

ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Л.Н. Солдатова¹, Г.А. Рыжак¹, А.К. Иорданишвили²

¹ Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН,

г. Санкт-Петербург

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,

г. Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

В работе представлены отдаленные результаты ортодонтического лечения людей пожилого и старческого возраста. Ортодонтическая помощь применялась для устранения у людей пожилого и старческого возраста аномалий положения зубов и зубных рядов, перемещения зубов при лечении частичной адентии, а также при комплексной стоматологической реабилитации и лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Сделан вывод о целесообразности широкого применения ортодонтической помощи при стоматологической реабилитации людей пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: геронтостоматология, люди старших возрастных групп, ортодонтическая помощь, патология височно-нижнечелюстного сустава, пародонтит, дефекты зубных рядов, стоматологическая реабилитация.

ORTHODONTIC TREATMENT ELDERLY PEOPLE

L.N. Soldatova¹, G.A. Ryzhak¹, A.K. Iordanishvili²

SUMMARY

The paper presents long-term results of orthodontic treatment the elderly and senile age. Orthodontic care is used to eliminate people elderly anomalies of the teeth and dental arches, tooth movement in the treatment of partially edentulous, as well as comprehensive dental rehabilitation and treatment of disorders of the temporomandibular joint. The conclusion about whether widespread use of orthodontic care for dental rehabilitation of elderly.

Key words: gerontostomatology, people of older age groups, orthodontic care, pathology of the temporomandibular joint, periodontitis, dental defects, dental rehabilitation.

ВВЕДЕНИЕ

Современная медицинская наука и практическое здравоохранение уделяют большое внимание совершенствованию оказания специализированной помощи людям пожилого и старческого возраста, что направлено на повышение качества их жизни [1,6].

Это обусловлено демографической особенностью настоящего времени, которая охватывает практически весь мир,- увеличение доли пожилых и старых людей. Этот объективный процесс является одной из важнейших проблем начала XXI века [4]. По данным Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам в настоящее время в мире насчитывается почти 700 миллионов людей старше 60 лет. К 2050 году лиц старше 60 лет будет около двух миллиардов, и они составят более 20% населения земного шара [1]. Учитывая данное обстоятельство, мировое сообщество готовится к грядущим переменам. Мадридский международный план действий по проблемам старения и Политическая декларация, принятые на 2-ой Всемирной ассамблее по проблемам старения в апреле 2002 г., поставили перед мировым сообществом в качестве ключевой проблемы задачу создания общества для людей всех возрастов [1].

В Российской Федерации в настоящее время проживает 31,7 млн. человек старше 60 лет. Доля этой популяционной группы в структуре всего населения с 1989 года возросла с 15% до 21%. При этом в некоторых субъектах Российской Федерации она достигает до 28% от общей численности населения региона. Увеличение доли старшего поколения в демографической структуре России полностью соответствует общемировым тенденциям и требует принятия масштабных безотлагательных комплексных решений административного, юридического, экономического, медицинского, социального и культурного характера.

Изменение структуры населения меняет область задач врачей-стоматологов, делая задачи повышения качества оказания стоматологической помощи и повышения качества жизни людей пожилого и старческого возраста одними из приоритетных [1,4].

Состояние полости рта отражает возрастные изменения и здоровье человека, его экономический статус [2]. Это предопределяет необходимость интегрального подхода к пожилому человеку, так как кроме стоматологических проблем, необходимо учитывать общесоматический статус, и социально-экономические факторы, влияющие на здоровье пожилого человека, тем более что в старших возрастных группах значительно выше не только заболеваемость, но и количество заболеваний внутренних органов у каждого пациента [2,7]. В среднем, при обследовании людей пожилого и старческого возраста, определяется 3-5 болезней [3,5]. И закономерно, что патологические и адаптационные процессы в полости рта у пациентов с отягощенной соматической патологией будут иметь свои особенности, неблагоприятно влияющие на результаты стоматологической реабилитации.

Многофакторность воздействия внутренней и внешней среды диктует необходимость обобщенного видения и целостного подхода к человеку, использования многоаспектных диагностических и лечебных мер. Это означает целостность подхода не только к больному органу, но и к больному человеку в комплексе его экологических, социально-психологических и нравственных проблем.

Сотрудники отдела возрастной клинической патологии Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук на протяжении многих лет решают научно-прикладные вопросы по стоматологической реабилитации пациентов с мультиморбидными состояниями.

Изучение факторов, определяющих реабилитационный потенциал стоматологических пациентов пожилого и старческого возраста с мультиморбидными состояниями показало, что прогностически значимыми при планировании реабилитационных мероприятий являются медико-социальные и общесоматические характеристики пациентов в совокупности с показателями стоматологического статуса. Наличие тесных корреляционных взаимоотношений между медико-социальными, общесоматическими и стоматологическими показателями предопределяет необходимость рассмотрения системного гомеостаза у пациентов с коморбидной патологией при проведении лечения людей старшей возрастной группы, страдающих стоматологическими заболеваниями.

Проблема оказания ортодонтической помощи людям старшей возрастной группы практически не обсуждается в научной и научно-популярной медицинской печати. На наш взгляд, это связано с социально-экономическими соображениями. Учитывая высокую стоимость современных методов ортодонтического лечения, а также то, что эти лечебно-профилактические мероприятия не попадают в список оказываемых за счет бюджетных средств, практически ортодонтическая помощь людям пожилого и старческого возраста в настоящее время не оказывается или проводится исключительно в частных стоматологических клиниках и кабинетах за счет средств пациентов.

Согласно нашим представлениям, оценка критериев здоровья людей старших возрастных групп должна быть интегральной. Она должна учитывать не только степень их физической подвижности, социальную активность, остроту зрения, слуха, но и показатель сохранившихся зубов, и их функциональной ценности. На наш взгляд, последний показатель весьма важен. Это связано с тем, что нарушение целостности

жевательного аппарата и его функции приводит к снижению качества жизни пожилых и старых людей, что отрицательно влияет на процесс их социальной адаптации.

Поэтому, на этапе амбулаторной помощи людям пожилого и старческого возраста со стоматологической патологией важное место должны занимать новые подходы к оказанию им имеющейся современной стоматологической помощи. Это необходимо в аспекте формирования в стоматологических поликлиниках специализированных отделений геронтостоматологической помощи и планированию в них не только лечебно-профилактической работы, но и динамического наблюдения за закрепленным контингентом. Безусловно, в такой работе большое значение будут иметь мероприятия по применению ортодонтических методов лечения в комплексной стоматологической реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста.

В настоящей работе мы проанализировали результаты наших клинических наблюдений за стоматологическим лечением людей пожилого и старческого возраста с применением им ортодонтического лечения. Это и явилось **целью** настоящего клинического исследования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 56 (12 мужчин и 44 женщины) человек в возрасте от 61 до 77 лет, которым в процессе стоматологической реабилитации было использовано ортодонтическое лечение. Исходя из задач, которые ставились при проведении ортодонтической помощи людям пожилого и старческого возраста, они были разделены на 3 группы. В 1-ой группе, которую составили 16 (3 мужчины и 13 женщин) человек, ортодонтическое лечение применялось как самостоятельный вид оказания стоматологической помощи и осуществлялось этим пациентам после проведения им общесанационных мероприятий. Такой подход был обусловлен состоянием у них жевательного аппарата. Эти пациенты имели естественные зубы или единичные включенные дефекты зубных рядов протяженностью в 1-2 зуба. Поэтому целью ортодонтического лечения было исправление аномалий положения зубных рядов, которое возникло у этих пациентов за счет заболеваний пародонта или частичной утраты зубов. Во всех случаях применялась современная ортодонтическая техника, а именно брекет-системы и ортодонтические миниимплантаты. С их помощью исправляли положение зубов и зубных рядов, а также добивались смещения зубов для устранения включенных дефектов зубных рядов (рис. 1).



