

Особенности эндодонтического лечения зубов у пациента с артериальной гипертензией и гиперсимпатикотонией

А.В. МИТРОНИН*, д.м.н., проф., зав. кафедрой

К.А. МАЦЕПУРО*, асп.

Р.И. СТРЮК**, д.м.н., проф., зав. кафедрой

*Кафедра кариесологии и эндодонтии

**Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Features of endodontic treatment of teeth in a patient with arterial hypertension and hypersympathicotonia

A.V. MITRONIN, K.A. MATSEPURO, R.I. STRYUK

Резюме: Пациенты с артериальной гипертензией и гиперсимпатикотонией нуждаются в динамическом контроле АД, адекватной антигипертензивной и, при необходимости, седативной терапии, поскольку они в большей степени подвержены волнению перед лечением, что проявляется резким повышением АД и диктует необходимость перед болезненными манипуляциями использовать местное обезболивание.

Ключевые слова: эндодонтическое лечение, алгоритм эндодонтического лечения, артериальная гипертензия, гиперсимпатикотония.

Abstract: Patients with arterial hypertension deserve special attention, as they are more susceptible to anxiety before the treatment, so during the painful manipulations with the use of local anesthesia, the importance of evaluation and correction of psycho-emotional state of such patients. The lack of clearly developed approaches for correction to dental intervention, directly affects the quality of their dental care. The peculiarities of the management of patients suffering from arterial hypertension.

Key words: endodontic treatment, algorithm of endodontic treatment, arterial hypertension, hypersympathicotonia.

В настоящее время в современном мире выработалась концепция, что залог успешности человека складывается из многих факторов, в том числе и за счет его внешнего вида. Безусловно, главенствующая роль здесь отводится эстетике лица, и зубы являются неким зримым критерием благополучия человека. Поэтому с каждым годом отмечается спрос на косметические реставрации, протезирование и пластику мягких тканей. Большое значение имеет комплексный подход к терапии пациентов, имеющих сопутствующие заболевания. При этом качество эндодонтического лечения с последующей реставрацией твердых тканей зубов с учетом этиопатогенетических факторов развития болезней пульпы и периапикальных тканей пародонта приоритетны [8-12]. Восстановление целостности зубного ряда способствует не только нормализации основных функций речевого и жевательного аппарата, но и благотворно влияет на общее психоэмоциональное состояние пациента (Лебедеенко И. Ю., 2002).

При проведении стоматологических вмешательств необходимо учитывать множество факторов, в том числе наличие сопутствующих заболеваний. С этих позиций пристального внимания заслуживают пациенты с артериальной гипертензией (АГ), поскольку стоматологические манипуляции у них в ряде случаев могут проявляться чрезмерным повышением артери-

ального давления. По данным эпидемиологических исследований, распространенность АГ в Российской Федерации составляет 41,1% среди мужчин и 31,3% – у женщин [1, 2]. В патогенезе АГ ведущая роль принадлежит симпатико-адреналовой системе (САС), обеспечивающей в организме важные метаболические и физиологические функции, из которых наиболее значимой является регуляция артериального давления. Для исследования активности САС используют прямые и косвенные методы – регистрацию степени изменения гемодинамических параметров (АД и ЧСС) в ответ на введение адреноблокаторов, спектральный анализ вариабельности сердечного ритма и АД. К более точным и специфичным методам оценки активности САС относят определение экскреции катехоламинов и их основных метаболитов – метанефринов с мочой, а также исследование количества и плотности адренорецепторов и анализ передачи сигнала с их участием, а также степени чувствительности адренорецепторов к эндогенным катехоламинам, методом, основанным на изменении осморезистентности эритроцитов в присутствии адреноблокатора [4]. По данным этого метода, у практически здоровых лиц в условиях постоянного режима труда и отдыха величины показателя адренореактивности организма, который обозначается аббревиатурой β -АРМ, находятся в диапазоне 2-20 усл. ед., что соответствует физио-

логическому уровню функционирования САС [3]. При повышении активности САС наступает десенситизация (снижение чувствительности) адренорецепторов и величины β -АРМ возрастают и могут достигать 80 усл. ед. и более. Пациенты с высокими величинами β -АРМ, как было показано другими исследователями, составляют группу риска развития осложнений как со стороны сердечно-сосудистой системы, в частности развитие гипертонического криза, так и при проведении стоматологического лечения. Поэтому оценка исходного уровня функциональной активности САС может иметь определяющее значение в проведении превентивных мероприятий перед стоматологическим вмешательством.

Клинический случай

Пациент N, 76 лет, обратился на кафедру кариесологии и эндодонтии МГМСУ им А.И. Евдокимова по поводу эндодонтической подготовки зубов к последующему протезированию. Со слов пациента, к стоматологам обращался редко. В анамнезе страдает АГ, постоянно принимает антигипертензивные препараты и привычные цифры АД составляют 140/90 мм рт. ст. При общем осмотре обращало на себя внимание тревожное состояние пациента, который испытывал волнение и страх, отмечал недомогание. В процессе беседы было выявлено, что пациент боится предстоящего лечения, очень переживает за результат, испытывает дискомфорт, связанный с недопониманием предстоящих процедур. При повторных (с интервалом 10 минут) измерениях АД ртутным сфигмоманометром выявлены его повышенные цифры – 180/110 мм рт. ст. Исследование величины β -АРМ, которое осуществляли согласно авторскому методу в микроколичестве венозной крови набором реагентом «АРМ-АГАТ (ООО АГАТ-Мед, Москва), показало его превышение более чем в два раза по сравнению с верхней границей нормы – 56,6 усл. ед., что соответствует повышению функционального состояния САС [3].

St. Localis: стираемость зубов верхней и нижней челюсти. На ОПТГ отмечается равномерная атрофия костной ткани верхней и нижней челюсти на 1/2 корней (рис. 1).

Диагноз: частичное отсутствие зубов верхней и нижней челюсти, пародонтит средней степени тяжести (МКБ-10), гипертоническая болезнь II степени.

Пациенту было отложено стоматологическое вмешательство и даны рекомендации обратиться к терапевту для подбора адекватной антигипертензивной терапии с учетом повышенной активности САС и предстоящего стоматологического лечения. Было принято решение вести прием данного пациента с использованием анестезиологического пособия [5, 6]. В тот день лечение не проводилось.

Перед вторым посещением пациент волновался немного меньше, перед выходом из дома принял индапамид, который получал постоянно, однако при измерении АД оно оказалось умеренно повышенным – 160/95 мм рт. ст. С пациентом вновь была проведена беседа, объяснены алгоритмы лечения и рекомендовано продолжить антигипертензивную и добавить седативную (персен) терапию.

В третье посещение пациент отметил, что боится гораздо меньше, чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Перед лечением была проведена беседа, где мы еще раз разъяснили все манипуляции и



Рис. 1. Исходная рентгенологическая картина



Рис. 2. Рентгенологическая картина после проведенного комплексного лечения

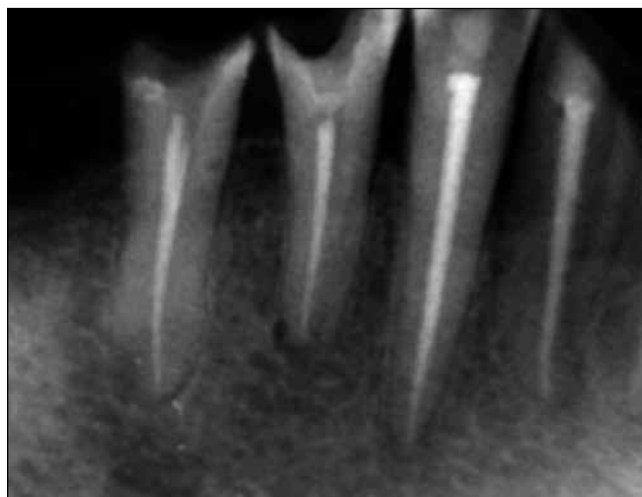


Рис. 3. Рентгенологическая картина после проведенного эндодонтического лечения

рассказали этапность лечения. АД измеряли последовательно: до лечения – 160/100 мм рт. ст., в процессе лечения – 150/95 мм рт. ст. и после стоматологических манипуляций – 145/90 мм рт. ст.

На четвертое посещение пациент пришел, улыбаясь, ощущение тревоги и беспокойства полностью были купированы, цифры АД практически не отличались от предыдущих и составили: до лечения – 160/95 мм рт. ст., в процессе лечения – 145/90 мм рт. ст., после лечения 140/85 мм рт. ст.

Депульпирование зубов проводилось под инфильтрационной анестезией sol. ultracaini 1:200000 1,7 ml по схеме: вскрытие и раскрытие полости зуба, расширение устья каналов, обработка вращающимися NiTi-инструментами и медикаментозно (Parcan и дистиллированная вода), ирригация при помощи ультразвуковых файлов, высушивание, обезжиривание, obturation гуттаперчевыми штифтами и силлером, постановка светоотверждаемых пломб (рис. 2, 3) [10-19].

Вывод

В современных условиях лечение пациентов должно быть персонализированным и учитывать сопутствующие заболевания, возможные механизмы их развития, в частности, функциональное состояние симпатико-адреналовой системы, поскольку гиперсимпатикотония может быть фактором риска развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, прежде всего, развития гипертонического криза. Кроме того, правильная диагностика, соблюдение всех этапов эндодонтического лечения, применение новейших технологий и материалов,

своевременное подключение к работе врача-анестезиолога позволяют качественно провести лечение и минимизировать осложнения. Особое внимание следует уделить установлению контакта врача с пациентом, что, несомненно, внесет свой положительный вклад в успешность стоматологического лечения.

Поступила 02.10.2014

127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д. 4

Клинико-диагностический центр

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Кафедра кариесологии и эндодонтии

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шальнова С. А., Деев А. Д., Вихирева О. В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в России: информированность, лечение, контроль // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001. №2. С. 3-7.
2. Shal'nova S. A., Deev A. D., Vihireva O. V. i dr. Rasprostranennost' arterial'noj gipertenzii v Rossii: informirovannost', lechenie, kontrol' // Profilaktika zabolevanij i ukreplenie zdorov'ja. 2001. №2. С. 3-7.
3. Шальнова С. А., Деев А. Д., Оганов Р. Г., Шестов Д. Б. Роль систолического и диастолического артериального давления для прогноза смертности от сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваск. тер. и проф. 2002. Т. 1. №1. С. 10-15.
4. Shal'nova S. A., Deev A. D., Oganov R. G., Shestov D. B. Rol' sistolicheskogo i diastolicheskogo arterial'nogo davlenija dlja prognoza smertnosti ot serdechno-sosudistyh zabolevanij // Kardiovask. ter. i prof. 2002. Т. 1. №1. С. 10-15.
5. Стрюк Р. И., Длусская И. Г. Новый метод прогнозирования и оценки эффективности бета-адреноблокаторов у больных гипертонической болезнью // Кардиология. 1997. №8. С. 10-13.
6. Strjuk R. I., Dlussskaja I. G. Novyj metod prognozirovanija i ocenki effektivnosti beta-adrenoblokatorov u bol'nyh gipertonicheskoj bolezni'ju // Kardiologija. 1997. №8. С. 10-13.
7. Стрюк Р.И., Длусская И. Г. Адренореактивность и сердечно-сосудистая система. – М., 2003. – 160 с.
8. Strjuk R. I., Dlussskaja I. G. Adrenoreaktivnost' i serdechno-sosudistaja sistema. – М., 2003. – 160 с.
9. Новикова С. Г., Лобанова Е. Г., Рабинович С. А., Новиков Д. В., Емельянова Т. В. Критерии выбора средств для премедикации в амбулаторной стоматологической практике // Стоматология. 2006. №5. С. 24-28.
10. Novikova S. G., Lobanova E. G., Rabinovich S. A., Novikov D. V., Emel'janova T. V. Kriterii vybora sredstv dlja premedikacii v ambulatornoj stomatologicheskoj praktike // Stomatologija. 2006. №5. С. 24-28.
11. Ремез Г. А. Применение местной анестезии и мониторируемой седации при стоматологическом лечении больных с метаболическим синдромом: Дис. ... канд. мед. наук. – М.: МГМСУ, 2012. – 99 с.
12. Remez G. A. Primenenie mestnoj anestezii i monitoriruemoj sedacii pri stomatologicheskom lechenii bol'nyh s metabolicheskim sindromom: Dis. ... kand. med. nauk. – М.: МГМСУ, 2012. – 99 с.
13. Вавилова Т. П., Митронин А. В., Сажина Е. Н., Ясникова Е. Я. Стоматологический статус и клинико-лабораторные аспекты диагностики и течения болезней пародонта у пациентов старших возрастных групп // Пародонтология. 2007. №2. С. 3-8.
14. Vavilova T.P., Mitronin A.V., Sazhina E.N., Jasnikova E.Ja. Stomatologicheskij status i kliniko-laboratornye aspekty diagnostiki i techenija boleznej parodonta u pacientov starshih vozrastnyh grupp // Parodontologija. 2007. №2. С. 3-8.
15. Митронин А.В., Царев В. Н., Ясникова Е. Я., Черджиева Д. А. Особенности контаминации экосистемы корневых каналов на этапах эндодонтического лечения острого периодонтита // Эндодонтия Today. 2008. №1. С. 26-32.
16. Mitronin A. V., Carjov V. N., Jasnikova E. Ja., Cherdzhieva D. A. Oso-bennosti kontaminacii ekosistemy kornevyh kanalov na etapah endodonticheskogo lechenija ostrogo periodontita // Endodontija Today. 2008. №1. С. 26-32.
17. Царев В. Н., Митронин А. В., Николаева Е. Н. Трансканальное использование антибиотиков нового поколения в лечении хронического периодонтита и оценки их эффективности с применением генодиагностики // Cathedra – кафедра: Стоматологическое образование. 2004. №9. С. 34.
18. Carev V.N., Mitronin A.V., Nikolaeva E.N. Transkanal'noe ispol'zovanie antibiotikov novogo pokolenija v lechenii hronicheskogo periodontita i ocenki ih effektivnosti s primeneniem genodiagnostiki // Cathedra – kafedra: Stomatologicheskoe obrazovanie. 2004. №9. С. 34.
19. Митронин А. В., Царев В. Н., Ясникова Е. Я., Черджиева Д. А. Особенности контаминации экосистемы корневых каналов на этапах эндодонтического лечения острого периодонтита // Эндодонтия Today. 2008. №1. С. 26-32.
20. Mitronin A.V., Carjov V.N., Jasnikova E.Ja., Cherdzhieva D.A. Oso-bennosti kontaminacii ekosistemy kornevyh kanalov na etapah endodonticheskogo lechenija ostrogo periodontita // Endodontija Today. 2008. №1. С. 26-32.
21. Малахов А. В., Апарина Е. А., Митронин А. В. Оценка краевой проницаемости при прямой реставрации зубов композитом с использованием прокладочных материалов // Dental Forum. 2007. №2. С. 16.
22. Malahov A. V., Aparina E. A., Mitronin A. V. Ocenka kraevoy pronicaemosti pri prjamoj restavracii zubov kompozitom s ispol'zovaniem prokladochnyh materialov // Dental Forum. 2007. №2. С. 16.
23. Царев В. Н., Митронин А. В., Черджиева Д. А. Определение изменения видового состава вирулентной микрофлоры при язвенном пульпите на этапах эндодонтического лечения // Эндодонтия Today. 2011. №3. С. 5-10.
24. Carev V. N., Mitronin A. V., Cherdzhieva D. A. Opredelenie izmenenija vidovogo sostava virulentnoj mikroflory pri jazvennom pul'pite na etapah endodonticheskogo lechenija // Endodontija Today. 2011. №3. С. 5-10.
25. Янушевич О. О., Митронин А. В., Дмитриева Н. Г., Гетто М. С. Современные методы физиотерапии заболеваний пародонта // Стоматолог. 2007. №5. С. 21.
26. Janushevich O. O., Mitronin A. V., Dmitrieva N. G., Getto M. S. Sovremennye metody fizioterapii zabolevanij parodonta // Stomatolog. 2007. №5. С. 21.
27. Peters O. A., Barbakow F., Peters C. I. An analysis of endodontic treatment with three nickel-titanium rotary root canal preparation techniques // Int Endod J. 2004. №37. P. 849-859.
28. Hulsman M., Herbst U., Schafer F. Comparative study of root canal preparation using Lightspeed and Quantec SC rotary NiTi instruments // Int. Endod. J. 2003. Nov. Vol. 36 (11). P. 748-756.
29. Hulsman M., Peters O. A., Dummer P. M. H. Mechanical preparation of root canals: shaping goals, techniques and means // Endod Topics. 2005. №10. P. 30-76.
30. Rotstein I., Salehrabi R., Forrest J. Endodontic treatment outcome: survey of oral health care professionals // J. Endod. 2006. Vol. 32. P. 399.
31. Yang G. B., Zhou X. D., Zhang H., Wu H. K. Shaping ability of progressive versus constant taper instruments in simulated root canals // Ant. Endod. J. 2006. Vol. 39. №10. P. 791-799.
32. Peters O. A., Peters C. I., Schonenberger K., Barbakow F. ProTaper rotary root canal preparation: effects of canal anatomy on final shape analysed by micro CT // Int. Endod. J. 2003. Feb. Vol. 36 (2). P. 86-92.