЯН¹, С. Д. ГРИШЕЧКИН¹, М. С. ГРИШЕЧКИН¹,
Е. В. ИЖНИНА¹, В. Ю. СКОРИКОВ¹, Н. Ю. СЕФЕРЯН², М. Д. ПЕРОВА³**

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. 8-918-483-30-83. E-mail: KGSefer@gmail.com;

²НОЧУ ВПО «Кубанский медицинский институт», Россия, 350015, г. Краснодар, ул. Буденного, 198;

³Краснодарский центр пародонтологии и дентальной имплантологии, Россия, 350078, г. Краснодар, ул. Тургенева, 203

Целью исследования явилось повышение эффективности профилактики дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) у людей пожилого и старческого возраста путем разработки и реализации новых подходов в санитарном просвещении в рамках создания и внедрения программы «Профилактика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста». Для решения поставленных задач было обследовано 86 пациентов от 60 до 83 лет: 25 пациентов, у которых симптомы заболеваний ВНЧС обнаружены в результате их обращаемости с жалобами на затрудненность пережевывания пищи, эстетическую неудовлетворенность, и 61 пациент, которые были направлены на консультацию гнатолога врачами другого профиля в рамках программы «Профилактика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста».

Ключевые слова: программа профилактики, геронтологический прием.

**K. G. SEFERYAN¹, S. D. GRISHECHKIN¹, M. S. GRISHECHKIN¹,
Ye. V. IZHINA¹, V. Yu. SKORIKOV¹, N. Yu. SEFERYAN², M. D. PEROVA³**

**IMPORTANCE OF IMPLEMENTATION DISEASE PREVENTION PROGRAMS
TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN ELDERLY AND SENILE**

¹*Department of orthopedic stomatology Kuban state medical university Russian ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4; tel. 8-918-483-30-83. E-mail: KGSefer@gmail.com;*

²*Kuban medical institute,*

Russia, 350015, Krasnodar, Budennogo str., 198;

³*Krasnodar center of periodontology and Implant dentistry,
Russia, 350078, Krasnodar, Turgeneva street, 203*

The aim of the study was to increase the effectiveness of prevention of dysfunctional states of the temporomandibular joint (TMJ) in elderly and senile age by developing and implementing new approaches to health education as part of the creation and implementation of the program «Prevention of diseases of the temporomandibular joint in elderly and senile». To achieve the objectives were examined 86 patients from 60 to 83 years: 25 patients with symptoms of diseases TMJ found as a result of uptake with complaints of difficulty in chewing, aesthetic dissatisfaction, and 61 patients who were sent for consultation gnathology doctors another profile under the program "Prevention of diseases of the temporomandibular joint in elderly and senile."

Key words: prevention program, gerontology reception.

Введение

Не так важно прибавлять годы к жизни, как жизнь к годам!

В Краснодарском крае 45% населения – это люди пожилого возраста; 35% – пациенты старческого возраста, и больше 67% из них нуждаются в рациональном протезировании. В особом внимании на стоматологическом приеме нуждаются пациенты пожилого и старческого возраста, обратившиеся в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на боль в области ВНЧС, жевательных мышцах, головные боли, хруст, щелканье в суставах, смещение нижней челюсти и др.

Чтобы качественно и полноценно оценить состояние здоровья пациентов преклонного возраста, необходимо не только правильно определить стоматологическую патологию, но и учитывать возрастные физиологические изменения организма и изменения в психике пожилого человека [2]. У людей преклонного возраста постепенно изменяется мотивация к жизни, и немаловажным фактором здесь является отсутствие необходимости ежедневно трудиться, выполнять принятые на себя обязательства, чистить зубы, лечить и вовремя протезироваться и др. Ведущими потребностями в пожилом и старческом возрасте становятся телесные потребности, потребность в безопасности и надежности [4].

При окклюзионно-артикуляционном дисфункциональном синдроме (ОАДС) кроме наличия нарушения окклюзии нередко отмечается и нарушение соотношения элементов ВНЧС (при снижающемся прикусе, латеропозиции и дистальных сдвигах нижней челюсти). Организация и проведение лечебно-диагностических мероприятий при дисфункциях ВНЧС и жевательных мышц пациен-

там старше 60 лет осуществляются, как правило, без учета возрастных особенностей организма человека. В то же время у людей пожилого и старческого возраста имеются возрастные морфофункциональные особенности органов и тканей жевательного аппарата, которые необходимо учитывать при выполнении им диагностических и реабилитационных стоматологических мероприятий. В 70–89% случаев дисфункциональная патология ВНЧС и жевательных мышц является обычным функциональным нарушением. На распространенность этой патологии влияют условия и образ жизни, возраст пациентов, состояние их жевательного аппарата и другие факторы [3]. Окклюзионные факторы являются одними из основных причин, приводящих к нарушению функции ВНЧС и жевательных мышц [5]. Они приводят к неправильным движениям нижней челюсти, нарушают физиологическую активность мышц челюстно-лицевой области, вовлекают в патологический процесс все органы зубочелюстной системы, тем самым развивается симптомокомплекс, характерный для синдрома болевой дисфункции [1].

