



УДК 616.31-036.8-039.74:614.2

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПАЦИЕНТОВ НА НЕОТЛОЖНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ У ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Максимович Е. В.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Реферат. Цель исследования заключалась в сравнении структуры сопутствующей соматической патологии у пациентов, обратившихся за неотложной амбулаторной стоматологической помощью среди городского и сельского населения. Проанализированы 96 обращений пациентов в учреждение здравоохранения «3-я городская стоматологическая поликлиника» г. Минска (группа 1) и 100 обращений в учреждение здравоохранения «Залесская амбулатория Сморгонской центральной районной больницы» (группа 2).

В результате исследования выявлено, что доля лиц с сопутствующей соматической патологией на 11,8 % больше среди пациентов сельского населения: наличие двух и более сопутствующих заболеваний на 4,2 % больше у городского населения. При анализе структуры сопутствующей соматической патологии выявлено, что отсутствуют различия в доле сопутствующих соматических заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем, онкологических заболеваний. Пациенты городского населения в 4,4 раза чаще отмечали наличие инфекционных заболеваний (гепатит С, ВИЧ-инфекция), в 3,7 раз чаще — заболевания мочеполовой системы, в 1,8 раз чаще — аллергические заболевания. Пациенты сельского населения в 3,6 раз чаще отмечали наличие эндокринных заболеваний, в 2,5 раз чаще — заболеваний желудочно-кишечного тракта, в 1,7 раз чаще — заболевания нервной системы.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы врачами-стоматологами при выборе лекарственных средств для проведения местного инъекционного обезболивания и при определении групп риска развития общих токсических реакций на амбулаторном стоматологическом приеме и разработке дифференцированного подхода к их профилактике.

Ключевые слова: сопутствующая соматическая патология, городское, сельское население, неотложный стоматологический прием.

Введение. Полиорганный дисфункция / недостаточность (ПОН) — это тяжелая неспецифическая стресс-реакция организма человека, проявляющаяся совокупностью недостаточности нескольких функциональных систем (2 и более). Причинами развития ПОН могут выступать гипоперфузия тканей или гиперметаболизм тканей, что наблюдается при инфекционно-воспалительных заболеваниях, травмах, в том числе и в челюстно-лицевой области. Клинически выделяют четыре формы ПОН: явную, скрытую (латентную), декомпенсированную, терминальную. В патогенезе клеточных изменений, возникающих при ПОН главную роль играет воздействие медиаторов, количество которых зависит от тяжести фактора, провоцирующего повреждающее действие.

На амбулаторном стоматологическом приеме большую долю из общего числа пациентов составляют лица старшей возрастной категории. По данным А. Ф. Бизяева и соавт. (2002), от 30

до 76 % пациентов, обращающихся к стоматологу, страдают соматическими заболеваниями, а также до 84 % пациентов испытывают психоэмоциональное напряжение перед стоматологическим приемом. По данным индийских исследователей, у 18 % стоматологических пациентов имеется сопутствующая соматическая патология, среди которой преобладают: артериальная гипертензия — 9,1 % и сахарный диабет — 6,2 % [1]. Согласно данным европейских исследователей до 28 % стоматологических пациентов имеют сопутствующие стоматологические заболевания, среди которых наибольший удельный вес приходится на заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия (13,8 %), ишемическая болезнь сердца (7,3 %) и сахарный диабет (8,3 %) [2].

Пациенты с сопутствующими соматическими заболеваниями, как правило, принимают поддерживающую терапию, а лекарственные средства, входящие в ее состав, достаточно

часто обладают гепато- и гематоксичностью. По сообщению В. А. Алексеева и соавт. (2016) каждый второй пациент на неотложном приеме у врача-стоматолога имеет сопутствующую соматическую патологию, наличие двух и более заболеваний выявляется у 40 % индивидуумов [3]. Данные лица могут иметь скрытую (латентную) ПОН, что необходимо учитывать при выборе препарата для местного обезболивания, при определении тактики оказания медицинской помощи (в амбулаторных или стационарных условиях).

