

НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЯ

© Г. Р. РУВИНСКАЯ, З. А. ЗАЛЯЛОВА

УДК 616.314-06:616.858]-07

Г. Р. Рувинская¹, З. А. Залялова²

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

¹Кафедра терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ДПО «Казанская ГМА» Минздравсоцразвития России (Республика Татарстан, 420012, г. Казань, ул. Муштары, д. 11);²Кафедра неврологии и реабилитации ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздравсоцразвития России (Республика Татарстан, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49); Республиканский клинико-диагностический центр экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии МЗ РТ г. Казани

Изучена распространенность стоматологических заболеваний у пациентов с болезнью Паркинсона, проведена оценка гигиенического и пародонтологического статусов. Интенсивность кариеса по индексу КПУ составила 25,9. Выявлено, что у пациентов с болезнью Паркинсона достоверно чаще встречается клиновидный дефект (19,5%), патологическая истираемость твердых тканей зуба (12,8%). Результаты показали 100% распространенность и интенсивность заболеваний пародонта: индекс Федорова-Володкиной – 3,02±0,40 балла, индекс Силлесс-Лое -3,11±0,23 балла, ПИ по Russel 3,8±0,21 балла. Распространенность хейлита достигает 26,8%. Полученные результаты позволяют констатировать актуальность пародонтологической курации наблюдаемого контингента пациентов.

Ключевые слова: распространенность стоматологических заболеваний, болезнь Паркинсона, стоматологический статус, заболевания пародонта

FEATURES DENTAL FOLLOW-UPS OF PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

G.R. Ruvinskaya, Z.A.Zal'alova

It is gone behind the prevalence rate of dental diseases in patients with Parkinson's disease, assessment of the hygiene and periodontal status is carried out. The intensity of the caries index CFE was 25,9. It is found that in patients with Parkinson's disease significantly occurs more commonly wedge-shaped defect (19,5%), abnormal abrasability of hard tooth tissues (12,8%). The results show 100% prevalence and intensity of periodontal diseases: an index Fedorova-Volodkina - 3,02±0,40, index Silness-Loe 3,11±0,23 points, PI of Russel 3,8±0,21. The prevalence of cheilitis attains up to 26.8%. The obtained results allow us to ascertain the relevance of periodontal supervision of the observed patient population.

Keywords: the prevalence rate of dental diseases, Parkinson's disease, dental health, periodontology

В последние годы неизменно возрастает интерес ученых к проблеме сохранения стоматологического здоровья в обеспечении качества жизни людей. Функциональное предназначение органов и тканей полости рта рассматривается как главный фактор, обеспечивающий качество питания, эстетику лица, и как важный атрибут полноценной речи, активного вербального общения, коммуникабельности в любом возрасте и, следовательно, полноценности психики и поведенческих реакций [5, 6]. Стоматологическое здоровье, как правило, отождествляется с уровнем распространенности кариеса зубов и заболеваний пародонта. Важность этой проблемы определяется возрастающей распространенностью заболеваний пародонта во всем мире, тяжестью их течения, тесной взаимосвязью с соматической патологией, негативным влиянием на здоровье человека. Согласно статистическим данным, у 90% взрослого населения выявляются признаки гингивита, у 50% – симптомы пародонтита средней степени тяжести, а 3% населения страдают пародонтитом тяжелого течения [8]. Основным этиологическим фактором, индуцирующим воспаление в тканях пародонта, являются микроорганизмы зубной бляшки, которая плотно прилежит к поверхности зуба и, нередко, поверхности десны. Микроор-

ганизмы выделяют эндотоксины, способные пенетрировать через эпителий десневой борозды, нарушая его барьерную функцию и создавая условия для инициации воспалительно-деструктивных поражений костной ткани пародонта. Все эти факторы запускают каскад патогенетических реакций, приводящих к формированию пародонтального очага хронической инфекции, прогрессирующему лизису костной ткани пародонта, частичной или полной потере зубов [2, 9].

Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое прогрессирующее заболевание, занимающее ведущее место по распространенности среди всех нейродегенеративных заболеваний. БП страдают 1,4% населения земного шара. Средний возраст клинической манифестации заболевания – 55 лет, в то же время у 10% больных заболевание дебютирует в более молодом возрасте – до 40 лет. БП характеризуется медленным течением, так что на ранних стадиях заболевание может не диагностироваться в течение ряда лет. Предполагают, что с увеличением среднего возраста населения в ближайшие годы распространенность БП в популяции будет увеличиваться. Известно, что по мере прогрессирования заболевания усиливаются немоторные проявления (сенсорные, вегетативные нарушения, расстройства сна) и в определенные моменты становятся более важными и инвалидизирующими, чем моторные колебания [1, 2]. В связи с этим на продвинутой стадии БП на первый план выходят профилактические мероприятия, направленные на повышение качества жизни таких пациентов. Особое внимание при этом необходимо уделять

основным стоматологическим заболеваниям – кариесу зубов и болезням пародонта, приводящим к потере зубов [2] и тем самым ухудшающих здоровье и самочувствие пациентов с брадикинезией, тремором, постуральными нарушениями, ригидностью и ведущими к снижению качества жизни. Аналитические эпидемиологические исследования показали, что при неудовлетворительной гигиене полости рта наблюдается высокая распространенность и интенсивность болезней пародонта [9]. Это касается пациентов с БП, у которых основные двигательные нарушения проявляются в виде брадикинезии, тремора, постуральных нарушений, ригидности и затрудняют гигиенический уход за полостью рта.

Многие отечественные и зарубежные исследователи указывают на необходимость разработки критериев мониторинга больных с соматическими заболеваниями во время стоматологического приема и психологической подготовки пациентов. Однако в доступной литературе встречаются лишь единичные сведения об особенностях врачебной тактики ведения пациентов с БП на стоматологическом приеме [10].

Цель настоящего исследования – изучение распространенности основных стоматологических заболеваний, оценка гигиенического и пародонтологического статусов пациентов с болезнью Паркинсона.

Были обследованы 142 пациента с БП (87 мужчин, 55 женщины) 54–80 лет, находящихся на диспансерном наблюдении в Республиканском клинико-диагностическом центре экстрапиримидной патологии и ботулинотерапии МЗ РТ г. Казани [4]. Контрольную группу пациентов, идентичных по гендерно-возрастному составу, составили 90 человек, обратившихся в лечебно-хирургическое отделение стоматологической поликлиники Казанского медицинского университета с целью санации полости рта.

При оценке стоматологического статуса больных БП учитывали данные внешнего осмотра, состояние красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта, уровень оральной гигиены (по индексам, отражающим накопление мягкого зубного налета – ИГ Федорова-Володкиной), зубной бляшки (индекс Силнесс–Лое), распространенность кариеса (по количеству кариозных, пломбированных и удаленных зубов – КПУ) и воспалительных заболеваний пародонта (СРПТН, PI по Russel). Полученные данные подвергнуты статистической обработке с использованием стандартного пакета статистических программ.

При визуальном осмотре выявили сухость красной каймы губ, бледность и истонченность кожных покровов челюстно-лицевой области. Интенсивность кариеса по индексу КПУ в группе пациентов с БП составила в среднем $25,92 \pm 2,73$, в группе контроля КПУ = $22,40 \pm 2,24$. При этом удельный вес пациентов с полной вторичной адентией в обеих группах 26,7%. Гигиеническое состояние полости рта оценено как «неудовлетворительное», причем показатели как опытной, так и контрольной групп не имеют существенного различия. Мотивация больных БП на проведение профилактических и лечебных мероприятий оказалась более высокой, чем в контрольной группе. В ходе исследования выявлено, что 80% больных БП посещают стоматолога не реже 1 раза в год, 60% пациентов регулярно (дважды в день) чистят зубы и используют дополнительные средства гигиены (ополаскиватели, эликсиры, щетка для языка). Лица пожилого и старческого возраста контрольной группы посетили стоматолога 1 раз за 2 года, при этом регулярно чистят зубы лишь 50%.

Выявлено нарушение целостности твердых тканей зубов различной степени выраженности в виде эрозий, клиновидных дефектов. Отметим, что в контрольной группе пациентов преобладают кариозные поражения твердых тканей зубов, в отличие от опытной, где некариозные поражения встречаются в 9,2% случаев. По нашим данным, у пожилых людей с БП чаще всего встречается клиновидный дефект (19,5%) и патологическая истираемость твердых тканей зуба (12,8%).

