

Комплексное лечение пародонтита: реакция пациента на проводимую терапию

Иорданишвили А.К.^{1,2}, Гук В.А.², Головко А.А.^{1,2}

¹Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Резюме

Актуальность. Успех лечения заболеваний пародонта напрямую зависит от реакции пациента на проводимую терапию, поэтому особенности личностных характеристик человека способны влиять как на эффективность лечения, так и на профилактику рецидивов заболевания.

Цель. Изучить особенности внутренней картины болезни в процессе комплексного лечения взрослых пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы. Проведено общепринятое комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у 69 мужчин среднего и пожилого возраста с учетом личностного реагирования пациентов, для чего использована методика Соловьева М. М. «Синдром психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации».

Результаты. При выписке пациентов из стационара отмечалось различие явлений дезадаптации среди лиц пожилого и среднего возраста: у лиц среднего возраста определялась достаточная адаптация к условиям существования; у лиц пожилого возраста, из-за имеющейся коморбидной патологии, диагностировалось состояние дезадаптации, которое обуславливалось наличием жалоб на дефекты зубных рядов.

Заключение. У лиц пожилого возраста в ближайшие сроки после завершения лечения в стационаре стоматологическую реабилитацию нельзя считать завершённой, что требует принятия организационных мер по их своевременному обеспечению зубными протезами.

Ключевые слова: пародонтит, лечение пародонтита, стоматологическая реабилитация, внутренняя картина болезни, синдром психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации.

Для цитирования: Иорданишвили А. К., Гук В. А., Головко А. А. Комплексное лечение пародонтита: реакция пациента на проводимую терапию. Пародонтология.2020;25(2):97-100. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2020-25-2-97-100>.

Complex treatment of periodontitis: patient's reaction to the therapy

A.K. Iordanishvili^{1,2}, V.A. Guk², A.A. Golovko^{1,2}

¹International Academy of Ecology, Human Security and Nature Sciences

²Military Medical Academy S.M. Kirova
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

Relevance. The success of treatment of periodontal diseases directly depends on the patient's response to the therapy, therefore, the characteristics of the person's personal characteristics can affect both the effectiveness of treatment and the prevention of relapse of the disease.

Purpose. To study the features of the internal picture of the disease in the process of complex treatment of adult patients suffering from chronic generalized periodontitis.

Materials and methods. The generally accepted comprehensive treatment of chronic generalized periodontitis in 69 middle-aged and elderly men was carried out taking into account the personal response of patients Solovyov «Psychosensory-anatomical-functional maladaptation syndrome».

Results. When patients were discharged from the hospital, there was a difference in the phenomena of maladaptation among the elderly and middle-aged: in middle-aged people, sufficient adaptation to the conditions of existence was determined; in elderly people, due to the existing comorbid pathology, a state of maladaptation was diagnosed, which was caused by the presence of complaints of defects in the dentition.

Conclusion. In elderly people, as soon as possible after completion of treatment in a hospital, dental rehabilitation cannot be considered completed, which requires the adoption of organizational measures for their timely provision of dentures.

Key words: periodontitis, treatment of periodontitis, dental rehabilitation, internal picture of the disease, syndrome of psychosensory-anatomical and functional maladaptation.

For citation: A. K. Iordanishvili, V. A. Guk, A. A. Golovko. Comprehensive treatment of periodontitis: patient response to ongoing therapy. Parodontologiya.2020;25(2):97-100. (in Russ.) <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2020-25-2-97-100>.

ВВЕДЕНИЕ

Успех лечения хронических стоматологических заболеваний, в том числе заболеваний пародонта различной степени тяжести, напрямую зависит от точного неукосни-

тельного выполнения пациентом назначенного лечения. В то же время особенности личностных характеристик человека способны влиять как на эффективность лечения, так и на профилактику рецидивов заболевания. Четкое

следование плану лечения напрямую зависит от мотивации пациента к проводимому лечению. Поэтому отношение человека, страдающего заболеваниями пародонта, к своему здоровью и выполняемому лечению, а также к медицинскому персоналу имеет большое значение для успешной их реабилитации [1]. Очень часто воспалительные и дистрофические заболевания пародонта сочетаются с соматической патологией, когда бывает достаточно сложно быстро и эффективно помочь пациенту, так как эти заболевания плохо поддаются лечению [2]. Пациентам требуется корректировать отношение к болезни, что может не только изменить их психологическую реакцию на патологию, но и создать реалистические установки на исход стоматологической реабилитации, а также профилактику рецидивов. В зависимости от психоэмоционального состояния пациента необходимо разрабатывать индивидуальный план комплексного лечения заболеваний пародонта и определять особенности взаимодействия врачей-стоматологов различного профиля и пациента.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности внутренней картины болезни в процессе лечения взрослых пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом, путем оценки синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 69 мужчин в возрасте от 42 до 68 лет, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом средней тяжести, которые в условиях специализированного отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии прошли общепринятое комплексное лечение, включавшее предоперационную подготовку и хирургическое лечение хронического генерализованного пародонтита (ХГП). Из них 37 человек были среднего и 32 человека – пожилого возраста. Выявление стоматологической патологии, в том числе ХГП, осуществлялось на основании жалоб, анамнеза, объективных данных, клинического обследования и данных рентгенологического исследования. Предоперационная подготовка включала профессиональную гигиену и санацию полости рта, которые проводились по общепринятой методике [3]. Хирургическое лечение в виде лоскутных операций по методике Лукьяненко В. И. – Штурм А. А. выполнялось сначала на нижней, а через четыре-семь суток, в зависимости от состояния пациента, на верхней челюсти. В послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию, выполнялось шинирование зубов, изготовление временных и постоянных ортопедических конструкций.

Для оценки личностного реагирования пациентов на заболевание и хирургическое вмешательство при ХГП была использована сравнительно новая методика анализа структуры и выраженности внутренней картины болезни с использованием «Синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации», которая хорошо зарекомендовала себя в стоматологической практике [4]. Согласно этой методике, все проявления внутренней картины заболевания распределяются по четырем кластерам: «П» – психологический (психический), «С» – сенсорный, «А» – анатомический и «Ф» – функциональный. Особенностью СПСАФД является то, что оценку выраженности отдельных симптомов, ощущений, вызывающих дезадаптацию, дают сами пациенты. Для этого используется единая аналогово-балльная шкала самооценки пациентами выраженности отдельных про-

явлений заболевания (от 1 до 9 баллов: от не беспокоит (1 балл), до слабо (3 балла), умеренно (5 баллов), сильно (7 баллов) и чрезвычайно сильно (9 баллов) беспокоит). Распределение отдельных симптомов, вызывающих у пациентов дезадаптацию, осуществляет врач. Результаты самооценки пациентами выраженности проявления заболевания осуществляли путем учета интегрального показателя выраженности СПСАФД (показатель S, рассчитывался в баллах), а также с учетом структуры интегрального показателя СПСАФД согласно кластерам («П», «С», «А», «Ф»), рассчитывался в баллах, то есть в условных единицах). Для интегральной оценки выраженности (напряженности) внутренней картины болезни использовали предложенную нами градацию интегрального показателя выраженности СПСАФД – показателя S. При значении этого показателя от 4 до 9,9 усл. ед. считали, что пациент, несмотря на наличие стоматологической патологии, адаптирован к условиям существования. При значениях показателя S, равных 10,0-16,9 усл. ед., считали, что у пациента из-за имеющейся стоматологической патологии нарушена приспособляемость к условиям существования. При значениях показателя S, равных 17,0-36,0 усл. ед., считали, что у пациента из-за имеющейся стоматологической патологии имеется состояние дезадаптации [5].

Оценку внутренней картины заболевания у пациентов осуществляли в предоперационном периоде, на следующие сутки после выполнения лоскутных операций на нижней и верхней челюстях, при выписке пациента из стационара, а также спустя два-три месяца после завершения лечения в стационаре. Из исследования были исключены лица, страдающие хроническими заболеваниями внутренних органов и систем организма, а также ХГП тяжелой степени тяжести. Полученный в результате исследований цифровой материал обработан на персональной ЭВМ. Использовали специализированный пакет программ для статистического анализа (Statistica for Windows, v. 6.0). Оценка значимости различия средних значений и частоты проявления признаков в группах исследования проводилась с помощью параметрических и непараметрических методов оценки гипотез: параметрического критерия t-Стьюдента, непараметрического критерия χ^2 Пирсона. Изучение связей между признаками осуществляли с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При исследовании СПСАФД в предоперационном периоде, вне зависимости от возраста пациентов, страдающих ХГП, значение показателя S составило у лиц среднего возраста 12,92 балла, а у лиц пожилого возраста – 16,7 баллов. Это говорит о том, имеющаяся стоматологическая патология в виде ХГП нарушала их приспособляемость к условиям существования (рис. 1). При этом расстройства были в большей мере выражены у лиц пожилого возраста ($p \leq 0,05$). При анализе структуры СПСАФД у лиц среднего возраста (рис. 2) на первый план выходили жалобы, связанные с функциональными нарушениями (подвижность зубов и т. п.). У лиц пожилого возраста в большей мере имела место тревога за результат стационарного лечения и исход стоматологической реабилитации, а также наличие дефектов зубных рядов и подвижность естественных зубов (рис. 3).

В первые сутки после хирургического лечения в обеих возрастных группах интегральный показатель S достоверно повысился (рис. 1) и свидетельствовал о наличии у пациентов, из-за имеющейся у них стоматологической патологии и реакции организма на хирургическое вмешательство, состояния дезадаптации ($p \leq 0,01$). Увели-

чение интегрального показателя S происходило у лиц среднего и пожилого возраста за счет появления жалоб, относящихся ко всем кластерам, особенно «С» ($p \leq 0,01$), что было связано с появлением послеоперационного болевого синдрома. Существенных нарушений функциональной активности жевательного аппарата (кластер «Ф») не выявлено ($p \geq 0,05$). Достоверных различий в личностном реагировании пациентов на второе оперативное вмешательство (рис. 1), выполненное на верхней челюсти, не выявлено ($p \geq 0,05$). Однако следует отметить, что после лоскутных операций на верхней челюсти пациенты среднего и пожилого возраста чувствовали себя лучше, чем после операций на нижней челюсти (рис. 1). У пациентов после операций на верхней челюсти болевой синдром и функциональные нару-

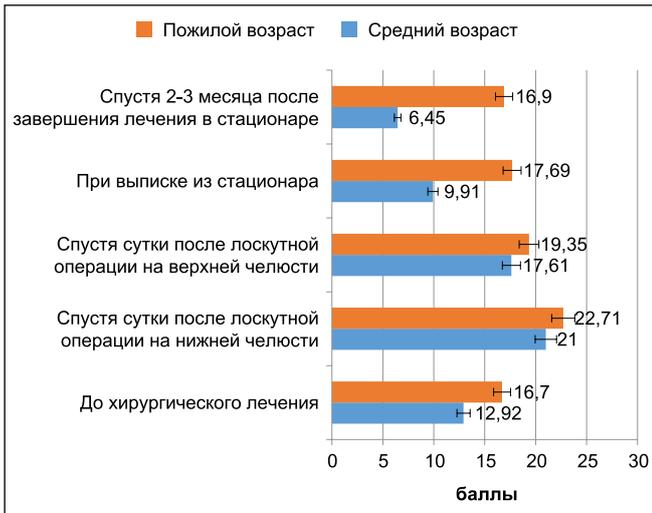


Рис. 1. Интегральный показатель S СПСАФД у взрослых людей, страдающих ХГП на разных этапах лечения (баллы)

Fig. 1. The integral indicator S SPSAFD in adults suffering from CGP at different stages of treatment (points)

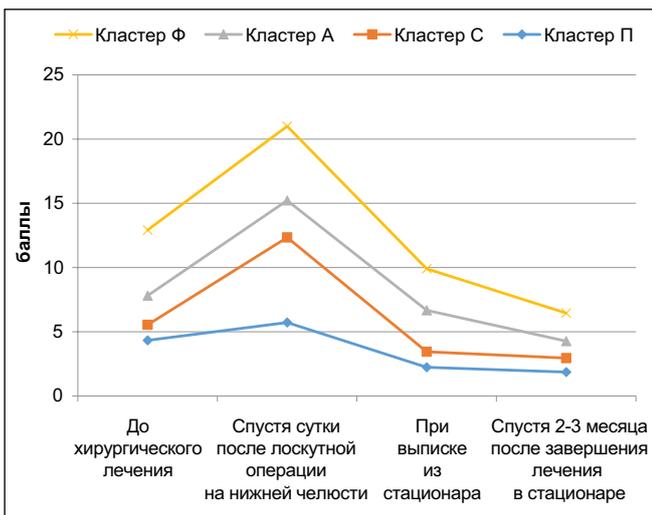


Рис. 2. Структура интегрального показателя S, определяющего выраженность симптомов заболевания в отдельных кластерах при исследовании СПСАФД у обследованных пациентов среднего возраста на этапах лечения ХГП (баллы)

Fig. 2. The structure of the integral indicator S, which determines the severity of disease symptoms in individual clusters in the study of SPSAFD in examined middle-aged patients at the stages of treatment of CGP (points)

шения были меньше (кластеры «С» и «Ф»), что обуславливало значительно лучшие показатели в кластере «П», чем после лоскутной операции на нижней челюсти.

При выписке пациентов из стационара отмечено достоверное различие в значениях интегрального показателя S СПСАФД среди лиц пожилого и среднего возраста (рис. 1). У лиц среднего возраста среднее значение показателя S на это время обследования составило 9,91 балла. Это свидетельствовало об их достаточной адаптации к условиям существования. У лиц пожилого возраста среднее значение показателя S на это время обследования составило 17,69 баллов. Это позволило считать, что у пациентов из-за имеющейся стоматологической патологии имеется состояние дезадаптации. Высокие значения интегрального показателя S у лиц пожилого возраста на этот период обследования обуславливались наличием жалоб, относящихся к кластерам «А» и «Ф» (рис. 3). Пациентов беспокоили имеющиеся у них дефекты зубных рядов вследствие удаления подвижных зубов во время хирургического лечения, а также нарушение функции жевания, вследствие утраты зубов и отсутствия замещающих ортопедических конструкций (зубных протезов).

Оценка СПСАФД в ближайшие сроки после выписки показала положительную динамику показателя S у лиц среднего возраста (рис. 1), который снизился до 6,45 баллов ($p \leq 0,05$). Это было связано с уменьшением числа жалоб, относящихся к кластерам «А», «П» и «Ф», за счет лечебно-профилактических мероприятий, проведенной комплексной стоматологической реабилитации: шинирования зубов, временного зубного протезирования и др. (рис. 2). Оценка СПСАФД в ближайшие сроки после выписки у лиц пожилого возраста не выявила положительной динамики показателя S (рис. 1), который сохранялся на высоких значениях, а именно составил 16,9 баллов ($p \geq 0,05$). Это свидетельствовало о том, что у них по-прежнему, как и до лечения, сохранялась нарушенная приспособляемость к условиям существования. Очевидно, что отсутствие в этот период временных замещающих или шинирующих и замещающих зубных протезов сохраняло у них наличие жалоб

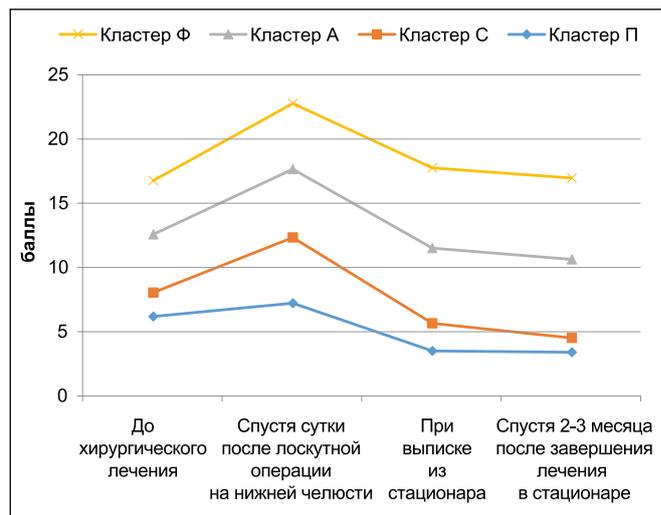


Рис. 3. Структура интегрального показателя S, определяющего выраженность симптомов заболевания в отдельных кластерах при исследовании СПСАФД у обследованных пациентов пожилого возраста на этапах лечения ХГП (баллы)

Fig. 3. The structure of the integral indicator S, which determines the severity of disease symptoms in individual clusters in the study of SPSAFD in the examined elderly patients at the stages of treatment of CGP (points)

на дефекты зубных рядов, а также затрудненное откусывание, разжевывание пищи (рис. 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное клиническое исследование по изучению особенностей внутренней картины болезни у мужчин среднего и пожилого возраста, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом, на комплексное лечение, путем оценки синдрома ПСАФД, позволило выявить возрастные различия в их личностном реагировании на разные этапы стационарного лечения, а также в ближайшие сроки после выписки из стационара, с учетом особенностей клинической картины патологии пародонта. В первые сутки после хирургического лечения из-за имеющейся стоматологической патологии и реакции организма на хирургическое вмешательство, определяется состояние дезадаптации, что связано с появлением послеоперационного болевого синдрома, и связанных с этим нарушением функциональной активности жевательного аппарата не выявлено. При выписке пациентов из стационара отмечается различие явлений дезадаптации среди лиц пожилого и среднего возраста. Так, у лиц среднего возраста определялась достаточная адаптация к условиям суще-

