

ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗУБОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИИ

Ю.А. Македонова, А.Е. Кривенцев, С.А. Веремеенко, Д.Ю. Дьяченко

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра стоматологии института НМФО*

В клинической практике врача стоматолога-ортопеда зачастую встречаются пациенты с различными заболеваниями, аномалиями и деформациями. При этом нередко может существовать взаимосвязь между общей соматической патологией и проявлениями в полости рта. Исключением не является и болезнь Паркинсона. В данной работе рассматриваются основные особенности течения заболевания в полости рта и принципы дифференцированного подхода к ортопедическому лечению. Так, у пациентов с болезнью Паркинсона наблюдаются сиалорея (слюнотечение, гиперсаливация), сухость красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта, изменение речи, «протезные» стоматиты. При этом у таких пациентов отмечаются сенсорные и вегетативные нарушения, нарушение мышечного тонуса, что усугубляет процесс протезирования и создает определенные трудности для врача-стоматолога-ортопеда. В связи с распространением данного заболевания среди людей пожилого возраста, которым довольно часто требуется стоматологическая помощь, клиницистам необходимо владеть знаниями об этой патологии.

Ключевые слова: подход, протезирование, патология, клиника, тремор, сухость слизистой оболочки.

DOI 10.19163/1994-9480-2020-3(75)-79-82

THE RATIONALE FOR A DIFFERENTIATED APPROACH TO ORTHOPEDIC TREATMENT OF THE TEETH WITH A SYSTEMIC PATHOLOGY

Yu.A. Makedonova, A.E. Kriventsev, S.A. Veremeenko, D.Y. Dyachenko

*FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Department of dentistry of the Institute of continuing medical and pharmaceutical education*

In the clinical practice of a dentist-orthopedist, patients with various diseases, abnormalities and deformities are often found. In this case, there may often be a relationship between General somatic pathology and manifestations in the oral cavity. Parkinson's disease is no exception. This paper discusses the main features of the course of the disease in the oral cavity and the principles of a differentiated approach to orthopedic treatment. So in patients with Parkinson's disease, sialorrhoea (salivation, hypersalivation), dryness of the red border of the lips and oral mucosa, speech changes, «prosthetic» stomatitis are observed. At the same time, these patients have sensory and vegetative disorders, violation of muscle tone, which aggravates the process of prosthetics and creates certain difficulties for a dentist-orthopedist. Due to the spread of this disease among the elderly, who often require dental care, clinicians need to know about this pathology.

Key words: approach, prosthetics, pathology, clinic, tremor, dryness of the mucous membrane.

В стоматологической практике встречаются случаи, когда за ортопедической, ортодонтической, терапевтической и хирургической помощью обращаются пациенты с хроническими системными патологиями. При этом системные нарушения зачастую прогрессируют. Одним из таких заболеваний является болезнь Паркинсона, представляющее хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, сопровождающееся дегенерацией нигростриарных нейронов и функции базальных ганглиев. Болезнь Паркинсона впервые была описана Джеймсом Паркинсоном в 1817 году как самостоятельное заболевание «дрожательный паралич» [1].

Наибольшую распространенность заболевание достигает среди людей, возраст которых старше 60 лет. Прогрессирование болезни Паркинсона происходит в течение 10–15 лет с момента постановки диагноза, при этом с каждым годом повышается риск инвалидности и смерти. Развитие заболевания связано с гибелью нейронов

черной субстанции и других структур головного мозга, что проявляется в виде классической триады симптомов: акинезия, тремор покоя и мышечная ригидность [1].

При болезни Паркинсона изменения происходят также в полости рта. Наиболее ярко выражена сиалорея, которая характеризуется увеличением количества слюны и истечением ее из ротовой полости преимущественно ночью (симптом «мокрой подушки»). Также возможен сухость красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта, которая зачастую приводит к развитию хейлитов, «протезные стоматиты», развитие которых обусловлено плохой гигиеной, в том числе и недостаточным уходом за съёмными протезами, гиперплазия десны и возникновение травматических язв в связи с плохой припасовкой или подвижностью протезов. Повышается риск возникновения кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов и заболеваний пародонта, что в большинстве случаев связано с двигательными нарушениями

(тремор, брадикинезия, замедленность жевания и проглатывания пищи), которые ведут к снижению гигиены полости рта) [3].

