

5. Долгих В. Т. Клиническая патофизиология для стоматолога. – М.: Медицина, 2000. – 195 с.

6. Доменюк Д. А. Сравнительная оценка микробной обсеменённости базисных материалов для ортодонтических аппаратов у детей и подростков / Д. А. Доменюк, И. В. Зеленский, В. А. Зеленский, К. Г. Караков // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2012. – Том XI. № 3 (42). – С. 48–51.

7. Доменюк Д. А. Оценка микроциркуляции в тканях протезного ложа при использовании съёмной ортодонтической аппаратуры у детей и подростков / Д. А. Доменюк, Л. Э. Порфириадис, И. В. Зеленский, Е. Н. Иванчева, С. И. Рисованный // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 3 (132). – С. 52–56.

8. Забросаева Л. И. Биохимия слюны / Л. И. Забросаева, Н. Б. Козлов. – Смоленск: Наука, 1992. – 45 с.

9. Леонтьев В. К. О мицеллярном состоянии слюны / В. К. Леонтьев, М. В. Галиулина // Стоматология. – 1991. – № 5. – С. 17–20.

10. Лифшиц В. М. Биохимические анализы в клинике / В. М. Лифшиц, В. И. Сидельникова. – М.: Медицина, 2001. – 302 с.

11. Петрищев Н. Н. Патофизиология слюноотделения: Учебно-методическое пособие для студентов. – СПб: Медицина, 1993. – 35 с.

12. Радкевич А. А. Оценка адаптации к ортопедическим стоматологическим конструкциям у детей и подростков / А. А. Радкевич, В. Г. Галонский // Сиб. мед. журн. – 2009. – № 3. – С. 82–87.

13. International organization for standardization. ISO 1567:1999 dentistry-denture base polymers. Geneva: International organization for standardizations. – 1999.

14. Merida-Velasco J. A. Development of the human submandibular salivary gland / J. A. Merida-Velasco, I. Sanchez-Montesinos, J. Espin-Ferra // J. dent res. – 2003 – Vol. 72. № 8. – P. 1227–1232.

15. Tandler B. Structure of mucous cells in salivary glands // Microsc. res. techn. – 2003. – Vol. 26. № 6. – P. 49–56.

16. Vanden Abbeele A. The influence of different fluoride salts on fluoride-mediated inhibition of peroxidase activity in human saliva / A. Vanden Abbeele, P. Courtois, M. Pourtois // Archives of oral biology. – 2005 Aug. – № 40 (8). – P. 695–698.

Поступила 02.09.2012

Е. Н. ЖУЛЕВ¹, В. Д. ТРОШИН², А. А. АЛЕКСАНДРОВ¹

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ

¹Кафедра ортопедической стоматологии

ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,
Россия, 603005, г. Нижний Новгород, ул. Минина, 20. E-mail: ortstom@gma.nnov.ru;

²кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики,
Россия, 603126, г. Нижний Новгород, ул. Родионова, 190. E-mail: nevrology@gma.nnov.ru

В статье рассматривается влияние стоматологического ортопедического лечения на качество жизни больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Рассматривается адаптация больных к съёмным протезам в зависимости от стадии цереброваскулярной патологии. Указывается клиническая симптоматика дисциркуляторной энцефалопатии в процессе динамического наблюдения.

Ключевые слова: качество жизни, цереброваскулярная патология, ортопедическое лечение.

E. N. JULEV¹, V. D. TROSHIN², A. A. ALEXANDROV¹

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ZEREBRO VASCULAR PATHOLOGY AND LOSS OF TEETH

¹The department of orthopedic stomatology

GOU VPO Nizhny Novgorod state medical academy,
Russia, 603005, Nizhny Novgorod, str. Minin, 20. E-mail: ortstom@gma.nnov.ru;

²department of neurology, neurosurgery and medical genetic,
Russia, 603126, Nizhny Novgorod, str. Rodionova, 190. E-mail: nevrology@gma.nnov.ru

The quality of life of patients zerebro-vascular pathology and partial loss of teeth. The article examines the impact of dental care orthopedic treatment on quality of life of patients with vascular diseases of the brain. Discusses the adaptation of the patients to the removable prosthetics, depending on the stage of the zerebro-vascular pathology. Specifies the clinical symptomatology of discirculatory encephalopathy in the process of dynamic observation.

