

СТОМАТОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ

International Dental Review

ISSN 1999-172X

№ 1 – 2011

Компьютерные диагностические программы

Состояние рта
у пациентов
с хронической
сердечной
недостаточностью

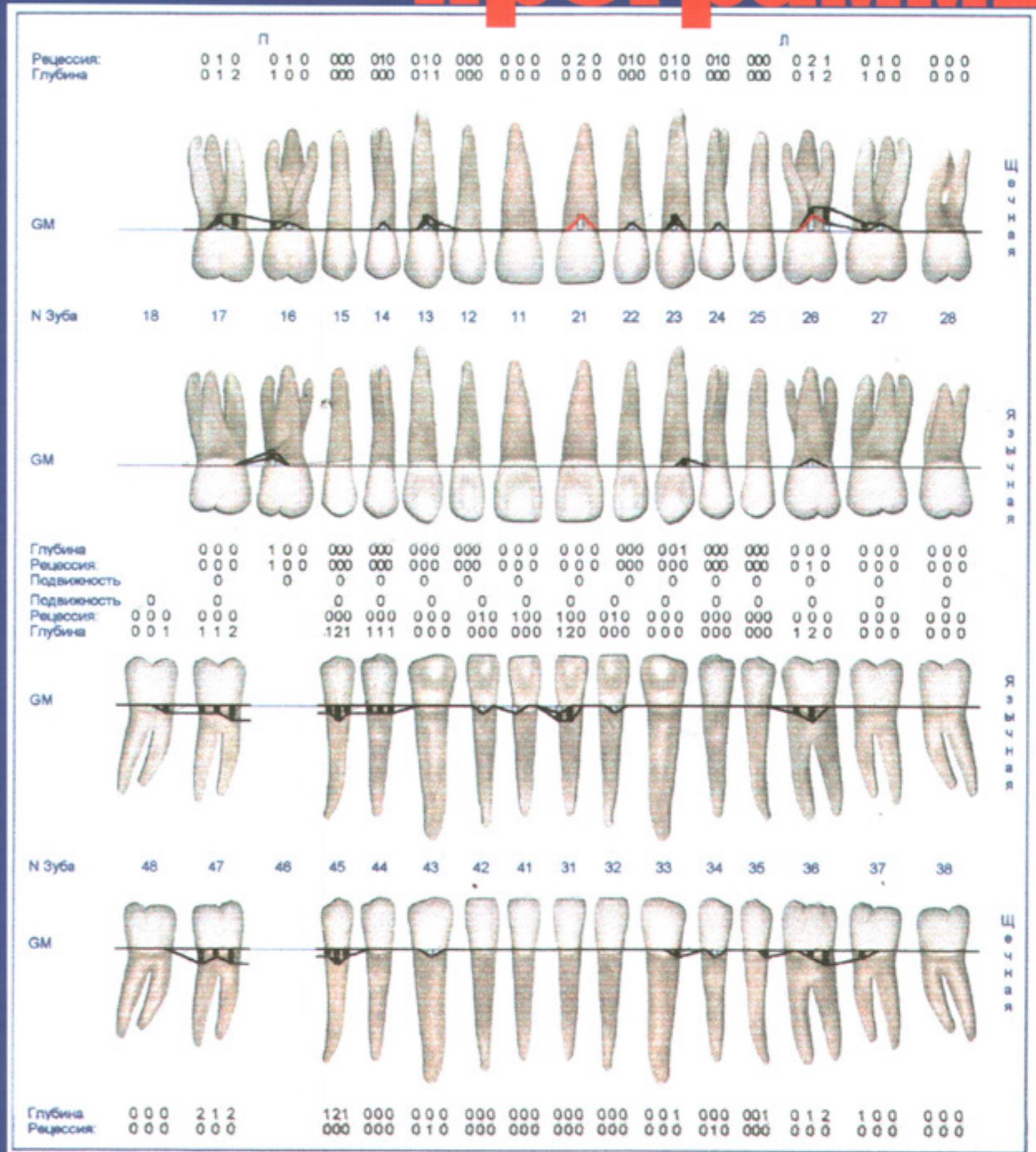
Микроциркуляции
тканей десны
при заболеваниях
пародонта

Применение
антибактериального
препарата Рулид
в лечении пациентов
с заболеваниями
челюстно-лицевой
области

Новые подходы
к организации работы
современных
зуботехнических
лабораторий

Клинический случай
зубопротезирования
беззубых челюстей
на имплантатах
с применением
аттачмена МК-1

Проблемы
обезболивания
в стоматологии



в практике врача-стоматолога

sdv.ru



Терапевтическая стоматология

Алгоритм оказания первичной амбулаторной стоматологической помощи больным ревматоидным артритом без поражения слюнных желез

Резюме

Рассмотрены особенности первичного стоматологического обследования, клинико-лабораторной диагностики стоматологических поражений у больных ревматоидным артритом. Обращено особое внимание на диагностику состояния слюнных желез, височно-нижнечелюстных суставов, сохранность реминерализующей, омывающей и иммунной функций слюны. Обсуждены биологические риски и профессиональные вредности врача-стоматолога, работающего с больными ревматоидным артритом. Разработано и дано научное обоснование алгоритма оказания первичной стоматологической помощи больным ревматоидным артритом (без поражения слюнных желез).

Ключевые слова: алгоритм стоматологической помощи, ревматоидный артрит, биологические риски здоровья врача-стоматолога.

Algorithm for primary ambulant dental aid to rheumatic arthritis patients with unaffected salivary glands

V.M. Grinin., V.A. Adilkhanyan, V.T. Karakhanyan, M.V. Simonova, K.I. Ashurov, V.V. Derkach

Summary

Peculiarities of primary dental examination, clinical and laboratory diagnosis of dental defects of patients with rheumatic arthritis have been considered. Special attention has been paid to the state of salivary glands, temporomandibular articulation, and conservation of mineralizing, bathing and immune functions of saliva.

Biological risks and occupational hazards of a dentist, working with rheumatic arthritis patients have been discussed also. It has been worked out and given scientific substantiation of algorithm for primary ambulant dental aid to rheumatic arthritis patients (with unaffected salivary glands).

Keywords: dental aid algorithm, rheumatic arthritis, biological risks for dentist's health.

В.М. Гринин**, д.м.н., профессор
В.А. Адилханян, к.м.н.
В.Т. Караханян, к.м.н.
М.В. Симонова*, к.м.н.

К.И. Ашуров, врач-стоматолог
В.В. Деркач, аспирант

Московский государственный медико-стоматологический университет

* Институт ревматологии РАМН

** ФГУ "Национальный научный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ"

Для переписки:

г. Москва, ул. Ярцевская, 1

Тел.: +7 (495) 978-66-00

E-mail: adilh@mail.ru

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов. Согласно данным ВОЗ, РА страдает не менее 1% населения земного шара [1–2]. Известно, что течение ревматоидного артрита могут существенно усугублять многочисленные очаги хронической инфекции в организме, в том числе в челюстно-лицевой области [3, 4, 5].

У больных РА отмечена высокая частота кариеса зубов, в том числе с преобладанием атипичных форм кариеса, множественная очаговая деминерализация эмали, наличие стертых форм пульпита, периодонтита. Все это нередко затрудняет диагностику на приеме, вызывает затруднения у врача-стоматолога в процессе лечения таких больных. Отмечены также многочисленные нарушения состава и свойств слюны и т.д. При этом роль синдрома Шегрена (СШ), нередко сопровождающего РА, подробно описана исследователями [7, 8, 10, 11, 12].

Серьезным осложнением РА являются системные нарушения минерального обмена вплоть до остеопороза, что существенно усугубляет качество жизни пациентов, влияет на состояние многих органов и систем [5, 6, 9]. Имеются отдельные сообщения о том, что нарушения минерального обмена при РА отражаются на состоянии твердых тканей зубов, приводя к развитию множественного кариеса, эрозий, других некариозных поражений, либо утяжеляют уже имеющуюся патологию [3, 4, 6, 8, 11, 13].

В этой связи мы обоснованно полагаем, что в части диагностики и лечения комплексной стоматологической патологии больные ревматоидным артритом для врача-стоматолога должны подразделяться на две большие группы: больные РА без поражения слюнных желез и больные РА с поражением слюнных желез (по типу СШ). Соответственно у таких групп больных будут различаться плановая потребность и объемы оказанной стоматологической помощи, подходы к комплекс-



ной диагностике и лечению, разные алгоритмы оказания стоматологической помощи, которые, очевидно, будут отличаться от стандартных алгоритмов лечения обычных (соматически здоровых) стоматологических пациентов.

Отсутствие подобной информации не позволяет дать обоснование объемов оказания помощи и оценить плановую потребность в ней больных РА, хотя это будет способствовать более полноценному санированию больных и влиять на течение заболеваемости РА. Все это свидетельствует об актуальности рассматриваемого нами вопроса.

Результатом проведения ретроспективного и проспективного анализа стоматологической заболеваемости больных РА, собственного клинического опыта лечения этого контингента больных, анализа данных литературы явилась разработка алгоритма терапевтического стоматологического обследования и оказания специализированной помощи больным РА без поражения слюнных желез.

Схема алгоритма включает основные звенья диагностического и лечебного процессов, в том числе элементы психологической помощи (консультирование в форме конструктивной беседы с больным). Условно схему алгоритма можно разграничить на три основных блока (раздела):

1. Сбор анамнеза, осмотр больного врачом-стоматологом при первичном обращении или во время первичного обследования: раздел ориентирован на врача-стоматолога общеполиклинического приема, включает

наиболее характерную, специфическую симптоматику вторичных заболеваний полости рта при РА, выявление которых позволит заподозрить наличие этого заболевания;

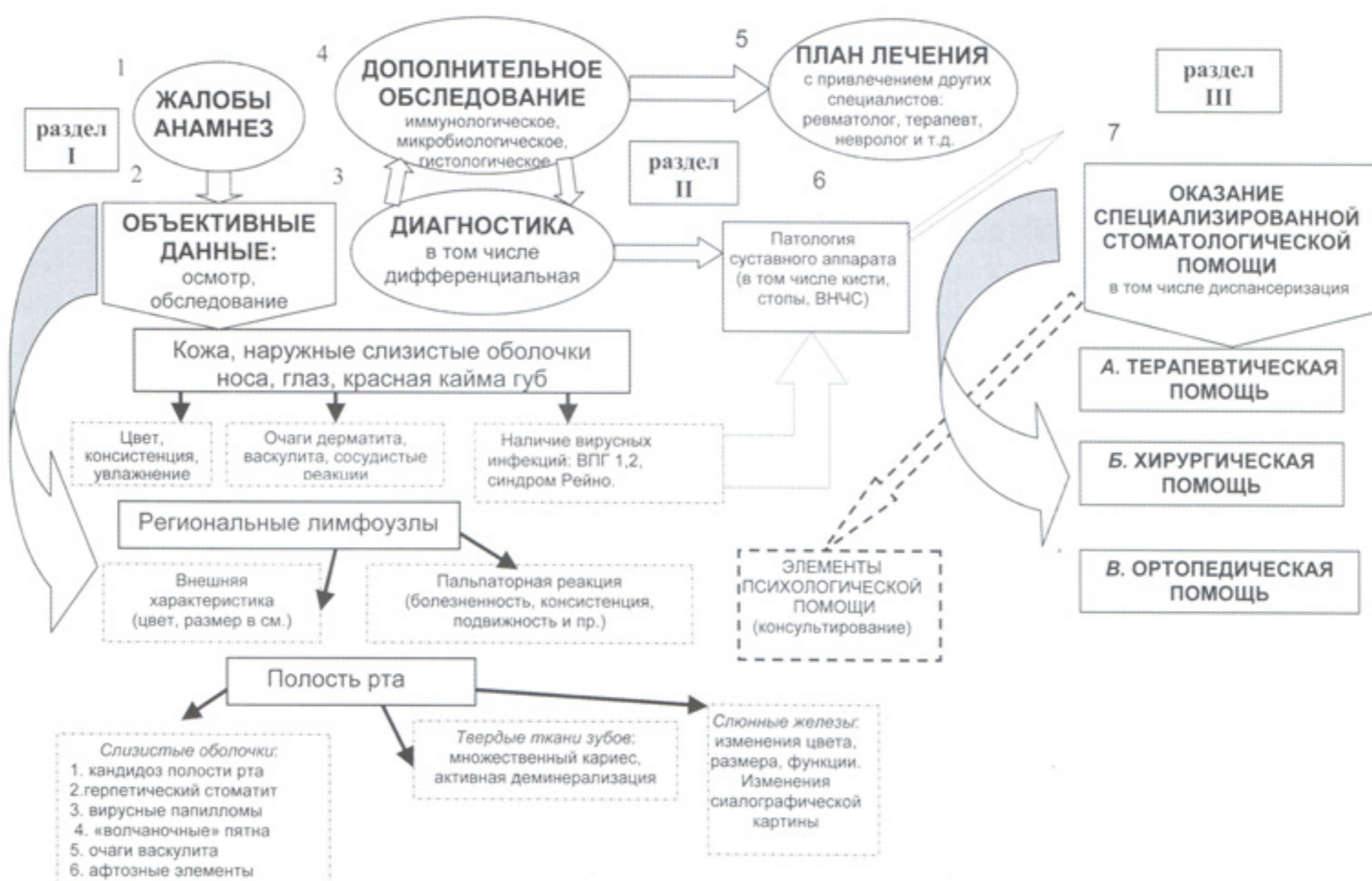
2. Диагностика и дополнительное обследование: раздел рассчитан на врача-стоматолога, использование схемы позволит дифференцировать клинические стадии РА, уточнить состояние иммунного статуса больного, снижение этого статуса на раннем этапе;

3. Оказание стоматологической помощи, в том числе диспансеризация: показания, установление сроков и объема лечебно-профилактических мероприятий, что подразумевает разработку плана лечения. По сути, предложенный алгоритм универсален на любой стадии РА.

В основу алгоритма положены особенности стоматологической заболеваемости при РА, социальная и медицинская сущность основного заболевания, факторы, отягощающие его течение, на которые нужно обратить особое внимание врачу-стоматологу.

Обсуждая более детально этапы алгоритма, отметим, что на первом (первичном) осмотре врач-стоматолог должен обратить особое внимание на наличие поражения ВНЧС, признаки сухости полости рта (гипосаливация) – такие, как уменьшение количества (объема) и увеличение вязкости ротовой жидкости, повышенное количество пищевых остатков (снижение оmyающей роли слюны), наличие множественного, особенно пришеечного кариеса зубов, участков истончения и лихенификации слизистой оболочки, что

Схема алгоритма оказания амбулаторной стоматологической помощи больному РА



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

может указывать на наличие у больного РА (особенно в сочетании с СШ). На втором этапе нужно провести более тщательную диагностику — по общему и иммунологическому анализам крови (выявляются такие признаки РА, как повышенные уровни СОЭ, комплемента, криопреципитинов, циркулирующих иммунных комплексов, появление титров ревматоидного и антинуклеарного факторов), рентгенографию челюстных костей и особенно ВНЧС (позволит уточнить стадию РА) и направить больного для уточнения диагноза и подбора системной терапии к врачу-ревматологу.

Кроме того, нужно помнить и о возможностях потенциального риска вреда здоровью врача-стоматолога и другого медицинского персонала, оказывающего специализированную помощь больным РА. РА, имеющий в основе своего генеза частое начало и ускоренное развитие после стрептококковых инфекций, как правило, характеризуется повышенным выделением больными активных штаммов стрептококка. Это подвергает врача-стоматолога, работающего с больными РА, определенному риску заражения стрептококковой инфекцией и требует от него соблюдения мер предосторожности (контакт с биологическими жидкостями и выделениями больного) и использования средств индивидуальной защиты на приеме (наличие в обязательном порядке масок, перчаток), дезинфицирующих растворов (протираание мебели, рабочих поверхностей, оборудования кабинета растворами антисептиков — 3% раствором пероксида водорода, 0,02% раствором фурацилина, 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, облучение кварцевой УФ-лампой и т.д.). Все это будет минимизировать возможный риск заражения врача-стоматолога на приеме.

Таким образом, алгоритм предназначен как врачам-стоматологам общеполиклинического приема, никогда ранее не лечившим больных РА, так и врачам-стоматологам, постоянно оказывающим лечебно-профилактическую помощь больным РА. Предложенный алгоритм обследования и оказания стоматологической помощи больному РА должен помочь врачам-стоматологам общеполиклинического приема сориентироваться в сложной и нетипичной симптоматике проявлений РА, оптимизировать лечебно-профилактическую, в том числе диспансерную работу. В целом это позволит повысить качество жизни больных РА, подавляющее число которых находится в наиболее социально активном возрасте (20–35 лет).

Алгоритм оказания амбулаторной стоматологической помощи включает:

Этап 1 — описание жалоб больного, сбор анамнестических данных. В этом разделе описываются жалобы больного, некоторые особенности которых могут быть далеки от челюстно-лицевой области и компетенции врача-стоматолога, но они нужны для формирова-

ния у врача целостной картины заболевания. Особое внимание при подозрении у больного заболевания РА врач-стоматолог должен уделить уточнению жалоб (если больной указывает на боли в мелких суставах кистей и стоп, беспричинно субфебрильную температуру тела, периодическую сухость полости рта и т.д.). Из материала анамнеза врача особо интересуют периоды рецидивирования сухости полости рта, субфебрилитета, периодические боли в мелких суставах рук и ног, первопричинные факторы, приведшие к вышеозначенным симптомам (особенно указания больного на назо-фарингеальные инфекции), сведения о применяемых больным ранее противовоспалительных препаратах (стероидах и группе нестероидных средств).

Этап 2 — сбор объективных данных о состоянии больного. Этот этап подразделяется на несколько разделов:

1. Наружный осмотр кожи, красной каймы губ, наружных отделов слизистых оболочек носа, глаз на предмет их сухости, наличия патологических элементов (цвет, консистенция, увлажнение, наличие участков васкулита, афтозно-язвенных, гиперкератозных элементов, сосудистых реакций, синдрома Рейно). Особое внимание при наружном осмотре таких больных обращают на объем, состояние, консистенцию больших слюнных желез (околоушных, поднижнечелюстных), состояние ВНЧС (наличие суставного шума, болезненности, ограничения объема движений). Врач обращает внимание на состояние лимфоузлов в челюстно-лицевой области, входящих в компетенцию врача-стоматолога — их размер, подвижность, болезненность, консистенцию, спаянность с окружающими тканями, цвет кожи над ними и т.д.).

2. При объективном осмотре полости рта у таких больных врач-стоматолог обращает особое внимание на увлажненность полости рта и продолжает обследование слюнных желез, начатое их внешним (внеротовым) осмотром. Вызывает настороженность врача плане подозрения РА наличие множественного (особенно пришеечного) кариеса зубов, участков активной деминерализации эмали, частое рецидивирование полости рта элементов кандидоза, герпеса, хронического афтозного стоматита, вирусных папиллом, наличие "волчаночных" и васкулитных пятен.

Этап 3 — диагностика (в том числе дифференциальная). При подозрении на наличие у больного дополнительно проводится набор лабораторных методов диагностики, направленный на уточнение имеющегося патологического состояния. Назначают общий клинический анализ крови (уровни эритроцитов, нейтрофилов, моноцитов, цветовой показатель СОЭ и др.), иммунологический анализ крови (уровни комплемента, криопреципитинов, ревматоидного фактора, антинуклеарного фактора, иммуноглобу-

нов, циркулирующих иммунных комплексов и др.). В случае подозрения на наличие у больного поражения слюнных желез в виде СШ назначаются сиалометрия, сиалография, биопсия слюнных желез. Для уточнения ревматоидного поражения суставов назначается рентгенография ВНЧС. Для составления плана лечения больного РА как правило привлекаются другие специалисты (ревматолог, невролог и др.), элементы психологической помощи (консультирование). После уточнения (подтверждения) диагноза РА больному наряду с общим (системным) лечением производится оказание специализированной стоматологической помощи, проведение санационных мероприятий в полости рта и т.д.

Литература

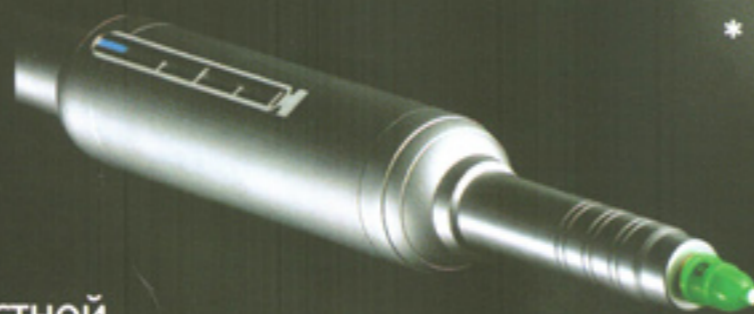
1. Беневоленская Л.И. Руководство по остеопорозу. — М.: БИНОМ, 2003. — 82 с.
2. Беневоленская Л.И., Алексеева Л.И. Диагностические критерии ревматических заболеваний // Научно-практическая ревматология. — 2009, № 2. — С. 39–45.
3. Гринин В.М. Клинико-патогенетическая оценка патологии височно-нижнечелюстного сустава, тканей и органов полости рта при ревматических заболеваниях: дис. ... докт. мед. наук. — М., 2001. — 533 с.
4. Гусейнова Т.Г. Зубочелюстная система при коллагеновых заболеваниях: дис. ... докт. мед. наук. — М., 1972. — 372 с.
5. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. — М.: Медицина, 1989. — 591 с.
6. Симонова М.В., Ромачева И.Ф., Грицман Н.Н. Диагностические признаки болезни и синдрома Шегрена: Тез. докл. 10 Евр. конгр. ревматологов. — М., 1983, № 4. — С. 30.
7. Смирнов А.В. Сравнительная оценка минеральной плотности костной ткани при системных воспалительных и невоспалительных ревматических заболеваниях: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2006. — 26 с.
8. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани. — М.: Медицина, 1994. — 543 с.
9. Kellgren J.H. Diagnostic criteria for population studies // Bull. Rheum. Dis., 1962, 13. — P. 291.
10. Kelley W.N. Textbook of Rheumatology, Saunders Company, 1993. — P. 351.
11. Outcome measures in rheumatic diseases // Revista Espanola de Reumatologia, Barcelona, 1993. — P. 242–243.
12. Patterson J.K. Xerostomia // Scand. J. Rheum., 1986, 61. — P. 185–190.
13. Perpetuation and initiation of rheumatoid arthritis // Revista Espanola de Reumatologia, Barcelona, 1993. — P. 243.

Новые технологии в анестезии



SleeperOne совершенство интралигаментарной анестезии

- * Наиболее эффективная система местной анестезии
- * Электронный контроль скорости подачи анестетика и давления
- * Максимальная точность захвата наконечника
- * Эффективная игла, обладающая срезом как у скальпеля
- * Полностью безболезненная анестезия
- * Хорошо принимается детьми



QuickSleeper идеальное решение для любой анестезии:

- * Все виды анестезии, включая внутрикостную
- * Одна инъекция обезболивает от 2-х до 8-ми зубов
- * Без онемения мягких тканей
- * Анестезия моляров нижней челюсти без дополнительных инъекций
- * Удаления на верхней челюсти без дополнительной небной анестезии
- * Максимум комфорта для пациента
- * Полностью безболезненная процедура



ООО "ТС Дентал"
123242, г. Москва, Столярный пер., 2
тел.: (495) 921-3506, (499) 253-4335
факс: (499) 253-4110
www.tsdental.ru, info@tsdental.ru