

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Коннов В.В.¹, Шоломов И.И.¹, Анисимова Я.Ю.¹, Сальникова С.Н.¹, Кленкова М.И.¹

¹ГБОУ ВПО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия (410012, Саратов, ГСП ул. Большая Казачья, 112), e-mail: yana_anisimova@mail.ru

Изучение стоматологического статуса у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения получило широкое распространение в последнее время. Всё это стало следствием анатомической и физиологической взаимосвязи челюстно-лицевой области и нервной системы. В исследуемую группу входило 69 человек с диагнозом «хроническая ишемия мозга», находящихся на лечении в неврологическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница» №9 г. Саратов. Исследование стоматологического статуса выявило у 45% обследуемых снижение нижней части лица на фоне длительного отсутствия ортопедических конструкций в полости рта. Также 68% имели ограничение подвижности нижней челюсти, у 42,5% была отмечена дисфункция височно-нижнечелюстного сустава и у 20,5% обследованных имелась дисфункция жевательных мышц. Полученные результаты необходимо учитывать при проведении комплексной реабилитации совместно с ортопедическим лечением у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения.

Ключевые слова: стоматологический статус, хроническое нарушение мозгового кровообращения

DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC DISORDERS OF CEREBRAL CIRCULATION

Konnov V.V.¹, Sholomov I.I.¹, Anisimova Y.Y.¹, Salnikova S.N.¹, Klenkova M.I.¹

¹Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia (410012, Saratov, street B.Kazachya, 112), e-mail: yana_anisimova@mail.ru

The study of dental status in patients with chronic cerebrovascular disease has become widespread in recent years. All this was the result of anatomical and physiological relationship of the maxillofacial area and the nervous system. The studied group consisted of 69 people with a diagnosis of chronic ischemia of the brain being treated in the neurology Department of the MUSES "City clinical hospital №9, Saratov, Russia. The study of dental status was detected in 45% obsidium reducing the lower part of the face on the background of the prolonged absence of prosthetic restorations in the oral cavity. Also, 68% had limited mobility of the lower jaw, 42,5% was marked dysfunction of the temporomandibular joint and 20,5% of patients had dysfunction of the masticatory muscles. The results obtained should be considered when conducting a comprehensive rehabilitation together with orthopaedic treatment in patients with chronic disorders of cerebral circulation.

Keywords: dental status, chronic violations of cerebral circulation

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава широко распространены на сегодняшний день и занимают особое место из-за трудностей в диагностике и лечении, чрезвычайно разнообразной и подчас сложной клинической картины.

Височно-нижнечелюстной сустав – это парное сочленение головок нижней челюсти с суставными поверхностями височных костей [1]. Тесная взаимосвязь заболеваний височно-нижнечелюстного сустава с различными отклонениями других систем организма отмечена многими авторами: Коннов В.В., Лебеденко И.Ю., Повереннова И.Е., Трезубов В.Н., Шоломов И.И. [2-5,7-10]. Однако оказание стоматологической помощи бывает осложнено при наличии сопутствующей патологии, в том числе и патологических состояниях, связанных с хронически нарушением мозгового кровообращения. Данные литературы и клинические наблюдения

показывали, что в этиологии и патогенезе хронической ишемии мозга имела значение дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

Хроническое нарушение мозгового кровообращения или дисциркуляторная энцефалопатия – это медленно прогрессирующая цереброваскулярная недостаточность, приводящая к развитию множества мелкоочаговых некрозов мозговой ткани и нарушениям функций мозга [4].

Развитие клинических проявлений дисциркуляторной энцефалопатии наступало в результате дефицита кровоснабжения мозга при артериальной гипертензии, атеросклеротическом поражении кровеносных сосудов, нарушении реологических свойств крови, интоксикации, дисметаболических нарушениях, а также компрессии сосудов вследствие различных причин: атеросклеротических изменений, сдавливания сосудов подлежащими тканями (например, височно-нижнечелюстным суставом). Недостаточность мозгового кровообращения приводило к метаболическим, а впоследствии и к деструктивным изменениям нейронов головного мозга [4]. При этом у многих пациентов отмечались такие характерные симптомы, как опущение угла рта, тремор жевательных мышц, напряжение круговой мышцы рта. В связи с этим представлялось актуальным исследование стоматологического статуса у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения.