Key words: quality of life, zerebro vascular pathology, orthopedic treatment.

Введение

Сосудистые заболевания головного мозга – одна из ведущих причин инвалидности и смертности как в России, так и во всем мире. По мнению экспертов ВОЗ, проблема цереброваскулярной патологии явля-

ется чрезвычайно важной, ее существенное влияние на уровень здоровья населения всего мира будет последовательно нарастать и в дальнейшем. При этом выявлено преобладание в структуре сосудистой патологии головного мозга проявлений хронической

недостаточности кровоснабжения мозга и увеличения ее распространенности с возрастом [2, 3]. Кроме того, в последние годы все большее внимание уделяется качеству жизни этой категории больных, когда пациент не всегда может рассчитывать на исцеление. Перспектива же вернуться к активной жизни в социальном и экономическом отношении иногда является более важной для больного, чем наличие хронического заболевания [4, 5, 6, 7].

Частичное или полное отсутствие зубов зачастую не только приводит к снижению жизненно необходимых функций (жевание, речевая функция), но и существенным образом влияет на социально-психологическую сферу пациента, которая детерминирована в социальном плане. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, включая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование [1].

Цель исследования – изучение влияния стоматологического ортопедического лечения на качество жизни больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

Материалы и методы исследования

Обследовано и проведено лечение 120 больным в двух группах: 1-я группа – 65 больных с начальной формой сосудистого поражения головного мозга (энцефалопатия 1-й стадии). 2-я группа – 55 больных с выраженной формой сосудистого поражения головного мозга (энцефалопатия 2-й стадии). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц с частичной потерей зубов. Все больные получали ортопедическое лечение с применением частичных съёмных протезов. Неврологический диагноз ставился на основании данных истории болезни, обследования невролога, краниальной доплече-

сы неврологического и стоматологического профилей (всего 31 вопрос).

Для ответов на вопросы больным предоставлялись пять критериев ответа: 1. Очень не удовлетворен, 2. В основном не удовлетворен, 3. Ни да, ни нет, 4. В основном удовлетворен, 5. Вполне удовлетворен.

Результаты и обсуждение

Средний возраст лиц контрольной группы составил 25–35 лет, не предъявляли жалоб и считали себя практически здоровыми. 75% от общего числа лиц группы составили женщины. В полости рта индекс КПУ составил в среднем 2–3, состояние гигиены оценивалось с помощью гигиенического индекса ОНI-S (J. Greene, J. Vermillion, 1969), и оценивалось как хорошее. У лиц контрольной группы отсутствовала цереброваскулярная патология.

В первой группе больных с дисциркуляторной энцефалопатией первой стадии ведущими субъективными проявлениями заболевания были: цефалгический синдром, вестибулярно-атактический и астено-невротический синдромы. В большинстве случаев имелось сочетание 2–3 синдромов. В 100% наблюдений обнаруживались нейродинамические нарушения разной степени выраженности в виде снижения работоспособности, замедления темпа выполнения заданий, истощаемости, колебаний внимания, что оценивалось как легкие когнитивные расстройства. У подавляющего большинства пациентов этой группы определялся благоприятный тип течения дисциркуляторной энцефалопатии. У 30 пациентов имелось два и более сопутствующих заболевания. Никто из пациентов с первой стадией дисциркуляторной энцефалопатии не являлся инвалидом по заболеванию.

