

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАРТ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА

А.В.Люговская

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

*Представлены данные, полученные в ходе ретроспективного анализа стоматологических карт, относительно используемых подходов при постановке диагноза и выбора тактики лечения пациентов с болезнями периодонта.*

### Введение

Болезни периодонта остаются актуальной и нерешенной проблемой в современной стоматологии. Трудности в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями тканей периодонта связаны с их полиэтиологической природой. Большинство ученых считает, что адекватная оценка состояния тканей периодонта в современных условиях предполагает комплексное обследование, включающее в себя анамнестические данные и полную клиническую оценку периодонтального статуса с установлением всех факторов риска, рентгенологическую диагностику, проведение комплекса лабораторных методов исследования (микробиологические, цитологические, иммунологические и др.) [1–3].

Используемые стоматологами в настоящее время методы диагностики болезней периодонта не всегда позволяют получить сопоставимые и объективные данные для установления правильного диагноза и выбора оптимальной концепции лечения. В связи с этим растет число случаев осложнений в ходе лечения этой категории пациентов. Среди причин неудач в лечении пациентов с болезнями периодонта, кроме недостатка диагностических процедур, можно выделить нерациональное использование антимикробной терапии [4–6]:

- необоснованное назначение системной антибиотикотерапии без учета клинических показаний (назначение препаратов при плохой гигиене полости рта);
- игнорирование системных противопоказаний и приема пациентом других лекарственных средств;
- эмпирическое, без учета этиологического фактора, назначение неэффективных антибиотиков (например, назначение метронидазола в монотерапии);
- местное использование антибактериальных препаратов в неэффективных дозах (например, инъекции линкомицина);

- отсутствие микробиологического мониторинга в ходе лечения.

Несмотря на постоянный поиск эффективных антимикробных препаратов в лечении патологии периодонта, вопрос оптимизации химиотерапевтического воздействия остается открытым. Трудности в выборе препарата связаны с тем, что патологический процесс в тканях периодонта вызывает не один микроорганизм, а сочетание нескольких бактерий, чувствительных к различным антибактериальным препаратам.

Максимальный терапевтический успех возможен только при целевом воздействии на микроорганизмы поддесневой биопленки с учетом их патогенных свойств и чувствительности к препаратам антимикробной терапии, что достигается только при проведении микробиологического исследования в ходе наблюдения за пациентом.

Цель исследования – изучить по данным ретроспективного анализа диагностические подходы врачей-стоматологов при обследовании и выборе тактики лечения пациентов с болезнями периодонта.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 162 амбулаторных стоматологических карт пациентов, обратившихся за лечением по поводу заболеваний тканей маргинального периодонта в 4-ю и 8-ю городские клинические стоматологические поликлиники г. Минска. Для анализа фиксировались: фактический возраст пациента и возраст на момент первичного обращения, длительность наблюдения у периодонтолога, вид проводимых клинических и дополнительных (рентгенологических, микробиологических, гематологических, биохимических и других) исследований, наличие заполненной периодонтологической карты пациента, установленный диагноз, назначение антимикробных препаратов, их вид, проведение хирургических манипуляций по поводу болезней периодонта, число посещений за курс лечения, количество обострений.

Статистическая обработка результатов исследований проведена на ПЭВМ с использованием пакетов прикладных программ STATISTICA 6.0, Microsoft EXCEL.

Количественные параметры представлены в виде медианы (Me) и квартилей (LQ/UQ), так как их распределения отличаются от нормального. Качественные параметры представлены в виде частоты встречаемости с указанием процентного соотношения и ошибки среднего  $\pm SE$ .

Для сравнения двух независимых групп по количественному параметру применялся критерий Манна–Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез –  $p < 0,05$ .

#### **Результаты ретроспективного анализа амбулаторных стоматологических карт пациентов с болезнями пародонта**

По данным ретроспективного анализа лечение проходили 46 мужчин ( $28,40 \pm 3,55\%$ ) и 116 женщин ( $71,60 \pm 3,55\%$ ). Возраст пациентов составил 45 лет (Me = 45 [33,0/57,0]). Медиана возраста пациентов, впервые обратившихся за лечением к периодонтологу, равна 35 лет [27,0/45,0]. Длительность наблюдений по поводу заболеваний пародонта составила 5 лет (Me = 5 [3,0/14,0]).

В последнее время все больше исследователей ссылаются на необходимость детального обследования тканей пародонта с заполнением периодонтологических карт, в которых представляются данные о глубине зондирования, величине рецессии, вовлечении фуркации и подвижности в области каждого зуба. Подробное исследование клинических параметров с выявлением факторов, способствующих накоплению зубного налета, составляет основу диагностического процесса в пародонтологии. Фиксация информации помогает стоматологам, по данным клинического исследования, проследить состояние тканей пародонта в динамике. При обследовании пациентов  $63,58 \pm 3,79\%$  стоматологов при детальном исследовании тканей пародонта использовали вкладыш в форму №043/у–06 – индивидуальную периодонтологическую карту, где у всех пациентов отмечались: жалобы, анамнез заболевания, эффект от лечения, вид прикуса, движения ВНЧС, состояние слизистой, наличие и количество зубных отложений, "уровень оголения корней" (предположительно, рецессия десны).

Основной клинический параметр при заболеваниях пародонта, который позволяет разделить периодонтит и гингивит – глубина зондирования (величина пародонтальных карманов) в области отдельных зубов стоматологами не отмечалась, фиксировалась только средняя величина пери-

одонтальных карманов в миллиметрах, что не дает возможность специалисту оценить прогноз для отдельных зубов и разработать необходимую тактику лечения. В картах также не отмечались ятрогенные факторы и признаки, характеризующие нарушения окклюзии.

При постановке диагноза специалисты прибегали к классификации ВОЗ (простой и сложный периодонтит) в 67 случаях ( $41,36 \pm 3,88\%$ ), а в 95 случаях ( $58,64 \pm 3,88\%$ ) использовалась другая номенклатура.

Диагноз выставлялся на основании клинических данных, в редких случаях использовались дополнительные методы. Постановка диагноза по классификации ВОЗ с разделением на "хронический простой периодонтит" и "хронический сложный периодонтит" подразумевает обязательное использование рентгенологического метода для оценки состояния костной ткани и установления типа её резорбции. Наибольшую диагностическую ценность для оценки состояния костной ткани в пародонтологии представляют ортопантомография и интерпроксимальная внутривисочная методика рентгенографии. Однако, среди проанализированных карт рентгенологическая диагностика (ортопантомография) использовалась только в 10 случаях ( $6,17 \pm 1,91\%$ ) и, что не совсем понятно, имела обратную взаимосвязь с использованием врачами при постановке диагноза по классификации ВОЗ (коэффициент корреляции равен  $-0,05$ ,  $r = 0,034$ ). Полученные результаты указывают на недостаточное использование специалистами дополнительных методов диагностики при обследовании такой категории пациентов.

Для исключения влияния соматической патологии на патологический процесс в тканях пародонта в редких случаях (двум пациентам –  $1,23 \pm 0,87\%$ ) периодонтологи рекомендовали консультацию у врачей–интернистов, 5 человек ( $3,09 \pm 1,36\%$ ) получили направление на общий анализ крови.

В процессе изучения медицинской документации обнаружено, что врачи–стоматологи практически не используют в диагностическом процессе микробиологическое исследование. Только в 9 случаях ( $5,56 \pm 1,81\%$ ) был проведен микробиологический анализ смывов со слизистой оболочки полости рта для исключения Candida-ассоциированной инфекции. В картах отсутствовало упоминание о применении бактериологического метода и других видов микробиологической диагностики для изучения микробного состава пародонтального кармана, а также для определения чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

В ходе ретроспективного анализа медицинской документации выявлено, что врачи–стоматологи широко применяют препараты антимикробной терапии при лечении пациентов с заболеваниями периодонта – в 100% случаев назначалась местная антимикробная терапия в виде антисептических и дезинфицирующих растворов. Наиболее часто антисептическую обработку проводили раствором хлоргексидина – 129 пациентам (79,63±3,17%). Хлоргексидин является наиболее активным антисептическим препаратом в отношении широкого спектра микроорганизмов и, в зависимости от концентрации, оказывает бактерицидное или бактериостатическое действие.

Часто врачи использовали в качестве антисептической обработки малоэффективные относительно периодонтопатогенной микрофлоры препараты растительного происхождения. Раствор календулы применяли у 120 пациентов (74,07±3,45%), настойку эвкалипта – в 77 случаях (47,53±3,94%), реже использовали ромазулан – в 11 случаях (6,79±1,98%).

Антисептик группы нитрофуранов – фурацилин проявляет низкую активность в отношении анаэробных микроорганизмов, поэтому его использование в периодонтологии можно поставить под сомнение. В ходе исследования установлено, что врачи широко – в 56 случаях (34,57±3,75%) – использовали фурацилин. Слабым антисептическим эффектом обладает перекись водорода, но, несмотря на это, раствор 3%-ной перекиси водорода остается очень популярным у стоматологов. По данным ретроспективного анализа, этот антисептик использовали у 92 пациентов (56,79±3,90%).

Галогеносодержащий антисептик йодинол оказывает противомикробное действие, но вызывает раздражение кожи и слизистых оболочек. Обработку йодинолом использовали у 30 пациентов (18,52±3,06%). Реже использовали парасепт – у 23 пациентов (14,20±2,75%). Обработку ваготилом проводили у 11 человек (6,79±1,98%).

Системная антибиотикотерапия назначалась 15 пациентам (9,26±2,28%). Среди препаратов для системного назначения использовались метронидазол в монотерапии в 13 случаях (86,67±9%) и двум пациентам (13,33±9%) были назначены препараты группы линкозамидов (линкомицин и далацин С). По данным ряда авторов, метронидазол эффективен в борьбе с *P.gingivalis*, *P.intermedia*, *V.forsythus*, но не активен в отношении периодонтопатогенного микроба *A.actinomycetemcomitans*, который часто выделяется у пациентов с периодонтальной патологией. Поэтому назначение мет-

ронидазола в монотерапии без микробиологической диагностики при лечении заболеваний периодонта не оправдано.

Антибактериальные препараты использовались также местно в виде повязок. Повязки с метронидазолом применяли при лечении 27 пациентов (16,67±2,94%), с метродентом у 34 человек (20,99±3,21%), повязки с гентамициновой мазью у 5 человек (3,09±1,36%), с синтомициновой мазью у 17 пациентов (10,49±2,42%), с левомиколом у 14 пациентов (8,64±2,21%). В лечении пациентов с болезнями периодонта в 29 случаях (17,90±3,02%) местно применяли инъекции линкомицина.

Неоспоримым преимуществом местного использования антибиотиков перед системным является незначительное побочное воздействие на организм и возможность достижения высокой концентрации препарата в периодонтальном кармане. Вместе с тем, локальное использование антимикробных препаратов в традиционном виде (мази, гели, растворы для аппликаций и т. д.) имеет ряд недостатков [5, 6]. Необходимо учитывать, что некоторые периодонтопатогенные виды инвазируют подлежащие ткани, поэтому при локальном использовании антибиотика будут оказывать свое действие только на микроорганизмы, находящиеся на поверхности, что не даст желаемого эффекта. Кроме этого весьма проблематичным является создание эффективной концентрации на длительный период времени и на всей поверхности пораженных тканей. Поэтому при выборе вида антимикробной терапии (системной или местной) следует руководствоваться не только данными клинического обследования, но и микробиологическим анализом состава микрофлоры периодонтального кармана.

Местное лечение в клинической периодонтологии возможно при использовании новейших разработок, какими являются лекарственные препараты, иммобилизирующие антибиотики на различных биополимерных матрицах, что обеспечивает длительное и сравнительно равномерное высвобождение антибиотика, создавая его высокую местную концентрацию без значительного повышения уровня антибиотика в системной циркуляции (American Academy of Periodontology, 2000; Г.М.Барер и др., 2002).

В комплексном лечении болезней периодонта применяли противовоспалительные лечебные повязки с индометацином у 24 человек (14,81±2,80%), с бутадиионом у 14 пациентов (8,64±2,21%). Использование нестероидных противовоспалительных препаратов снижает воспали-

тельную реакцию и замедляет скорость резорбции костной ткани за счет влияния на метаболизм арахноидоновой кислоты и уменьшения уровня активности циклооксигеназы в тканях периодонта.

Врачи–стоматологи в значительном числе случаев прибегали к использованию устаревших методик: повязки Реуса – у 92 человек (56,79±3,90%) и повязки Чижевского – у 23 пациентов (14,20±2,75%).

Популярен среди стоматологов метилурацил – препарат, стимулирующий метаболические процессы; его использовали местно в виде повязок у 30 пациентов (18,52±3,06%). У 12 человек (7,41±2,06%) применяли местно гепариновую мазь – антикоагулянт для местного использования. Дибунол (антиоксидант, который способствует нормализации кровотока в тканях периодонта) использовали в виде повязок при лечении 12 пациентов (7,41±2,06%). Аминокaproновая кислота (гемостатическое средство) использовалась у 10 пациентов (6,17±1,90%), картолин у 29 человек (17,90±3,02%), глицерин – у 14 (8,64±2,21%). При лечении 11 пациентов (6,79±1,98%) использовалась кислородотерапия.

Учитывая многофакторность этиопатогенетических механизмов периодонтальной патологии, лечение должно основываться на данных основных и дополнительных методов исследования и проводиться комплексно, целенаправленно и, в то же время, максимально индивидуализированно, включая в себя использование эффективных консервативных, хирургических, ортопедических и физиотерапевтических методов.

По данным ретроспективного анализа, комплексный подход в лечении пациентов с болезнями периодонта использовался редко. Шинирование зубов специалисты провели 4 пациентам (2,47±1,22%). В 43 случаях (26,54±3,48%) врачи прибегали к закрытому кюретажу, 4 пациентам (2,47±1,22%) провели оперативное вмешательство по вскрытию периодонтального абсцесса, 6 пациентам (3,70±1,49%) – операцию по поводу пластики уздечки. 101 пациенту (62,35±3,82%) назначались физиотерапевтические методы лечения. 39 пациентам (24,08±3,37%) в лечении назначены витаминные препараты.

Медиана количества курсов лечения по поводу заболеваний периодонта составила 3 [1/5] курса на человека, при этом медиана количества посещений в течение одного курса лечения – 4,29 [3,5/5,2]. Медиана количества обострений заболевания в течение всего срока наблюдения равна 2 [1/4].

Согласно критерию Манна–Уитни, обострение заболевания чаще наблюдалось в подгруппах па-

циентов, получавших в составе повязок преднизолон (число обострений 3 [3/5] против 2 [1/3] у не получавших,  $p=0,0007$ ), гентамициновую мазь (число обострений 8 [3/10] против 2 [1/3] у не получавших,  $p=0,0036$ ), бутадионовую мазь (число обострений 4,5 [2/6] против 2 [1/3] у не получавших,  $p=0,0017$ ), метронидазол (число обострений 3 [2/5] против 2 [1/3] у не получавших,  $p=0,0002$ ) и проходивших в ходе лечения физиопроцедуры (число обострений 3 [2/4] против 1 [0/1] у не проходивших,  $p<0,001$ ).

#### Заключение

По данным ретроспективного анализа стоматологических амбулаторных карт установлено, что в ходе диагностики и составлении плана лечения у пациентов с болезнями периодонта врачи–стоматологи не всегда используют комплексный подход, при проведении клинического обследования зачастую не учитывают основные этиологические и патогенетические факторы, в недостаточном количестве применяют рентгенологическую и микробиологическую диагностику. В то же время специалисты при лечении пациентов прибегают к широкому (в 100% случаев) и необоснованному использованию препаратов антимикробной терапии – малоэффективных антисептиков растительного происхождения (раствор календулы в 74,07% случаев и настойка эвкалипта в 47,53% случаев) и фурациллина (34,57%), что приводит к обострениям и неоправданно высокому числу посещений в ходе лечения.

Использование системных антибактериальных препаратов проводится без учета качественного и количественного состава микрофлоры периодонтального кармана и чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам. При эмпирическом выборе антибиотика игнорируются периодонтопатогенные микроорганизмы, имеющие сильную ассоциацию с болезнями периодонта, что приводит к использованию препаратов, не активных в отношении агрессивной микрофлоры.

В настоящее время отечественными учеными большое внимание уделяется разработке и внедрению в практическое здравоохранение современных методов диагностики и лечения болезней периодонта. На кафедре общей стоматологии БелМАПО разрабатываются две инструкции по применению ("Алгоритм обследования пациентов с заболеваниями тканей периодонта" и "Метод микробиологической диагностики болезней периодонта"), которые помогут врачам–стоматологам сформулировать обоснованный диагноз и выработать эффективную лечебную схему, что позволит сократить риск рецидивов и осложнений при лечении заболеваний периодонта.

### Вывод

В ходе ретроспективного анализа выявлено, что в настоящее время в периодонтологии отсутствует теоретически обоснованная схема диагностики пациентов, в связи с этим необходимо разработать четкий и последовательный комплекс диагностических мероприятий с учетом всех этиологических и патогенетических факторов болезней периодонта.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьян, А.С. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С.Григорьян [и др.]. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 320 с.
2. Юдина, Н.А. Основные и дополнительные методы обследования пациента на приеме врача-стоматолога: учеб.–метод. пособие / Н.А.Юдина, В.И.Азаренко. – Минск: БелМАПО, 2006. – 25 с.
3. Wolf, H.F. Пародонтология / H.F.Wolf, E.M.Rateitschak, K.H.Rateitschak. – Москва, 2008. – 548 с.
4. Царев, В.Н. Антимикробная терапия в стоматологии / В.Н.Царев, Р.В.Ушаков.– М.: МИА, 2004. – 143 с.
5. Царев, В.Н. Местное антимикробное лечение в стоматологии / В.Н.Царев, Р.В.Ушаков.– М.: МИА, 2004. – 136 с.
6. Юдина, Н.А. Антимикробная терапия при лечении болезней периодонта: учеб.–метод. пособие / Н.А.Юдина, А.В.Люговская, А.Ю.Курочкина. – Минск: БелМАПО, 2008. – 42 с.

### RETROSPECTIVE ANALYSIS OF OUTPATIENT DENTAL RECORDS OF PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASES

**H.V.Liuhouskaya**

This article presents results of the retrospective analysis of the dental records as regards approaches to the diagnosis and treatment of periodontal diseases.

*Поступила 03.11.2009 г.*

---

---

Подписка по каталогу РО «Белпочта» производится во всех отделениях связи и пунктах подписки Беларуси

## Не забудьте подписаться!

*Бюллетень*

*«Вопросы организации и информатизации здравоохранения»*

— наиболее полное специализированное периодическое информационное аналитическое и реферативное издание в республике, предназначенное **для руководителей здравоохранения всех уровней**. В бюллетене публикуются обзоры и статьи по проблемам общественного здоровья и здравоохранения, информатизации здравоохранения, статистические данные о медико-демографической ситуации в республике и за рубежом, а также директивная и нормативная информация.

**Подписные индексы: 74855 — для индивидуальных подписчиков  
748552 — ведомственная подписка**

*Периодичность выпуска — 1 раз в квартал  
Издательская цена 1-го номера бюллетеня во II полугодии 2010 г. (без НДС):  
для индивидуальных подписчиков — 12500 руб.,  
для предприятий и организаций — 24000 руб.*