Цель исследования

Целью исследования явилось изучение особенностей стоматологического статуса у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения для дальнейшего составления плана комплексного обследования и реабилитации.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 69 пациентов (49 женщин и 20 мужчин) в возрасте от 40 до 80 лет с признаками хронической ишемии мозга по критериям МКБ - 10, находящихся на лечении в МУЗ «Городская клиническая больница» № 9 г. Саратов.

Обследование состояло из нескольких позиций: заполнение карты обследования стоматологического больного, оценку подвижности нижней челюсти, оценку функционального состояния жевательных мышц, оценку функционального состояния височно-нижнечелюстного сустава.

Карта обследования стоматологического больного включала в себя жалобы, перенесённые и сопутствующие заболевания, развитие настоящего заболевания, данные объективного исследования, внешний осмотр, одонтограмму и оценку гигиенического статуса по Фёдорову-Володкиной при наличии зубов и по методике E. Ambjornsen для съёмных протезов. Внешний осмотр включал в себя следующие дополнительные параметры:

положение углов рта, степень обнажения передних зубов или альвеолярного отростка при разговоре и улыбке, наличие снижения нижней части лица.

Подвижность нижней челюсти оценивалась по нескольким параметрам, показатели которых переводились в баллы. Оценка амплитуда вертикальных движений нижней челюсти: открывание рта не ограничено 38-56 мм - 0 баллов; открывание рта немного ограничено 25-37 мм - 1 балл; открывание рта сильно ограничено менее 25 мм – 2 балла. Протрузия нижней челюсти: не ограничена 5-7 мм - 0 баллов; немного ограничена 3-4 мм - 1 балл; сильно ограничено менее 3 мм – 2 балла. Амплитуда боковых движений нижней челюсти влево вправо: не ограничена 10-11 мм - 0 баллов; немного ограничена 5-9 мм - 1 балл; сильно ограничена менее 5 мм – 2 балла.

Итоговая оценка степени выраженности изменений осуществлялась по количеству баллов: 0 баллов - подвижности нижней челюсти не ограничена; 1-2-ограничение подвижности лёгкой степени; 3-5- ограничение подвижности средней степени; 6-8-ограничение подвижности тяжёлой степени.

Оценку состояния жевательных мышц у пациентов с мышечно-суставной дисфункцией определялась по трём критериям. В качестве исследуемых мышц мы брали крупные жевательные мышцы: *m. masseter*, *m. temporalis*, *m. pterygoideus medialis*. *M. pterygoideus lateralis* не включалась в методику исследования, поскольку при её пальпации могли возникнуть погрешности, которые приводили к ошибочно положительной пальпации.

Первым критерием оценки являлась классическая пальпация жевательной мускулатуры, которая оценивалась с обеих сторон по двум параметрам: «боль отсутствует», «болевые ощущения». В каждом клиническом случае присваивается определённый балл. Боль отсутствует - 0 баллов; болевые ощущения в области одной мышцы с одной стороны - 1 балл; болевые ощущения в области нескольких мышц с одной стороны - 2 балла; болевые ощущения в области одной мышцы с двух сторон - 3 балла; болевые ощущения в области нескольких мышц с двух сторон - 5 баллов.

Вторым критерием являлась оценка болевых ощущений в области исследуемых мышц при движении нижней челюсти. Данный критерий также оценивался по бальной системе: боль отсутствует - 0 баллов; болевые ощущения в области одной мышцы с одной стороны - 1 балл; болевые ощущения в области нескольких мышц с одной стороны - 2 балла; болевые ощущения в области одной мышцы с двух сторон - 3 балла; болевые ощущения в области нескольких мышц с двух сторон - 5 баллов.

Третьим критерием являлась особая форма реакционного теста - изометрическая нагрузка отдельных мышц без окклюзионного контакта. Исследование основывалось на возрастающем до максимального напряжения мышцы при неизменной её длине. В основу

мы взяли пять тестов: изометрический тест открывания рта, закрывания рта, изометрический тест для мышц - протракторов, латеротрузии влево, латеротрузии вправо. Бальная оценка давалась каждому тесту в отдельности: боль отсутствует - 0 баллов; болевые ощущения в области одной мышцы с одной стороны - 1 балл; болевые ощущения в области нескольких мышц с одной сторон - 2 балла; болевые ощущения в области одной мышцы с двух сторон - 3 балла; болевые ощущения в области нескольких мышц с двух сторон - 5 баллов.

Таким образом, индекс функционального состояния жевательных мышц включал в себя семь пунктов: боль в жевательных мышцах при пальпации; боль в жевательных мышцах при движении нижней челюсти; боль в жевательных мышцах при выполнении изометрического теста открывания рта, закрывания рта, изометрический тест для мышц-протракторов, латеротрузии влево, латеротрузии вправо.