А)



Б)

Рис. 1. Ортодонтическое исправление аномалий зубных рядов: а) исходная клиническая картина; б) установленная брекет-система на зубы верхней челюсти

У людей 2-ой группы, которую составили 29 (5 мужчин и 24 женщины) ортодонтическое лечение применялось в комплексной стоматологической реабилитации пациентов перед ортопедическим лечением (рис. 2).



Рис. 2. Ортодонтическая подготовка перед рациональным протезированием зубных рядов

3-ю группу составили 11 (4 мужчины и 7 женщин) у которых на этапе перед зубным протезированием были выявлены заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), сопровождающиеся снижением высоты нижней трети лица из-за утраты естественных зубов или в связи с повышенной стираемостью их твердых тканей, требующие дополнительного обследования и ортодонтического лечения (рис. 3).



Рис. 3. Снижение высоты прикуса из-за утраты естественных зубов

Для планирования ортодонтического лечения пациентам изготавливали контрольные модели, проводили их изучение по общепринятым методикам в ортодонтии, а также проводили рентгенологическое исследование жевательного аппарата с помощью ортопантомографии, телерентгенографии. С их помощью изучали морфометрический индекс ВНЧС, а также параметры изменения соотношения челюстей в пространстве черепа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ортодонтическое лечение пациентов 1-ой группы продолжалось 1,5-2 года. После его завершения у всех 16 человек получен хороший эстетический результат. Кроме того, у всех пациентов удалось переместить естественные зубы для замещения ими имеющихся в зубных рядах дефектов небольшой протяженности. В результате такого лечения удалось добиться хорошего функционального результата и повышения жевательной эффективности у людей пожилого и старческого возраста, которые входили в 1-ую группу. У всех пациентов этой группы были установлены ретейнеры, для профилактики рецидивирования стоматологической патологии.

Продолжительность ортодонтического лечения у людей 2-ой группы составила 1- 2 года. Это было связано с наличием у них воспалительных заболеваний пародонта, чаще хронического генерализованного пародонтита средней или тяжелой степени тяжести, что не позволяло применять те же силы, что и у людей молодого и среднего возраста. Кроме того, у 9 пациентов 2-ой группы хронический генерализованный пародонтит осложнился не только всеобщим расхождением зубов верхней и нижней челюсти, но и снижением межальвеолярного расстояния. Решение этой проблемы также было осуществлено за счет использования ортодонтического лечения. Завершалось ортодонтическое лечение у больных 2-ой группы зубным протезированием и, при необходимости, дополнялось

использованием ретейнеров. У всех 29 человек этой группы по завершению стоматологической реабилитации отмечен хороший функциональный и эстетический результат лечения.

У пациентов 3-ей группы, после их дообследования и установления диагноза в связи с заболеванием ВНЧС, были изготовлены назубные каппы на нижнюю челюсть у 9 человек и разобщающие прикус пластинки – у 2 человек. Цель применения этих ортодонтических лечебных аппаратов состояла в нормализации межальвеолярного расстояния и эстетического центра челюстей, что является обязательным и неотъемлемым подготовительным мероприятием перед проведением таким пациентам зубного протезирования. Всем пациентам этой группы определяли индекс дисфункции до и после завершения лечения, а также рассчитывали эффективность проведенной терапии с помощью ранее разработанных нами методик []. У всех пациентов 3-ей группы был получен хороший результат как в лечении патологии ВНЧС, так и ортопедического лечения. Подчеркнем, что пациенты трех групп находились под нашим динамическим наблюдением от 2,5 до 4 лет.

Приведем несколько клинических примеров.