В ряде клинических наблюдений неоднократно выявлялись факты сокрытия пациентами информации о наличии у них сопутствующих соматических заболеваний при оказании им стоматологической помощи в учреждениях здравоохранения, в том числе и неотложной, и у врача-стоматолога не всегда имеется возможность выявить эти факты во время амбулаторного приема такого пациента, особенно при оказании ему медицинской помощи в учреждении здравоохранения стоматологического профиля.

Следует отметить, что в доступной научной литературе до настоящего времени отсутствуют публикации о разработанных дифференцированных методах профилактики общих осложнений на амбулаторном стоматологическом приеме в зависимости от нозологии и числа сопутствующих соматических заболеваний, несмотря на то, что пациенты с сопутствующими соматическими заболеваниями относятся к группе риска развития общих осложнений при проведении амбулаторных стоматологических вмешательств, в том числе и при оказании им неотложной помощи, также отсутствуют публикации, анализирующие структуру сопутствующей соматической патологии у городского и сельского населения.

Все изложенное выше определяет актуальность проводимого исследования.

Цель работы — сравнение структуры сопутствующей соматической патологии у пациентов, обратившихся за неотложной амбулаторной стоматологической помощью среди городского и сельского населения.

Материалы и методы. Были проанализированы 96 обращений пациентов за неотложной амбулаторной хирургической стоматологической помощью в УЗ «3-я городская стоматологическая поликлиника» г. Минска по возрасту, полу, состоянию их стоматологического здоровья, наличию сопутствующей соматической патологии. Данные индивидуумы составили группу 1.

Также по тем же критериям были проанализированы 100 обращений пациентов за неотложной стоматологической помощью в УЗ «Залесская амбулатория Сморгонской центральной районной больницы», которые составили группу 2.

Критерием включения в группу исследования были возраст старше 18 лет, причина обращения к врачу-стоматологу — оказание неотложной стоматологической помощи. Критерий исключения: возраст младше 18 лет, причина обращения — оказание плановой стоматологической помощи.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0. Выявлено распределение признака, отличное от нормального, соответственно применяли непараметрические методы статистического анализа. Вычисляли медиану (Me), нижний 25-й (LQ) и верхний 75-й квартили (UQ).

Результаты и их обсуждение. Возраст исследуемых лиц в группе 1 варьировал от 18 до 74 лет, средний возраст составил 38,0 (28,0–47,0) лет. В группе 2 возраст исследуемых лиц варьировал от 21 до 81 года. Средний возраст составил 45,0 (37,0–63,0) лет. В обеих группах индивидуумы (по медиане и квартилям) относятся к лицам активного трудового возраста.

В группе 1 женщин было 39,6 % (38), мужчин — 60,4 % (58), преобладали женщины. В группе 2 женщин было 54,0 % (54), мужчин — 46,0 % (46), достоверных статистически различий по половому признаку не выявлено.

В группе 1 65,6 % (63) пациентов обратились за неотложной стоматологической помощью в связи с обострением хронического апикального периодонтита, 29,2 % (28) — в связи с развитием острого одонтогенного периостита челюстей, 5,2 % (5) — в связи с развитием острого перикоронарита. В 55,2 % (53) наблюдений инфекционно-воспалительный процесс развивался на верхней челюсти, 44,8 % (43) — на нижней челюсти, достоверных различий не выявлено.

Среди пациентов группы 2 46,0 % (46) пациентов обратились за неотложной стоматологической помощью в связи с обострением хронического пульпита зуба, 48,0 % (48) — в связи с обострением хронического апикального периодонтита, 6,0 % (6) — в связи с развитием острого одонтогенного периостита челюстей.

Среднее значение упрощенного индекса гигиены пациентов группы 1 составило 2,0 (1,0–2,5), среди пациентов группы 2 —



2,0 (1,6–2,4), что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены полости рта, статистических различий между группами не выявлено.