Во второй группе больных ведущими жалобами пациентов были: головные боли, головокружения и неустойчивость, слабость в конечностях вследствие

Таблица 1

Возрастные и половые особенности больных с дисциркуляторной энцефалопатией в группах

Пол, возраст и номер группы	1-я группа	2-я группа
Мужчины (40–60 лет)	17 больных	12 больных
Женщины (40–60 лет)	30 больных	8 больных
Мужчины (60–80 лет)	6 больных	15 больных
Женщины (60–80 лет)	12 больных	20 больных

рографии сосудов головного мозга. Стоматологический диагноз ставился на основании изучения стоматологического статуса и панорамной рентгенографии челюстей. У всех больных проведены сбор данных анамнеза жизни и заболевания, жалоб, измерение АД на руках, оценка неврологического, соматического и стоматологического статусов, получены данные исследования качества жизни до ортопедического лечения и спустя месяц и три месяца после ортопедического лечения.

Среди общего числа больных из первой и второй групп 63 обследовались амбулаторно, без проведения курса сосудистой терапии. 57 больных обследовались после проведенного им общего лечения в 1-м неврологическом отделении областной клинической больницы имени Семашко.

Исследование качества жизни проводилось с помощью анкеты, которая включала в себя вопро-

гемипареза – снижение памяти и умственной работоспособности – у 55 больных (100%). При исследовании когнитивного статуса помимо нейродинамических нарушений, имевшихся у всех пациентов, у 12 больных (20%) обнаруживались расстройства таких высших корковых функций, как речь, гнозис, праксис. У 15 пациентов определялся неблагоприятный тип течения дисциркуляторной энцефалопатии (с преходящими нарушениями мозгового кровообращения и/или инсультами в анамнезе). Сопутствующая патология имела у подавляющего большинства пациентов – у 53 из 55, более чем в половине наблюдений – у 36 пациентов (64%) – имелось 2–3 сопутствующих заболевания.

Данные стоматологического статуса больных первой и второй групп представлены в таблице 2.

В таблицах 3 и 4 представлена динамика клинической симптоматики дисциркуляторной энцефалопатии

Стоматологический статус больных в первой и второй группах

Заболевание/группа больных	Первая группа больных	Вторая группа больных
Пародонтит легкой степени тяжести	31	3
Пародонтит средней степени тяжести	9	27
Пародонтит тяжелой степени тяжести	2	12
Кариес и его осложнения	38	49
Полная потеря зубов	8	37
Частичная потеря зубов	43	55
Больные, протезировавшиеся ранее	29	12

Таблица 3

Динамика клинических проявлений дисциркуляторной энцефалопатии до и после ортопедического лечения больных первой группы

Наблюдение	Клиника (число больных)
До ортопедического лечения (больные, не проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 20 Головокружение – 17 Нарушение координации – 12 Снижение зрения – 16 Снижение слуха – 13 Парестезия – 14
До ортопедического лечения (больные, проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 13 Головокружение – 11 Нарушение координации – 5 Снижение зрения – 12 Снижение слуха – 8 Парестезия – 9
1 месяц после ортопедического лечения (больные, не проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 14 Головокружение – 12 Нарушение координации – 8 Снижение зрения – 12 Снижение слуха – 10 Парестезия – 10
1 месяц после ортопедического лечения (больные, проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 6 Головокружение – 3 Нарушение координации – 4 Снижение зрения – 7 Снижение слуха – 3 Парестезия – 5
3 месяца после ортопедического лечения (больные, не проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 10 Головокружение – 9 Нарушение координации – 8 Снижение зрения – 11 Снижение слуха – 9 Парестезия – 8
3 месяца после ортопедического лечения (больные, проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 6 Головокружение – 4 Нарушение координации – 4 Снижение зрения – 7 Снижение слуха – 4 Парестезия – 6

до и после ортопедического лечения. Отмечаются больные, которые получали курс сосудистой терапии.

Таким образом, первую группу составляют: 31 больной, не проходивший курс сосудистой терапии в стационаре и обследовавшийся амбулаторно; 34 больных, прошедших курс сосудистой терапии в стационаре.

