

ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

М.Ю. Максимова^{1,2}, д.м.н., профессор; Н.А. Рязанцев³,
Е.Н. Анисимова³, к.м.н., доцент

¹ Научный центр неврологии РАМН, Москва

² Кафедра нервных болезней стоматологического факультета ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

³ Кафедра стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Нарушения мозгового кровообращения, обусловленные артериальной гипертензией и атеросклерозом, являются актуальной медицинской проблемой. В этой статье раскрывается широкий круг проблем оказания стоматологической помощи пациентам с нарушениями мозгового кровообращения. Важные в практическом отношении рекомендации включают мониторинг артериального давления, применение минимального количества анестетика, очень низкую концентрацию добавляемого адреналина (1 : 200 тыс.), обеспечение надежной локальной анестезии, контроль болевых ощущений при выполнении стоматологических вмешательств. Лечение антикоагулянтами не является противопоказанием к стоматологическому лечению.

Ключевые слова: нарушения мозгового кровообращения, стоматологическая помощь, соблюдение гигиены полости рта

The actual medical problem is cerebrovascular disease associated with hypertension and atherosclerosis. This article reveals a wide range of issues of dental care in patients with cerebrovascular disease. Important practical recommendations include blood pressure monitoring, the use of a minimum amount of anesthetic, a very low concentration of adrenaline added (1 : 200,000), the provision of reliable local anesthesia, and pain control when performing dental procedures. Anticoagulant treatment is not a contraindication for dental treatment.

Key words: cerebrovascular disease, dental care, oral hygiene adherence

Одна из важнейших проблем здравоохранения — сердечно-сосудистые заболевания. Тяжелейшим осложнением этих заболеваний являются нарушения мозгового кровообращения (НМК). Ежегодно в Российской Федерации переносят инсульт более 450 тыс. человек [1].

Оказание стоматологической помощи (СП) пациентам, перенесшим инсульт, вызывает у стоматологов обоснованную настороженность. Несмотря на достигнутые за последние десятилетия успехи в разработке новых методов диагностики и лечения заболеваний зубов и их тканей, качество стационарной и амбулаторной СП пациентам с НМК во многих учреждениях остается невысоким, что связано с отсутствием стандартов оказания СП этой группе пациентов.

Современные условия социального статуса больных не являются предиктором здоровья полости рта, поскольку ряд наших соотечественников, имея высшее образование, не могут быть однозначно отнесены к категории бла-

гополучного или неблагополучного стоматологического статуса.

Традиционно качество СП оценивается по трем направлениям: структуре, процессу и исходам. Структура включает характеристики средств оказания помощи, в т. ч. материальных ресурсов (приспособлений и оборудования), персонала (его численности, профессиональной квалификации), а также организационные характеристики (методы возмещения расходов, система оценки работы врачей другими врачами). Под процессом подразумеваются характеристики предоставляемой помощи, в т. ч. ее обоснованность, своевременность, адекватность объема, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность. При описании исхода оказанной СП учитывают состояние здоровья зубов пациента, удовлетворенность врачом обслуживанием, возникновение осложнений.

При организации СП лицам с НМК необходимо учитывать существующие в настоящее время периоды постин-

сультного этапа: острый период (первые 3–4 недели); ранний восстановительный период (первые 6 месяцев); поздний восстановительный период (от 6 месяцев до 1 года); период остаточных явлений (спустя год от момента развития инсульта).

Организация СП при острых НМК традиционно делится на госпитальный (стационарный) и амбулаторно-поликлинический этапы. На каждом из них решаются собственные задачи, но вместе с тем они неразрывно связаны в единое целое, что позволяет обеспечивать необходимую преемственность ведения больных.

