

УДК: 616.31:616.329-002]-614.23:616.314

**УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ
О СВЯЗИ МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ ПОЛОСТИ РТА И
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЮ**

Ольга Бекжанова¹ , Севара Алимова²

Ташкентский государственный стоматологический институт

¹*д.м.н. профессор,*

²*ассистент*

Ташкент, Узбекистан

abekjanovaolga@mail.ru bsevara_36@mail.ru

**LEVEL OF COMPETENCE OF DENTISTS ON THE RELATIONSHIP
BETWEEN ORAL HEALTH AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX
DISEASE**

Olga Bekjanova¹ , Sevara Alimova²

1 Doctor of Medicine, Professor, Tashkent State Dental Institute

2 Assistant, Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

abekjanovaolga@mail.ru , bsevara_36@mail.ru

**OG'IZ BO'SHLIG'I SOG'LIG'I VA GASTROEZOFAGIAL REFLYUKS
KASALLIGI O'RTASIDA BOG'LIQLIK BO'YICHA STOMATOLOG-
SHIFOKORLARNING KOMPETENTLIK DARAGASI.**

Ольга Бекжанова^{1,а}, Севара Алимова^{2,б}

1 м.ф.д. профессор, Тошкент давлат стоматология институти

2 ассистент, Тошкент давлат стоматология институти Тошкент, Узбекистон

abekjanovaolga@mail.ru , bsevara_36@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Стоматологи часто первыми диагностируют системное заболевание, устанавливая его проявление в ротовой полости. Одним из таких заболеваний является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), о наличии которой могут свидетельствовать разнообразные жалобы и симптомы как со стороны полости рта, так и желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, анкета-опросник, уровень осведомлённости врачей-стоматологов, эрозия зубов

ANNOTATION

Dentists are often the first to diagnose a systemic disease by establishing its manifestation in the oral cavity. One of these diseases is gastroesophageal reflux disease (GERD), the presence of which can be indicated by a variety of complaints and symptoms from both the oral cavity and the gastrointestinal tract.

Key words: gastroesophageal reflux disease, questionnaire, level of awareness of dentists, dental erosion

ANNOTATSIYA

Stomatologlar ko'pincha og'iz bo'shlig'ida uning namoyon bo'lishini aniqlash orqali tizimli kasallikni birinchi bo'lib tashxislashadi. Ushbu kasalliklardan biri gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERK) bo'lib, uning mavjudligi og'iz bo'shlig'ida ham, oshqozon-ichak traktida ham turli shikoyatlar va alomatlar bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Kalit so'zlar: gastroezofagial reflyuks kasalligi, anketa, stomatologlarning xabardorlik darajasi, tish eroziyasi.

Своевременность и адекватность стоматологической помощи пациентам с ГЭРБ очень важна, так как причиной стоматологической патологии в этом случае может быть соматическое заболевание, в этом случае для высокопрофессионального оказания медицинской помощи необходимо междисциплинарное взаимодействие.

Качество диагностики пациентов с ГРЭБ на стоматологическом приёме зависит от уровня осведомлённости врачей-стоматологов первичного звена о совокупности вне ротовых проявлений заболевания. Поскольку врачи общей практики первыми, кто контактируют с пациентами их знания является определяющими в терапии междисциплинарной патологии. Профессиональный

уровень и компетентность врача определяет адекватный отбор пациентов группы риска для дальнейшего углублённого обследования.

ГЭРБ обусловлена слабостью мышц нижнего пищеводного сфинктера, вследствие чего кислое содержимое желудка перемещается вверх по пищеводу в ротовую полость. У здоровых людей большая часть желудочного сока возвращается в желудок за счет перистальтики, стимулируемой глотанием. Оставшаяся жидкость выводится за счет вторичной перистальтики, стимулируемой прямым контактом сока со слизистой оболочкой пищевода. Напротив, у пациентов с ГЭРБ кислотный клиренс задерживается, а желудочная кислота непроизвольно проходят через пищевод в ротовую полость. Типичными проявлениями ГЭРБ являются изжога, регургитация, дисфагия и загрудинная боль.

Нетипичные проявления, такие как астма, хронический кашель, охриплость голоса, несердечная боль в груди и зубная эрозия, часто недооцениваются и плохо понимаются. Стоматологи обычно являются первыми, кто может диагностировать ГЭРБ по наличию эрозии зубов, поскольку большинство людей не подозревают о наличии у них заболевания.

Цель исследования. Оценить осведомлённость врачей-стоматологов первичного звена при диагностике и лечении стоматологической патологии у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы. Для адекватной оценки осведомлённости врачей нами разработана анкета-опросник и осуществлена её стандартизация.