Наличие сопутствующей соматической патологии выявлено у 29,2 % (28) пациентов группы 1, при этом 9,4 % (9) опрошенных отметили наличие заболеваний двух и более систем органов. При анализе сопутствующей соматической патологии у исследуемых лиц выявлено, что от числа всех исследуемых лиц у 16,7 % имеются заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия, аритмия, врожденный порок сердца), у 4,2 % — заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), 4,2 % — заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), хронический панкреатит), 1,0 % — гепатит С, 4,2 % — заболевания мочеполовой системы, у 1,0 % — ВИЧ-инфекция, 10,4 % — заболевания дыхательной системы, у 2,1 % — заболевания нервной системы, 1,0 % — онкологические заболевания, 2,1 % имеют доказанную аллергию на антибиотики.

Среди пациентов группы 2 наличие сопутствующей соматической патологии выявлено у 41,0 % (41) пациентов исследуемой группы, 5,0 % (5) опрошенных отметили наличие заболеваний двух и более систем органов. При анализе сопутствующей соматической патологии выявлено, что от числа всех исследуемых лиц у 16,0 % имеются заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, стенокардия, аритмия), у 13,0 % — заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), 9,0 % — заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвы ЖКТ), 1,0 % — онкологические заболевания, 1,0 % — заболевания мочеполовой системы, у 1,0 % — туберкулез легких, 1,0 % — бронхиальная астма, у 3,0 % — заболевания нервной системы.

Пациенты, имеющие два и более соматических заболеваний различных систем органов, могут иметь скрытую (латентную) ПОН, что повышает риск развития общих токсических реакций на местные анестетики при проведении им местного инъекционного обезболивания, а также осложнений основного заболевания.

При анализе структуры сопутствующей соматической патологии у исследуемых лиц среди городского населения (группа 1) от числа индивидуумов с сопутствующей соматиче-

ской патологией выявлено, что у 42,3% имеются заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, стенокардия, аритмия, врожденный порок сердца), у 8,9 % — заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), 8,9 % — заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвы ЖКТ, хронический панкреатит), 2,2 % — гепатит С, 8,9 % — заболевания мочеполовой системы, у 2,2 % — ВИЧ-инфекция, 15,6 % — заболевания дыхательной системы, у 4,4 % — заболевания нервной системы, 2,2 % — онкологические заболевания, 4,4 % имеют доказанную аллергию на антибиотики.

При анализе структуры сопутствующей соматической патологии у лиц группы 2 (сельское население) от числа индивидуумов с сопутствующей соматической патологией выявлено, что 39,0 % составили заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, стенокардия, аритмия), 31,7 % — заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), 22,0 % — заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвы ЖКТ), 2,4 % — онкологические заболевания, 2,4 % — заболевания мочеполовой системы, 2,4 % — туберкулез легких, 2,4 % — бронхиальная астма, 7,3 % — заболевания нервной системы.

При приеме пациента, обратившегося за неотложной стоматологической помощью, в первую очередь, как правило, врач-стоматолог обращает внимание на вопросы именно стоматологического здоровья. Однако необходимо помнить, что именно тщательный сбор анамнеза является одним из важнейших факторов профилактики общих осложнений стоматологического лечения. К тому же на амбулаторном приеме в стоматологических учреждениях здравоохранения у врачей-стоматологов не всегда имеется возможность достоверно выявить наличие имеющихся у пациента сопутствующих соматических заболеваний, из-за которых его необходимо отнести к группе риска развития общих осложнений при проведении медицинских вмешательств. Также следует помнить и про местные анестетики, которые используются при проведении местного инъекционного обезболивания и являются одними из наиболее часто применяемых в стоматологической практике лекарственных средств, на которые возможно развитие общих токсических реакций, которые в ряде клинических наблюдений как врачами-стоматологами, так и самими пациентами принимаются за аллер-

гические [4]. Особенности метаболизма местных анестетиков, особенно из группы амидов, которые метаболизируются в печени, имеются у пациентов, относящихся к лицам старшей возрастной категории. Перечисленные факты могут определять и тактику обследования и лечения, и изначальную возможность оказания неотложной стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях [5].

Следует отметить, что при проведении стоматологического лечения как хирургического, так и терапевтического, особое внимание врача требуется пациентам, имеющим в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания (стенокардию, перенесенный инфаркт миокарда, артериальную гипертензию, аритмии), так как для местного инъекционного обезболивания амбулаторных стоматологических вмешательств преимущественно применяют местные анестетики группы амидов, в том числе и с вазоконстрикторами (адреномиметиками), а адреномиметики, которые повышают сердечный выброс, артериальное давление, миокарда потребность в кислороде и могут вызывать тахикардию, поэтому таким пациентам следует снизить дозу перечисленных выше лекарственных средств, применять местные анестетики с низкой концентрацией вазоконстриктора. При введении МА у пациентов с аритмиями в анамнезе следует спросить, какие препараты они принимают, потому что ряд антиаритмических средств (дифенин, аймалин усиливают кардиодепрессивное действие местных анестетиков, а новокаиномид вызывает возбуждение центральной нервной системы, что в сочетании с введением 2,0%-го раствора лидокаина гидрохлорида может привести к развитию галлюцинаций. Однако местный анестетик лидокаин обладает и антиаритмическим действием, его применяют для купирования желудочковых аритмий, поэтому он может быть использован для проведения местного инъекционного обезболивания у данной категории лиц. Пациенты с искусственным водителем ритма, работу которого может нарушить электрическое оборудование стоматологического кабинета, также являются группой риска развития общих осложнений при проведении им стоматологического лечения. При выявлении в анамнезе у пациента артериальной гипертензии рекомендовано проводить местную анестезию лекарственными средствами, не содержащими вазоконстрикторы. При наличии у пациента бронхиальной астмы не следует применять местные анестетики, содержащие вазоконстрикторы, так как сульфиты, имеющиеся в их составе в качестве ан-

тиоксидантов, могут провоцировать острый приступ этого заболевания, ларингоспазм и угнетение дыхания [2].

Общностью неспецифических патофизиологических механизмов развития некоторых общесоматических заболеваний объясняют взаимосвязь коморбидных патологий, в том числе и с патологическими состояниями полости рта. При этом связь системных заболеваний с патологическими процессами в полости рта проявляется синдромом взаимного отягощения. Большое число исследователей утверждают, что при наличии общих соматических заболеваний происходят изменения в иммунной системе организма человека, что приводит к возникновению патологических состояний органов полости рта, а затем ведет к дальнейшему ослаблению иммунитета и к более тяжелому клиническому течению болезни и переходу в хроническую стадию [6].

Следует также отметить, что доказана роль полости рта в качестве резервуара инфекции *H. pylori* в организме человека. Персистенция хеликобактера в зубодесневых карманах, слюне и зубном налете может быть ассоциировано с наличием *H. pylori* в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки при ряде гастродуоденальных заболеваний (М. Г. Сойхер, 1998; Н. С. Робакидзе, 2000; С. Д. Арутюнов, И. В. Маев., Э. В. Сурмаев, 2005; Р. А. Айвазова, 2008; И. О. Походенько-Чудакова, С. В. Жаворонок, Т. Л. Шевела, 2017; Y. Liu и соавт., 2009; К. С. Yee John, 2016) [7]. Доказано, что *H. pylori* вызывает хронический активный гастрит у всех зараженных лиц, что может в дальнейшем привести к язвенной болезни, атрофическому гастриту, аденокарциноме желудка или MALT-лимфоме желудка. Имеются научные сообщения о выявлении *H. pylori* в зубном налете у пациентов, получивших лечение по поводу заболеваний желудка: после курса антибактериальной терапии микроорганизмы не выявляются в желудке, но верифицируются в зубном налете, а также о выявлении *H. pylori* в зубном налете при отсутствии микроорганизмов в желудке, что свидетельствует о том, что зубной налет может рассматриваться не только как резервуар *H. pylori*, но и как локализацию колонизации этих микроорганизмов в организме человека. В связи с перечисленным выше большинство исследователей считают, что полость рта является перманентным источником самозаражения и реинфекции после успешной эрадикации *H. pylori* из желудка.

При наличии у пациентов заболеваний сердечно-сосудистой системы также доказана

взаимосвязь с инфекционными стоматологическими заболеваниями, тяжестью их течения и возможностью их неблагоприятных исходов.