Особую трудность таких пациентов представляет ортопедическое лечение. При этом отмечается тремор жевательных мышц различной степени их клинических проявления, от легкого тремора до невозможности сомкнуть челюсти, что особо необходимо при определении прикуса, снятии слепков. Другими словами, изготовить качественную ортопедическую конструкцию крайне затруднительно.

Болезнь Паркинсона носит полиэтиологический характер, в основе которого лежат возрастные, генетические и средовые факторы. Чаще всего заболевание возникает спорадически, но при отягощенном семейном анамнезе риск развития резко повышается, так как увеличивается восприимчивость nigrostriарной системы к влиянию процессов старения и действию повреждающих стимулов. Среди средовых факторов основными являются – инфекции, интоксикации, воздействия тяжелых металлов [4].

В 2002 г. Н. Braak выдвинул гипотезу о том, что болезнь Паркинсона имеет поэтапный тип развития. Нейродегенеративный процесс проходит 6 последовательных стадий, в результате формируется восходящий тип поражения.

- На первой стадии поражается дорсальное моторное ядро блуждающего нерва и обонятельные луковицы, вследствие этого в клинике преобладают нарушение функции желудочно-кишечного тракта и потеря обоняния.

- На второй стадии дегенеративный процесс захватывает гигантоклеточное ретикулярное ядро и ядро шва. Развивается нарушение сенсорной системы.

- На третьей стадии происходит вовлечение в процесс черной субстанции. Нарушается аффект и сон, что может проявляться в виде депрессивного или биполярного аффективного расстройства.

- На четвертой и пятой стадиях развивается дегенерация всей черной субстанции. Поэтому имеют место когнитивные нарушения и психическое расстройство.

- Шестая стадия характеризуется усугублением патологического процесса во всех вышеупомянутых структурах, а также вовлекаются корковые центры [1, 2].

Клинические проявления болезни Паркинсона возникают, когда количество дофамина в хвостатом ядре снижается более чем на 70 %.

Прежде всего, происходит развитие классической триады: акинезия или гипокинезия (снижение двигательной активности), тремор покоя – начинается с верхних конечностей, постепенно переходя на нижнюю часть тела, и мышечная ригидность (повышение мышечного тонуса). Также может

иметь место постуральная неустойчивость и связанные с ней падения, пошатывания при ходьбе.

Могут развиваться депрессии, повышенная утомляемость, когнитивные и психотические расстройства.

Вегетативные нарушения проявляются в виде нарушения мочеиспускания, запоров, сиалореи, ортостатической гипотензии, болевых синдромов, сухости красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.

Диагностируется болезнь Паркинсона на основе клинического обследования по наличию гипокинезии и одного из признаков – тремора покоя или мышечной ригидности.

Поэтому диагностика проводится путем сопоставления и исключения позитивных и негативных критериев. Наибольшую точность при установлении диагноза можно получить с помощью аутопсии.

Такие методы исследования, как КТ и МРТ, могут быть полезными при дифференциальной диагностики болезни Паркинсона [1, 2, 4].

Лечение заболевания состоит из нескольких направлений:

1. Нейропротекторная терапия, которая направлена на приостановление нейродегенеративного процесса. Используются препараты с антиоксидантным действием; ингибиторы транспорта дофамина; агонисты дофаминовых рецепторов.

2. Симптоматическая терапия – проводится для коррекции нейрохимического дисбаланса. Применяются ДОФА-содержащие средства (мадопар, наком), агонисты дофаминовых рецепторов (мирапекс, проноран), ингибиторы MAO (селегилин, сталево), холинолитики (циклодол, тригексифенидил), антидепрессанты (мелипрамин), антиоксиданты.

3. Медико-социальная реабилитация – прежде всего важное значение имеет лечебная физическая культура (ЛФК), также к нефармакологической терапии относятся речевая гимнастика и психотерапия.

4. Нейрохирургическое лечение – показано только при усугублении патологического процесса, появлении лекарственной дискинезии, моторных флюктуаций [1, 4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить основные особенности ортопедического лечения пациентов с болезнью Паркинсона.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Приведен клинический случай. В плановом порядке с диагнозом «болезнь Паркинсона» в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники ВолгГМУ с целью протезирования обратилась пациентка Н., 82 года, жительница г. Москвы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из анамнеза выявлена болезнь Паркинсона, диагноз был впервые поставлен 5 лет назад, первые клинические проявления (дезориентация и потеря памяти) начались 7 лет назад, при этом наследственный фактор отсутствует.

Среди жалоб пациентки выявлена невозможность пережевывания пищи в результате утраты зубов боковой группы и множественного кариеса оставшихся зубов.

Проведен осмотр, в ходе которого изучены особенности лицевого скелета. Подбородок выдвинут вперед и заострен. Наблюдается старческая прогения (рис. 1).

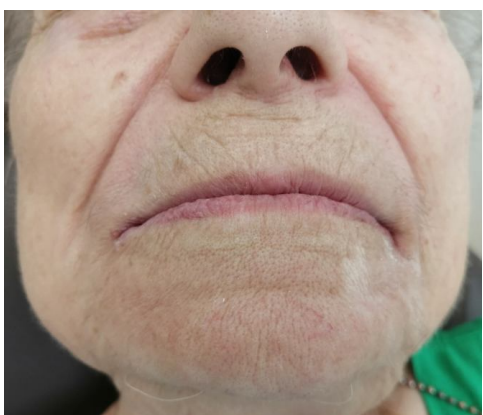


Рис. 1. Внешний вид больного болезнью Паркинсона

Вследствие развития тремора нижней челюсти, рот находится в полуоткрытом состоянии (рис. 2). Наблюдается сухость красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта, которая привела к развитию ангулярного хейлита (заеды в углах рта) (рис. 3). Выражена сиалорея, которая характеризуется увеличением количества слюны и истечением ее из ротовой полости преимущественно ночью (симптом «мокрой подушки»). Гигиеническое состояние полости рта – неудовлетворительное. Выявлено поражение твердых тканей зубов в виде кариеса, клиновидных дефектов и эрозий.

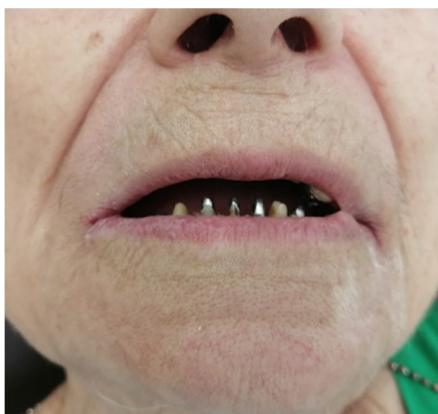


Рис. 2. Положение нижней челюсти в состоянии покоя

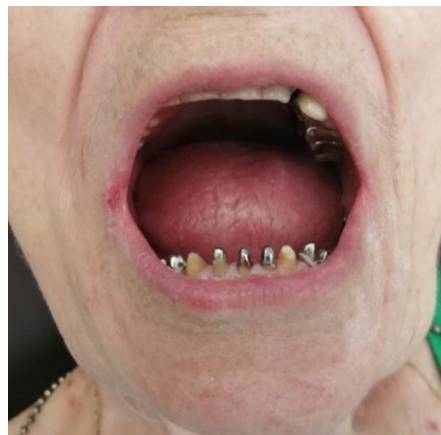


Рис. 3. Ангулярный хейлит

С момента постановки диагноза проводится нейропротекторная и симптоматическая терапия, ухудшения общего состояния не наблюдалось.

После предварительной терапевтической подготовки, совместно с пациентом был выбран план лечения: изготовление штифтово-культевых вкладок в корни зубов и пластмассовых коронок, полученных методом фрезерования (рис. 4). Лечение проводилось совместно с невропатологом на фоне приема медикаментозных препаратов с оптимальной дозировкой. При этом воссоздание функциональных и эстетических оптимумов можно считать относительным (от 34 до 45 зубов). Так как не было выполнено восстановление боковых групп зубов посредством съемного протезирования в связи с имеющейся соматической патологией, что при данном течении заболевания являлось невозможным. Снятие слепков происходило с применением искусственной слюны. Дентальная имплантация как метод решения проблемы включенных дефектов зубного ряда у данного пациента противопоказана в связи с выраженной степенью атрофии костной ткани альвеолярного гребня (толщина кости до 0,8 мм, высота до нижнечелюстного канала 8 мм) и неудовлетворительной гигиены полости рта.

