

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ И ГЕРИАТРИИ. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

БРУКСИЗМ У ДЕТЕЙ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Агранович А.О.¹, Агранович О.В.²

¹*Краевая клиническая больница, г. Ставрополь, Россия*

²*Ставропольский государственный медицинский университет,
г. Ставрополь, Россия*

Врачам общей практики (семейной медицины) нередко в своей деятельности приходится сталкиваться с таким феноменом, как скрежетание зубами (бруксизмом). И хотя оно встречается в любом возрасте – чаще всего отмечается у детей. Появление данного симптома нередко ставит перед врачом задачу – является ли это проявлением эпилепсии или проявлением другого заболевания. Однозначного мнения по этому вопросу нет до настоящего времени.

Стоматологи считают это проявлением заболевания полости рта и изменением прикуса [3]. Педиатры и гастроэнтерологи считают это проявлением гастроэрефлюкс-эзофагита. Достаточно прочно бытует мнение о причастности глистной инвазии к феномену скрежетания зубами. Неврологи часто проводят дифференциальную диагностику как предиктора эпилепсии [1]. Неврологами бруксизм причисляется к проявлениям парасомний наравне со снохождением и сногворением, однако не исключается и частное проявление мышечной дистонии. До настоящего времени этот вопрос остается мало изученным и дискуссионным, нет общепринятой научно доказанной точки зрения по вопросу этиологической и патогенетической связи бруксизма с состоянием зубо-челюстной и центральной нервной систем детского организма, а соответственно, нет единого подхода лечения данного заболевания [4, 5, 6].

Несогласованность специалистов, а порой и противоречия в этом вопросе являются причиной позднего начала или неправильного лечения детей с бруксизмом [2]. Бруксизм в запущенной форме сопровождается повышенной стираемостью зубов, их расшатыванием и гиперчувствительностью, а также сильными болями в области височно-нижнечелюстного сустава и лицевых мышц.

Цель исследования: изучение стоматологической проблемы бруксизма и связи её с патологией нервной системы у детей, у которых регистрировалось скрежетание зубами, но родители считали своих детей здоровыми.

Объект и методы исследования. Работа проводилась совместно с детскими стоматологами, изучающими способы коррекции стоматологических проблем бруксизма у детей в детских дошкольных учреждениях, школах и краевой детской клинической больнице г. Ставрополя. Методом анкетирования родителей произведен отбор 86 детей (41 мальчика и 45 девочек) с 5 до 15 лет, страдающих бруксизмом. Всем детям проводилось общеклиническое обследование (общий анализ крови и мочи, ЭКГ и по показаниям биохимические анализы), исследование в нейрофизиологической лаборатории психоневрологического отделения КДКБ (ЭЭГ, видео-ЭЭГ-мониторирование во время сна) и стоматологическое обследование.

Изучение биоэлектрической активности головного мозга проводилось на компьютеризованном электроэнцефалографе-регистраторе «Энцефалан ЭЭГР-19/26» («Медиком МТД»). Оценка биоэлектрической активности головного мозга проводилась в соответствии с общепринятыми методиками, в том числе адаптированными для детского возраста.

Электромиография проводилась на электромиографе «Neuro-rakS1».

Состояние височно-нижнечелюстных суставов у детей с бруксизмом изучено с помощью ортопантомографа РМ 2002 СС фирмы «Planmeca» (Финляндия). Получено 25 рентгенограмм (100 зонограмм) височно-нижнечелюстных суставов. Также изучены 10 рентгенограмм (40 зонограмм) височно-нижнечелюстных суставов 10 практически здоровых детей в возрасте от 10 до 15 лет, имеющих интактные зубные ряды и ортогнатический прикус.

Результаты обследования детей с бруксизмом сопоставляли с контрольной группой, состоящей из 30-ти здоровых детей. Группу здоровых детей составили пациенты отделений (ЛОР, глазного, кардиологического, нефрологического), без патологии нервной системы, а также детских дошкольных учреждений и школ г. Ставрополя.

Анализ результатов обследования показал, что в исследуемых группах бруксизм встречается чаще у девочек (21,1%), чем у мальчиков (13,4%).

Пик бруксизма отмечен в возрасте от 7 до 9 лет – 18,8%. Наименьшее количество детей с бруксизмом (11,2%) было в группе 15-17-летнего периода. В возрастных группах 5-6 лет и 10-14 лет заболеваемость бруксизмом распределилась примерно одинаково и составила 14,8% 13,1% соответственно.

При проведении углубленного анализа анамнеза матерей детей с бруксизмом в большинстве случаев имели место неблагоприятные фоновые состояния (таб.).

Таблица

Неблагоприятные факторы анамнеза у матерей детей с бруксизмом

Неблагоприятные факторы	% от общего количества опрошенных матерей
Предшествующая патологическая беременность (мертворождение, выкидыши, аномалии развития)	1,1%
Беременность данным ребёнком с токсикозом; – 1 половины – 2 половины	62,9%) 14,1%).
Перенесенные инфекционные заболевания во время беременности (ОРВИ, грипп, пневмония и др.)	15,8%
Данная беременность завершилась: – преждевременные роды – «кесарево сечение» – с применением акушерских щипцов	10,2%) 9,8%) 9,4%)
Данный ребенок родился: – переносенным – с травмой шейного отдела позвоночника – внутричерепной родовой травмой – с обвитием пуповины	10,9%) 18,4%) 36,7%) 45,1%).

Из таблицы видно, что большинство матерей, дети которых в настоящее время страдают бруксизмом, имели неблагоприятные факторы во время беременности. Дети с бруксизмом испытали осложнения при рождении с акцентом на нервную систему, в связи с чем 71,4% детей состояли на диспансерном учете у невролога на первом году жизни и 34,3% детей остается под наблюдением на момент проведения исследования. 62 ребенка (72%), страдающих бруксизмом, имеют в анамнезе перенесенные острые заболевания. Более 62% из них приходится на детские инфекции: ветряная оспа – 53,7%, краснуха – 13,6%, корь – 21,6%. Кроме того, отмечаются частые ОРВИ, грипп, острые заболевания бронхо-легочной системы (бронхит, пневмония, фарингит). Хронические заболевания отмечены у 23% детей (хронический тонзиллит, аденоидит, бронхит).

При расспросе детей с бруксизмом выявлено, что основными жалобами были:

- головная боль (63,2%),
- раздражительность (68,6%),
- плаксивость – 49 (42,7%),
- плохой сон (трудность засыпания, частое пробуждение во время сна, сонливость днем, бессоница)- 59,8%.

Стоматологическое обследование показало, что наиболее харак-

терными и типичными клиническими признаками бруксизма у детей и подростков были боли при пальпации собственно жевательных мышц у 63 (72,4%) и височных – у 18 больных (20,8%). У 14 детей (16,7%) наблюдались боли и жевательных, и височных мышц. Боль при открывании и закрывании полости рта и пальпации височно-нижнечелюстного сустава отмечались у 60% детей.

При осмотре полости рта были отпечатки зубов на слизистой оболочке у 90,3% больных: из них у 48 – на щеках, у 29 – на языке, что свидетельствует о повышенном мышечном напряжении.

При обследовании зубов у 27,2% детей наблюдалась горизонтальная форма локализованной патологической стираемости постоянных передних зубов верхней и нижней челюстей, которая носила компенсированный характер. Отмечено, что бруксизм чаще встречался при ортогнатическом и глубоком прикусе (52,4% и 17,7% соответственно).

У 28 (32,0%) больных бруксизм сочетался с аномалиями зубов. Из них у 7 (26,5%) – с аномалиями их положения. Аномалии зубных рядов в виде их сужения наблюдались у 5 (19,0%) больных.

Кроме того, были проанализированы вредные привычки, которые выявлены у детей с бруксизмом. Анализ показал, что у большинства детей бруксизм сочетался с такими вредными привычками, как прикусывание щек – 3,4%, прикусывание языка – 4,1%, прикусывание губ – 4,7%. Наиболее часто отмечались: сосание пальцев – 16,3%, покусывание инородных предметов (авторучек, карандаша, дужек очков) – 24,5%. Но чаще всего встречалось злоупотребление жевательными резинками, на которое указали более половины опрошенных (58,4%).

Анализ возникновения бруксизма в зависимости от времени суток показал, что дневное скрежетание зубами возникает у 47 больных (55,4%), в том числе 32 девочек и 15 мальчиков. Скрежетание ночью отмечено у 31 ребенка (23 девочки и 8 мальчиков), а у 8 (9,1%) детей (4 девочки и 4 мальчика), отмечалось сочетание дневного и ночного скрежета зубами.

Заключение

Таким образом, проведенные исследования показали, что значительное большинство детей с бруксизмом имели в анамнезе неблагоприятные провоцирующие факторы развития неврологической патологии. Их можно рассматривать как экзогенный фактор в этиологии развития бруксизма у детей. У детей с бруксизмом в данном исследовании чаще встречались такие факторы как:

– токсикоз I половины беременности, внутричерепные родовые травмы, перенесенный наркоз, детские инфекционные болезни, стрессовые ситуации и нервное перенапряжение, черепно-мозговая травма. Стоматологические проявления бруксизма, по всей вероятности, являются отражением (проявлением) этих воздействий на ЦНС, в результате чего развивается поражение нервно-мышечного синапса, являю-

щееся ведущим звеном патогенеза бруксизма. Это подтверждает, что в патогенезе парафункций большую роль играет ослабление, а иногда нарушение контроля со стороны ЦНС мышечных сокращений и усилий, которые развивают жевательные или мимические мышцы, а также мышцы языка.

Это в полной мере подтверждается результатами нашего исследования. Электромиографическое исследование у детей и подростков, больных бруксизмом, выявило повышение амплитудных показателей биоэлектрической активности жевательных мышц при максимальном сжатии зубов по сравнению с контрольными данными.

Анализ данных электроэнцефалографического обследования у больных показал, что более, чем у 50% детей регистрировались изменения в виде гиперсинхронизированного основного, чаще альфа-ритма, реже тета-ритма, амплитуда которых превышала 100 мкВ.

В 28,4% случаев отмечался «десинхронизированный» тип электроэнцефалограммы. А также имело место исчезновение альфа-ритма, регистрировался немодулированный бета-ритм 14-17 колебаний в секунду.

Пароксизмальная активность в виде билатеральных дельта-, тета-, альфа- и бета-ритмов активности, отличающихся по амплитуде, частоте и форме от основного ритма, встречалась у 35 чел. (40,4%).

У 24 детей (27,7%) выявлялась эпиактивность в виде безусловно эпипетических феноменов: единичных пиков, острых волн и их серий, комплексов пик-медленная волна, острая – медленная» волна, диффузных или локальных, изолированных или генерализованных.

Вместе с тем, в ряде случаев не исключается первичная роль патологии зубо-челюстной системы (прорезывание постоянных зубов, глубокий прикус, нарушение окклюзии, аномалии отдельных зубов и зубных рядов, вредные привычки стоматологического характера) в развитии бруксизма. Анализ ортопантомограмм большинства больных бруксизмом показал рентгенологические признаки компенсации пародонта зубов к функциональной перегрузке и отсутствие на зонограммах височно-нижнечелюстных суставов рентгенологически видимых изменений костной ткани элементов сустава с их дневным сжатием.

Выводы

1. Данные проведенного исследования показали высокую распространенность бруксизма в детском возрасте, при этом у девочек встречается чаще, чем у мальчиков.

2. В этиологии бруксизма преимущественно имеет место отягощенный неврологический фон и высокая частота различных детских инфекционных заболеваний.

3. Это подтверждается данными электроэнцефалографических исследований, которые показали, что для больных бруксизмом с отягощенным неврологическим фоном характерно повышение активности

медиио-базальных структур головного мозга в сочетании с дисфункцией корково-подкорковых взаимоотношений.

4. Стоматологические проблемы являются вторичными у больных с бруксизмом.

5. Результаты электромиографии и электроэнцефалографии можно считать достоверными диагностическими и прогностическими методами при бруксизме.

6. При выявлении у ребенка бруксизма необходима консультация невролога для определения дальнейшей тактики обследования и лечения.

Литература

1. Агранович О.В. Опыт применения метода Байеса для прогнозирования развития эпилепсии у детей // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья. 2008. Вып. 6. – С. 66-70.

2. Агранович А.О., Агранович О.В. Клинические и нейрофизиологические аспекты бруксизма у детей //Материалы V Конгресса неврологов-эпилептологов ЮФО РФ. – Волгоград, 2012 г. – С. 4-5.

3. Агранович А.О., Карпов С.М. Место и роль бруксизма в диагностике эпилепсии // Клиническая неврология. – 2013 – №3. – С.6-9.

4. Гайдарова Т.А. Механизмы формирования и патогенетические принципы лечения бруксизма. – Дисс. док.мед. наук. – Иркутск, 2003.

5. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. – М.: МИА, 2007. – 563 с.

6. Мухин К.Ю., Петрухин А.С. Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия. – М., 2008. – 224 с.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

**Агранович Н.В.¹, Алботова Л.В.², Теунаева А.А.¹, Пустовой Д.В.³,
Королькова В.И.¹, Филипович Л.А.¹**

*¹Ставропольский государственный медицинский университет,
г. Ставрополь, Россия*

²Городская поликлиника №2, г. Ставрополь, Россия

*³Городская клиническая консультативно-диагностическая поликлиника,
г. Ставрополь, Россия*

Ведущие специалисты в области общественного здоровья и демографической политики во всех развитых странах отмечают постепенное возрастание доли пожилых людей в возрастной структуре населения. В большинстве развитых стран мира группа пожилых и престарелых людей является самой быстрорастущей частью пожилого населения, и это