Заключение. В результате проведенного исследования выявлено, что доля лиц с сопутствующей соматической патологией среди амбулаторных стоматологических пациентов сельского населения, обратившихся за неотложной медицинской помощью, на 11,8 % больше, чем у городского населения. Однако наличие двух и более сопутствующих соматических заболеваний на 4,2 % больше отмечают индивидуумы городского населения.

При анализе структуры сопутствующей соматической патологии выявлено, что среди амбулаторных пациентов, обратившихся за неотложной стоматологической помощью, отсутствуют различия в доле сопутствующих соматических заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной

систем, онкологических заболеваний. Пациенты городского населения в 4,4 раза чаще отмечали наличие инфекционных заболеваний (гепатит С, ВИЧ-инфекция), в 3,7 раз чаще — заболевания мочеполовой системы, в 1,8 раз чаще — аллергические заболевания. Пациенты сельского населения в 3,6 раз чаще отмечали наличие эндокринных заболеваний, в 2,5 раз чаще — заболевания желудочно-кишечного тракта, в 1,7 раз чаще — заболевания нервной системы.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы врачами-стоматологами при выборе лекарственных средств для проведения местного инъекционного обезболивания и при определении групп риска развития общих токсических реакций на амбулаторном стоматологическом приеме и разработке дифференцированного подхода к их профилактике.

Список цитированных источников

1. Natarajan, S. Evaluation of the prevalence of comorbidities in patients reporting for dentoalveolar surgeries / S. Natarajan, T. A. Mistry, U. Asnani // *Indian. J. Dent. Res.* — 2019. — Vol. 30 (6). — P. 860–863.
2. Prevalence of Medical Comorbidities in Dental Patients / I. S. Walia [et al.] // *Ann. Int. Med. Den. Res.* — 2017. — Vol. 3 (1) — P. 21–25.
3. Опыт применения анкетирования для выявления сопутствующей соматической патологии в практике врача стоматолога пункта неотложной стоматологической помощи / В. А. Алексеев [и др.] // *Siberian. J. of Life Sciences and Agriculture. В мире научных открытий.* — 2017. — Том 9, №2. — С. 43–51.
4. Местные анестетики: ретроспективный анализ результатов аллергологических исследований у стоматологических пациентов / И. О. Походенько-Чудакова [и др.] // *Стоматолог.* — 2020. — Т. 36, №1. — С. 60–64.
5. Походенько-Чудакова, И. О. Токсические реакции в стоматологии и их профилактика: монография / И. О. Походенько-Чудакова, Е. В. Максимович. — Минск : Изд. Центр БГУ, 2017. — 109 с.
6. Гажва, С. И. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта / С. И. Гажва, Д. А. Заплутанова, А. Ф. Еремеев // *Современные проблемы науки и образования.* — 2015. — №6. — С. 84–86.
7. Шевела, Т. Л. *Helicobacter pylori* как этиологический фактор развития патологических воспалительных процессов в костной ткани челюстей после операции дентальной имплантации / Т. Л. Шевела, И. О. Походенько-Чудакова // *Новости хирургии.* — 2016. — Т. 24, №2. — С. 157–161.

Analysis of the structure of comorbidities in patients at emergency dental reception in urban and rural population

Maksimovich E. V.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

The aim of the study was to compare the structure of comorbidities in emergency dental patients' care among urban (96) and rural (100) populations.

The proportion of persons with comorbidities is 11.8 % more among the rural population; the presence of two or more comorbidities was 4.2 % more in the urban population; there were no differences in cardiovascular, respiratory diseases, oncological diseases. Urban patients reported 4.4 times more infectious diseases (hepatitis C, HIV infection), 3.7 times more diseases of the genitourinary system, 1.8 times allergic diseases; more rural patients — more often 3.6 times more endocrine, 2.5 times more gastrointestinal tract, 1.7 times more nervous system diseases.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

The results of the study will help to identify particular risk groups for the development of general toxic reactions in dental care and for differentiated approach to their prevention.

Keywords: comorbidities, urban, rural population, emergency dental appointment.

Поступила 10.06.2022