С этой целью осуществлён отбор высокопрофессиональных экспертов, 4 из которых были докторами наук и 7 кандидатов наук по специальности стоматология. Экспертами осуществлена проверка валидности выбранных показателей, которая производилась путем интервьюирования, когда эксперты осуществляли корректировку вопросов и вносили дополнительные пункты в анкету. Результаты тестирования оценивались коэффициентом корреляции

Спирмена, величина $W = 0.65$ говорит о наличии согласованности мнений экспертов.

Оценка значимости коэффициента конкордации определена по критерию Пирсона, величина χ^2 равна $135.59 \geq$ табличного (30.14353), то $W = 0.65$ - величина не случайная, а потому разработанные вопросы имеют смысл и могут использоваться в дальнейших исследованиях.

Первые 4 вопроса анкеты представлены паспортными данными и не вошли в опросник. Второй раздел анкеты посвящен жалобам. С учётом полиморфизма и многообразия жалоб пациентов, они группированы в 5 разделов:

2.1. жалобы на патологию полости рта (жжение в полости рта, ксеростомия, галитоз, металлический привкус во рту);

2.2. Патология желудочно-кишечного тракта (изжога, регургитация, тошнота, рвота, боли в верхней части живота и/или грудной клетки, боли и жжение за грудиной, тошнота и рвота при приёме жирной пищи);

2.3. Патологию ЛОР органов Хронический ларингит, фарингит, ринит, синусит, отит (осиплость голоса, нарушение звучности голоса, хриплый кашель, покашливание, боли в горле, «ком» в горле, апное);

2.4. Кардиологические проявления ИБС, стенокардия, гипертония, аритмия, загрудинная боль, нарушения сердечного ритма и проводимости, стенокардия, экстрасистолия и вегетативная дисфункция (страх, озноб, жар, головокружение, потливость, одышка, эмоциональная латентность) ;

2.5. Легочные заболевания. Бронхиальная астма, хронический бронхит, хроническая пневмония. Жалобы: хриплый кашель, приступы удушья.

При этом результаты осмотра полости рта выделены в отдельный третий раздел, в котором каждая патология полости рта имеет свой номер:

3.1. Множественный пришеечный кариес;

- 3.2. Эрозии зубов;
- 3.3. Эритема мягкого нёба;
- 3.4. Глоссит;
- 3.5. Афтоз;
- 3.6. Кандидоз;
- 3.7. КПЛ;
- 3.8. Изъязвления СОПР;
- 3.9. Лейкоплакия;
- 3.10. Подслизистый фиброз;
- 3.11. Тяжёлый пародонтит.

Четвертый раздел опросника посвящён оценке компетентности врачей о необходимости дополнительных обследований буферной ёмкости, рН и минерализующего потенциала ротовой жидкости.

Пятый раздел оценивает знания о необходимости междисциплинарного взаимодействия стоматологов и врачей смежных специальностей (гастроэнтерологов, терапевтов и т.д).

Шестой раздел оценивает знания о необходимости специального лечения (использование мягких зубных щеток, реминерализующей терапии, специальных композитных материалов).

Седьмой раздел оценивает знания врачей о наличии фактором риска, усугубляющих течение стоматологических проявлений ГЭРБ (употребление газированных напитков, кислых соков и продуктов, курение, злоупотребление жирной пищей).

Оценка компетентности врачей – стоматологов основана на тщательном анализе соответствующей литературы, особенностях стандартизации. Таким образом, анкета состояла из 24 вопросов (в том числе 20 вопросов оценивали знания респондентов: 5 – знания о специфических стоматологических жалобах и соматических заболеваниях и сопутствующих им жалобах пациентов с ГЭРБ, 11 – знания о особенностях патологии полости рта и 4 вопроса посвящены оценке компетентности врачей в выполнении лечебно-диагностических мероприятий междисциплинарного взаимодействия, необходимости специального лечения и факторах риска.

Правильный ответ на вопрос или надлежащее выполнение лечебно-диагностических мероприятий получали оценку 1; а неправильный ответ или неправильные мероприятия и назначения оценивались 0. Максимально возможное количество баллов 20. Общее число набранных врачом баллы оценивалось на «Отлично» при сумме баллов >80% от максимально возможного числа баллов; «Хорошо» (70-80%); «Удовлетворительно» (60-69%) или плохо (60% ≤).

