

И.И. Шоломов, С.Н. Сальникова

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ  
НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*Саратовский государственный медицинский университет*

Успех восстановительного лечения зависит от правильной организации самого реабилитационного процесса и уже на этапе интенсивной терапии, кроме невролога, в лечении больных должны участвовать логопед, методист лечебной физкультуры, физиотерапевт и психотерапевт. В отечественной и зарубежной литературе мы не встретили упоминаний об участии врачей стоматологов в мультидисциплинарном принципе организации реабилитационного лечения больных инсультом. Около 55% больных инсультом, выживающих к концу 3-года заболевания, в той или иной мере не удовлетворены качеством своей жизни. Лишь 20% больных могут вернуться к своей прежней работе. У данного контингента пациентов развивается стойкая депрессия. Психофизиологические особенности таких пострадавших в контексте оказания стоматологической помощи и учета последствий парезов в челюстно-лицевой области практически не изучены.

Известно, что у большинства больных с хронической ишемией головного мозга, перенесших инсульт, развиваются парезы и параличи, что оставляет неизгладимый след в их моторике и эмоционально-аффективной сфере. Проявляются нарушения в челюстно-лицевой области в виде парезов и параличей мимической мускулатуры, мышц языка, мягкого неба, глотки, изменения болевой и температурной чувствительности. Происходит нарушение таких важных функций, как глотание, фонация, артикуляция, возникает анестезия в некоторых отделах полости рта. В то же время для нормального функционирования полости рта необходима достаточная сила губ, мускулатуры лица, сила и подвижность языка, хорошее состояние зубов, нормальная саливация.

В результате поражения центрального аппарата нервной системы возникают патологические процессы в зубочелюстной системе. Экспери-

ментально доказано, что в тканях с нарушенной иннервацией преобладает распад веществ над его синтезом, следствием которого является их легкая повреждаемость, и ткань переходит на собственные функциональные ритмы.

Актуальность проблемы определила цель исследования — изучение стоматологического статуса в реабилитационном периоде у больных, перенесших острое расстройство мозгового кровообращения.

Из 118 пациентов с ишемией головного мозга после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, абсолютно все нуждались в полной санации полости рта. Гигиеническое состояние полости рта оценивали с помощью гигиенического индекса. Полученные результаты представлены в табл. 1.

*Таблица 1*

**Распределение больных по гигиеническому состоянию полости рта**

Гигиеническое состояние полости рта	Больные		
	женщины	мужчины	всего
Хорошее	7	2	9 (7,7 %)
Удовлетворительное	19	12	31 (26,3 %)
Неудовлетворительное	25	10	35 (29,6 %)
Плохое	19	24	43 (36,4 %)
Всего	70 (59,3 %)	48 (40,7 %)	118 (100%)

Неудовлетворительное и плохое гигиеническое состояние полости рта у подавляющего большинства больных потребовало проведения полной санации полости рта с последующим рациональным протезированием. Заболевание пародонта наблюдалось у 59 (50%) человек, несостоятельность ортопедических конструкций — у 107 (90,7%), патология прикуса — у 28 (23,7%) из 118 (100%) обследованных. Распространенность кариозного процесса составила 93%, что свидетельствовало о высокой кариесогенной ситуации в группе больных с ишемией головного мозга.

Мы определяли степень открывания рта, пальпировали мышцы с целью выявления спазма, измеряли тонус, движения нижней челюсти, языка, соотношение челюстей. Особое место занимало изучение беззубых участков альвеолярных отростков, определение рабочей и нерабочей сторон. В процессе обследования было выяснено, что больные, перенесшие инсульт, используют в акте жевания сторону рта, противоположную пораженной. При этом происходит изменение центра жевания, чему способствуют девиация языка, нарушение чувствительности слизистой оболочки щек, собственно полости рта. В мышечном комплексе балансирующей стороны происходят дегенеративные изменения (спазм, гипертрофия, атония), снижение тонуса небных дужек.

Определяются изменения в височнонижнечелюстном суставе. Жевание на здоровой стороне приводит к усиленной атрофии костной ткани, возникает сдавление кровеносных и лимфатических сосудов, изменяется структура нервных элементов.

Диагностика функционального состояния круговой мышцы рта имеет информативное значение о характере восстановления паретичных мимических мышц при проведении реабилитационных мероприятий у больных с ишемией головного мозга (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что на пораженной стороне отсутствует сила мышц составляющих замыкательную функцию, а на противоположной стороне она немного снижена. Это в полной мере зависит от тяжести поражения ЦНС по сравнению со значениями силы круговой мышцы рта у здоровых лиц.

Полученные данные необходимо учитывать при протезировании больных различными конструкциями протезов (съёмные, несъёмные), так как

Таблица 2

Показатели средних значений силы круговой  
мышцы рта у здоровых лиц и у больных  
с ишемией головного мозга

Степень тяжести нарушения функции мимических мышц	Сила круговой мышцы рта в граммах, средние значения при инсультах		Норма
	пораженная сторона	противоположная сторона	
Тяжелая	0	230	470±30
Средней тяжести	3,3	300	
Умеренная	6,3	330	

нагрузка концентрируется на малой площади и в этом участке происходит «погружение» краев протеза. В результате этого в периоде адаптации к протезам возникают осложнения (воспаление тканей протезного ложа, баланс протезов, плохая фиксация, боль под базами протезов при жевании и движениях языка, попадание пищи под протезы, усталость мышц).

Таким образом, оценка стоматологического статуса больных, перенесших острое расстройство мозгового кровообращения, изучение психологических аспектов трудных пациентов, разработка методики оказания специализированной стоматологической помощи повысит качество жизни в постреабилитационном периоде этих пациентов и займет определенное место в мультидисциплинарном принципе организации реабилитационного лечения больных инсультом.

Поступила 28.02.07.