Результаты исследования показали 100% распространенность и высокую интенсивность заболеваний пародонта. Со-

гласно индексу СРПТН, секстантов с интактным пародонтом у обследованных не выявлено. В контрольной группе на 1 человека приходилось 0,1 секстанта с кровоточивостью десны; 3,5 секстанта с зубным камнем; 0,7 секстанта с глубиной кармана 4–5 мм; 0,1 – с глубиной кармана более 6 мм и 1,6 секстанта исключены из обследования по причине отсутствия зубов. В группе пациентов с БП приходилось 3,1 исключенных секстантов; 2,2 секстанта с зубным камнем; 0,5 – с глубиной кармана 4–5 мм; 0,2 – с глубиной кармана более 6 мм. Было установлено, что у пациентов с БП индекс Федорова-Володкиной составил $3,02 \pm 0,40$ балла, индекс Силнесс–Лое – $3,11 \pm 0,23$ балла.

Преимущественное поражение тканей пародонта у больных БП проявлялось в виде пародонтита средней и тяжелой степени тяжести (PI по Russel $3,8 \pm 0,21$ балла). Зубные отложения имелись у 87% пациентов БП, в том числе у 26% – мягкий зубной налет; у 61% – над- и поддесневые зубные отложения. Определение индекса PI по Russel в контрольной группе выявило признаки гингивита и начальную степень пародонтита ($1,5 \pm 0,19$ баллов).

Более 40% больных БП предъявляли жалобы на сиалорею, однако при этом возникали ощущения сухости в полости рта. Слюнотечение отмечают преимущественно в ночное время суток (симптом «мокрой подушки»). У всех пациентов определяли функциональную активность слюнных желез: скорость саливации без стимуляции (методом сплевывания), а также с использованием химического (0,1% р-р пилокарпина) и механического (жевательная резинка в течение 5 мин) методов стимуляции [7]. Количество нестимулированной слюны составило от 0,5 мл до 1,8 мл/мин. При стимуляции слюноотделения химическим раздражителем количество слюны увеличилось у больных БП в 1,4 раза, в контрольной группе – в 1,8 раза. После использования жевательной резинки у больных БП количество слюны увеличилось в среднем в 1,1 раза, в контрольной группе этот показатель увеличился в 1,2 раза.

Распространенность воспалительных заболеваний красной каймы губ (хейлитов) у больных БП достигает 26,8%, в то время как в контрольной группе этот показатель составляет 4% ($p < 0,001$). Отметим, что ночная сиалорея способствует длительной мацерации эпителия красной каймы губ, комиссуральных зон и кожи периоральной области, нарушая водно-липидный баланс. Наиболее частое поражение слизистой оболочки полости рта у пациентов с БП – «протезные» стоматиты (14,4%), распространенность которых связана с качеством гигиенического ухода за съемными протезами. У пациентов, пользующихся плохо припасованными и/или подвижными протезами, распространена гиперплазия слизистой оболочки и травматические язвы (соответственно 4 и 26%, $p < 0,001$).

Сложившаяся клиническая ситуация объясняется тем, что имеющиеся двигательные нарушения способствуют высокой распространенности болезней полости рта при БП. Тремор и брадикинезия верхних конечностей, замедленность жевания и проглатывания пищи, тризм нижней челюсти затрудняют гигиенический уход, что способствует накоплению мягкого зубного налета и дальнейшему формированию зубной бляшки. Сиалорея ускоряет процессы распространения мацерации, хейлитов и протезных стоматитов. В силу прогрессирующих расстройств ходьбы и функции равновесия, пациенты реже обращаются за стоматологической помощью.

Таким образом, проведенное исследование позволило оценить гигиеническое состояние полости рта, установить распространенность стоматологических заболеваний у группы населения, страдающих БП, их пародонтологический статус: индекс Федорова–Володкиной – $3,02 \pm 0,40$ балла, индекс Силнесс–Лое – $3,11 \pm 0,23$ балла, ПИ по Russel $3,8 \pm 0,21$ балла. Полученные нами результаты позволяют констатировать необходимость выделения этапов пародонтологической курации пациентов с БП. На всех этапах курации врач-стоматологу необходимо учитывать особенности соматиче-

ского состояния и неврологического статуса, осуществлять психокоррекционное сопровождение, проводить санитарно-просветительную работу с лицами, ухаживающими за такими больными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезнь Паркинсона и расстройства движения / Под ред. С. Н. Иллариошкина, Н. Н. Яхно. – М., 2008.
2. Грудянов А. И. Заболевания пародонта. – М., 2009.
3. Залялова З. А. // *Практ. мед.* – 2009. – № 6 (38). – С. 136–138.
4. Залялова З. А., Богданов Э. И., Забустова Л. В., Латыпова Г. Р. // *Неврол. вестн.* – 2007. – Т. 39, вып. 4. – С. 91–93.

5. Йолов Цв. // *Стоматология.* – 2002. – № 3. – С. 59–61.
6. Леонтьев В. К., Макарова Р. Л., Кузнецова Л. И. // *Стоматология.* – 2001. – № 6. – С. 63–64.
7. Пожарицкая М. М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твердых и мягких тканях полости рта. Ксеростомия. – М., 2001.
8. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. Э. М. Кузьминой. – М., 1999.
9. Улитовский С. Б. Индивидуальная гигиена полости рта. – М., 2007.
10. Nakayama Y., Washio M., Mori M. // *J. Epidemiol.* – 2004. – Vol. 14, N 5. – P. 143–150.

Поступила 29.10.12

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.314.17-002-092:612.135]-073.432

М. А. Амхадова, Н. М. Мустафаяев, В. Е. Толмачев

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПАРОДОНТА ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ

МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского (129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 2)

Для установления точного диагноза с последующей разработкой адекватной схемы лечения при воспалительных заболеваниях пародонта важно провести всестороннее обследование пациента. Ранняя диагностика заболеваний пародонта позволяет добиться долговременных положительных результатов лечения.

Ключевые слова: микроциркуляция, лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ), ультразвуковая доплерография (УЗДГ)

FEATURES OF THE STUDY OF MICROCIRCULATION PERIODONTAL IN SEVERE ATROPHY OF BONE TISSUE OF JAWS

M.A. Amkhadova, N.M. Mustafayev, V.E. Tolmachev

To establish an accurate diagnosis and the subsequent development of adequate treatment regimens for inflammatory periodontal diseases is important to conduct a comprehensive examination of the patient. Early diagnosis of periodontal disease can achieve long-term positive outcomes.

Key words: microcirculation, laser Doppler flowmetry, Doppler ultrasound flowmeter

Воспалительные процессы в пародонте являются одной из основных причин потери зубов, в том числе в молодом возрасте. Известно, что для воспалительных заболеваний пародонта характерна полиэтиологичность (Воложин А. И., 2004; Кречина Е. К., 1996, 2008; Gamonalet и соавт., 2000). Современные успехи ортопедического лечения при потере зубов в значительной степени объясняются использованием внутрикостных имплантатов для несъемного протезирования. Однако дентальная имплантация, как и любой другой метод лечения, имеет свои показания и ограничения. Известно, что воспалительные процессы в пародонте являются относительным противопоказанием для стоматологической имплантации. При этом нарушения микроциркуляции считают патогенетическим фактором расстройства кровообращения, имеющие ключевую роль в трофическом обеспечении тканей и развитии компенсаторных процессов (Чернух А. М., 1984; Лойко Е. Р., 2000; Хамад З. М.-С., 2004; Османова Т. Т., 2006). Нарушения в микрососудах регистрируют еще на доклиническом этапе. Наиболее реактивным звеном микроциркуляторного русла являются посткапилляры и вены (Козлов В. И., 1995, 2008).

Амхадова Милкан Абдрашидовна – д-р мед. наук, проф., отв. секретарь РАСТИ, тел. 8(916) 117-70-32, e-mail: amkhadova@mail.ru

Изменения, происходящие в микроциркуляторном русле пародонта при воспалении, оказывают существенное влияние на эффективность имплантации. Центральным звеном в развитии микроциркуляторных нарушений является расстройство капиллярного кровотока, обычно начинающееся со снижения его интенсивности и заканчивающееся развитием капиллярного стаза в нутритивном звене микроциркуляторного русла (Е. К. Кречина, В. В. Маслова, С. А. Фролова, 2007; Ю. И. Гурфинкель, М. И. Кудуткина, 2003; В. И. Козлов, Е. П. Мельман, В. И. Кишко, 1995; Г. И. Мчедишвили, Д. Г. Барамидзе, 1987).

Сложность патогенеза микроциркуляторных нарушений требует применения достаточно чувствительных методов диагностики степени расстройства капиллярного кровотока и сопряженных изменений в микрососудах артериолярного и веноулярного звеньев микроциркуляторного русла.

В настоящее время в стоматологической практике широко используют современные методы функциональной диагностики, которые основаны на измерении различных физических свойств исследуемых тканей. Неинвазивными методами оценки микроциркуляции являются лазерная и ультразвуковая доплерография (УЗДГ), которые позволяют доступным способом исследовать параметры тканевого кровотока.