Целью нашего исследования явилось изучение возрастных особенностей, морфологических и функциональных изменений зубочелюстной системы у пациентов преклонного возраста, а также усовершенствование способов раннего выявления заболеваний ВНЧС у людей пожилого и старческого возраста.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. В рамках комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний разработать новые подходы в санитарном просвещении людей пожилого и старческого возраста.

2. Разработать и подготовить к изданию учебно-методические пособия для врачей – участников проведения комплексной программы профилактики заболеваний ВНЧС.

3. Разработать методику организации и проведения семинаров для врачей-стоматологов и врачей общей практики.

4. Оценить уровень информированности людей пожилого возраста о заболеваниях ВНЧС при реализации профилактической программы.

Анализ причин обращений пожилых пациентов и пациентов старческого возраста к стоматологу-ортопеду показал, что большинство пациентов с дисфункцией ВНЧС обращаются в клинику в экстренном порядке с болью в ВНЧС, после длительного безрезультативного лечения у других врачей (оториноларингологов, психотерапевтов, невропатологов, терапевтов и др.), или эти заболевания выявляются случайно, при обращении пациентов в стоматологические поликлиники и кабинеты для лечения и протезирования зубов, а не с целью профилактических осмотров.

Диагностику и лечение пожилых пациентов и пациентов старческого возраста с окклюзионно-артикуляционным дисфункциональным синдромом ВНЧС мы проводили на базе кафедры ортопедической стоматологии Кубанского государственного медицинского университета и в стоматологической поликлинике КубГМУ с 2010-го по 2015 год.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач настоящего исследования было обследовано 86 пациентов пожилого возраста. В это число вошли 25 относительно здоровых людей в возрасте от 60 до 83 лет – контрольная группа, из них 10 мужчин и 15 женщин с ортогнатическим прикусом, не предъявляющих жалоб со стороны ВНЧС, и с качественно восстановленными зубными рядами – группа здоровых людей (по стоматологическому статусу).

В основную группу вошел 61 пациент в возрасте от 60 до 83 лет, из них 38 женщин и 23 мужчины с окклюзионно-артикуляционным дисфункциональным синдромом ВНЧС, которым проводили диагностику данного заболевания с применением традиционных методов обследования – общеклинических и специальных: компьютерной томографии височно-нижнечелюстных суставов, ЭМГ (электромиография) собственно жевательных и височных мышц в состоянии покоя и при функциональных нагрузках, изучение диагностических моделей, окклюзиографии.

Основную группу мы разделили на несколько подгрупп. В первую основную подгруппу мы выделили пациентов, которые самостоятельно

обращались в клинику ортопедической стоматологии с болью в области ВНЧС без окклюзионных нарушений, во вторую подгруппу вносили пациентов, обратившихся с осложнениями после хирургических стоматологических манипуляций (сложные удаления моляров). В третью подгруппу мы внесли пациентов с осложнениями после неправильного протезирования несъемными ортопедическими конструкциями, а четвертую подгруппу – осложнения после протезирования съёмными ортопедическими конструкциями. Лечение включало в себя санацию полости рта, выравнивание окклюзионной плоскости, миогинастику, рациональное протезирование, и, главным образом, всем пациентам основной группы были назначены миорелаксанты и седативные препараты.

Во всех подгруппах мы проводили диагностику окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома с применением современных методов обследования: компьютерной томографии (КТ) ВНЧС в боковой проекции, внеротовой регистрации движений нижней челюсти, ЭМГ собственно жевательных и височных мышц в состоянии покоя и при функциональных нагрузках, изучения диагностических моделей, окклюзиографии.

В основной группе выявлены симптомы, характерные для различных нозологических форм заболеваний ВНЧС и внесуставной патологии: боли в височно-нижнечелюстном суставе, жевательных мышцах, ушах, верхней и нижней челюстях; локальные и с иррадиацией в различные отделы головы и шеи; шумовые явления в суставе, возникающие в разные периоды опускания нижней челюсти; уменьшение или увеличение амплитуды открывания рта, девиация, дефлексия; заложенность и шум в ушах. При осмотре выявлены дефекты и деформации зубных рядов, суперконтакты, изменения положения суставных головок в суставных ямках. На рентгенограммах выявлено отсутствие или наличие морфологических изменений элементов сустава, на электромиограммах – нарушение деятельности жевательных мышц.

Для систематизации этих симптомов по нозологическим формам нами использована известная классификация Ю. А. Петросова (1996), так как она наиболее полно отображает процессы, происходящие в элементах сустава и в жевательных мышцах с ортопедической точки зрения.

В первой подгруппе симптомами заболевания являлись боли в жевательных мышцах местного характера, усталость при жевании и парафункции жевательных мышц, шумовые явления в суставе. При объективном исследовании выявлялись ограничение открывания рта, повышенный тонус, смещение нижней челюсти в стороны при открывании рта. У обследованных выявлено

уменьшение амплитуды боковых движений на 29,3% и сагиттальных движений нижней челюсти на 36,0% по сравнению с контрольной группой. Однако если врач просил больного попытаться с силой проводить движения, то амплитуда смещения увеличивалась, приближалась к норме, но при этом появлялась боль в жевательных мышцах.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенных ЭМГ исследований свидетельствовали о спонтанной активности мышц во время покоя; повышении биоэлектрической активности (БЭА) при максимальном сжатии челюстей, более выраженной в собственно жевательных мышцах, менее – в височных; быстрой утомляемости мышц при жевании, отсутствии четкой смены залпов биоэлектрических потенциалов (БЭП) и БЭА, асинхронности в работе жевательных мышц, увеличении коэффициента «К».

При помощи КТ ВНЧС установили отсутствие деструктивных изменений в хрящевой и костной ткани. В положении «рот закрыт» суставные головки занимают срединное положение в суставных ямках. В положении «рот открыт» – располагаются на средней трети ската суставного бугорка, что соответствует открыванию рта на 20–35 мм. Полученные результаты являются характерными признаками больных с нейромускулярным дисфункциональным синдромом ВНЧС.

Во второй подгруппе результаты проведенных исследований свидетельствовали о том, что критериями диагностики ОАДС являлись: боли и шумовые явления в суставе, ограничение амплитуды открывания рта. Ограничение амплитуды боковых и сагиттальных движений нижней челюсти в контакте с зубами-антагонистами было меньше нормы на 17,3%, в то время как с минимально разобщенными зубными рядами амплитуда меньше нормы всего на 8,2%. Вынужденная привычная окклюзия, скачкообразные движения, девиации и дефлексии также характерны для данной патологии. Снижение БЭА собственно жевательных и височных мышц при максимальном сжатии и жевании, отсутствие морфологических изменений на КТ, односторонняя или двусторонняя дислокация суставной головки при закрытом рте подтверждают диагноз окклюзионно-артикуляционного синдрома ВНЧС.

В третьей подгруппе основными клиническими проявлениями вывиха внутрисуставного диска являлись шумовые явления в суставе; внезапное блокирование движений нижней челюсти и ноющая боль, возникающая при этом. Ограничение открывания рта со смещением в сторону пораженного сустава, щелканье в середине открывания рта являлись признаками, характерными для вывиха внутрисуставного диска. Амплитуда движений нижней челюсти в контакте с зубами-

антагонистами и с минимально разобщенными зубными рядами в здоровую сторону была меньше нормы на 28%, а в больную – всего на 11%, вперед – на 24%, что является дифференциально-диагностическим признаком данного заболевания. У больных с вывихом диска в анамнезе обязательно присутствовало «заклинивание» или «блокировка» сустава, при которых происходило неправильное смыкание зубов.

В четвертой подгруппе щелканье в суставе с одной стороны, со смещением нижней челюсти в здоровую сторону при максимальном открывании рта; двустороннее щелканье с зигзагообразным смещением нижней челюсти; ноющая боль, возникающая при этом; болезненная пальпация сустава и жевательных мышц являлись характерными признаками привычного вывиха и подвывиха височно-нижнечелюстного сустава.

На основании проведенного морфологического исследования можно сделать вывод, что целостность зубных рядов обеспечивает сохранность структур височно-нижнечелюстного сустава. С большой долей вероятности можно считать, что патологические изменения в височно-нижнечелюстном суставе возникают и развиваются на основе нарушений их кровоснабжения из наружных сонных артерий. Лечение больных с ОАДС ВНЧС было направлено на устранение болевого синдрома, избирательное пришлифовывание зубов, устранение вынужденной окклюзии, назначение щадящей диеты, ограничения движений, миогимнастики. В более поздние сроки изготавливали временные протезы, каппы, проводили ортодонтическое лечение, физиотерапевтические процедуры, массаж, миогимнастику, а в последующем – рациональное протезирование с восстановлением межальвеолярной высоты.

На основании клинического обследования 125 больных можно сделать вывод, что причиной ОАДС ВНЧС является нарушение функциональной окклюзии вследствие восстановления коронковой части зубов с помощью пломб без учета их анатомической формы; вторичных деформаций окклюзии; снижения межальвеолярной высоты; глубокого прикуса, осложненного дефектами зубных рядов; протезирования и ортодонтического лечения, которое проводилось без выравнивания окклюзионной плоскости. Полное выздоровление больных с ОАДС наблюдали у 88,8% человек. У 8,8% больных с давностью заболевания более 3 лет нормализация окклюзионных взаимоотношений не привела к полному выздоровлению. Не смогли пользоваться съемными протезами 2,4% больных с двусторонними концевыми дефектами, поэтому межальвеолярная высота удерживалась у них лишь на несъемных конструкциях.

Лечение заключалось в санации полости рта, выравнивании окклюзионной плоскости, массаже

жевательных мышц, миогимнастике, растирании мазями в области ВНЧС, содержащими змеиный или пчелиный яд, рациональном протезировании. Полученные цифровые данные обработаны на компьютере методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента с достоверностью $p < 0,05$ и $p < 0,01$.

Этиологическими факторами окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома у обследованных пожилых пациентов и пациентов старческого возраста являлись: потеря жевательных зубов, снижающийся прикус, латеральный сдвиг нижней челюсти, глубокий травматический прикус, дистальный сдвиг нижней челюсти, ошибки протезирования, травма, сложные удаления жевательных зубов и мн. др. Постоянная микротравма ВНЧС, обусловленная нарушением окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, снижением высоты нижней трети лица, одновременным отсутствием жевательных зубов, приводила к хроническим заболеваниям ВНЧС.

Клиническая картина поражений ВНЧС у пациентов преклонного возраста с окклюзионно-артикуляционным дисфункциональным синдромом была разнообразна и зависела от различных факторов: причины, вызвавшей заболевание, состояния зубочелюстной системы (вида прикуса, величины и топографии дефекта зубных рядов, состояния пародонта и др.), возраста пациента, общесоматических заболеваний, психического статуса пациентов. Психическое состояние человека – очень важный фактор, порой игнорируемый врачами-стоматологами. Возникновение психологических проблем между врачом-стоматологом и пожилым пациентом обусловлено в первую очередь различиями их взглядов на болезнь, а также предопределено социальными ролями. Пациента волнует субъективное переживание боли на момент обращения, а врач ищет объективные признаки заболевания. При выборе плана лечения пожилых пациентов с дисфункциями ВНЧС в клинике ортопедической стоматологии необходимо подходить индивидуально к каждому конкретному случаю и обязательно находить мотивацию к тактике ведения пациента.

Серьёзной проблемой, с которой сталкиваются стоматологи-ортопеды при лечении паци-

ентов преклонного возраста, являются дегенеративные изменения в костной структуре ВНЧС, обусловленные как общими причинами (сопутствующие заболевания, применение различных лекарственных препаратов), так и местными факторами (отсутствие зубов, повышенная стираемость, ошибки протезирования, заболевания пародонта, плохая гигиена полости рта и др.). Осложнениями вышеперечисленного являлись появление симптомов окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома ВНЧС.

Средняя продолжительность жизни современного человека значительно выше, чем его предков, и это означает, что пожилой и старческий возраст превращается в самостоятельный и достаточно продолжительный период жизни со своими социальными и психологическими особенностями [4]. Эти демографические тенденции приводят также к увеличению значимости роли пожилых и старых людей в общественной, политической, культурной жизни общества и требуют анализа сущностных характеристик развития человека в этом периоде жизни. Доктор медицинских наук И. Давыдовский говорил, что опыт и мудрость всегда были функцией времени. Они остаются привилегией взрослых и пожилых. Мы уверены, что своевременно выявленные окклюзионно-артикуляционные нарушения у людей преклонного возраста положительно отразятся на клинико-психологических аспектах геронтологического приёма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баданин В. В., Дергилев А. П. Магнитно-резонансная томография в стоматологии // Российский стоматологический журнал. – 2001. – № 5. – С. 40–44.
2. Иорданишвили А. К. Геронтостоматология. – Москва: изд-во «Человек», 2015. – 214 с.
3. Кузнецов С. В. Клиническая геронтостоматология. – Москва: изд-во МИА, 2013. – 240 с.
4. Тимачева Т. Б. Характеристика аспектов стоматологического здоровья // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии». – Волгоград, 2008. – № 1. Т. 65. – 346 с.
5. Хватова В. А. Клиническая гнатология. – Москва, 2005. – 295 с.

Поступила 22.01.2016