

DOI: 10.37988/1811-153X_2022_1_122

[С.И. Токмакова](#)¹,д.м.н., профессор, зав. кафедрой
терапевтической стоматологии[В.А. Кузикова](#)¹,ассистент кафедры терапевтической
стоматологии[О.В. Бондаренко](#)¹,к.м.н., доцент кафедры терапевтической
стоматологии[Т.В. Воблова](#)¹,к.м.н., доцент кафедры терапевтической
стоматологии[Е.В. Мокренко](#)²,к.м.н., доцент кафедры ортопедической
стоматологии¹ АГМУ, 656038, Барнаул, Россия² ИГМУ, 664003, Иркутск, Россия

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Токмакова С.И., Кузикова В.А., Бондаренко О.В., Воблова Т.В., Мокренко Е.В. Качество оказания помощи пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта при сопутствующей соматической патологии. — *Клиническая стоматология*. — 2022; 25 (1): 122—129. DOI: 10.37988/1811-153X_2022_1_122

Качество оказания помощи пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта при сопутствующей соматической патологии

Реферат. Современный взгляд на этиологию хронических воспалительных заболеваний пародонта рассматривает воспаление околозубных тканей не только как следствие воздействия бактериальной флоры зубной бляшки, но и как реакцию на висцеральную патологию в виде неспецифического воспалительно-дегенеративного процесса в ответ на изменения в системах и органах, что, безусловно, должно учитываться в комплексном лечении. Цель — проанализировать качество оказываемой лечебно-профилактической помощи пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта при соматической патологии. **Материалы и методы.** Для анализа качества специализированной помощи пациентам с патологией пародонта и соматическими заболеваниями в городских стоматологических поликлиниках изучено 500 стоматологических медицинских карт и анкет здоровья пациентов от 18 до 80 лет, а также проанализированы данные пациентов в АРМ поликлинике. **Результаты.** При анализе амбулаторных карт и анкет здоровья пациентов с воспалительными процессами в пародонте сопутствующие заболевания отмечали в 8,4% случаев, однако по данным АРМ поликлиники доля распространения соматической патологии была больше в 3,5 раза и составила 29%. Среди соматической патологии по данным анкет здоровья и АРМ поликлиники преобладали заболевания эндокринной системы, которые встречались более чем в 50% случаев. На основании анализа медицинских карт при оценке качества оказываемой лечебно-профилактической помощи установлено, что пародонтологическая помощь в целом оказана не в полном объеме независимо от пародонтологического диагноза и наличия сопутствующего заболевания. **Заключение.** Врач-пародонтолог в большинстве случаев не обладает достаточным объемом информации о наличии, тяжести и течении патологии внутренних органов и систем, о текущей стадии (компенсации или декомпенсации) этих заболеваний. В каждом конкретном случае эти сведения необходимы для формирования алгоритма лечения заболеваний пародонта с учетом особенностей назначения комплексной терапии, кратности посещений и характера висцеральной патологии.

Ключевые слова: сопутствующая патология, гингивит, пародонтит, качество оказания пародонтологической помощи

[S.I. Tokmakova](#)¹,PhD in Medical Sciences, full professor of the
Therapeutic dentistry Department[V.A. Kuzikova](#)¹,assistant at the Therapeutic dentistry
Department[O.V. Bondarenko](#)¹,PhD in Medical Sciences, associate professor
of the Therapeutic dentistry Department[T.V. Voblova](#)¹,PhD in Medical Sciences, associate professor
of the Therapeutic dentistry Department[E.V. Mokrenko](#)²,PhD in Medical Sciences, associate professor
of the Prosthodontics Department¹ Altai State Medical University,
656038, Barnaul, Russia² Irkutsk State Medical University,
664003, Irkutsk, Russia

Quality of care to patients with inflammatory periodontal diseases with accompanying somatic pathology

Abstract. The modern view on the etiology of chronic inflammatory periodontal diseases considers the inflammation of the periodontal tissues not only as a consequence of the effect of the bacterial flora of dental plaque, but also as a reaction of the body to the effect of a microbial infection of the whole organism. **Aim** — to analyze the quality of the provided medical and preventive care to patients with periodontal pathology against the background of general somatic pathology. **Materials and methods.** To analyze the quality of treatment and prophylactic care for patients with periodontal disease and general somatic pathology in city dental polyclinics, 500 dental medical records of patients and health questionnaires of patients aged 18 to 80 years old were reviewed, as well as analyzed data of patients in the AWP polyclinic. **Results.** When analyzing the outpatient records of a dental patient, as well as patient health questionnaires, concomitant diseases were observed in 8.4% of cases, however, according to the AWP-polyclinic, the percentage of the spread of somatic pathology was increased 3 times and amounted to 29% cards. Among the somatic pathology, according to the data of the health questionnaires and the AWP-polyclinic, the pathology of the endocrine system prevailed, which occurred in 50% of cases. Based on the analysis of medical records when assessing the quality of the provided medical and preventive care, it was

FOR CITATION:

.....
Tokmakova S.I., Kuzikova V.A., Bondarenko O.V., Voblova T.V., Mokrenko E.V. Quality of care to patients with inflammatory periodontal diseases with accompanying somatic pathology. *Clinical Dentistry (Russia)*. 2022; 25 (1): 122—129 (In Russ.). DOI: 10.37988/1811-153X_2022_1_122

found that periodontal care was not provided in full, regardless of the periodontal diagnosis and the presence of a concomitant disease. **Conclusion.** A periodontist, in most cases, does not have a sufficient amount of information about the presence, severity and course of pathology of internal organs, compensation for these diseases, which are necessary in each case to develop an algorithm for treating periodontal diseases.

Keywords: concomitant pathology, gingivitis, periodontitis, quality of periodontal care

ВВЕДЕНИЕ

С прогрессом цивилизации распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта, в частности гингивита и пародонтита, значительно увеличились и приобрели не только общемедицинскую, но и социальную значимость.

Как известно, системные процессы играют важную роль в патогенезе хронических воспалительных заболеваний пародонта [1]. Современный взгляд на этиологию пародонтальных поражений рассматривает воспаление околозубных тканей не только как следствие воздействия бактериальной флоры зубной бляшки, но и как неспецифическую реакцию на патологические изменения в органах и системах организма человека.

По результатам недавних исследований установлено, что у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в 100% случаев выявлены различные заболевания внутренних органов и систем [2]. Многие авторы указывают на взаимосвязь между патологией пародонта и сопутствующими заболеваниями сердечно — сосудистой системы (ССС): артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца (стенокардии) и нейроциркуляторной дистонии [3—5]. При атеросклеротических процессах патология пародонта воспалительного характера выявляется почти в 70% случаев, а это в свою очередь в 1,5—2 раза увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний [6—8].

Ткани пародонта и желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), имея единую анатомическую и нейрогуморальную системы регуляции, реагируют на изменения, происходящие в пищеварительном тракте. Заболевания пародонта при патологии ЖКТ диагностируются у 68—100% больных, при этом среди особенностей можно отметить быстрое прогрессирование патологических изменений, вовлечение в процесс пародонта всех зубов и резистентность к традиционной терапии [9]. У больных хроническим пародонтитом при его ассоциации с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, желудка, хроническим гастритом была обнаружена 100%-ная инфицированность полости рта *Helicobacter pylori*, играющим основную роль в этиологии язвенной болезни. Изменения в пародонте также прогрессируют при нарушении функции поджелудочной железы, что связывают с вторичным гиповитаминозом и включением в патологический процесс других органов системы пищеварения. При хроническом гепатите агрессивно протекает атрофия кости альвеолярного отростка [2].

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что неконтролируемый сахарный диабет (СД) многократно увеличивает риск поражения пародонта, слизистой оболочки полости рта, слюнных желез. В свою очередь, одонтогенная инфекция, как и все хронические инфекции, влияет на уровень глюкозы у больных СД, при этом на фоне тяжелых форм пародонтита значительно хуже достигается гликемический контроль [6, 7, 10—13]. Различные заболевания пародонта выявляются при гипо- и гипертиреозе, патологии паращитовидных и половых желез [2, 14].

Воспаление пародонтального комплекса разной степени выраженности отмечено при хронических заболеваниях почек вследствие проводимой терапии и существенных изменений в иммунной системе. Нарушения кальция — фосфорного обмена, которые постепенно приводят к остеопорозу, подвижности зубов, рецессии и образованию пародонтальных карманов, обнаруживаются у пациентов с хронической почечной недостаточностью [15]. Ряд исследователей отмечают изменение слизистой оболочки полости рта и возникновение пародонтита, спровоцированного лечением ревматоидного артрита [2].

Согласно литературным данным, у больных острым лейкозом распространенность патологии тканей пародонта составляет 98%. Это объясняется наличием слизисто-висцеральных связей и снижением защитных сил организма при лейкозе, что в итоге приводит к возникновению первичного или прогрессирующему существующего воспалительного процесса в пародонте [2, 16, 17].

Длительный период заболевания астмой и лечения кортикостероидными препаратами сопровождается уменьшением скорости саливации, снижением рН зубного налета и повышением кровоточивости десен. Выявлено, что у пациентов, имеющих общесоматическую патологию в виде стабильной хронической обструктивной болезни легких, течение воспалительных заболеваний пародонта протекает намного хуже [8].

Ряд авторов считают, что патология тканей пародонта, плохое гигиеническое состояние, отсутствие санации полости рта способствуют повышению смертности от онкологических заболеваний, являются факторами риска для возникновения и утяжеления течения болезни Альцгеймера, когда в результате периферического воспаления тканей пародонта и повышения содержания в плазме крови противовоспалительных медиаторов (интерлейкины — 1 и 6, фактор некроза опухолей) ухудшается течение процессов в структурах головного

DOI: 10.37988/1811-153X_2022_1_124

мозга [1, 18, 19, 20]. Выявлено, что заболевания пародонта встречались в 69,5% случаев у онкологических больных, при этом гингивит диагностировался в 2 раза чаще пародонтита [2, 18].

Таким образом, многочисленные исследования, изучающие взаимосвязь пародонтальной и соматической патологий, протекающих параллельно друг другу, отмечают взаимоотношающее течение заболеваний. На фоне соматических нарушений воспалительно-деструктивные изменения в пародонте прогрессируют значительно активнее, приобретая генерализованный характер. В свою очередь, хронический воспалительный процесс в тканях пародонта способствует развитию и усугублению общесоматической патологии. В связи с этим подходы к лечению заболеваний пародонта, ассоциированных с заболеваниями внутренних органов и систем, необходимо строить с учетом общих патогенетических механизмов формирования коморбидных патологий [2].

Цель исследования — проанализировать качество оказываемой лечебно-профилактической помощи пациентам с патологией пародонта на фоне общесоматической патологии. Для этого было запланировано провести отбор медицинских карт и анкет здоровья пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта в стоматологических поликлиниках Барнаула, по данным анкет здоровья и АРМ поликлиники выявить в исследуемой группе пациентов имеющуюся фоновую соматическую патологию и на основании медицинских карт оценить качество оказываемой помощи при заболеваниях пародонта пациентам с общесоматическими заболеваниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методом случайной выборки было отобрано 500 медицинских карт и анкет здоровья пациентов от 18 до 80 лет, обратившихся за стоматологической помощью, которым был поставлен тот или иной диагноз, связанный с патологией пародонта воспалительного генеза (табл. 1). В целом, лица молодого возраста (18–44 года) составили 67%, среднего (45–59 лет) — 22%, пожилого (60 и более лет) — 11%.