Итоговая оценка степени выраженности изменений осуществлялась по количеству баллов: 0 баллов - нет дисфункции; 1-10 – дисфункция лёгкой степени; 11-20 – дисфункция средней степени; 21-35 – дисфункция тяжёлой степени.

Оценку состояния височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с мышечно-суставной дисфункцией определялась также по нескольким критериям.

Первым критерием оценки являлась пальпация височно-нижнечелюстного сустава, которая оценивалась с обеих сторон по двум параметрам: «боль отсутствует», «болевые ощущения». Пальпация височно-нижнечелюстного сустава делилась на латеральную и дорсальную (дистальную) пальпации. Каждая из них оценивалась в отдельности по бальной системе: боль отсутствует - 0 баллов; болевые ощущения с одной стороны - 1 балл; болевые ощущения с двух сторон - 2 балла.

Вторым критерием являлась оценка болевых ощущений в области височно-нижнечелюстного сустава при движении нижней челюсти. Здесь выделялось три параметра: вертикальные, сагиттальные и трансверзальные движения, каждый из которых самостоятельно оценивался по бальной системе: боль отсутствует - 0 баллов; болевые ощущения с одной стороны - 1 балл; болевые ощущения с двух сторон - 2 балла.

Третьим критерием являлась особая форма реакционного теста - изометрическая нагрузка жевательных мышц без окклюзионного контакта. Исследование основывается на возрастающем до максимального напряжения мышцы при неизменной её длине. В основу мы взяли пять тестов: изометрический тест открывания рта, закрывания рта, изометрический тест для мышц - протракторов, латеротрузии влево, латеротрузии вправо. Бальная оценка давалась каждому тесту в отдельности: боль отсутствует - 0 баллов; болевые ощущения с одной стороны - 1 балл; болевые ощущения с двух сторон - 2 балла.

Четвёртым критерием являлась оценка суставного шума при движении нижней челюсти, которая также оценивалась по баллам: суставной шум не определяется - 0 баллов; суставной шум при аускультации - 1 балл; суставной шум при пальпации - 2 балла.

Таким образом, индекс функционального состояния височно-нижнечелюстного сустава включал в себя одиннадцать пунктов: боль в области височно-нижнечелюстных суставов при латеральной и дорсальной пальпациях; боль в области височно-нижнечелюстных суставов при вертикальных, сагиттальных, трансверзальных движениях нижней челюсти; боль в области височно-нижнечелюстных суставов при выполнении изометрического теста открывания рта, закрывания рта, изометрический тест для мышц-протракторов, латеротрузии влево, латеротрузии вправо; выявление суставного шума при движении нижней челюсти.

Итоговая оценка степени выраженности изменений осуществлялась по количеству баллов: 0 баллов - нет дисфункции; 1-7 – дисфункция лёгкой степени; 8-14 – дисфункция средней степени; 15-22 – дисфункция тяжёлой степени.

Итоговые оценки позволили сделать вывод о наличии ограничения подвижности нижней челюсти и различных степенях дисфункции жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава.

Результаты исследования

В ходе выяснения анамнеза и детальном неврологическом обследовании было отмечено, что у всех пациентов сознание ясное, нарушения памяти не наблюдалось. Неврологическая симптоматика была представлена различными по степени выраженности псевдобульбарными расстройствами, мелкоочаговой неврологической симптоматикой, мозжечковым синдромом.

У части пациентов имелись признаки псевдобульбарного синдрома, такие как дизартрия у 11 (16%) пациентов и у 3 (4%) – дисфагия. Также было отмечено, что у 16 (23%) пациентов имелись выраженные двигательные нарушения, характеризующиеся опущением угла рта. Помимо этого, у 12 (17%) обследованных наблюдалось сильное напряжение круговой мышцы рта и у 14 (20%) – тремор жевательной мускулатуры.

В ходе стоматологического обследования было выявлено, что из 69 пациентов с признаками хронической ишемии мозга у 51 (74%) имелись обширные дефекты зубных рядов, у 8 (12%) - полное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях. Однако из этих групп съёмные пластиночные протезы, восстанавливающие утраченную функцию, имелись только у 18 (30,5%) пациентов. У 31 (45%) обследованных наблюдалось снижение нижней части лица, что явилось следствием отсутствия ортопедических конструкции, восстанавливающих высоту прикуса. В ходе оценки уровня гигиены по индексу Фёдорова-

Володкиной у 11 (16%) пациентов наблюдался хороший уровень гигиены, у 19 (28%) – удовлетворительный уровень гигиены, у 9 (13%) - неудовлетворительный уровень гигиены и у 4 (6%) – плохой уровень гигиены. Произведя оценку гигиенического статуса съёмных протезов по методике E. Ambjornsen, было выявлено, что у 1 (1,5%) пациентов хороший уровень гигиены, свидетельствующий о малом количестве протезного налёта, у 12 (17%) – удовлетворительный уровень гигиены и у 6 (9%) – неудовлетворительный уровень гигиены, говоривший о выраженном количестве протезного налёта.

Также у 23 (33%) пациентов имелась лёгкая степень ограничения подвижности нижней челюсти, у 20 (29%) – средняя степень ограничения подвижности нижней челюсти и у 4 (6%) – тяжёлая степень ограничения подвижности нижней челюсти.

У 13 (19%) обследованных наблюдалась лёгкая степень дисфункции жевательных мышц и у 1 (1,5%) – средняя степень дисфункции жевательных мышц.

У 28 (41%) была отмечена лёгкая степень дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и у 1 (1,5%) – тяжёлая степень дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Обсуждение

В ходе обследования были выявлены некоторые особенности стоматологического статуса у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения. В большей степени заинтересовал тот факт, что почти у половины пациентов было отмечено снижение нижней части лица, что явилось следствием отсутствия у пациентов ортопедических конструкций, восстанавливающих высоту прикуса и утраченную функцию. Стоит предположить, что именно эти изменения в большей мере стали причиной дисфункциональных нарушений жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов. Это в свою очередь сказалось и на функциональном состоянии костных структур и нервной системы в целом за счёт тесной анатомической и физиологической взаимосвязи. Напряжение круговой мышцы рта, тремор жевательной мускулатуры, опущение угла рта ухудшили социальную адаптацию пациентов, страдающих хроническим нарушением мозгового кровообращения, а также делали невозможным применением стандартных методов лечения. Стоит отметить, что такие пациенты нуждаются в комплексном обследовании и лечении не только врача-невролога, но и врача-стоматолога-ортопеда для получения хорошего функционального и эстетического результата и улучшения качества жизни.

Вывод

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения имелись нарушения стоматологического статуса, выраженные не только в дефектах твёрдых тканей зубов и зубных рядов, но и в нарушении функции жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава.

Список литературы

1. Аболмасов Н.Г. и соавт. Ортопедическая стоматология: учебник для студентов – 8-ое изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – С. 342-351.
2. Коннов В.В., Лепилин А.В. и соавт. Методы обследования пациентов с патологией височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2011. — №1. — С. 914-918
3. Коннов В.В., Афанасов М.В. и соавт. Оценка функционального статуса пациентов с включенными дефектами верхнего зубного ряда // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2013. — №3. — С. 364-366
4. Лебеденко И.Ю. и соавт. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы: учебное пособие – М: МЕДпресс-информ, 2006. – С.16-53
5. Повереннова И.Е. и соавт. Диагностики и коррекция двигательных нарушений у больных, перенесших мозговой инсульт: учебное пособие – С: Содружество, 2006. – С.5-16
6. Статьи врачей пациенту Medicaljournal.ru [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.medicalj.ru/diseases/neurology/644-hronicheskoe-narushenie-mozgovogo-krovoobraweniija> (дата обращения: 11.09.2014)
7. Трезубов В.Н. и соавт. Диагностика в амбулаторной стоматологии: учебное пособие – С.: СпецЛит, 2000. – С. 7-72
8. Шоломов И.И. и соавт. Нейростоматологическая реабилитация пациентов с заболеваниями лицевого и тройничного нервов: учебное пособие – С.: Издательство Саратовского медицинского университета, 2005. – С.10-18
9. Шоломов И.И., Суслина З.А. и соавт. Комплексная энергокоррекция хронической ишемии мозга // Журнал неврологии психиатрии. — 2011. — № 3. — С. 25-30.
10. Шоломов И.И., Коноплева О.П. и соавт. Нейропротекторная терапия и состояние перфузии мозгового кровотока при хронической ишемии головного мозга, обусловленной артериальной гипертензией // Terra Medica. — 2007. — №1. — С. 10-12.

Рецензенты:

Булкина Н.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов;

Ерёмин О.В., д.м.н., доцент, зав. кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов.