

Положительный эффект ЛФК проявляется только при раннем, длительном и адекватном его применении, при этом сокращаются сроки лечения.

ВЫВОДЫ

1. Лечебная физкультура оказывает стимулирующее действие на регенераторные способности поврежденных тканей.

2. Применение метода лечебной физкультуры позволяет сократить сроки лечения и восстановить в короткое время функцию жевания при выраженной воспалительной контрактуре.

3. Для достижения должного эффекта при лечении контрактур необходимо ежедневное длительное воздействие на поврежденную область.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатов М. Ю. Роль иммунных и аутоиммунных механизмов в развитии острого гнойного периостита челюстей: Автореф. ... к. м. н. / М. Ю. Игнатов. — Чита, 2010. — 105 с.
2. Музыкин М. И. Лечение одонтогенных периоститов челюстей у людей пожилого и старческого возраста: Автореф. ... к. м. н. / М. И. Музыкин. — СПб., 2013. — 118 с.
3. Суханов А. Е. Комплексное лечение острых гнойных одонтогенных периоститов челюстей: Автореф. ... к. м. н. / А. Е. Суханов. — СПб., 2011. — 126 с.
4. Федотов С. Н., Суханов А. Е., Конкина М. А., Яковлев В. Е. Особенности регионарной гемодинамики лица при лечении острых гнойных одонтогенных периоститов челюстей // Стоматология. — 2010. — Т. 89. — №5. — С. 48—51.
5. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Руководство для врачей / Под ред. А. Г. Шаргородского. — М.: Медицина, 2012. — 352 с.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГАОУ ВО «КФУ имени В. И. Вернадского» Медицинская академия им. С. И. Георгиевского, кафедра хирургической стоматологии, г. Симферополь

Людмила Александровна Филиппова, кандидат медицинских наук, доцент, e-mail: mila65—00@mail.ru
Александра Андреевна Филиппова, аспирант

КОМОРБИДНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Е. Ю. Леонтьева, Т. Ю. Быковская, А. В. Молчанова

Аннотация. Проведен анализ коморбидности стоматологической патологии пациентов в возрасте от 18 до 90 лет. Анализ сочетанности стоматологической патологии показал, что клинические признаки двух стоматологических заболеваний регистрировались у 28—46% пациентов. Симптомы более трех заболеваний полости рта выявлены у 18—50%

пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что стоматологическая патология имеет коморбидный характер в 46—95% случаев.

Ключевые слова: коморбидность, стоматологическая заболеваемость, сочетанная патология, стоматологическая патология, болезни полости рта.

COMORBIDITY OF ORAL PATHOLOGY

E. Leontyeva, T. Bykovskaya, A. Molchanova

Annotation. The analysis of the comorbidity of oral pathology among patients of 18—90 years old was conducted. The analysis showed that clinical signs of two oral diseases were registered among 28—46% of patients. Symptoms of three and more diseases

were registered among 18—50% of patients. The analysis of the results shows that the oral pathology is comorbid in 46—95% of cases.

Keywords: comorbidity, oral morbidity, oral comorbidity, oral pathology, oral disease.

Большинство пациентов, обращающихся за первичной медико-санитарной помощью, имеют множественные сопутствующие заболевания. Распространенность коморбидности соматической патологии, согласно исследованиям многих авторов, составляет от 69% у больных молодого возраста до 93% среди лиц средних лет и до 98% — у пациентов старшей возрастной группы [3, 4, 9, 10]. Коморбидность, или полиморбидность — состояние, обусловленное множеством патологических процессов, которые могут квалифицироваться как нозологические формы, синдромы, клинко-диагностические признаки и симптомы [1, 2]. Наиболее распространенным термином для описания влияния нескольких заболеваний на исход основного заболевания у пациента или группы пациентов в иностранной литературе является «коморбидность», в отечественной литературе — термины «полипатия», «сочетанная патология». Число коморбидных заболеваний

существенно увеличивается с возрастом и формируется под воздействием многих факторов (хронические заболевания, генетическая предрасположенность, вредные привычки, травмы, производственные, социальные и экологические и другие факторы) [5, 7]. Известно, что все патологические процессы, протекающие в организме человека, сопровождаются нарушением нейрогуморального, метаболического, иммунного и минерального обменов и не могут не отражаться на мягких и твердых тканях ротовой полости [1, 6, 8, 10]. Коморбидность заболеваний полости рта и внутренних органов является распространенным и достаточно изученным явлением. Установлено, что у 80% пациентов трудоспособного возраста, обращающихся за специализированной помощью к врачу-пародонтологу, состояние здоровья отягощено распространенной соматической патологией (сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта, инфекционной

и др.) [6, 8, 9, 11]. В ряде исследований показано, что наличие у пациента нескольких заболеваний может оказывать влияние на их клиническое течение и общий прогноз, увеличивать число сочетанной патологии, способствовать развитию осложнений после хирургических вмешательств и повышению материальных затрат на лечение [4, 7]. Изучение стоматологической заболеваемости с точки зрения коморбидности — еще один подход в рассмотрении организма как целостной системы. В стоматологической практике болезни, как правило, изучаются, описываются и лечатся в изолированном виде. Однако несомненным остается тот факт, что несколько одновременно протекающих заболеваний (кариес, его осложнения, заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта) у одного и того же пациента могут иметь различную степень взаимосвязи и влияния на развитие друг друга.

В связи с вышесказанным, нами были проанализированы данные распространенности патологии полости рта стоматологических пациентов в аспекте коморбидности.

В соответствии с поставленной целью были проанализированы карты 355 пациентов стоматологического отделения клиники Ростовского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 90 лет. Анализ стоматологической заболеваемости проводили ретроспективно по записям амбулаторных карт пациентов, обратившихся в стоматологическое отделение клиники РостГМУ, в период 2014—2016 гг. Выборка карт осуществлялась случайным методом и распределялась с учетом возрастной классификации ВОЗ (25—44 года — молодой возраст, 44—60 — средний возраст, 60—75 — пожилой и 75—90 — старческий). Дополнительно анализировались карты пациентов в возрасте 18—25 лет, которые были студентами РостГМУ и обращались в стоматологическое отделение за лечебно-консультативной помощью. Основным критерием выбора карты для анализа и распределения по группам был возраст пациента. Необходимые сведения о состоянии полости рта были получены путем выкопировки данных из первичных документов — медицинских карт стоматологического больного (учетная форма №043/у) — на специальные карты учета для проведения анализа. В специально разработанной карте учета фиксировались: возраст, пол пациента, место работы, окончательный диагноз, перечень выполненных лечебно-профилактических мероприятий. В ходе анализа амбулаторных карт были рассчитаны и проанализированы показатели интенсивности кариеса зубов, распространенность неосложненного кариеса и его осложнений. Анализировались показатели состояния слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта. Выявленные нарушения классифицировались в соответствии с МКБ-С на основе МКБ-10.

Для анализа стоматологической коморбидности и ее частоты в возрастном аспекте были выделены следующие группы: 1 группа — 100 карт пациентов в возрасте 18—24 лет; 2 группа — 100 карт пациентов в возрасте 25—44 года; 3 группа — 100 карт пациентов в возрасте 45—60 лет; 4 группа — 30 карт пациентов в возрасте 61—75 лет; 5 группа — 25 карт пациентов в возрасте 76—90 лет.

По данным амбулаторных карт установлено, что в структуре стоматологической заболеваемости среди пациентов всех возрастных групп преобладающее

значение имеет кариес зубов. Данная нозологическая группа патологии полости рта имеет распространенность от 97% до 100%. Так, анализ данных карт пациентов 1 группы (возрастная категория 18—24 года) показал, что кариозная патология зубов (К 02.0) зарегистрирована в 97% случаев. Второе место (46%) принадлежит болезням тканей пародонта (К 05.0), представленным катаральным и гипертрофическим гингивитом в 98% случаев. На третьем месте (39%) находятся заболевания периодонтальных тканей (К 04.0) — пульпиты и периодонтиты зубов. Аномалии и патологии прикуса (К 07.0) занимают четвертое место (17%), из них преимущественно представленные скученностью зубов — до 82% случаев. Доля патологии твердых тканей зубов некариозного характера (К 03.0) составила 14%, что соответствует пятому ранговому месту в структуре стоматологической заболеваемости 1 группы пациентов. Среди некариозных заболеваний зубов лидирующие позиции занимают гиперестезия эмали и клиновидный дефект.

Оценка стоматологического статуса по данным амбулаторных карт пациентов 1 группы выявила сочетанность стоматологических заболеваний в 46% случаев. Анализ частоты коморбидности стоматологической патологии данной возрастной группы показал, что в 28% случаев имеется сочетание двух заболеваний полости рта, в 18% — сочетание трех и более стоматологических патологий. Наличие одного заболевания выявлено у 51% пациентов, здоровая полость рта зафиксирована у 3% из числа пациентов в возрасте 18—25 лет.

При анализе данных амбулаторных карт пациентов 2 группы (возрастная категория 25—44 года) установлено, что поражаемость кариесом составляет 100%. Второе место принадлежит болезням пародонта (87%), представленным гингивитами (49%), и пародонтитом различной степени тяжести (38%). На третьем месте находятся заболевания периодонтальных тканей (43%) — пульпиты и периодонтиты зубов. Заболевания твердых тканей зубов некариозного характера занимают четвертое место (33%) и в большей степени представлены клиновидным дефектом (89%). Пятое ранговое место в структуре стоматологических заболеваний (29%) в данной возрастной группе занимает потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни (К 08.1).

Оценка стоматологического статуса по данным амбулаторных карт пациентов 2 группы выявила сочетанность стоматологических заболеваний в 65% случаев. Анализ частоты коморбидности стоматологической патологии данной возрастной группы показал, что в 40% случаев имеется сочетание двух заболеваний полости рта, в 25% — сочетание трех и более стоматологических патологий. Наличие одного заболевания выявлено у 35% пациентов в возрасте 25—44 года.

Анализ данных амбулаторных карт пациентов 3 группы (возрастная категория 45—60 лет) показал поражаемость кариесом в 100% случаев. Второе место принадлежит болезням пародонта (89%), представленным пародонтитом различной степени тяжести (52%) и гингивитами (37%). Третье место в данной возрастной группе занимает потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни (39%). Заболевания периодонтальных тканей (34%) — пульпиты и периодонтиты зубов — занимают четвертое

место. Пятое ранговое место занимают заболевания твердых тканей зубов некариозного характера (33%), представленные в большей степени клиновидным дефектом (80%) и патологическим стиранием зубов (19%).

Оценка стоматологического статуса по данным амбулаторных карт пациентов 3 группы выявила сочетание стоматологических заболеваний в 87% случаев. Анализ частоты коморбидности стоматологической патологии данной возрастной группы показал, что в 46% случаев имеется сочетание двух заболеваний полости рта, в 41% — сочетание трех и более стоматологических патологий. Наличие одного заболевания выявлено у 13% пациентов в возрасте 44—60 лет.

При анализе данных амбулаторных карт пациентов 4 группы (возрастная категория 60—75 лет) установлено, что поражаемость кариесом составляет 99%. Второе место принадлежит болезням пародонта (90%), представленным пародонтитом различной степени тяжести (65%) и гингивитами (35%). Третье место в данной возрастной группе занимает потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни (51%). Заболевания периодонтальных тканей (31%) — пульпиты и периодонтиты зубов — занимают четвертое место. Пятое ранговое место занимают заболевания твердых тканей зубов некариозного характера (22%), представленные в большей степени клиновидным дефектом (76%) и патологическим стиранием зубов (19%).

Оценка стоматологического статуса по данным амбулаторных карт пациентов 4 группы выявила сочетание стоматологических заболеваний в 95% случаев. Анализ частоты коморбидности стоматологической патологии данной возрастной группы показал, что в 45% случаев имеется сочетание двух заболеваний полости рта, в 50% — сочетание трех и более стоматологических патологий. Наличие одного заболевания выявлено у 5% пациентов в возрасте 60—75 лет.

Анализ данных амбулаторных карт пациентов 5 группы (возрастная категория 75—90 лет) выявил, что

поражаемость кариесом составляет 99%. Второе место принадлежит болезням пародонта (76%), представленным пародонтитом различной степени тяжести (64%) и гингивитами (31%). Третье место в данной возрастной группе занимает потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни (61%). Заболевания периодонтальных тканей (29%) — пульпиты и периодонтиты зубов — занимают четвертое место. Пятое ранговое место занимают заболевания твердых тканей зубов некариозного характера (21%), представленные в большей степени клиновидным дефектом (73%) и патологическим стиранием зубов (21%).

Оценка стоматологического статуса по данным амбулаторных карт пациентов 5 группы выявила сочетание стоматологических заболеваний в 92% случаев. Анализ частоты коморбидности стоматологической патологии данной возрастной группы показал, что в 42% случаев имеется сочетание двух заболеваний полости рта, в 50% — сочетание трех и более стоматологических патологий. Наличие одного заболевания выявлено у 8% пациентов в возрасте 76—90 лет.

В ходе проведенного анализа выявлено, что распространенность коморбидности стоматологической патологии составляет от 65% у пациентов молодого возраста (25—44 года) до 95% среди лиц среднего и пожилого возраста (44—75 лет). Наличие трех и более стоматологических заболеваний выявлено почти у 50% пациентов всех старших возрастных групп и у 25% пациентов молодого возраста. Только в самой молодой возрастной группе исследования (18—24 года) сочетание трех и более заболеваний имеют 18% пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что стоматологическая заболеваемость имеет выраженный характер коморбидности. Сочетание нескольких одновременно протекающих заболеваний полости рта необходимо учитывать практикующим врачам при составлении плана стоматологических вмешательств и лечебно-профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верткин А. Л., Румянцев М. А., Скотников А. С. Коморбидность в клинической практике // Архив внутренней медицины. — 2011. — №2. — С. 20—24.
2. Журавлев Ю. И., Тхорикова В. Н. Современные проблемы измерения полиморбидности // Научные ведомости. Медицина. Фармация. — 2013. — №11 (154). — Выпуск 22. — С. 214—219.
3. Горбачева И. А. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом // Стоматология. — 2004. — №3. — С. 6—11.
4. Куценко М. А., Чучалин А. Г. Парадигма коморбидности: синтропия ХОБЛ и ИБС [Электронный ресурс] // РМЖ. — 2014. — №5. — С. 389.
5. Наумов Л. А. Коморбидность: механизмы патогенеза, клиническое значение / Современные проблемы науки и образования. — 2016. — №5; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25301> (дата обращения: 08.03.2017).
6. Пожарицкая М. М., Старосельцева Л. К., Симакова Т. Г., Кириенко В. В. Воспалительные заболевания пародонта у больных с метаболическим синдромом // Стоматология. — 2004. — №6. — С. 13—16.
7. Самородская И. В., Никифорова М. А. Терминология и методы оценки влияния коморбидности на прогноз и исходы лечения / Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. — 2013. — №4. — Том 14. — С. 18—25.
8. Цепов Л. М., Цепова Е. Л., Михеева Е. А., Голева Н. А., Нестерова М. М. Полипатии у стоматологических больных (по данным ретроспективного анализа медицинских карт стоматологических больных) // Вестник Смоленской медицинской академии. — 2010. — №2. — С. 153—158.
9. Шарабчиев Ю. Т., Антипов В. В., Антипова С. И. Коморбидность — актуальная научная и научно-практическая проблема медицины XXI века // Медицинские новости. — 2014. — №6. — С. 6—11.
10. Fortin M., Soubhi H., Hudon C., Bayliss E. A., van den Akker M. Multimorbidity's many challenges // BMJ. — 2007. — №334 (7602). — P. 1016—1017. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1871747/> (accessed 19.09.2016).
11. Oral manifestations in patients with gastro-oesophageal reflux disease: a single-center case-control study / O. Di Fede, Di Liberto, G. Occhipinti et al. // Oral Pathol. Med. — 2008. — Vol. 37. — №6. — P. 336—340.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону

Елена Юрьевна Леонтьева, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС; врач стоматолог-терапевт, e-mail: leont06@list.ru

Татьяна Юрьевна Быковская, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине ФПК и ППС, министр здравоохранения Ростовской области, e-mail: minzdrav@aaanet.ru

Антонина Владимировна Молчанова, врач стоматолог-терапевт стоматологического отделения клиники ФГБОУ ВО РостГМУ