В зависимости от установленного пародонтологического диагноза амбулаторные карты стоматологического больного были разделены на группы: 1 — гингивит, 2 — пародонтит легкой степени тяжести, 3 — пародонтит средней степени, 4 — пародонтит тяжелой степени. Далее изучали анкеты здоровья и данные пациентов в АРМ-поликлинике с целью определения формы, тяжести и течения висцеральной патологии. Анализ сопутствующих заболеваний проводили при наличии у пациента согласия на обработку персональных данных.

Выявляли следующие фоновые соматические заболевания:

- патологию ССС — инфаркт миокарда, стенокардию, аритмию, пороки сердца, повышенное или пониженное кровяное давление;
- патологию эндокринной системы — сахарный диабет, заболевания щитовидной железы;

- патологию ЖКТ — гастрит и язвенная болезнь;
- патологию органов дыхания — астма, туберкулез;
- патологии иных систем — заболевания печени, почек и мочевыводящих путей, ревматические поражения.

Оценку качества оказываемой пародонтологической помощи проводили в группах пациентов с гингивитом, пародонтитом без сопутствующих заболеваний и пародонтитом с висцеральной патологией.

В первую очередь был проведен мониторинг качества консультативной помощи пациентам с соматической патологией: определяли частоту обучения гигиене полости рта, а также направляли к специалистам смежных и общих специальностей. Качество консервативного лечения оценивали по следующим параметрам: частота снятия зубных отложений, назначение реминерализующей терапии, рациональность и эффективность антибактериальной и противовоспалительной общей и местной медикаментозной терапии, а также физиотерапевтического лечения. Эффективность хирургического лечения анализировали по количеству проведенных лоскутных операций и различных видов кюретажа пародонтальных карманов. В целом качество лечения оценивали по числу визитов пациента с конкретным пародонтологическим диагнозом к врачу-стоматологу в течение года.

Значения признаков представлены в виде наблюдаемых частот и процентов. Для сравнения частот использовали критерий χ^2 . При наличии малых частот (от 10 до 2) для данного критерия использовали поправку Йейтса на непрерывность. При наличии частот 0 и 1 применяли точный метод Фишера для четырехпольных таблиц. В случае множественных сравнений использовали поправку Бонферрони. Уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали соответствующий $p < 0,05$.

Таблица 1. Распространенность пародонтологического диагноза в зависимости от возраста по данным карт здоровья
[Table 1. Prevalence of periodontal diagnosis depending on age according to health cards]

Возраст, лет	Гингивит	Пародонтит легкой степени	Пародонтит средней степени	Пародонтит тяжелой степени
18—44 (n=335)	140 (41,8%)	180 (53,7%)	15 (4,5%)	0 (0,0%)
45—59 (n=110)	35 (31,8%) $p_1=0,178$	20 (18,2%) $p_1<0,001$	50 (45,5%) $p_1<0,001$	5 (4,5%) $p_1<0,001$
60 и более (n=55)	0 (0%) $p_2<0,001$ $p_3<0,001$	0 (0,0%) $p_2=0,002$ $p_3<0,001$	10 (18,2%) $p_2=0,002$ $p_3<0,001$	45 (81,8%) $p_2<0,001$ $p_3<0,001$

p_1 — статистическая значимость различий между возрастными группами 18–44 и 45–59 лет;

p_2 — статистическая значимость различий между возрастными группами 18–44 и 60 и более лет;

p_3 — статистическая значимость различий между возрастными группами 45–59 и 60 и более лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе 500 амбулаторных карт стоматологического больного, а также анкет здоровья пациентов сопутствующие заболевания наблюдали в целом в 8,4% случаев, среди них преобладали патология эндокринной системы (51,16%) и ССС (21,4%). Заболевания ЖКТ отмечали у 11,9% человек, заболевания органов дыхания и патологии иных систем встречались в равных долях — по 7,1%.

При изучении данных АРМ поликлиники сопутствующие заболевания регистрировались в 3,5 раза чаще и имели 29% распространения, из них патология эндокринной системы была у 36,6%, заболевания ССС и ЖКТ — у 22,4% и у 20,8% пациентов соответственно, реже встречались заболевания органов дыхания (8,8%) и патологии иных систем (12,0%).

Следует отметить, что в исследовании преобладали легкие формы поражения пародонта. В зависимости от обобщенного пародонтологического диагноза группы сформировались следующим образом: гингивит — 35%, пародонтит легкой степени тяжести — 40%, пародонтит средней степени — 15%, пародонтит тяжелой степени — 10%.

При анализе амбулаторных карт стоматологического больного установлено, что в первой группе с диагнозом «Гингивит» не отмечено никакой соматической патологии (табл. 2), однако при более детальном изучении данных АРМ поликлиники 12,6% пациентов имели заболевания ЖКТ (табл. 3). Возможно, данная ситуация объясняется, с одной стороны, возрастной особенностью группы (табл. 1), поскольку молодые пациенты считают себя здоровыми в принципе, а с другой — отсутствием знаний у пациентов о патологии ЖКТ.

В картах второй группы с диагнозом «Пародонтит легкой степени» лишь у 3,0% пациентов, при этом среди них отмечены соматические заболевания с преобладанием патологии эндокринной системы (57,0%) и ССС (43,0%). Почти в половине (43,0%) случаев определили наличие двух и более хронических заболеваний (табл. 2). В системе АРМ поликлиники доля распространенности соматической патологии выросла более чем в 7 раз и составила 25,0% с аналогичным преобладанием патологии эндокринной системы (50,0%)

и ССС (30,0%). Кроме того, пациенты имели достаточно высокий процент заболеваний ЖКТ (20,0%). Повышение частоты встречаемости сопутствующей патологии, безусловно, связано с увеличением возраста этих пациентов (табл. 3).

При диагнозе «Пародонтит средней степени тяжести» отмечали тенденцию, схожую с предыдущей группой: наличие хронического заболевания отметили 7,0% обследуемых, среди них лидировали патологии

Таблица 2. Распространенность соматической патологии в зависимости от пародонтологического диагноза по данным карт здоровья
[Table 2. The prevalence of somatic pathology depending on periodontal diagnosis according to health cards]

Диагноз	Сопутствующие заболевания				
	сердечно-сосудистые	эндокринные	пищеварительной системы	дыхательной системы	другие
Гингивит (n=175)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Пародонтит легкой степени (n=200)	86 (43,0%) $p_1 < 0,001$	114 (57,0%) $p_1 < 0,001$	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Пародонтит средней степени (n=75)	21 (28,0%) $p_2 = 0,131$ $p_3 < 0,001$	32 (42,7%) $p_2 = 0,187$ $p_3 < 0,001$	8 (10,7%) $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	7 (9,3%) $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	7 (9,3%) $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$
Пародонтит тяжелой степени (n=50)	12 (24,0%) $p_4 < 0,001$ $p_5 = 0,080$ $p_6 = 0,997$	32 (64,0%) $p_4 < 0,001$ $p_5 = 0,937$ $p_6 = 0,111$	2 (4,0%) $p_4 = 0,046$ $p_5 = 0,027$ $p_6 = 0,692$	2 (4,0%) $p_4 = 0,046$ $p_5 = 0,027$ $p_6 = 0,834$	2 (4,0%) $p_4 = 0,046$ $p_5 = 0,027$ $p_6 = 0,834$

Таблица 3. Распространенность соматической патологии в зависимости от пародонтологического диагноза по данным АРМ поликлиники
[Table 3. The prevalence of somatic pathology depending on the periodontal diagnosis according to the AWP of the polyclinic]

Диагноз	Сопутствующие заболевания				
	сердечно-сосудистые	эндокринные	пищеварительной системы	дыхательной системы	другие
Гингивит (n=175)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	22 (12,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Пародонтит легкой степени (n=200)	60 (30,0%) $p_1 < 0,001$	100 (50,0%) $p_1 < 0,001$	40 (20,0%) $p_1 = 0,280$	7 (3,5%) $p_1 = 0,073$	6 (3,0%) $p_1 = 0,119$
Пародонтит средней степени (n=75)	28 (37,3%) $p_2 < 0,001$ $p_3 = 0,816$	18 (24,0%) $p_2 < 0,001$ $p_3 = 0,001$	12 (16,0%) $p_2 = 0,977$ $p_3 = 0,972$	10 (13,3%) $p_2 < 0,001$ $p_3 = 0,015$	8 (10,7%) $p_2 < 0,001$ $p_3 = 0,059$
Пародонтит тяжелой степени (n=50)	25 (50,0%) $p_4 < 0,001$ $p_5 = 0,045$ $p_6 = 0,650$	22 (44,0%) $p_4 < 0,001$ $p_5 = 0,972$ $p_6 = 0,108$	2 (4,0%) $p_4 = 0,407$ $p_5 = 0,040$ $p_6 = 0,203$	1 (2,0%) $p_4 = 0,314$ $p_5 = 0,995$ $p_6 = 0,159$	1 (2,0%) $p_4 = 0,314$ $p_5 = 0,999$ $p_6 = 0,337$

p_1 — статистическая значимость различий между группами с гингивитом и пародонтитом легкой степени; p_2 — статистическая значимость различий между группами с гингивитом и пародонтитом средней степени; p_3 — статистическая значимость различий между группами с пародонтитом легкой и средней степени; p_4 — статистическая значимость различий между группами с гингивитом и пародонтитом тяжелой степени; p_5 — статистическая значимость различий между группами с пародонтитом легкой и тяжелой степени; p_6 — статистическая значимость различий между группами с пародонтитом средней и тяжелой степени.

DOI: 10.37988/1811-153X_2022_1_126

эндокринной системы (42,7%) и ССС (28,0%), а в половине (42,7%) случаев у пациента одновременно отмечали два или более хронических заболеваний (табл. 2). При детальном изучении результатов с учетом статистических данных АРМ поликлиники отмечали иные значения (табл. 3): наличие хронического заболевания в целом выявили у 50,7% пациентов, что в 7 раз выше, чем процент, указанный в анкетах здоровья. В структуре заболеваний обнаружили патологию всех изучаемых систем. Отмечено выраженное расхождение данных в АРМ-поликлинике и на клиническом пародонтологическом приеме, следовательно, для планирования комплексного лечения, кроме анкет, рекомендовано учитывать информацию об общем состоянии организма из других доступных статистических источников.

У 60% пациентов с диагнозом «Пародонтит тяжелой степени» было установлено наличие сопутствующих заболеваний, среди них, в отличие от других групп, существенно преобладал СД (62,9%; см. табл. 2). Согласно данным АРМ поликлиники, более 70% человек имели различную висцеральную патологию, среди выявленных нарушений существенно преобладали заболевания ССС (50,0%) и эндокринной системы (44,0%; см. табл. 3). В этой группе в целом полученные данные совпадают, возможно, из-за того что тяжелой формой пародонтита в основном страдают лица взрослого и пожилого возраста, а они более тщательно подходят к заполнению анкет и имеют представление о наличии данных заболеваний.

Оценка качества оказываемой пародонтологической помощи была проведена в группах с гингивитом, пародонтитом без сопутствующей патологии и пародонтитом с фоновыми заболеваниями, отмеченными в картах здоровья (табл. 4). На основании изучения медицинских карт установлено, что удаление зубных отложений проводилось во всех случаях (100%) и не зависело от вида соматической патологии. Однако реминерализующая

терапия была назначена лишь половине обратившихся пациентов, что указывает на погрешности в пародонтологической помощи уже на первичном этапе лечения и в дальнейшем может привести к таким осложнениям, как гиперчувствительность зубов и пр.

Антибактериальное и противовоспалительное лечение также было оказано не в полном объеме: при гингивите у 71,4%, при пародонтите без сопутствующих заболеваний и с их наличием — 73,8 и 61,9% соответственно.

Физиотерапевтическое лечение заболеваний пародонта, по данным медицинских карт, в первой группе никому из пациентов не назначалось, а при пародонтите не превышало 17,2%. Важная составляющая комплексной терапии — хирургическое лечение заболеваний пародонта. Как показал анализ карт, у пациентов оно не было распространено: кюретаж пародонтальных карманов при пародонтите применяли у 48,8% пациентов, лоскутные операции проводились не чаще чем в 9,0% случаев.

При оценке взаимосвязи качества пародонтологического лечения и числа визитов пациента к врачу-стоматологу в течение года выявлено, что лечение гингивита проводилось в одно (63,2%) или два (37,1%) посещения. При лечении пародонтита без соматической патологии три посещения имели лишь 12,8%, а с сопутствующими заболеваниями — 26,8% пациентов. У 31,0% больных с пародонтитом лечение проводилось в одно посещение, однако при воспалительно-деструктивном процессе, особенно при сопутствующей патологии, этого не достаточно, так как пациенты относятся к группе с высоким риском пародонтальной патологии, что требует трех и более визитов. С целью выделения индивидуального профиля риска и определения кратности посещений на каждого обследуемого рекомендовано заполнять онлайн-карту на сайте perio-tools.com, которая помогает определить факторы этиопатогенеза заболеваний пародонта.

Таблица 4. Анализ качества оказания пародонтологической помощи в зависимости от пародонтологического диагноза [Table 4. Analysis of the quality of periodontal care, depending on periodontal diagnosis]

Вид лечения	Гингивит (n=175)	Пародонтит без сопутствующей патологии (n=283)	Пародонтит с сопутствующей патологией (n=42)	Статистическая значимость различий по критерию χ^2		
				p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
Удаление зубных отложений	175 (100%)	283 (100%)	42 (100%)	0,999	0,999	0,999
Реминерализующая терапия	93 (53,1%)	131 (46,3%)	23 (54,8%)	0,394	0,997	0,664
Антибиотикотерапия	125 (71,4%)	209 (73,8%)	26 (61,9%)	0,949	0,540	0,315
Физиотерапия	0 (0,0%)	28 (9,9%)	72 (17,2%)	<0,001	<0,001	0,501
Лоскутные операции	0 (0,0%)	25 (8,8%)	38 (9,0%)	<0,001	<0,001	0,999
Кюретаж	0 (0,0%)	43 (52,1%)	20 (48,8%)	<0,001	<0,001	0,974
Лечение в одно посещение	111 (63,2%)	123 (43,5%)	13 (31,0%)	<0,001	0,001	0,330
Лечение в 2 посещения	65 (37,1%)	115 (40,6%)	16 (38,1%)	0,840	0,999	0,985
Лечение в 3 посещения	0 (0,0%)	36 (12,8%)	11 (26,8%)	<0,001	<0,001	0,060

p_{1-2} — статистическая значимость различий между группами с гингивитом и пародонтитом без сопутствующей патологии; p_{1-3} — статистическая значимость различий между группами с гингивитом и пародонтитом с сопутствующей патологией; p_{2-3} — статистическая значимость различий между группами с пародонтитом без сопутствующей и с сопутствующей патологией.

Для более детальной оценки качества оказываемой пародонтологической помощи группу больных пародонтитом с сопутствующей патологией разделили на подгруппы исходя из изучаемых нами нозологий: сердечно-сосудистые, эндокринные заболевания, патология пищеварительной, дыхательной системы, другие заболевания. На фоне 100%-ного удаления зубных отложений реминерализующая терапия была назначена половине обратившихся пациентов (табл. 5).

Антибактериальное и противовоспалительное лечение не было оказано в полном объеме, процент назначения колебался от 50,0% при эндокринных нарушениях до 83,3% при заболеваниях ЖКТ. Отмечено, что врачи-пародонтологи не обращают внимания на выбор лекарственного препарата в соответствии с фоновой висцеральной нозологией и не учитывают степень ее выраженности, что может негативно отразиться на процессе заживления тканей пародонта. Физиотерапевтическое лечение в группе пародонтита с соматической патологией проводилось реже всего при нарушениях органов дыхания (9,7%), а это почти в 2 раза меньше, чем при других выделенных нами заболеваниях. В основном применяли один вид терапии — лечение с помощью электрофореза, не учитывая противопоказания к электропроцедурам при ряде сопутствующих заболеваний.

В данной исследуемой группе кюретаж пародонтальных карманов как обязательная хирургическая манипуляция использовался при лечении лиц с патологией ССС в 33,3%, ЖКТ — в 41,7%, органов дыхания — в 66,7%, при эндокринных нарушениях и иных формах — в 50,0 и 80,0% соответственно. Лоскутные операции были сделаны только у 8,3% пациентов с патологией ССС и у 13,3% при эндокринных нарушениях.

При наличии сопутствующих заболеваний хирургическое лечение необходимо применять с учетом характера фоновой патологии и выраженности процесса, что в нашем исследовании никто из стоматологов и пациентов не отмечал ни в картах, ни анкетах.

При оценке взаимосвязи качества пародонтологического лечения и числа посещений пациентом

врача-стоматолога в течение года установлено, что лишь при эндокринных нарушениях пародонтологи чаще выбирают лечение в несколько визитов, в то время как почти у половины обратившихся лечение завершается в одно посещение (табл. 5) и, как правило, предусматривает снятие острых симптомов. Это противоречит концепции комплексного лечения и поддерживающей терапии, когда в целях профилактики обострения воспалительного процесса необходимо проведение повторных курсов лечения кратностью от двух до четырех раз в год. Интервалы между лечением определяются индивидуально, на основании динамики после первого курса лечения, индивидуального профиля риска и зависят от тяжести и клинического течения процесса у конкретного пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные в современной литературе данные по лечению заболеваний пародонта при общесоматической патологии подтверждают актуальность и своевременность проблемы. Новые знания в вопросах этиологии и патогенеза воспалительных процессов в пародонте и протекающего параллельно соматического заболевания, будут способствовать разработке комплексных подходов к лечению пародонтита с учетом общих механизмов формирования коморбидных патологий.

Объем обследований в условиях амбулаторной стоматологии не может соответствовать условиям стационара или общесоматической поликлиники, и в связи с этим врач-пародонтолог в большинстве случаев не обладает достаточным объемом информации о наличии, характере течения, тяжести патологии внутренних органов и возможной компенсации этих заболеваний, а это необходимо для разработки алгоритма лечения патологии пародонта в каждом конкретном случае и прогноза. Низкая информативность карты здоровья диктует необходимость заполнения индивидуальной карты степени пародонтологического риска на этапе сбора жалоб и анамнеза. Такая карта позволит предсказать

Таблица 5. Анализ качества оказания пародонтологической помощи в зависимости от сопутствующей патологии
[Table 5. Analysis of the quality of periodontal care depending on comorbidity]

Вид лечения	Пародонтит с сопутствующей патологией				
	сердечно-сосудистые заболевания (n=12)	эндокринные заболевания (n=16)	заболевания пищеварительной системы (n=6)	заболевания дыхательной системы (n=3)	другие заболевания (n=5)
Удаление зубных отложений	12 (100,0%)	16 (100,0%)	6 (100,0%)	3 (100,0%)	5 (100,0%)
Реминерализующая терапия	5 (41,7%)	10 (62,5%)	3 (50,0%)	2 (66,7%)	3 (60,0%)
Антибиотикотерапия	8 (66,7%)	8 (50,0%)	5 (83,3%)	2 (66,7%)	3 (60,0%)
Физиотерапия	2 (16,7%)	3 (18,8%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	1 (20,0%)
Лоскутные операции	10 (8,3%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)
Кюретаж	4 (33,3%)	8 (50,0%)	3 (50,0%)	2 (66,7%)	4 (80,0%)
Лечение в одно посещение	5 (41,7%)	2 (12,5%)	3 (50,0%)	2 (66,7%)	1 (20,0%)
Лечение в 2 посещения	4 (33,3%)	7 (43,8%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	3 (60,0%)
Лечение в 3 посещения	2 (16,7%)	7 (43,8%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)

DOI: 10.37988/1811-153X_2022_1_128

возможное развитие заболевания с учетом фоновой висцеральной патологии, составить наиболее приемлемый комплексный план лечения и определить кратность визитов, включив обязательную консультацию, наблюдение и коррекцию назначаемой медикаментозной терапии у терапевта, эндокринолога, кардиолога и у других специалистов. Дополнительные информационные источники, например база АРМ поликлиники, были бы уместны, особенно при тяжелых формах пародонтальной патологии с упорным течением, резистентным к стандартному лечению.

Пациентам с заболеваниями пародонта в условиях программы обязательного медицинского страхования (ОМС) возможно оказание качественной специализированной медицинской помощи, согласно разработанным стоматологической ассоциацией России клиническим рекомендациям, но только на начальном и поддерживающем этапах. Поскольку медицинские карты заполняются не в полном объеме, возникают трудности при дальнейшем наблюдении за пациентом в динамике, а также при планировании полноценного лечения.

Результаты анализа амбулаторных карт показали, что стоматологическая помощь в основном сводится к терапевтическому лечению (снятие зубных отложений, реминерализующая терапия, минимальное антибактериальное и противовоспалительное лечение, реже физиотерапевтические процедуры).

Хирургическая помощь (кюретаж пародонтальных карманов, лоскутные операции) пациентам с пародонитом по программе ОМС оказывается в недостаточном

объеме. В настоящее время идет актуализация подходов на этапе диагностики патологии тканей пародонта и их своевременного лечения. Пока применение рекомендаций ведения больных с заболеваниями пародонта в клинической практике стоматологических поликлиник ограничено видами медицинских услуг, предоставляемых согласно реестру ОМС, что несколько ограничивает оказание полноценной и качественной стоматологической помощи по программе ОМС данному контингенту больных. Стоматологическая помощь при обращении в плановом порядке сводится к минимуму, что ведет к ухудшению эпидемиологической ситуации с заболеваниями пародонта и стоматологического здоровья населения в целом.

Решение проблемы требует своевременной диагностики и доступности для врача-стоматолога сведений о патологии внутренних органов и систем организма, пересмотра реестра ОМС о предоставляемых видах медицинских услуг, для полноценного оказания комплексной медицинской помощи пациентам с заболеваниями пародонта на фоне общесоматических заболеваний в стоматологических поликлиниках.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

Поступила: 10.11.2021 **Принята в печать:** 11.03.2022

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Received: 10.11.2021 **Accepted:** 11.03.2022

ЛИТЕРАТУРА:

1. Цепов Л.М., Николаев А.И., Нестерова М.М., Цепова Е.Л., Цепов А.Л. Множественные хронические системные заболевания и патология пародонта. — *Пародонтология*. — 2019; 2: 127—131. [eLibrary ID: 39195266](#)
2. Шихнабиева Э.Д., Шихнебиев Д.А. Коморбидность воспалительных заболеваний тканей пародонта и внутренней системы (обзор литературы). — *Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование*. — 2020; 71: 36—39. [eLibrary ID: 42926525](#)
3. Грудянов А.И., Ткачева О.Н., Авраимова Т.В. Взаимосвязь пародонтита и заболеваний сердечно-сосудистой системы. — *Стоматология*. — 2017; 1: 4—7. [eLibrary ID: 28795322](#)
4. Анисимова Е.Н., Рязанцев Н.А., Раскуражев А.А., Танащян М.М., Филиппова М.П., Садулаев А.Х., Лабзенкова М.А. Взаимосвязь воспалительных заболеваний полости рта с патологией сердечно-сосудистой системы. Обзор литературы и определение уровня стоматологического просвещения. — *Пародонтология*. — 2019; 4: 301—307. [eLibrary ID: 41531634](#)
5. Грудянов А.И., Ткачева О.Н., Авраимова Т.В., Хватова Н.Т. Вопросы взаимосвязи воспалительных заболеваний пародонта и сердечно-сосудистой патологии. — *Стоматология*. — 2015; 3: 50—55. [eLibrary ID: 24076234](#)
6. Баширова Т.В., Чемикосова Т.С. Выявление взаимосвязи инфицированных *Helicobacter pylori* больных с деструктивными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки и патологии пародонта. — *Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке*. — 2012; 5: 26—27. [eLibrary ID: 21484316](#)
7. Михальченко Д.В., Маслак Е.Е., Наумова В.Н., Данилина Т.Ф., Бадрок Е.Ю. Взаимосвязь сахарного диабета с заболеваниями полости

REFERENCES:

1. Tseпов L.M., Nikolaev A.I., Nesterova M.M., Tseпова E.L., Tseпов A.L. Multiple chronic system diseases and periodontal pathology. *Parodontologiya*. 2019; 2: 127—131 (In Russ.). [eLibrary ID: 39195266](#)
2. Shiknabieva E., Shiknebiev D. Comorbidity of inflammatory diseases of periodontal tissues and the internal system (literature review). *Cathedra. Dental education*. 2020; 71: 36—39 (In Russ.). [eLibrary ID: 42926525](#)
3. Grudyanov A.I., Tkacheva O.N., Avraimova T.V. Correlation of chronic periodontal disease and cardiovascular disease. *Stomatology*. 2017; 1: 4—7 (In Russ.). [eLibrary ID: 28795322](#)
4. Anisimova E.N., Ryazancev N.A., Raskurajev A.A., Tanashyan M.M., Philippova M.P., Sadulaev A.H., Labzenkova M.A. The relationship of inflammatory diseases in the oral cavity and cardiovascular system. Literature review and determining the level of dental education. *Parodontologiya*. 2019; 4: 301—307 (In Russ.). [eLibrary ID: 41531634](#)
5. Grudyanov A.I., Tkacheva O.N., Avraimova T.V., Khvatova N.T. The relationship between inflammatory periodontal diseases and cardiovascular diseases. *Stomatology*. 2015; 3: 50—55 (In Russ.). [eLibrary ID: 24076234](#)
6. Bashirova T.V., Chemikosova T.S. Discovery of interconnection between *Helicobacter pylori* patients and destructive diseases of stomach and duodenum and parodontal pathology. *Health and Education Millennium*. 2012; 5: 26—27 (In Russ.). [eLibrary ID: 21484316](#)
7. Michal'chenko D.V., Maslak E.E., Naumova V.N., Danilina T.F., Badrak E.Y. Link between diabetes and oral disease: what are dentists and their patients aware of?. *Volgograd Scientific and Medical Journal*. 2013; 2 (38): 51—53 (In Russ.). [eLibrary ID: 22022534](#)
8. Orekhova L.Yu., Shapороva N.L., Kosova E.V. Changes in the state of periodontal tissues in smoking patients during COPD treatment. *Parodontologiya*. 2011; 2 (59): 22—24 (In Russ.). [eLibrary ID: 16727604](#)

- рта: что знают об этом врачи-стоматологи и их пациенты? — *Волгоградский научно-медицинский журнал*. — 2013; 2 (38): 51—53. [eLibrary ID: 22022534](#)
8. Орехова Л.Ю., Шапорова Н.Л., Косова Е.В. Динамика состояния тканей пародонта у курящих пациентов на фоне лечения ХОБЛ. — *Пародонтология*. — 2011; 2 (59): 22—24. [eLibrary ID: 16727604](#)
 9. Кашкина А.А., Меркульева К.С., Николаев Н.И. Взаимосвязь заболеваний пародонта с заболеваниями сердечно — сосудистой системы. — В сб. тр. конф. «European Research». — Пенза, 2018. — С. 124—126. [eLibrary ID: 32590481](#)
 10. Дурягина Л.Х., Колесник В.М., Дегтярева Л.А., Седых В.П., Андрианова И.И., Прийма Н.В., Саенко Т.С., Дубровина-Парус Т.А., Вахтина Е.Б., Дорофеева О.В. Некоторые аспекты течения заболеваний пародонта с заболеваниями оболочки полости рта при сочетании с соматической патологией: обзор литературы. — *Крымский терапевтический журнал*. — 2020; 1: 43—48. [eLibrary ID: 44142361](#)
 11. Наумова В.Н., Маслак Е.Е. Сахарный диабет и стоматологическое здоровье: проблемы диагностики и лечения пациентов стоматологических клиник. — *Практическая медицина*. — 2013; 4 (72): 10—14. [eLibrary ID: 20377831](#)
 12. Орехова Л.Ю., Мусаева Р.С., Лобода Е.С., Гриненко Э.В., Чуприна А.В., Рязанцева Е.С. Анализ эффективности противовоспалительных паст у пациентов с сахарным диабетом и хроническим генерализованным пародонтитом. — *Пародонтология*. — 2020; 1: 47—53. [eLibrary ID: 42490437](#)
 13. Орехова Л.Ю., Осипова М.В. Роль врача-пародонтолога в диагностике общесоматической патологии. — *Пародонтология*. — 2010; 4 (57): 20—25. [eLibrary ID: 17095147](#)
 14. Петрова Т.Г., Бородина Н.Б., Рымар С.Д., Рымар О.Д. Взаимодействие стоматолога с эндокринологом — командный подход в лечении воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (обзор литературы). — *Пародонтология*. — 2019; 2: 140—144. [eLibrary ID: 39195267](#)
 15. Присяжнюк О.В., Иорданишвили А.К., Музыкин М.И. Стоматологическая реабилитация при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта на фоне сахарного диабета 2 типа. — *Пародонтология*. — 2020; 1: 27—31. [eLibrary ID: 42490433](#)
 16. Романенко И.Г., Кекош Е.А. Роль факторов внешней и внутренней среды в развитии и течения хронического генерализованного пародонтита (обзор литературы). — *Крымский терапевтический журнал*. — 2016; 4 (31): 19—22. [eLibrary ID: 28428671](#)
 17. Астахова М.И., Шайдуллина Х.М., Кильдияров Ф.Х., Пупыкина К.А. Изучение состояния зубов и тканей пародонта у больных с мочекаменной болезнью. — *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. — 2013; 1: 111. [eLibrary ID: 21055695](#)
 18. Белоключая Г.Ф., Цецура Н.В. Клинико-иммунологическая эффективность пародонтальных пленок с цефтриаксоном и нимесулидом при местном лечении генерализованного пародонтита, ассоциированного с ревматоидным артритом. — *Пародонтология*. — 2013; 4 (69): 12—17. [eLibrary ID: 21458987](#)
 19. Наумова В.Н., Туркина С.В., Маслак Е.Е. Взаимосвязь стоматологических и соматических заболеваний: обзор литературы. — *Волгоградский научно-медицинский журнал*. — 2016; 2 (50): 25—27. [eLibrary ID: 27239276](#)
 20. Успенская О.А., Фадеева И.И. Особенности стоматологического статуса у пациентов с онкологическими заболеваниями. — *Проблемы стоматологии*. — 2019; 1: 63—67. [eLibrary ID: 37602582](#)
 9. Kashkina A.A., Merkulyeva K.S., Nikolaev N.I. Interrelation of paradont diseases with diseases of the cardiovascular system. In: Proceedings of "European Research" conference. Penza, 2018. Pp. 124—126 (In Russ.). [eLibrary ID: 32590481](#)
 10. Duryagina L.Kh., Kolesnik V.M., Degtyareva L.A., Sedykh V.P., Andrianova I.I., Priima N.V., Saenko T.S., Dubrovina-Parus T.A., Vakhchina E.B., Dorofeeva O.V. Some aspects of the course of periodontal diseases and diseases of mucous membrane of an oral cavity in combination with somatic pathology: a literature review. *Crimean Journal of Internal Diseases*. 2020; 1: 43—48 (In Russ.). [eLibrary ID: 44142361](#)
 11. Naumova V.N., Maslak E.E. Diabetes mellitus and dental health: problems in diagnosis and treatment of dental clinics' patients. *Practical medicine*. 2013; 4 (72): 10—14 (In Russ.). [eLibrary ID: 20377831](#)
 12. Orekhova L.Yu., Musaeva R.S., Loboda E.S., Grinenko E.V., Chuprina A.V., Ryazantseva E.S. Analysis of anti-inflammatory toothpastes efficiency among patients with diabetes mellitus and chronic generalized periodontitis. *Parodontologiya*. 2020; 1: 47—53 (In Russ.). [eLibrary ID: 42490437](#)
 13. Orekhova L.Yu., Osipova M.V. The role of periodontologist in diagnostics of the internal pathology. *Parodontologiya*. 2010; 4 (57): 20—25 (In Russ.). [eLibrary ID: 17095147](#)
 14. Petrova T.G., Borodina N.B., Rymar S.D., Rymar O.D. The interaction of the dentist with an endocrinologist a team approach in the treatment of inflammatory periodontal diseases in patients with type 2 diabetes mellitus (literature review). *Parodontologiya*. 2019; 2: 140—144 (In Russ.). [eLibrary ID: 39195267](#)
 15. Prisyazhnyuk O.V., Iordanishvili A.K., Muzikin M.I. Dental rehabilitation for periodontal and oral mucosa diseases in type 2 diabetes. *Parodontologiya*. 2020; 1: 27—31 (In Russ.). [eLibrary ID: 42490433](#)
 16. Romanenko I.G., Kekosh E.A. The role of external factors and internal environment in the development and progression of chronic generalized periodontitis (review). *Crimean Journal of Internal Diseases*. 2016; 4 (31): 19—22 (In Russ.). [eLibrary ID: 28428671](#)
 17. Astakhova M.I., Shaidullina J.M., Kildiyarov F.H., Pupykina K.A. Study of teeth and periodontal tissues in the patients with urolithiasis. *Journal of New Medical Technologies, EEdition*. 2013; 1: 111 (In Russ.). [eLibrary ID: 21055695](#)
 18. Beloklitskaya G.F., Tsetsura N.V. Clinical and immunological efficacy of periodontal films with ceftriaxone and nimesulide in the topical treatment of generalized periodontitis associated with rheumatoid arthritis. *Parodontologiya*. 2013; 4 (69): 12—17 (In Russ.). [eLibrary ID: 21458987](#)
 19. Naumova V.N., Turkina S.V., Maslak E.E. Association between oral and general diseases: review of the literature. *Volgograd Scientific and Medical Journal*. 2016; 2 (50): 25—27 (In Russ.). [eLibrary ID: 27239276](#)
 20. Uspenskaya O., Fadeeva I. Features of dental status in patients with cancer. *Actual Problems in Dentistry*. 2019; 1: 63—67 (In Russ.). [eLibrary ID: 37602582](#)