Основными целями оказания СП в остром периоде инсульта являются: выбор оптимальной лечебной тактики, профилактика висцеральных осложнений. Боль в области лица у больных острыми НМК может быть следствием патологии прикуса, неправильно изготовленных зубных протезов, заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, одностороннего жевания. При осмотре обращают внимание на асимметрию лица, видимые изменения тка-

ней. Снижение массы тела может быть связано с частичной потерей зубов, тяжелым заболеванием периодонта, кариесом или неправильно изготовленными зубными протезами, мешающими жеванию. Легкая асимметрия лица встречается довольно часто. Она бывает при жевании преимущественно на одной стороне, что приводит к односторонней гипертрофии жевательных мышц, различной конфигурации верхней и нижней зубных дуг, различной величине наклона зубов с одной стороны по отношению к другой или при комбинации этих причин. Выраженная асимметрия может свидетельствовать о парезе мимической мускулатуры.

Неприятный запах изо рта, часто сопровождающийся нарушением вкуса, возникает при кариесе, болезнях периодонта. Соблюдение гигиены полости рта зависит от отношения пациента к своему здоровью, его физического, психического состояния и от экономических возможностей. Боль, возникающая при перкуссии зубов шпатель, свидетельствует об осложненном кариесе или заболевании периодонта. При хроническом генерализованном пародонтите зубы становятся подвижными. Кариозный зуб с инфицированной пульпой — потенциальный источник инфекции для окружающей его костной ткани. Слегка надавив на десну шпатель, можно определить, выделяется ли кровь, или экссудат. Основные симптомы гингивита — гиперемия и отек, кровоточивость десен, повышенное слюноотделение и запах изо рта. Предрасполагающие факторы гингивита — несоблюдение гигиены полости рта, физический и эмоциональный стресс, недостаточное питание, переутомление, сахарный диабет, заболевания крови, интенсивное курение. Основные профилактические процедуры — это ежедневное очищение зубов с помощью зубной щетки и зубной нити. Иногда требуются удаление зубного камня, замена и шлифовка нависающих на десну или плохо подогнанных пломб.

Мягкое небо при произношении звука “а” должно симметрично подниматься. Чтобы врач мог осмотреть дно полости рта и нижнюю поверхность

языка, пациент должен дотронуться кончиком языка до мягкого неба. В норме размах движений языка таков, что можно провести его кончиком по поверхности моляров.

Риск инфекционных осложнений увеличивается, если у больного имеются изменения слизистой оболочки рта, гингивит или периодонтит, сопровождающиеся проникновением экссудата из очагов воспаления в системный кровоток.

Височно-нижнечелюстной сустав пальпируется снаружи и со стороны полости рта. При этом определяют болезненность, радиус и плавность движений, конфигурацию мышечковых отростков. В то время как больной открывает рот, можно выявить ограничение движений или боковое смещение нижней челюсти, свидетельствующие о нарушении иннервации тройничного нерва, слабости мышц или патологии прикуса. В норме движения челюсти симметричны, расстояние между передними верхними и нижними резцами при открывании рта составляет 40–50 мм. Причиной затрудненного открывания рта могут быть как суставные, так и внесуставные нарушения. Обследуя височно-нижнечелюстной сустав, обязательно пальпируют жевательные мышцы и мышцы шеи, поскольку ограничение движений нижней челюсти может быть обусловлено как патологией мышц (тризм, миофасциальный синдром), так и заболеваниями сустава (анкилоз, изменения суставного диска). Чрезмерное открывание рта свидетельствует о подвывихе нижней челюсти. Величину и характер движений мышечковых отростков нижней челюсти проверяют следующим образом: мизинцы помещают глубоко в наружные слуховые проходы больного и просят его открывать и закрывать рот. При жалобах на боль в околоушной или лицевой областях, возникающую при жевании, стетоскоп располагают перед ухом пациента, когда тот открывает и закрывает рот. Щелкающий и хлопающий звуки указывают на изменение суставного диска. Скрипучий шум или крипитация свидетельствуют о дегенеративных заболеваниях сустава.

Стоматологическая помощь при острых НМК основывается на своевременной диагностике заболеваний зубов и их тканей. Неотложные стоматологические мероприятия должны включать комплекс обязательных мер, которые проводятся в стационаре после осмотра полости рта. Лечение зубов и их тканей должно выполняться с учетом тяжести, типа и подтипа инсульта.

С одной стороны, неврологу необходимо проконсультировать у стоматолога пациента с НМК и лицевыми болями неясного происхождения, опухолевидными образованиями шеи, причиной которых может быть инфицированный зуб, а также при воспалительном процессе в окологлоточном пространстве, распространяющемся от нижних зубов. Нельзя не учитывать возможного одонтогенного происхождения бактериемии при лихорадке или генерализованной инфекции неясного генеза. С другой стороны, перед проведением обезболивания и стоматологического лечения лицам с НМК стоматолог должен проконсультироваться с неврологом.

Стоматологическая помощь при НМК нередко бывает связана с определенным риском развития осложнений, который можно снизить, если:

1. Отложить лечение до тех пор, пока больной не будет в состоянии переносить связанную с ним травму.
2. Рекомендовать пациентам тщательно соблюдать гигиену полости рта, чтобы не пришлось предпринимать попытки лечить запущенные стоматологические заболевания.

Больные, получающие антитромботическую терапию, должны с особым вниманием относиться к гигиене полости рта и вовремя пломбировать кариозные зубы, для того чтобы предотвратить их удаление. Как правило, лечение зубов — бескровная процедура. Исключение составляют вскрытие полости зуба и удаление измененных тканей; небольшая травма десны во время обработки контактных поверхностей зубов.

Стоматологические вмешательства могут в ряде случаев оказать отрицательное влияние на состояние больных. Удаление зуба, зубного камня или

другие вмешательства, затрагивающие периодонт, вызывают бактериемию. Поэтому пациентам с врожденными или ревматическими пороками сердца либо протезированными клапанами сердца до и после стоматологических вмешательств следует назначать антибиотики. Так же как и при лечении антикоагулянтами, в этих случаях нужно с особой тщательностью следить за состоянием полости рта, вовремя лечить зубы, избегать их удаления, проводить профилактику кариеса и гингивита.

Адреналин, применяемый как сосудосуживающее средство, потенцирующее и продлевающее действие местных анестетиков, может провоцировать мерцательную аритмию и усиливать артериальную гипертензию. Причина в том, что введение адреналина часто производится на фоне уже повышенного (под влиянием беспокойства и страха) уровня этого медиатора. Больным с НМК, испытывающим страх перед стоматологическим вмешательством, необходимо назначать седативные средства и транквилизаторы,

что облегчает лечение. Пациентов с сердечной недостаточностью не следует лечить в положении лежа. У пациентов, получающих антигипертензивную терапию, при резком вставании может развиться ортостатический коллапс.

Если из-за боли, связанной с удалением зуба, затруднен прием пищи, может потребоваться изменение диеты или парентеральное введение жидкости. Не следует проводить за одно посещение удаление и лечение зубов на обеих сторонах челюсти, поскольку могут возникать затруднения, связанные с приемом пищи. При парезе лицевой мускулатуры нарушена санация зубов на стороне пареза. Для профилактики прогрессирования кариеса на этой стороне необходима тщательная гигиена полости рта. При судорожном синдроме показаны только несъемные протезы, чтобы избежать их проглатывания с последующим развитием обструкции дыхательных путей.

Для соблюдения гигиены полости рта при тетраплегии, нарушении координации движений нужна помощь со стороны ухаживающего за больным пер-

сона. Следует иметь в виду, что лихорадка неясного происхождения в таких случаях может быть одонтогенной. Микроорганизмы полости рта проникают в материал съемных зубных протезов и в отсутствие должного уровня гигиены – в подлежащие ткани.

Исследования [20] выявили связь между скоплением зубного налета, зубного камня и заболеланий пародонта, развитием бронхолегочных осложнений у больных, перенесших НМК.

Вполне очевидно, что НМК повышают риск развития осложнений при стоматологических вмешательствах, поэтому большинство исследователей рекомендуют проводить стоматологическое лечение через 6 месяцев с момента НМК [7, 12, 14, 17]. Подобные рекомендации были разработаны для пациентов с инфарктом миокарда. Однако в настоящее время риск развития осложнений не является ограничением для проведения стоматологического лечения уже через месяц после перенесенного инфаркта миокарда [14]. Большинство авторов рекомендуют отложить стоматологи-

15-й Международный Славяно-Балтийский научный форум

13–15 мая
2013 года



Санкт-Петербург – Гастро-2013

В программе:

- 15-я Международная научная конференция «Гастроэнтерологические и гепатологические аспекты врачебной практики»
- Пленум Правления Научного общества гастроэнтерологов России
- Всероссийская научная конференция по вопросам колопроктологии и расширенное заседание Российской группы по изучению воспалительных заболеваний кишечника
- Северо-Западная научная конференция по вопросам гастроинтестинальной эндоскопии
- 13-я Всероссийская научная конференция «Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии и питания» и Межрегиональный симпозиум по вопросам детского питания (при участии ИЦЗД РАМН, ЦНИИ гастроэнтерологии, НИИ питания РАМН)
- Межрегиональный симпозиум по генетически детерминированным заболеваниям органов пищеварения
- 12-я Всероссийская научная конференция «Клиническое и функциональное питание, пробиотика, пребиотика, синбиотика и БАД к пище в практике врача» (совместно с НИИ питания РАМН, Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России, Московским НИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН и НИИ экспериментальной медицины РАМН)
- V Международный конкурс молодых ученых
- «Новые технологии в гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии»
- Заседание Санкт-Петербургского «Гастро-Интеллект-Клуба»
- Мини-симпозиумы и презентации фармацевтических и медико-технических компаний
- Выставка лекарственных средств, медицинской техники, лечебного питания и БАД к пище

Конгресс-холл «Московский»
отеля Holiday Inn «Московские Ворота»
Санкт-Петербург, Московский пр., 97а

16 Реклама

www.gastroforum.ru
info@gastroforum.ru
gastroforum@list.ru
+7 (812) 499-44-40



ческое лечение до 6 месяцев с момента инсульта или до окончания первого года [12, 14, 17].

Однако S. Elad и соавт. (2010) считают, что оказание СП в некоторых случаях может быть осуществлено уже через несколько недель после развития инсульта. Неотложное стоматологическое вмешательство необходимо для улучшения состояния и функций ротовой полости, однако оно должно проводиться под наблюдением невролога.

Данных о безопасности и эффективности различных методов СП при НМК пока недостаточно. В исследованиях К. Kimura и соавт. (2005) [7] установлено, что: 1) риск сердечно-сосудистых осложнений после стоматологического лечения не слишком высок, как считалось ранее, следовательно, проведение его через 6 месяцев после НМК не вполне обосновано; 2) соблюдение гигиены полости рта позволяет снижать ряд осложнений в остром периоде инсульта, обусловленных гипокинезией и нарушением глотания [11].

Стоматологическое лечение больных, перенесших НМК, имеет свои особенности:

- прием пациентов с НМК следует назначать в утренние часы, необходимо избегать стрессовой ситуации [5, 13];
- медицинская сестра должна помочь больному сесть в стоматологическое кресло; необходимо контролировать положение головы пациента для обеспечения доступа воздуха; запрещаются повороты головы в стороны и разгибание шеи, а также длительная фиксация головы в этих позах; желательно, чтобы пациента, особенно при нарушениях речи, сопровождал родственник или ухаживающий персонал; важно, чтобы проводимое лечение не вызывало у пациента стресса; действия медицинского персонала должны быть быстрыми;
- врачу-стоматологу рекомендуется стоять без маски, двигаться медленно, поддерживая визуальный контакт с пациентом, задаваемые им вопросы должны быть простыми и ясными для пациента, чтобы ответ на них был односложным “да” или “нет”;

- врач-стоматолог должен быть особенно внимательным при проведении стоматологических вмешательств, т. к. высока вероятность повреждения мягких тканей лица вследствие их гипалгезии;
- при сборе анамнеза необходимо уточнять факторы риска: указание на повышение артериального давления (АД), ишемическую болезнь сердца, транзиторные ишемические атаки, сахарный диабет, гиперлипидемию, курение, старческий возраст, повторные НМК или инфаркт миокарда;
- необходимо выяснять особенности течения инсульта;
- необходимо осуществлять мониторинг АД и контролировать болевые ощущения в процессе стоматологического лечения;
- перед проведением стоматологического лечения больного НМК необходимо исследовать состояние свертывающей системы крови (фибриноген, международное нормализованное отношение, активированное частичное тромбопластиновое время, время свертывания крови). Больным, принимающим антиагреганты или антикоагулянты, не следует отменять их, т. к. в арсенале врача-стоматолога много местных гемостатических средств [3, 10];
- при развитии локального кровотечения стоматолог должен оказать экстренную помощь, в стоматологической клинике должен быть аппарат для оксигенации;
- при лечении зубов следует использовать минимальное количество анестетика, концентрация добавляемого адреналина должна быть очень низкой (1 : 200 тыс.);
- не следует назначать антибиотики и бактериостатические средства, влияющие на свертывающую систему крови (тетрациклин, метронидазол);
- если у пациента возникают признаки НМК, необходимо прекратить стоматологическое лечение и как можно скорее госпитализировать его в стационар.

Больные, перенесшие НМК, нередко встречаются с проблемами, связанными с заболеваниями зубов и их тканей (кариес, пульпит, болезни

периодонта). Даже при возникновении легких неврологических нарушений пациенты плохо соблюдают гигиену полости рта [16]. В этих случаях пациентам рекомендуется пользоваться электрической зубной щеткой, применять зубную нить, раствор хлоргексидина для промывания полости рта.

У пациентов с нарушениями речи и дисфагией, парезом лицевой мускулатуры, потерей чувствительности тканей, дряблым, складчатым и асимметричным языком остатки пищи могут прилипнуть к зубам, скапливаться на языке и слизистой оболочке полости рта. Нередко им нужен помощник для ухода за полостью рта, чтобы исключить возникновение таких состояний, как кариес, периодонтит, заболевания слизистой оболочки рта. Пациентам без зубов советуют проводить несъемное протезирование в связи с трудностями самостоятельной постановки и удаления съемных протезов.

Восстановление функции жевания обязательно для обеспечения полного пережевывания пищи, что в свою очередь облегчает глотание и предотвращает аспирацию пищи [20, Т. Уонеуама и соавт., 2002].

В многочисленных исследованиях установлены основные причины ухудшения состояния пациентов после НМК [4, 7; К. Kimura и соавт., 2005]:

1. Вторичные осложнения часто нарастают вследствие недостаточной гигиены полости рта [20]. Одним из таких осложнений является аспирационная бронхопневмония [7, 20].
2. Факторы риска развития НМК, такие как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, могут стать причиной повторного инсульта [2, 15, 18, 19, 21]. К числу наиболее значимых мероприятий по профилактике повторных НМК относятся контроль АД, состояния системы гемостаза, профилактика нарушений ритма сердца, динамическое наблюдение за состоянием экстра- и интракраниальных артерий.
3. Потенциальными осложнениями могут быть тромбоз глубоких вен нижних конечностей, тромбоэмбо-

лия легочной артерии, аспирационная бронхопневмония, пролежни и состояния, обусловленные госпитальной инфекцией [8].

Принимая во внимание, что риск повторного инсульта при проведении его лечения и профилактики осложнений невысокий, нет причин для откладывания стоматологического лечения. Значительная часть успеха СП наряду с квалификацией врача зависит от совершенства обезболивания и проведения мероприятий, направленных на поддержание адекватной гемодинамики, способов защиты головного мозга. Но не менее ответственным в обеспе-

чении успеха стоматологических вмешательств является и ведение больных после их осуществления, включающее тщательный уход за полостью рта, мониторинг функций жизненно-важных органов, предупреждение и лечение возможных осложнений.

Стоматологическое лечение может быть проведено уже через несколько недель после инсульта. Для подтверждения этих данных необходимо продолжить проводимые исследования. Бесспорно, что основным аспектом СП является ее индивидуализация в перспективе широкомасштабного скрининга.

В настоящее время все большее значение приобретают профилактика возможных церебральных осложнений, выделение групп повышенного риска развития осложнений среди больных с НМК после стоматологического лечения. Профилактика возможных осложнений у пациентов с факторами риска повторных НМК включает как использование безопасных способов обезболивания и лечения, так и оценку состояния ткани мозга, экстра- и интракраниальных артерий, сердца и гемостаза для выявления предикторов церебральных осложнений при лечении зубов и их тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Суслина З.А., Пирадов М.А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. М., 2008.
2. Adams HP, del Zoppo G, Alberts MJ, et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association. *Stroke* 2007;38:1655–711.
3. Aframian DJ, Lalla RV, Peterson DE. Management of dental patients taking common hemostasis-altering medications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103(Suppl.):45e1–11.
4. American Heart Association and American Stroke Association. Heart disease and stroke statistics – 2007 update.
5. Bodnar DC, Varlan CM, Varlan V, et al. Dental management in stroke patients. *TMJ* 2008;58(3–4):228–35.
6. Bravata DM, Ho SY, Meehan TP, Brass LM, Concato J. Readmission and death after hospitalization for acute ischemic stroke: 5-year follow-up in the medicare population. *Stroke* 2007;38:1899–04.
7. Bricker SL, Langlais RP, Miller CS. Oral diagnosis, oral medicine and treatment planning. 2nd ed. Malvern (PA): Lea & Febiger, 1994.
8. Broderick JP, Hacke W. Treatment of acute ischemic stroke: Part II: neuroprotection and medical management. *Circulation* 2002;106:1736–40.
9. Burn J, Dennis M, Bamford J, Sandercock P, et al. Long-term risk of recurrent stroke after a first-ever stroke (The Oxfordshire Community Stroke Project). *Stroke* 1994;25:333–37.
10. D rfer CE, Becher H, Ziegler CM, et al. The association of gingivitis and periodontitis with ischemic stroke. *J Periodontol* 2004;31:396–401.
11. Elad S, Zadik Y, Kaufman E, Leker R, Finfter O, Findler M. A new management approach for dental treatment after a cerebrovascular event: a comparative retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010;110(2):145–50.
12. Fatahzadeh M, Glick M. Stroke: epidemiology, classification, risk factors, complications, diagnosis, prevention, and medical and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;102:180–91.
13. Henry RG, Smith BJ. Managing older patients who have neurological disease: Alzheimer disease and cerebrovascular accident. *Dent Clin N Am* 2009;53:269–94.
14. Little JW, Falace D, Miller C, Rhodus NL. Dental management of the medically compromised patient. 7th ed. St. Louis (MO): Mosby, 2007.
15. Luders S. Drug therapy for the secondary prevention of stroke in hypertensive patients: current issues and options. *Drugs* 2007;67:955–63.
16. Pow EH, Leung KC, Wong MC, et al. A longitudinal study of the oral health condition of elderly stroke survivors on hospital discharge into the community. *Int Dent J* 2005;55:319–24.
17. Scully C. Medical problems in dentistry. 5th ed. Edinburgh and London: Churchill Livingstone 2005.
18. Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M, et al. The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study. *Stroke* 2006;37:345–50.
19. Smith WS, Johnston C, Easton JD. Cerebrovascular disease. 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005.
20. Terpenning MS, Taylor GW, Lopatin DE, et al. Aspiration pneumonia: dental and oral risk factors in an older veteran population. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:557–63.
21. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke* 2001;22:983–88.