Пример 1. Больной М., 69 лет, обратился с жалобами на щелканье в ВНЧС при открывании рта, чувство дискомфорта в области ВНЧС и боковых поверхностей лица. При объективном обследовании диагностировали незначительную асимметрию лица за счет гипертрофии собственно жевательной мышцы справа, девиацию нижней челюсти при открывании рта, болезненность при пальпации, а также шумовые явления (щелканье) в области ВНЧС слева, которые сопровождали движения нижней челюсти.

Прикус ортогнатический. Дефекты зубных рядов замещены несъемными зубными протезами. После дополнительного рентгенологического и лабораторного исследования выставлен диагноз «Дисфункция ВНЧС». Больному было рекомендовано: 1. Ограничивать широкое открывание рта при разговоре и еде; 2. Придерживаться двухстороннего жевания; 3. Использовать подбородочно-теменной повязки во время сна; 4. Выполнять миогимнастику по И.С. Рубинову (1970) в виде дозированных упражнений открывания и закрывания рта без выдвижения нижней челюсти в течение 3-5 минут 3 раза в сутки.

Положительный лечебный эффект от использования комплекса функциональной терапии наступил через 4 недели. Звуковые феномены в области ВНЧС исчезли, что было подтверждено с помощью электронного фонендоскопа-стетоскопа.

Рецидива болевых ощущений и патологических звуковых феноменов в области ВНЧС не отмечено при динамическом наблюдении за больным в течение 18 месяцев.

Пример 2. Больная Е., 62 лет, обратилась с жалобами на хруст в ВНЧС, который проявлялся во всех фазах движения нижней челюсти, а также тупую умеренную боль в ВНЧС справа, в основном, по утрам. Боль появилась спустя 3 месяца после возникновения первых признаков хруста, который пациентка отмечала уже на протяжении года. При объективном обследовании выявили незначительную асимметрию лица, за счет гипертрофии собственно жевательной мышцы слева, болезненность при пальпации ВНЧС справа, девиацию нижней челюсти при открывании рта до 2,2 мм, хруст ВНЧС, который сопровождал открывание рта и боковые движения нижней челюсти, что было зарегистрировано с помощью электронного фонендоскопа-стетоскопа.

Прикус ортогнатический. Дефекты зубных рядов на верхней и нижней челюсти II класса по Кеннеди (отсутствуют моляры и премоляры). При рентгенологическом исследовании выявлены признаки склерозирующего артроза (склероз кортикальных поверхностей и сужение суставной щели с обеих сторон). Патологических изменений при лабораторных исследованиях (клинический и биохимический анализы крови, определение ревматоидного фактора, СРБ) не выявлено. Поставлен диагноз «вторичный височно-нижнечелюстной артроз I стадии (стадия начальных проявлений)». Больной рекомендовали: 1. Ограничить широкое открывание рта; 2. Провести зубное протезирование концевых дефектов зубных рядов обеих челюстей; 3. Придерживаться двухстороннего жевания; 4. Использовать подбородочно-теменную повязку во время сна; 5. Принимать капсулы кетанола по 50 мг: по 1 капсуле утром и днем и 2 капсулы вечером в течение недели; 6. Выполнять миогимнастику по И.С. Рубинову в течение 3-5 минут 3 раза в день; 7. Электрофорез 10% йодида калия на область ВНЧС справа; на курс 10 сеансов.

Положительный лечебный эффект от использованного больной комплекса лечебно-профилактических мероприятий наступил через неделю (исчезли боли в области ВНЧС), а исчезновение патологических звуковых феноменов (хруста) в области ВНЧС наступило через 15 дней (до зубного протезирования), что было подтверждено с помощью электронного фонендоскопа-стетоскопа.

Зубное протезирование завершено через месяц после окончания комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Рецидива болевого синдрома и патологических звуковых феноменов в течение года не отмечено.

Пример 3. Пациентка Л., 61 года, обратилась с жалобами на щелканье в области ВНЧС справа и слева при открывании рта, которое беспокоит ее на протяжении 28 месяцев. Также пациентка жалуется на умеренную боль в ВНЧС слева, особенно по утрам. При объективном обследовании выявили незначительную болезненность при пальпации ВНЧС слева, хруст ВНЧС, который сопровождал открывание рта и боковые движения нижней челюсти, что было зарегистрировано с помощью электронного фонендоскопа-стетоскопа. Прикус дистальный (II класс Энгля), щель по сагиттали 6 мм, сужение верхней челюсти, скученность зубов во фронтальном отделе нижней челюсти, частичная вторичная адентия на нижней челюсти (отсутствуют 36 и 46 зубы).

Диагноз: Дисфункция ВНЧС справа и слева.

Больной было рекомендовано: 1. Ограничить широкое открывание рта при разговоре и еде; 2. Придерживаться двухстороннего жевания. Лечение: Ортодонтическое лечение проводилось на несъемной аппаратуре (брекет-система Damon Q, производства ORMCO, США). С целью коррекции прикуса по сагиттали были удалены 14 и 24 зубы, установлены 2 винтовых миниимплантата («VEKTOR TAS», США) в области между корнями 15 и 16; 25 и 26 зубов. Продолжительность ортодонтического лечения составила 19 месяцев. После ортодонтического лечения включенные дефекты зубных рядов на нижней челюсти были замещены мостовидными металлокерамическими протезами. Для предупреждения появления рецидива зубочелюстной аномалии и разгрузки ВНЧС пациентке была изготовлена двучелюстная силиконовая каппа для ношения во время сна и в свободное время днем. Положительный лечебный эффект наступил через 1 месяц от начала комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Исчезновение патологических звуковых феноменов в области ВНЧС произошло через 3 месяца, что было подтверждено с помощью электронного фонендоскопа-стетоскопа. Рецидива болевого синдрома и патологических звуковых феноменов не отмечалось в течение 13 месяцев после завершения ортодонтического лечения и зубного протезирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты динамического наблюдения за применением ортодонтического лечения у людей старших возрастных групп при стоматологической реабилитации или перед зубным протезированием показало их высокую эффективность. Кроме того, нахождение людей пожилого и старческого возраста под динамическим наблюдением позволяло на протяжении всего периода наблюдения поддерживать в хорошем состоянии индивидуальную гигиену полости рта, своевременно направлять пациентов к

стоматологу-терапевту или пародонтологу для лечения зубов или купирования воспалительных заболеваний пародонта. Таким образом, широкое использование ортодонтической помощи людям старшей возрастной группы может существенно улучшить состояние их жевательного аппарата и повысить качество их жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арьева Г.Т. Геронтостоматология – объективная реальность / Г.Т. Арьева, А.Л. Арьев // Клиническая геронтология. – 2008. – № 14. – С. 3–8.
2. Дмитриева В.Ф. Пациенты старших возрастных групп на приеме у стоматолога / В.Ф. Дмитриева // Геронтологические проблемы в стоматологии. – В.Новгород: Б.и., 2006. – С. 26–29.
3. Иорданишвили А.К. Стоматологическая артродонтия: Учебное пособие.- СПб.:Нордмедиздат, 2005.-42 с.
4. Хавинсон В.Х. Предисловие / В.Х.Хавинсон //Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста / А.К.Иорданишвили, Л.Н.Солдатова, Г.А.Рыжак. – СПб.:Нордмедиздат, 2011.– С. 5–6.
5. Caughey G.E. Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia / G.E. Caughey [et. al] // BMC Public Health, 2008. – Vol. 8. – P. 221.
6. Douglass C. Balancing dental service requirements and supplies: epidemiologic and demographic evidence. / C. Douglass, A. Furino. – J. Amer. Dent assoc., 1990. – Vol. 5 (121) – P. 587–592.
7. Seligman D.A. Analysis of occlusal variables, dental attrition, and age for distinguishing healthy controls from female patients with intracapsular temporomandibular disorders / D.A. Seligman, A.G. Pullinger // J. Prosthet. Dent. – 2000. – Vol. 83, № 1. – P. 76-82.