

Состояние пародонта пациентов с нейропатией нижнего альвеолярного нерва, возникшей после стоматологических манипуляций

Э.Г. БОРИСОВА, д. м. н., доц.
В.В. НИКИТЕНКО, к. м. н., начальник кафедры
Кафедра терапевтической стоматологии
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ (Санкт-Петербург)

Condition of parodont in patients with pain symptoms arising after any dental manipulations

E.G. BORISOVA, V.V. NIKITENKO

Резюме

Проведено клиническое обследование 62 пациентов с болевыми симптомами, возникшими после стоматологических манипуляций. Были выделены три клинические группы, в которых нейропатия нижнего альвеолярного нерва возникла от различных травмирующих факторов. Позитивная динамика статуса пациентов выражалась в улучшении гигиенических индексов, уменьшении интенсивности боли, нормализации уровня тревоги. Полученные результаты позволили сделать вывод о том, что наличие заболеваний пародонта усугубляет течение болевых симптомов.

Ключевые слова: боль, заболевания пародонта, интенсивность боли, индексы гигиены.

Abstract

We carried out a clinical examination of 62 patients with pain symptoms arising after dental manipulations. They were identified 3 clinical groups in which the inferior alveolar nerve neuropathy emerged from various traumatic factors. Positive dynamics of the status of the patients was expressed in the improvement of hygienic indexes, reduction of pain intensity, normalize the level of anxiety. The results led to the conclusion that the presence of periodontal disease exacerbates the pain symptoms.

Key words: pain, periodontal disease, pain intensity, oral hygiene index.

Нарушение функций тройничного нерва вследствие различных причинных факторов называется нейропатией. Причинами нейропатий в стоматологической практике чаще всего бывают травмы третьей ветви тройничного нерва (нижнего альвеолярного). Травматизация может произойти при проведении торусальной или мандибулярной анестезии, при удалении нижних моляров (в особенности третьих моляров). Иногда бывает острая токсико-травматическая нейропатия нижнего альвеолярного нерва, возникающая в случае попадания пломбировочного материала в нижнечелюстной канал во время лечения пульпита премоляров нижней челюсти. Во время пломбирования каналов у пациента остро возникает очень интенсивная боль в области нижней челюсти с онемением нижней губы и подбородка. Более чем у 80% пациентов [1, 2] после проведения эндодонтического лечения возникает чувство «распирания» в зубе, боль при накусывании, иррадиирующая в соседние зубы или

по ходу ветвей тройничного нерва, сопровождающаяся чаще всего сопутствующей неврологической симптоматикой: нарушение сна, раздражительность, тревожность.

В нашей практике неоднократно встречались нейропатии нижнего альвеолярного нерва после установки имплантатов.

Решение этой актуальной проблемы требует установления тесной связи с другими разделами клинической медицины, например с неврологией и психиатрией. Наше мнение совпадает с мнением ряда исследователей, считающих, что правильно поставленный диагноз при возникновении болей, после стоматологических манипуляций и своевременная терапия таких заболеваний как пародонтит, пародонтоз и т.д., гарантируют успех лечения в 32% случаев [1–3, 8]. При хронических заболеваниях пародонта боли и парестезии в деснах могут сочетаться и вовлекать целый комплекс тканей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение состояния тканей пародонта у пациентов с нейропатией нижнего альвеолярного нерва, возникшей после стоматологических манипуляций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели было проведено комплексное обследование 62 пациентов с нейропатией нижнего альвеолярного нерва (ННАН) травматического генеза. Клиническое обследование полости рта всех пациентов проводилось по единой схеме и включало в себя выяснение жалоб, сбор данных анамнеза, внешний осмотр и полный осмотр полости рта. Средний возраст обследованных составил $45,3 \pm 5,8$ лет. Длительность заболевания колебалась от 1 до 7 лет (средняя длительность $3,90 \pm 1,46$ года). Мужчин было 17 (27,42%), женщин — 45 (72,58%).

Все обследованные пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили пациенты с ННАН в результате травматизации с вышедшим за апекс пломбирочным материалом после эндодонтического лечения (31 человек). Во вторую группу вошли 18 пациентов, обратившихся к нам за помощью после проведенных сложных удалений третьих нижних моляров. В третьей группе были пациенты с ННАН, возникшей после проведения торусальной либо мандибулярной анестезии (13 человек). По многочисленным данным литературы [4–7, 9–11] и многолетних собственных исследований [1–3], известно, что воспалительно-дистрофические заболевания пародонта обнаруживаются, в основном, у пациентов от 40 лет и старше. Этот же контингент значительно чаще подвергается терапевтическим, хирургическим и ортопедическим стоматологическим вмешательствам, поэтому создание трех групп было случайным.

У всех обследуемых, обратившихся в нашу клинику, были определены индекс гигиены (ИГ) Грина-Вермиллиона (Green-Vermillion), пародонтальный индекс PI (Russel). Интенсивность боли определялась по ВАШ — визуально-аналоговой шкале боли [2], где 0 — отсутствие боли, а 10 — нестерпимая боль. Необходимо отметить, что заболевания пародонта, обнаруженные нами при обследовании пациентов с нейропатией ниж-

него альвеолярного нерва, имели хроническое течение. Пациентов с язвенной формой гингивита, тяжелой степенью пародонтита и пародонтоза не было. Всем обследуемым было проведено соответствующее стандартам полноценное пародонтологическое лечение, включающее профессиональную гигиену полости рта, применение медикаментозных препаратов для лечения заболеваний пародонта (как местного, так и системного уровня). Кроме того, мы сравнили динамику уровня астении и тревоги у всех пациентов до и после проведенного пародонтологического лечения, используя для этой цели госпитальную шкалу HADS, где:

0–7 баллов — отсутствие достоверно выраженных симптомов;

8–10 баллов — субклинически выраженная тревога или депрессия;

11 баллов и более — клинически выраженная тревога или депрессия.

Мы не ставили своей целью анализировать и сравнивать те или иные группы медикаментозных препаратов, применявшихся в комплексном лечении.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Заболевания пародонта были представлены в основном хроническим генерализованным пародонтитом (37 человек, 59,68%), в меньшей степени — хроническим генерализованным гингивитом (20 человек, 32,26%), на долю хронического пародонтоза легкой степени пришлось всего 5 человек — 8,06%.

В ряде случаев у пациентов с ННАН (пациенты первой группы) выявлялось клинически наблюдаемое поражение слизистой рта кандидозом. При взятии содержимого из пародонтальных карманов на бактериологическое исследование количественный состав *Candida albicans* составил 15–20 в поле зрения. Однако противокандидозная терапия облегчила состояние пациентов в незначительной степени.

Как следует из табл. 1, у пациентов всех трех групп показатель индекса гигиены, в среднем, составил $1,8 \pm 0,2$, PI — $1,2 \pm 0,15$, что свидетельствовало об удовлетворительном уровне гигиены, интенсивность боле-

Таблица 1. Клинические характеристики пациентов с нейропатией нижнего альвеолярного нерва (до лечения)

Клинические характеристики	Группа 1 n = 31	Группа 2 n = 18	Группа 3 n = 13
Гингивит (абс./%)	7 (2,20)	7 (14,58)	6 (18,75)
Пародонтит (абс./%)	15 (93,41)	6 (83,33)	16 (81,25)
Пародонтоз (абс./%)	4 (4,39)	1 (2,09)	0 (0)
Интенсивность боли по ВАШ	$5,3 \pm 0,2$	$6,2 \pm 0,1$	$2,2 \pm 0,2$
ИГ (Green-Vermillion)	$2,2 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,3$	$1,0 \pm 0,1$
PI (Russel)	$1,4 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,1$	$1,3 \pm 0,2$
Уровень тревоги и депрессии	$9,0 \pm 0,7$	$9,00 \pm 0,65$	$7,0 \pm 0,7$

Таблица 2. Клинические характеристики пациентов с нейропатией нижнего альвеолярного нерва (после лечения)

Клинические характеристики	Группа 1 n = 31	Группа 2 n = 18	Группа 3 n = 13
Гингивит (абс./%)	7 (2,20)	7 (14,58)	6 (18,75)
Пародонтит (абс./%)	15 (93,41)	6 (83,33)	16 (81,25)
Пародонтоз (абс./%)	4 (4,39)	1 (2,09)	0 (0)
Интенсивность боли по ВАШ	$4,1 \pm 0,2$	$4,6 \pm 0,2$	$1,8 \pm 0,3$
ИГ (Green-Vermillion)	$0,5 \pm 0,2$	$0,6 \pm 0,1$	$0,4 \pm 0,1$
PI (Russel)	$0,9 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,1$
Уровень тревоги и депрессии	$8,0 \pm 0,1$	$7,0 \pm 0,1$	$6,0 \pm 0,1$

вого синдрома — $5,2 \pm 0,2$ балла, уровень тревоги — $8,7 \pm 0,7$, что соответствовало субклинической форме.

После курсового лечения (табл. 2), заключающегося в предварительной пародонтологической санации и последующей терапии основного заболевания, наблюдалась позитивная динамика, которая выразилась в улучшении показателей гигиены полости рта. Так, если во время первого посещения ИГ, в среднем, составил $1,8 \pm 0,2$, то после окончания лечения показатель снизился до $0,5 \pm 0,1$ — хороший уровень гигиены. Значения PI во всех трех группах изменился незначительно ($1,5 \pm 0,1$ — до лечения и $0,8 \pm 0,2$ — после), что подтверждает легкую или среднюю степень хронического течения пародонтита. Интенсивность болевого синдрома во всех трех группах также имела тенденцию к снижению (до лечения — $5,2 \pm 0,2$ балла, после — $4,0 \pm 0,1$ балла). Этот показатель частично свидетельствует и о ноцицептивном происхождении боли, так как раздражитель, в нашем случае — зубные отложения и воспалительный процесс в тканях пародонта, вызывает активацию периферических болевых рецепторов. Характерным для этого типа боли является быстрый регресс симптомов после прекращения действия повреждающего фактора и проведения короткого «пародонтологического» курса лечения.

Анализируя показатели уровня тревоги, мы также отметили тенденцию к нормализации (снижение, в среднем, до $7,0 \pm 0,1$, то есть отсутствие достоверно выраженных симптомов). Опираясь на наш многолетний опыт и многочисленные исследования по проблемам лечения лицевых болей, можно сказать, что при воздействии местных факторов (минерализованные и неминерализованные зубные отложения, локальный воспалительный процесс в пародонте и т. д.) изменяется реактивность нервной системы. В результате этого импульсы с периферических рецепторов, которые обычно не вызывают реактивных сдвигов, становятся для центральных аппаратов мозга пороговыми или сверхпороговыми и вызывают болевые ощущения. Хроническая боль часто ведет к появлению тревожности и напряженности, которые сами усиливают восприятие боли.

Таким образом, выявленные изменения пародонтологического статуса у пациентов с нейропатией нижнего альвеолярного нерва травматического генеза усугубляли течение основного заболевания. Вот почему, проводя своевременное и профессиональное пародонтологическое лечение, мы способствуем еще и нормализации психоэмоциональной сферы пациентов с нейропатией нижнего альвеолярного нерва.

Выводы

Наличие воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта может являться фактором, усугубляющим течение нейропатии нижнего альвеолярного нерва после стоматологических манипуляций. В связи с этим необходимо уделять пристальное внимание не только профессиональной гигиене полости рта у пациентов данной категории, но рекомендовать им проходить дважды в год курсы лечения у пародонтолога.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонова И. Н. Диагностическая значимость функционального состояния жевательных мышц в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. 2007. №4. С. 21–25.
- Antonova I. N. Diagnosticheskaya znachimost' funktsional'nogo sostoyaniya zhevatel'nyh myshc v patogeneze vospalitel'nyh zabolevanij parodonta // Parodontologiya. 2007. №4. S. 21–25.
2. Борисова Э. Г., Кунин А. А. Состояние пародонта при синдроме жевания языка // Пародонтология. 2014. № 2. С. 58–62.
- Borisova E. G., Kunin A. A. Sostoyanie parodonta pri sindrome zhzheniya yazyka // Parodontologiya. 2014. №2. S. 58–62.
3. Грудянов А. И. Заболевания пародонта. — М.: МИА, 2009. — 331 с.
- Grudjanov A. I. Zabolevaniya parodonta. — М.: МИА, 2009. — 331 s.
4. Жданов Е. В., Глухова В. М. Консервативный подход рот реабилитации ранее эндодонтически леченых зубов // Эндодонтия today. 2004. №3–4. С. 27–29.
- Zhdanov E. V., Gluhova V. M. Konservativnyj podhod rot reabilitacii ranee ehndodonticheski lechenyh zubov // Endodontiya today. 2004. №3–4. S. 27–29.
5. Орехова Л. Ю., Горбачова Н. А., Кирсанов А. И. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом // Стоматология. 2004. №3 (V). С. 6–11.
- Orehova L. Ju., Gorbachova N. A., Kirsanov A. I. Edinstvo sistemnyh patogeneticheskikh mehanizmov pri zabolevanijah vnutrennih organov, associirovannyh s generalizovannym parodontitom // Stomatologija. 2004. №3 (V). S. 6–11.
6. Bogette F, Maina G., Ferre G. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome // Psychosom. Med. 1998. Vol. 60. №3. P. 378–385.
7. Davies S. J., Gray R. M., Linden G. J., James J. A. Occlusal considerations in periodontics // Br.Dent. J. 2001. Vol. 8. №191 (11). P. 597–604.
8. Demange C., Husson C., Fei-Vef O. Paresthesis buccales psychogenes // Rev. Stomatol. 1996. Vol. 97. №4. P. 244–252.
9. Gatchel R. J., Stowell A. W., Wildenstein L. Efficacy of an early intervention for patients with acute temporomandibular disorder-related pain: a one-year outcome study // J. Am. Dent. Assoc. 2006. Vol. 137 (3). P. 339–347.
10. Laine M. L., Loos B. G., Crielaard W. Gene polymorphisms in chronic periodontitis // International journal of dentistry. 2010. P. 1–22.
11. Takashiba S., Naruishi K. Gene polymorphism in periodontal health and disease // Periodontology. 2000. 2006. Vol. 40. №1. P. 94–106.

Поступила 09.03.2016

Координаты для связи с авторами:
194044, г. Санкт-Петербург,
ул. Академика Лебедева, д. 6

Электронная версия
журнала «Пародонтология» на сайте
www.dentoday.ru