

# Задачи стоматологической службы в комплексной реабилитации пациентов с соматической патологией

А.С. Проценко, А.И. Романов

<sup>1</sup>ФГБУ «Центр реабилитации» УД Президента РФ,

<sup>2</sup>ФГБУ «Поликлиника №5» УД Президента РФ

Совершенствование системы реабилитации и профилактики предусматривает активное выявление и коррекцию возможных факторов риска наиболее значимых соматических заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых. Анализ данных литературы и собственные исследования свидетельствуют о влиянии хронических воспалительных заболеваний полости рта на формирование атеросклеротического поражения сосудов. Проведенное комплексное клиническое и стоматологическое обследование 178 пациентов реабилитационного центра показало наличие большей распространенности и выраженности заболеваний пародонта в подгруппах пациентов кардиологического профиля. Своевременное выявление и лечение стоматологических заболеваний способны улучшить непосредственные и отдаленные результаты реабилитации.

**Ключевые слова:** стоматологическая патология, реабилитация.

So as to improve rehabilitation and prophylactic systems it is necessary to actively reveal and correct possible risk factors of most important somatic pathologies, first of all, of cardio-vascular ones. Literature data and authors' own observations demonstrate an evident impact of chronic inflammatory processes in the mouth at the formation of atherosclerotic damages in vessels. Complex clinical and dental examination of 178 patients in the rehabilitation center has shown that in the groups of patients with cardiological pathologies parodontal processes were more pronounced and extended. A timely revealing and treating dental diseases can improve both immediate and long-term rehabilitation outcomes.

**Key words:** dental pathology, rehabilitation.

Результаты проведенных за последние годы исследований отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют о том, что патология ротовой полости и соматическое здоровье тесно взаимосвязаны [1, 3, 4, 7, 11]. В США Центрами контроля заболеваемости установлено, что у пациентов с заболеваниями пародонта риск смертности в 2 раза выше, чем у лиц без стоматологической патологии [9]. Причину этого Р.М. Bartold и R.I. Marchall [10] усматривают в том, что хронический воспалительный процесс в патологических зубодесневых карманах, являющихся очагами хронической инфекции при заболеваниях пародонта, приводит к ускоренному развитию атеросклероза, который создает условия для возникновения инсультов, инфарктов миокарда и другой васкулярной патологии. D.J. Brotman и E. Walker [11] показали, что инфекция в полости рта способствует формированию атером в коронарных сосудах, при этом особую патогенность они отметили у *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, которая является одним из основных инфекционных агентов при пародонтитах. По мнению авторов, бактерии, вызывающие воспаление пародонта, проникают в кровь, выделяют множество биологически активных веществ, включая липополисахариды, эндотоксины, хемотаксические пептиды, протеины и органические кислоты, которые способствуют формированию атеросклеротических бляшек, вызывают ускоренную агрегацию тромбоцитов. Н. Drisko и соавт. [12] установили прямую зависимость между выраженностью болезней пародонта и степенью атеросклеротического поражения сонных артерий и сосудов головного мозга.

Полученная информация дала основание ряду авторов [13] утверждать, что пациентов со стоматологической патологией следует относить к группе риска по заболеваниям сердца и мозга, а заболевания пародонта считать более точным предиктором ишемической болезни сердца, чем целый ряд известных факторов сердечно-

сосудистого риска, в том числе гиперфибриногемии или гипертриглицеридемии.

С учетом этих данных начинает формироваться новый взгляд на выявление и лечение стоматологической патологии, не только как заболеваний полости рта, существующих сами по себе, но как на важный фактор профилактики риска атеросклеротического поражения сосудов и их кардиоваскулярных и цереброваскулярных осложнений. Этим и был обусловлен выбор темы исследования.