ствования. У лиц пожилого возраста, из-за имеющейся коморбидной патологии, диагностировалось состояние дезадаптации, которое обуславливалось наличием жалоб на дефекты зубных рядов вследствие удаления подвижных зубов во время хирургического лечения, а также нарушения функции жевания, вследствие утраты зубов и отсутствия замещающих ортопедических конструкций (зубных протезов). В ближайшие сроки после выписки из стационара у лиц среднего возраста уменьшается число жалоб за счет проведения лечебно-профилактических мероприятий в рамках комплексной стоматологической реабилитации. В то же время у лиц пожилого возраста положительная динамика отсутствовала. Это свидетельствует о том, что у них по-прежнему, как до лечения, сохраняется нарушенная приспособляемость к условиям существования. Таким образом, у лиц пожилого возраста в ближайшие сроки после завершения лечения в стационаре стоматологическую реабилитацию нельзя считать завершённой, что требует принятия организационных мер по своевременному обеспечению зубными протезами лиц пожилого возраста после хирургического лечения ХГП для и обеспечения их психологического равновесия, качества жизни и восстановления жевательной функции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. A. G. Farman, W. C. Scarfsan. The basics maxillofacial cone beam computed tomography. *Seminars in Orthodontics*. 2009;15:1:2-13. <https://doi.org/j.sodo.208.09.001>.
2. Комаров Ф. И., Шевченко Ю. Л., Иорданишвили А. К. Долгожительство: ремарки к патологии зубов и пародонта. *Пародонтология*. 2017;2:13-15. [F. I. Komarov, Yu. L. Shevchenko, A. K. Iordanishvili. Longevity: remarks to the pathology of the teeth and periodontal. *Parodontologia*. 2017;2:13-15. (In Russ.)]. <https://www.dentoday.ru/products/96/2769/>.
3. Мороз П. В., Иорданишвили А. К., Проходная В. А. и соавт. Особенности клинического течения и принципы лечения эндодонто-пародонтальных поражений. *Казанский медицинский журнал*. 2018;3(99):362-368. [P. V. Moroz, A. K. Iordanishvili, V. A. Prokhodnaya and co-auth. Features of the clinical course and principles of treatment of endodonto-periodontal lesions. *Kazanskiy med. Zurn.* 2018;3(99):362-368. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/KMJ2018-362>.
4. Робустова Т. Г., Иорданишвили А. К., Лысков Н. В. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений, возникающих после

операции удаления зуба. *Пародонтология*. 201842(87):58-61. [T. G. Robustova, A. K. Iordanishvili, N. V. Lyskov. Prevention of infectious inflammatory complications after the operation of tooth extraction. *Parodontologia*. 2018;2(87):58-61. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.25636/PMP.1.2018.2.10>.

5. Мороз П. В., Иорданишвили А. К. Факторы риска возникновения и причины низкой эффективности лечения эндодонтопародонтальных поражений. *Эндодонтия today*. 2018;1:35-41. [P. V. Moroz, A. K. Iordanishvili. Risk factors for the occurrence and causes of low effectiveness of treatment of endodontoperiodontal lesions. *Endodontiya today*. 2018;1:35-41. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.25636/PMP.2.2018.1.6>.

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов/

Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила/Article received 14.10.2019

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Иорданишвили Андрей Константинович, д.м.н., профессор, главный ученый секретарь Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

professoraki@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0000-9328-2014>

Iordanishvili Andrei K., DSc, Professor, chief scientific secretary of the International Academy of Ecology, Human and Nature Safety Sciences, professor of the Department of Maxillofacial Surgery and Surgical Dentistry of the Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education «Military Medical Academy named after S. M. Kirova» of the Ministry of Defense of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation

Гук Вячеслав Алексеевич, старший преподаватель кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени

С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

divvr@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2242-2672>

Guk Vyacheslav A., Senior Lecturer, Department of Oral and Maxillofacial Surgery and Surgical Dentistry of the Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education «Military Medical Academy named after S.M. Kirova» of the Ministry of Defense of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation

Головко Арсений Александрович, слушатель Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

senyagolovko@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2475-503X>

Golovko Arseniy A., student of the Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education «Military Medical Academy named after S.M. Kirova» of the Ministry of Defense of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation