

# Состояние стоматологической помощи пациентам с нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу

Н.А. РЯЗАНЦЕВ\*, асп.

М.Ю. МАКСИМОВА\*, д.м.н., проф., главн. научн. сотр.

Е.Н. АНИСИМОВА\*\*, к.м.н., доц. кафедры обезболивания в стоматологии

\*НЦН РАМН

\*\*ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

## State of dental care for patients with ischemic circulation by ischemic type

N.A. RYAZANTSEV, M.Yu. MAKSIMOVA, E.N. ANISIMOVA

**Резюме:** Инсульт остается до настоящего времени одним из наиболее частых и тяжелых заболеваний нервной системы. Проблеме ранней реабилитации больных в остром периоде инсульта посвящено множество статей и руководств, но ни одно из них не содержит протокола стоматологической реабилитации пациента. В настоящее время не существует единого мнения относительно сроков и объема стоматологической помощи больным, перенесшим острую недостаточность мозгового кровообращения. В работе приводится анализ данных литературы, который показывает, что единого безопасного алгоритма не существует, поэтому необходимо разработать стандарт оказания стоматологической помощи данной группе пациентов.

**Ключевые слова:** инсульт, стоматологическая реабилитация, антибиотикопрофилактика, гемодинамика, международное нормализованное отношение.

**Abstract:** Stroke is still one of the most frequent and severe impairment of the central nervous system. There are lots of papers devoted to early rehabilitation but none of them includes the protocol of patients' dental rehabilitation. There is no consensus regarding the timing and volume of dental care for stroke survivors nowadays. Present paper provides an analysis of existing data on dental care to these patients. It is evident that a single secure workflow of providing dental care to patients with ischemic stroke does not exist, it is necessary to develop a standard of dental care for this group of patients.

**Key words:** stroke, dental rehabilitation, antibiotic prophylaxis, hemodynamics, international normalized ratio.

Под инсультом понимают случаи острой недостаточности мозгового кровообращения (ОНМК), при которых симптомы поражения нервной системы сохраняются более суток. Инсульт подразделяется на геморрагический (кровоизлияние в мозг и/или его оболочки) и ишемический (инфаркт мозга). Нарушения мозгового кровообращения остаются до настоящего времени одним из наиболее частых и тяжелых заболеваний нервной системы. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что острые ишемические нарушения мозгового кровообращения продолжают доминировать в структуре цереброваскулярных заболеваний, а инфаркт мозга по-прежнему развивается в четыре раза чаще, чем кровоизлияние. Исходы инсульта в целом характеризуются следующими показателями: лишь 11% больных требуют постоянного ухода, 53% независимы в повседневной жизни, а 36% сохраняют трудоспособность [1].

В 2008 году исполнительный комитет Европейской организации по борьбе с инсультом опубликовал базовые рекомендации, посвященные ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. Они основаны на базе модели реабилитации, включающей раннюю (до 14 дней) мобилизацию пациентов [2]. Теме ранней реабилитации больных в острейшем периоде инсульта посвящено множество статей и руководств [2, 47], но ни одно из них не содержит протокола стоматологической реабилитации пациента. Отмечается, что когнитивные, речевые, эмоционально-волевые, зрительные,

чувствительные нарушения, физическая слабость и недостаток координации, которые зачастую сопровождают инсульт, не позволяют больным поддерживать уровень гигиены полости рта на хорошем уровне самостоятельно [3, 4]. Это, в свою очередь, приводит к ускоренному образованию зубного налета и развитию заболеваний пародонта [27]. Исследования [5, 6] выявили связь заболеваний пародонта с пневмонией и кардиоваскулярными заболеваниями, а также их негативное влияние на состояние здоровья пациентов с сопутствующей патологией. Отмечено, что профессиональная гигиена полости рта способствует профилактике развития аспирационной пневмонии у пожилых в стационаре [7, 8] за счет снижения уровня метициллин-устойчивого золотистого стафилококка в зубном налете [11], который зачастую является возбудителем внутрибольничной инфекции [9, 10] и трудно поддается лечению с помощью стандартных видов антибиотиков [12]. Поэтому проведение профессиональной гигиены, по нашему мнению, рекомендовано всем пациентам, перенесшим инсульт. Также была отмечена связь между пародонтопатогенами и развитием атеросклеротических бляшек в сосудах головного мозга [25, 26]. Таким образом, участие стоматолога в реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, очевидно. Однако среди специалистов не существует единого мнения о возможных сроках и объемах стоматологических вмешательств данной категории пациентов. Ряд авторов рекомендует отложить стоматологические вмешательства на 6-12 месяцев [13-16], связывая это с тем, что 70% повторных эпизодов ОНМК

происходит в первый месяц после первичного инсульта [17, 18]. Но последние исследования показывают, что их причины зачастую связаны не с цереброваскулярными проблемами [19], а с развитием пневмонии, вклад в профилактику которой может внести стоматолог.

Пациенты, перенесшие ОНМК, принимают антикоагулянтные или антиагрегантные средства, что увеличивает риск кровотечений при проведении стоматологических вмешательств. Если пациент принимает антикоагулянты, то эффект оценивают с помощью международного нормализованного отношения (МНО). В случае если его значения меньше 3,5, возможно проведение даже инвазивного стоматологического лечения. Если значения МНО выше 3,5, то необходимо проконсультироваться с лечащим врачом о возможности снижения дозы антикоагулянтов для достижения значений менее 3,5. Если это невозможно, то лечение проводится без снижения дозы, так как риск повторных инсультов значительно выше рисков, связанных с кровотечением [20-22]. Согласно современным рекомендациям целевым значением МНО у пациентов, перенесших ОНМК, является 3,0 (от 2,5 до 3,5) [48, 49]. Есть сообщения о том, что возникшее при проведении системного тромболитического кровотечения в полости рта после удаления зубов можно остановить местными гемостатическими средствами [23]. Антиагрегантный эффект аспирина, клопидогреля и дипиридамола оценивается с помощью исследования агрегации тромбоцитов. Применение антиагрегантных средств в основном не вызывает значительных кровотечений во время стоматологических вмешательств, даже хирургических, и потому снижения их дозы не требуется [24]. Соблюдение осторожности при обращении с мягкими тканями, тщательное удаление грануляционной ткани, создание условий для регенерации первичным натяжением, а также использование местных гемостатических средств позволяет избежать послеоперационных кровотечений.

Открытым остается вопрос о необходимости антибиотикопрофилактики пациентам с цереброваскулярными заболеваниями перед проведением стоматологических вмешательств. Существующие американское и европейское руководства по предупреждению развития инфекционного эндокардита рекомендуют применять антибиотикопрофилактику перед стоматологическими вмешательствами только у лиц с сопутствующей кардиологической патологией, связанной с высоким риском неблагоприятных исходов этого заболевания при проведении инвазивных стоматологических вмешательств [28, 37]. Британское руководство было пересмотрено в 2008 году, и антибиотикопрофилактика для лиц с риском развития инфекционного эндокардита была исключена [29]. Однако существуют сообщения о том, что подобные изменения могут крайне негативно сказаться на здоровье пациентов, вплоть до летального исхода [26]. Подобных рекомендаций для лиц, перенесших ОНМК, пока не разработано. Такие отличия в подходе к антибиотикопрофилактике вызваны противоречивостью данных о транзитной бактериемии, возникающей при проведении стоматологического лечения, которые варьируют от 10% до 100% случаев при хирургических вмешательствах, 36-88% – при парадонтологических операциях, 8-80% – при кюретаже парадонтальных карманов и полировке корня, 9-32% – при установке матриц и раббердама, до 20% при эндодонтических вмешательствах и 40% при профессиональной чистке зубов [30-34]. Это может быть связано с разницей аналитических методик ее определения. Также отмечено частое возникновение транзитной бактериемии в повседневной жизни: при чистке зубов и использо-

вании флоссов – 20-68%, при использовании деревянных зубочисток – 20-40%, при использовании ирригатора – 7-50%, при пережевывании пищи – 7-51% [33-36, 38-43].

Руководство Американской кардиологической ассоциации предлагает следующую схему применения антибиотикопрофилактики у данных пациентов: «Амоксициллин» в дозе 2 г в виде таблеток, при невозможности перорального приема – 2 г «Ампицилина» или 1 г «Цефазолина»/«Цефтриаксона» внутримышечно и внутривенно. При наличии аллергии на пенициллины – 2 г «Цефалексина», или 600 мг «Клиндамицина», или 500 мг «Азитромицина»/«Кларитромицина». При невозможности перорального приема, сочетающегося с аллергией на пенициллины, – 1 г «Цефазолина»/«Цефтриаксона» или 600 мг «Клиндамицина» внутримышечно или внутривенно. Такой выбор антибактериальных препаратов связан с их безопасностью и активностью в отношении микрофлоры, проникающей в системный кровоток [44-46].

Наши исследования показали крайне низкий уровень гигиены полости рта среди пациентов, перенесших ОНМК (индекс РНР  $2,53 \pm 0,05$ ), поэтому мы считаем, что при проведении стоматологических вмешательств больным с ОНМК проведение антибиотикопрофилактики согласно этому руководству обязательно.

Другим важнейшим аспектом лечения больных, перенесших инсульт, является поддержание стабильной центральной и церебральной гемодинамики. Современный уровень знаний о факторах риска развития нарушений кровообращения в вертебробазиллярной системе позволяет осуществлять их профилактику на стоматологическом приеме, в особенности это касается больных, перенесших инсульт. С учетом анатомических предпосылок нарушений мозгового кровообращения запрещаются резкие повороты головы и разгибание шеи, а также длительная фиксация в этих позах. Также лечение рекомендовано проводить в сидячем положении.

Данные о целевых значениях АД в остром периоде инсульта противоречивы. Американское руководство по ведению больных в остром периоде инсульта утверждает, что оптимальные значения АД лежат в диапазоне 141-180 для систолического и 81-110 для диастолического [48, 50-53]. Коррекция исходных значений должна осуществляться с участием врача-невролога. В этой связи актуальным становится вопрос выбора препарата для проведения местного обезболивания, так как необходимо добиться адекватной по глубине и одновременно с этим не слишком длительной анестезии. Обосновано применение 3% мепивакаина без вазоконстриктора «Скандинибса®» и 4% артикаина с эпинефрином 1:200 000 «Артикаин ИНИБСА® 1:200 000». Но весьма перспективным является использование артикаинсодержащих препаратов со сниженной концентрацией вазоконстриктора 1:400 000, так как это позволяет эффективно выполнять обезболивание при кратковременных вмешательствах и снижает потенциальный риск от его проведения [54], следовательно, делает возможным безопасно и безболезненно оказывать стоматологическую помощь этой категории пациентов.

Таким образом, анализ проведенных исследований показывает, что единого безопасного алгоритма оказания стоматологической помощи пациентам с ишемическим инсультом не существует, поэтому необходимо разработать стандарт оказания стоматологической помощи данной группе пациентов.

**Получено 26.07.2014**

Координаты для связи с авторами:  
Москва, ул. Вучетича, д. 9а  
Стоматологический комплекс