Опрошено 55 врачей – стоматологов амбулаторно-поликлинического приема, в том числе 15 стоматологов имели стаж до 5 лет (27,27%); 22 (40,00%) - стаж от 5 до 10 лет и 18 (32,73%) – более 10 лет [3,4,9].

Недостатком обследования была сравнительно небольшая численность выборки по сравнению с общим числом врачей, работающих в Узбекистане. Мы учитывали также, что врачей-стоматологов больше интересует оценка состояния полости рта. При проведении опроса не было предусмотрено никаких стимулов, которые могли бы вызвать конфликт интересов. Участие в опросе было полностью добровольным и предназначалось специально для врачей с целью выявления их знаний или компетентности в диагностике, обследовании и терапии стоматологической патологии у пациентов с ГЭРБ.

Результаты и обсуждения. Клинические показатели широко используются в клинических испытаниях из-за их простоты и удобства использования по

сравнению с эндоскопическими, гистопатологическими и визуализирующими методами.

Своевременность и адекватность стоматологической помощи пациентам с ГЭРБ очень важна, так как причиной стоматологической патологии в этом случае может быть соматическое заболевание, в этом случае для высокопрофессионального оказания медицинской помощи необходимо междисциплинарное взаимодействие [8,9].

Таблица 1

Общая оценка уровня знаний стоматологов о клинических проявлениях гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Уровень знаний	Число врачей	% от числа врачей
Всего	55	100 %
I Ответы по всем показателям		
1.1 Низкий < 60%	25	45,45
1.2 Средний 60% - 80%	13	23,64
1.3 Высокий >80	17	30,91
II Ответы по показателям соматической патологии		
2.1 Низкий < 60%	32	58,18
2.2 Средний 60% - 80%	15	27,27
2.3 Высокий >80	8	14,55
III Ответы по показателям стоматологической патологии		
3.1 Низкий < 60%	12	21,82

3.2 Средний 60% - 80%	19	34,55
3.3 Высокий >80	24	43,64
IV Ответы о необходимости специального стоматологического обследования		
4.1 Низкий < 60%	8	14,55
4.2 Средний 60% - 80%	20	36,36
4.3 Высокий >80	27	49,09
V Ответы о необходимости междисциплинарного взаимодействия		
5.1 Низкий < 60%	9	16,36
5.2 Средний 60% - 80%	32	58,18
5.3 Высокий >80	14	25,45
VI Ответы о необходимости специального стоматологического лечения		
6.1 Низкий < 60%	11	20,05
6.2 Средний 60% - 80%	10	18,18
6.3 Высокий >80	34	61,82
VII Ответы о знании сопряженных факторов риска		
7.1 Низкий < 60%	12	21,82
7.2 Средний 60% - 80%	17	30,91
7.3 Высокий >80	26	47,27

Анализ данных показал, что 45,45% опрошенных врачей имели низкий уровень знаний о клинических проявлениях гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, при этом знания 23,64% опрошенных оценивались удовлетворительно, а 30,92%

показали высокие знания. Анализ результатов опроса по отдельным пунктам опросника позволил выявить ключевые пункты, требующие дополнительного внимания. Так, оценка знаний по соматической патологии, ассоциированной с ГЭРБ (пункт II) показала, что большинство врачей 58,18% не осведомлены о наличии и диагностической значимости внепищеводных проявлениях заболевания, средние знания по этому пункту продемонстрировали 27,27%% и лишь 14,55% опрошенных имели высокий уровень знаний о внепищеводных проявлениях ГРЭС [1,3,4].

В целом врачи были неплохо осведомлены о особенностях стоматологической патологии при ГЭРБ, хорошие знания по вопросу установлены у 43,64% опрошенных; средние – у 34,55% и низкий уровень продемонстрировали 21,82% опрошенных (пункт III) [4,10].

Так, неплохой уровень знаний обнаружен по вопросам о необходимости специального стоматологического обследования (пункт IV) при наличии соматической патологии в том числе и ГЭРБ. При этом 49,095 опрошенных продемонстрировали высокий уровень знаний о объеме и необходимости дополнительного обследования, 36,36% - средний уровень знаний и 14,55% не имели представления о необходимости дополнительного обследования (низкий уровень знаний) [2,8].

Несколько более низкий уровень знаний получен при анализе ответов о необходимости междисциплинарного взаимодействия стоматологов и врачей смежных специальностей (пункт V). Так, лишь 25,45% опрошенных врачей считают необходимым междисциплинарное взаимодействие при терапии стоматологической патологии у пациентов с ГЭРБ (высокий уровень знаний); 58,18% опрошенных показали средний уровень знаний по вопросу и 16,36% не имеют представления о междисциплинарном взаимодействии (низкий уровень) [5,7].

Наиболее значительные результаты получены при анализе ответов о необходимости специального стоматологического лечения (пункт VI), знания по вопросу продемонстрировали 61,88% опрошенных (высокий уровень знаний); 18,18% показали неполные знания (средний уровень) и 20,08% не имеют представления о специальных методах лечения (низкий уровень) [3,4].

47,27% опрошенных знали о наличии фактором риска, усугубляющих течение стоматологических проявлений ГЭРБ (пункт VII), 30,91% продемонстрировали неполные знания (средний уровень) и 21,82% не имели представления о наличии сопутствующих факторов риска (низкий уровень) [3,4].

Обсуждение. Отсутствие научных данных, информирующих о проблеме междисциплинарного взаимодействия в стоматологии, в том числе о внеротовых проявлениях ГЭРБ, надлежащем использовании клинического анализа, включенного в этот опрос, могло побудить респондентов больше полагаться на личный опыт и предпочтения пациентов при принятии ими клинических решений. Мы предполагаем, что важно оценивать знания врачей относительно использования и интерпритации данных субъективного осмотра, опроса и клинических исследований в принятии клинических решений. Последующие исследования, направленные на дальнейшее понимание того, как диагностическая информация влияет на решение о лечении, необходимы как для обучения, так и для практики квалифицированного принятия клинических решений, основанных на фактических данных.

Необходимо помнить, что у пациентов с ГЭРБ развивается специфический стоматологический симптомокомплекс, определяющий специфику терапии стоматологической патологии. Эта категория пациентов требует от стоматологов более ответственного подхода к сбору анамнеза, терапии стоматологической патологии, междисциплинарному взаимодействию и осуществлению профилактических мероприятий.

Результаты проза показали невысокий уровень осведомлённости врачей об особенностях внеротовых проявлений ГЭРБ. Результаты опроса дают ценную информацию об уровне знаний врачей и могут помочь в разработке методов исследований и составлении диагностических и прогностических матриц возможного наличия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у стоматологического пациента при различных комбинациях стоматологических и внепищеводных признаков и симптомов .

Литература/References

1. Айвазова Р.А., Поликанова Е.Н., Самсонов А.А., Юренев Г.Л., Еварницкая Н.Р., Шахбазян Л.Р., Андреев Д.Н. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: фокус на стоматологические симптомы // Фарматека. 2017. № 13. С. 48–52.
2. Алексеева Г.С. Социологические опросы врачей и пациентов как этап изучения организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1.
3. Алимова, С. Х., Бекжанова О. Е., Каюмова В. Р. Особенности заболеваний твердых тканей зубов у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии: Сборник научных статей X региональной научно - практической конференции с международным участием по детской стоматологии, Хабаровск, 09 октября 2020 года/Под редакцией А.А. Антоновой. – Хабаровск: Антар, 2020. – С. 7-8.
4. Бекжанова О., Алимова С., & Астанакулова М. (2022). Оценка распространенности и интенсивности кариеса у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Медицина и инновации, 1(4), 567–573. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/medicine_and_innovations/article/view/993
5. Маев И.В., Сельская Ю.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Боголепова З.Н., Кузнецова Е.И. Ларингофарингеальный рефлюкс: клиническое значение, современные подходы к диагностике и лечению. Медицинский совет. 2019; 3: 8-16.
6. Островская Л.Ю., Булкина Н.В. Состояние тканей пародонта у пациентов с постгастрорезекционными расстройствами. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 144(8):12–16
7. Сазанская Л.С. Персонализированный подход к разработке методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: Автореф. дис канд.мед.наук, Москва, 2021. – 24С
8. Тумашевич О.О. Стоматологический синдром при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, его диагностика и профилактика: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. , Москва, 2021. – 24С
9. Alharthi R., Moazzez R., Bartlett D., Jafari J. Risk factors for Erosive Tooth Wear in patients with Gastroesophageal Reflux Disease (GORD) symptoms: a respective cross-sectional case control study. P1982. UEG Journal, 2019, V.7(8S)iv. Abstract issue, p.988
10. Geriatric Medicine Research Collaborative. A nationwide survey of confidence and knowledge of assessment and management oral conditions amongst a sample of physicians, United Kingdom. BMC Res Notes 12, 348 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4359->
11. Labi, AK., Obeng-Nkrumah, N., Bjerrum, S. et al. Physicians' knowledge, attitudes, and perceptions concerning antibiotic resistance: a survey in a Ghanaian tertiary care hospital. BMC Health Serv Res 18, 126 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2899-y>