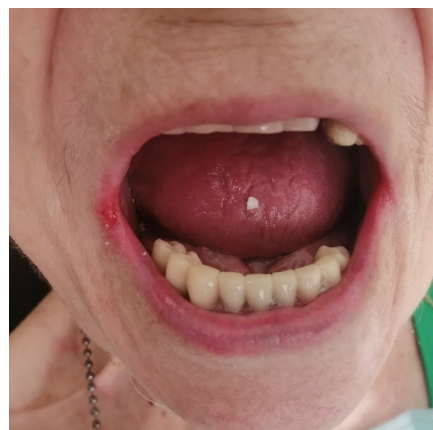


Рис. 4. Ортопедическая конструкция после фиксации в полости рта

Своевременно выполненная диагностика и лечение нивелируют прогрессирование заболевания и способствуют благоприятному прогнозу. Клиницисту необходимо помнить, что к пациентам с сопутствующей системной патологией целесообразен дифференцированный подход к стоматологическому лечению и протезированию ротовой полости с учетом выраженности клинических проявлений основного заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокая распространенность соматических патологий, особенности проявлений в полости рта, выраженность клинических проявлений в зависимости от тяжести воспалительного процесса, обосновывают необходимость дифференцированного подхода к ортопедическому лечению на всех этапах протезирования. При этом необходимо соблюдать системность, комплексность и индивидуальность на каждом сроке и своевременно скорректировать стоматологическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Ю.Н. Учебное пособие для студентов по изучению болезни Паркинсона и паркинсоновского синдрома; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск: Типография ИГМУ, 2013. – 30 с.
2. Луцкий И.С., Евтушенко С.К., Симонян В.А. Болезнь Паркинсона (клиника, диагностика, принципы терапии) // *Международный неврологический журнал*. – 2011. – № 5 (43). – С. 159–174.

3. Рувинская Г.Р., Залялова З.А. Особенности стоматологической курации пациентов с болезнью Паркинсона // *Российский стоматологический журнал*. – № 6. – 2012. – С. 30–32.

4. Фёдорова Н.В. Болезнь Паркинсона: диагностика и лечение // *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. – 2016. – № 1. – С. 13–17.

REFERENCES

1. Vasiliev Yu.N. Uchebnoye posobiye dlya studentov po izucheniyu bolezni Parkinsona i parkinsonovskogo sindroma [Textbook for students on the study of Parkinson's disease and Parkinson's syndrome]; FSBEI HE ISMU MOH Russia. Irkutsk: ISMU printing House, 2013. 30 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Lutsky I.S., Evtushenko S.K., Simonyan V.A. Parkinsona (klinika, diagnostika, printsipy terapii) [Parkinson's Disease (clinic, diagnostics, principles of therapy)]. *Mezhdunarodnyy nevrologicheskiy zhurnal* [International neurological journal], 2011, no. 5 (43), pp. 159–174. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Ruvinskaya G.R., Zalyalova Z.A. Osobennosti stomatologicheskoy kuratsii patsiyentov s boleznyu Parkinsona [Features of dental curation of patients with Parkinson's disease]. *Rossiyskiy stomatologicheskiy zhurnal* [Russian dental journal], 2012, no. 6, pp. 30–32. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Fedorova N.V. Parkinsona: diagnostika i lecheniye [Parkinson's Disease: diagnosis and treatment]. *Sovremennaya terapiya v psikiatrii i nevrologii* [Modern therapy in psychiatry and neurology], 2016, no. 1, pp. 13–17. (In Russ.; abstr. in Engl.).

Контактная информация

Македонова Юлия Александровна – д. м. н., доцент, зав. кафедрой стоматологии ИНМФО, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: mihai-m@yandex.ru