## Пациенты и методы

Проведен анализ распространенности и выраженности патологии пародонта у 178 пациентов в возрасте от 45 до 84 лет, проходивших восстановительное лечение в Центре реабилитации по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы, болезней органов дыхания, эндокринных расстройств. Количество соматических заболеваний у одного больного варьировало от 3 до 11, в среднем — 6–7. Практически у всех пациентов отмечались заболевания, обусловленные атеросклерозом сосудов сердца и головного мозга, у 96% был установлен диагноз ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, у 90% выявлены заболевания нервной системы, кроме того, у 85% отмечалась патология желудочно-кишечного тракта, у 91% — опорно-двигательного аппарата, у 38% — эндокринной системы.

Были сформированы 3 клинические группы, исходя из основного диагноза, но с учетом полиморбидности пациентов. В 1-ю группу вошли 94 человека с патологией сердечно-сосудистой системы (в основном ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), во 2-ю — 43 человека с эндокринной патологией (в основном сахарный диабет, патология щитовидной железы), в 3-ю — 41 человек с патологией бронхолегочной системы (в основном бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь).

Стоматологический статус оценивали в соответствии с рекомендациями ВОЗ, определяли состояние твердых тканей зубов, зубных рядов, пародонта, прикуса, слизистой оболочки полости рта. Особое внимание уделяли состоянию пародонта. Для диагностики заболеваний пародонта и степени их выраженности применяли специальные индексы:

- индекс гигиены полости (ОНИ-S-index, Green-Vermillion, 1964);
- десневой индекс (GI, Loe, Silness, 1963);
- пародонтальный индекс CPITN (Ainamo et al., 1982);
- индекс утери прикрепления (Glavind & Loe, 1967).

Данные о соматических заболеваниях и стоматологическом статусе заносили в специально разработанные карты. При обработке полученных данных применяли общепринятые статистические методы.

### Результаты и обсуждение

Проведенное стоматологическое обследование пациентов показало наличие практически у всех из них разнообразной патологии. Кариес зубов, дефекты зубных рядов и воспалительные заболевания пародонта были выявлены у больных всех изучаемых групп.

Распространенность кариеса составила 100%, число кариозных зубов колебалась от 3 до 27. Причем в структуре КПУ число зубов с активным кариесом находилось в интервале 2–17, в то время как число утраченных зубов достигало 26, почти у трети наблюдаемых отмечалась полная адентия. Достоверных различий в значениях интенсивности кариеса и структуре КПУ у лиц с различной соматической патологией не наблюдалось.

Патология пародонта выявлена у 100% обследованных, интенсивность поражения высокая – в среднем 5–6 секстантов. Пародонтит средней степени выявлен у 75% больных, тяжелой – у 16% и лишь у 9% – легкой степени. У 8% диагностирован хронический гингивит, у 4% – пародонтоз.

У обследованных пожилого возраста в 57% случаев обнаружены пародонтальные карманы глубиной 4–5 мм, в 21% случаев – пародонтальные карманы 6 мм и более, в 9% случаев – кровоточивость и в 13% случаев – зубные отложения. Среди лиц старческого возраста кровоточивость десен выявлена у 7%, зубные отложения – у 13%, неглубокие пародонтальные карманы – у 55%, глубокие пародонтальные карманы – у 27%.

Гигиеническое состояние полости рта у 73% пациентов оценено как плохое и лишь у 21% – как удовлетворительное. У пациентов старше 75 лет отмечено достоверное повышение значений индекса гигиены ОНИ-S и его компонентов по сравнению аналогичными показателями у пациентов в возрасте 60–74 лет.

Значения индекса гигиены ОНИ-S в группе пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы колебались от 1,2 до 3,7, составляя в среднем  $2,4 \pm 0,3$ . В структуре индекса  $1,5 \pm 0,7$  приходилось на CI-S (зубной камень), а  $0,9 \pm 0,5$  – на DI-S (зубной налет). У лиц с заболеваниями бронхолегочной системы значения индекса гигиены ОНИ-S колебались от 0,8 до 5,6, составляя в среднем  $3,8 \pm 0,6$ , значения DI-S (зубной налет) достигали  $2,2 \pm 0,7$ , значения CI-S (зубной камень) –  $1,6 \pm 0,6$ . У пациентов с эндокринными заболеваниями значения индекса гигиены ОНИ-S колебались от 1,7 до 4,0, составляя в среднем  $2,8 \pm 0,6$ , где  $1,6 \pm 0,2$  приходилось на CI-S

(зубной камень), а  $1,24 \pm 0,24$  – на DI-S (зубной налет). У подавляющего большинства пациентов индекс указывал на плохое состояние гигиены полости рта и наличие мягкого и твердого зубного налета.

Значения десневого индекса GI у пациентов с сердечно-сосудистой патологией составили  $1,9 \pm 0,6$ , с заболеваниями эндокринной системы –  $1,5 \pm 0,3$ , заболеваниями бронхолегочной системы –  $1,6 \pm 0,2$ . Оценка десневого индекса GI показала, что у всех обследованных имелось воспаление десны, причем больше чем у половины – выраженной степени.

Показатели пародонтального индекса были следующие: в группе с сердечно-сосудистой патологией среднее количество секстантов с зубным камнем составило  $4,3 \pm 0,5$ , у пациентов с болезнями бронхолегочной системы –  $3,6 \pm 0,5$ , у пациентов с эндокринными заболеваниями –  $2,8 \pm 0,6$ . Причем меньшее количество секстантов с зубным камнем было обусловлено преобладанием секстантов с пародонтальными карманами. У пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы среднее количество секстантов с неглубокими карманами (4–5 мм) достигало  $1,6 \pm 0,6$ , а с глубокими карманами (до 6 мм) –  $0,9 \pm 0,7$ . В других группах среднее количество секстантов с пародонтальными карманами глубиной 4–5 мм колебалось от 1 до 1,4. Исключенные из обследования секстанты в связи с отсутствием зубов наблюдались в 1, 2 и 3-й группах при интенсивности  $0,6 \pm 0,5$ ,  $0,7 \pm 0,7$  и  $1,3 \pm 0,3$  соответственно. Определение пародонтального индекса показало, что секстанты со здоровым пародонтом практически отсутствовали у всех обследованных больных, отмечалось серьезное поражение тканей пародонта.

Нарушение зубодесневого прикрепления (4–5 мм) наблюдалось у всех пациентов, при средней интенсивности 1–1,4 секстанта. Наивысших значений этот показатель достигал в группе пациентов с эндокринной патологией:  $2,3 \pm 0,8$  секстанта (4–5 мм) и  $0,7 \pm 0,5$  секстанта (6–8 мм). Патологическая подвижность зубов наблюдалась у пациентов с патологией сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

В ходе исследования установлено, что у пациентов с сердечно-сосудистой патологией отмечается более высокий уровень воспаления десны и изменений в тканях пародонта: большее количество секстантов с пародонтальными карманами, нарушение зубодесневого прикрепления, патологическая подвижность зубов. При этом все изучаемые показатели у пациентов с иными соматическими заболеваниями также были достаточно высокими по сравнению с данными других авторов о соответствующих показателях в старших возрастных группах. Полученные данные не противоречат результатам ряда современных публикаций по данной тематике [5, 6, 8].

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у всех пациентов с хронической соматической патологией имеются выраженные симптомы пародонтита. В наибольшей степени они выражены у больных с сердечно-сосудистой патологией, что дает основание предположить влияние хронического воспаления на формирование повреждения сосудистой стенки и атеросклеротического процесса. Исходя из этого, можно утверждать, что наряду с применением новейших лекарственных средств, индивидуальных терапевтических схем, современных реабилитационных

технологий для достижения успеха восстановительного лечения кардиологических больных необходимо устранение патологических процессов в полости рта. Эффект лечения зависит от квалифицированной диагностики этой патологии и своевременного и полноценного проведения санационных мероприятий. В связи с этим необходимо отметить значимость эффективной работы стоматологической службы в деятельности Реабилитационного центра.

Учитывая наличие тесной взаимосвязи между состоянием зубочелюстной системы и внутренними органами, стоматологам необходимо тщательно обследовать пациентов Центра, диагностировать все имеющиеся заболевания полости рта и обращать на них особое внимание интернистов. Лечение стоматологической патологии должно стать неотъемлемым компонентом в комплексной терапии всех соматических больных. Стоматологическое обследование этого контингента необходимо проводить в первые дни после поступления, а затем в течение всего периода восстановительного лечения основного заболевания активно устранять патологические проявления в полости рта, добиваясь полной ее санации. Не следует откладывать лечение стоматологических заболеваний, особенно пародонтита, на более отдаленные периоды после выписки из Центра реабилитации. Скорейшее устранение из полости рта хронических очагов инфекции, играющих важную роль в патогенезе соматических заболеваний, является обязательным условием профилактики рецидивов заболеваний пародонта. Принимая во внимание тот факт, что основной источник инфекции в полости рта представляет собой, как правило, хронические гингивиты и пародонтиты, а их лечение является трудоемким и весьма специфическим, целесообразным представляется включение в состав стоматологической службы ЛПУ врачей-пародонтологов, имеющих необходимую профессиональную квалификацию и владеющих соответствующими методами и технологиями работы.

#### Литература

1. Алимский А.В. Влияние санации полости рта на качество жизни больных бронхиальной астмой // *Стоматология*. — 2007. — № 5. — С. 4–7.

2. Бармашева А.А. Системный анализ основных показателей стоматологического здоровья больных хронической сердечной недостаточностью. Автореф. дис... канд. мед. наук. С-Пб, 2011. — 23 с.

3. Борисова Е.Н. Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста при различном состоянии общего здоровья. *Стоматология*, 1999. — № 3. — С. 12–21.

4. Губа Я.О., Михайлова Э.М. Сравнительный анализ качества жизни и стоматологического здоровья больных терапевтического профиля с заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и эндокринной систем. *Вопросы теоретической и практической медицины*. — 2012. Т. 1. — С. 179–183.

5. Джураева Ш.Ф. Ассоциированные параллели в течении основных стоматологических заболеваний и сахарного диабета. Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2010, 46 с.

6. Лапина Н.В. Стомато-соматические параллели в процессе ортопедической реабилитации стоматологических больных. Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2012.

7. Соловьева А.М. Итоги круглого стола экспертов по проблеме «Связь стоматологического и общего здоровья». *Институт стоматологии*. — 2012. — № 55. — С. 22–24.

8. Цимбалстов А.В., Михайлова Е.С. Особенности соматического и стоматологического статуса пациентов пожилого и старческого возраста. // *Вестник С-Пб университета*. — 2006. — Вып. 4. — С. 113–117.

9. Ajani U.A., Ford E.S. Has the risk for coronary heart diseases changed among US adults. // *JACC*. — 2006; 48: 1177–1182.

10. Bartold P.M., Marchall R.I., Georgiou T. *Parodontal diseases and health*. 2003. — P. 137.

11. Brotman D.J., Walker E., Lauer M.S., O'Brien R.G. In search of fewer independent risk factors. *Arch. Intern. Med.* — 2005; 165:138–145.

12. Drisko H. Surgical and unsurgical methods of treatment periodontal deceases. // *JADA*, Vol. 131, June 2000.

13. Hardie K., Hankey G.J. Risk of first recurrent stroke and disability after first-ever stroke in the Perth community stroke study. *Stroke*. — 2004. — Vol. 35. — P. 731.

14. Manson G.D., Wate S.N. *American Journal of Public Health*, 1983. — P. 437.