Вторую группу также составляют: 32 больных, не проходивших курс сосудистой терапии; 23 больных, которые получали курс сосудистой терапии в стационаре.

После проведенного ортопедического лечения у 44 больных первой группы наблюдались улучшения общего состояния, значительное уменьшение

Динамика клинических проявлений дисциркуляторной энцефалопатии до и после ортопедического лечения больных второй группы

Наблюдение	Клиника (число больных)
До ортопедического лечения (больные, не проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 29 Головокружение – 24 Нарушение координации – 20 Снижение зрения – 24 Снижение слуха – 22 Парастезия – 27
До ортопедического лечения (больные, проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 16 Головокружение – 17 Нарушение координации – 15 Снижение зрения – 13 Снижение слуха – 14 Парастезия – 12
1 месяц после ортопедического лечения (больные, не проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 23 Головокружение – 20 Нарушение координации – 18 Снижение зрения – 19 Снижение слуха – 20 Парастезия – 23
1 месяц после ортопедического лечения (больные, проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 9 Головокружение – 12 Нарушение координации – 10 Снижение зрения – 10 Снижение слуха – 9 Парастезия – 8
3 месяца после ортопедического лечения (больные, не проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 20 Головокружение – 18 Нарушение координации – 15 Снижение зрения – 17 Снижение слуха – 18 Парастезия – 20
3 месяца после ортопедического лечения (больные, проходившие курс сосудистой терапии)	Головная боль – 9 Головокружение – 13 Нарушение координации – 14 Снижение зрения – 12 Снижение слуха – 10 Парастезия – 8

Таблица 5

Адаптация к полным съёмным и частичным съёмным пластиночным протезам больных в зависимости от стадии энцефалопатии

Группа больных / сосудистая терапия больных	Первая группа (количество больных)	Вторая группа (количество больных)
Больные, получавшие курс сосудистой терапии в стационаре	Адаптация: 11 дней – 27 больных; 21 день – 7 больных; 32 дня – 0 больных	Адаптация: 11 дней – 10 больных; 21 день – 12 больных; 32 дня – 1 больной
Больные, не получавшие курс сосудистой терапии в стационаре	Адаптация: 11 дней – 21 больной; 21 день – 9 больных; 32 дня – 2 больных	Адаптация: 11 дней – 7 больных; 21 день – 15 больных; 32 дня – 6 больных

количества жалоб. 45 из 65 пациентов остались довольны своей улыбкой и сообщили, что их способность к пережевыванию пищи выросла. Как показывает анализ анкет качества жизни, 42 больных 1-й группы в целом

довольны и удовлетворены своей жизнью. Исследование когнитивных функций после ортопедического лечения показывает, что у 41 больного выраженность нейродинамических нарушений снизилась, а именно по-

высилась работоспособность, увеличился темп выполнения заданий, улучшилось внимание пациентов. Улучшение качества жизни после ортопедического лечения составило 78% у больных первой группы в сравнении с данными до лечения. Причем максимальный терапевтический эффект лечения дисциркуляторной энцефалопатии в первой и второй группах больных достигался при ортопедическом лечении пациентов, которым проводился курс сосудистой терапии в стационаре.

Во второй группе процент улучшения качества жизни больных после ортопедического лечения составил меньше, чем в первой группе, – 43%. 23 пациента остались довольны своей улыбкой и сообщили о том, что их способность к пережевыванию пищи возросла. Как показывает анализ анкет качества жизни, 22 больных 2-й группы в целом довольны и удовлетворены своей жизнью. У этих 22 больных произошло снижение выраженности нейродинамических нарушений. Общее количество жалоб на головные боли и головокружение снизилось. Причем максимальный терапевтический эффект лечения дисциркуляторной энцефалопатии в первой и второй группах больных достигался при ортопедическом лечении пациентов, которым проводился курс сосудистой терапии в стационаре.

Достаточное внимание уделялось проблеме адаптации к съёмным протезам больных с дисциркуляторной энцефалопатией. Зависимость между адаптацией к съёмным протезам и стадией цереброваскулярной патологии очевидна и представлена в таблице 5. В таблице указывались три средних временных интервала, в отрезке которых происходило привыкание к съёмным протезам: 11, 21 и 32 дня. Из таблицы исключены 4 больных из второй группы, у которых адаптация к съёмным протезам не произошла, вследствие чего эти больные отказались от их использования.

Таким образом, с более высокой стадией сосудистой патологии головного мозга снижается мотивация больного к стоматологическому лечению, в том числе к ортопедическому.

Ортопедическое лечение полной и частичной потери зубов способствует улучшению качества жизни больных с начальными формами недостаточности мозгового кровообращения (1-й стадией энцефалопатии) и у больных с выраженными формами недостаточности кровоснабжения головного мозга (2-й стадией энцефалопатии).

Время адаптации к съёмным протезам у больных с цереброваскулярной патологией зависит от выраженности сосудистых расстройств. Чем выше стадии дисциркуляторной энцефалопатии, тем длительнее протекает адаптация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жулев Е. Н., Трошин В. Д. Ортопедическое лечение частичными съёмными протезами больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга // 10-й Всероссийский съезд неврологов с международным участием: Материалы съезда. – 2012. – С. 74–75.
2. Григорьева А. Н. Влияние кавинтона форте на церебральную гемодинамику и механизмы ауторегуляции мозгового кровотока у больных с хроническими нарушениями мозгового кровообращения / А. Н. Григорьева, М. В. Нестерова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Кораква. – 2009. – № 7. – С. 90–91.
3. Некоторые аспекты нарушения метаболизма у перенесших ишемический инсульт больных / В. М. Шкловский // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 17. – С. 23–27.
4. Dichgans M. Update on the genetics of stroke and cerebrovascular disease / M. Dichgans, R. A. Hegele // Stroke. – 2009. – Vol. 40. № 5. – P. 289–291.
5. Richard A., Deyo M. D., Alf Nachemson, M. D., Ph. D. and Sohail K. Mirza M. D. Spinal-fusion surgery – the case for restraint W N // Eng. j. m. – 2004 – V. 7. – P. 350.
6. Tharin S., Golby A. Functional brain mapping and its applications to neurosurgery // Neurosurgery. – 2007. – V. 60. № 4. – P. 185–202.
7. Tien R. D., Felsberg G. J., Ferris N. J., Osumi A. K. The dementias: correlation of clinical features, pathophysiology and neuroradiology // Amer. j. neuroradiol. – 1993. – V. 161. – P. 245–255.

Поступила 22.08.2012

**В. А. ЗЕЛЕНСКИЙ¹, Д. А. ДОМЕНЮК¹, Ф. С. МУХОРАМОВ¹,
Ф. Ф. МУХОРАМОВ¹, И. В. ЗЕЛЕНСКИЙ¹, С. В. МИНАЕВ², С. И. РИСОВАННЫЙ³**

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ С НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ

¹Кафедра стоматологии общей практики и детской стоматологии
Ставропольской государственной медицинской академии,

Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310, тел. 8-918-870-12-05. E-mail: domenyukda@mail.ru;

²кафедра детской хирургии с курсом ПДО Ставропольской государственной медицинской академии,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310, тел. 8-962-401-78-79. E-mail: fakhriel@mail.ru;

³кафедра стоматологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Кубанонабережная, 52/1,
тел. 8 (861) 262-38-96. E-mail: stomatologia.fpk@qip.ru

Проблема диагностики врожденной и приобретенной деформации лицевого скелета со временем не утратила своей актуальности. В статье представлены результаты ультразвукового исследования мягких тканей и органов в области деформированной нижней челюсти, доплеровского картирования а. facialis у детей в возрасте от 1 года до 18 лет.

Ключевые слова: дети, ультразвуковое исследование, цветное доплеровское картирование, нижняя микрогнатия, а. facialis.