DOI: 10.18481/2077-7566-2026-22-3-90-95

УДК 616.31:616.43

ОБОСНОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТА С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ В ПЕРИОД КОНСЕРВАТИВНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лобода Е. С., Орехова Л. Ю., Баканина М. И., Нейзберг Д. М.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Актуальность. *Патогенез ожирения связан с системным воспалением, инсулинорезистентностью и дисбалансом микронутриентов.* Эти изменения создают предпосылки для нарушений стоматологического здоровья; однако на сегодня не установлено, каково состояние здоровья рта у пациентов с ожирением, как оно изменяется по мере прогрессирования ожирения, существуют ли специфические риски со стороны зубочелюстного комплекса на фоне терапии ожирения, и какие виды стоматологической помощи способны эти риски снизить, что и обусловливает актуальность представленного наблюдения.

Описание клинического случая: пациентке с морбидным ожирением на фоне терапии орлистатом при обращении диагностированы: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени, обострение (K05.32); множественный кариес (K02.8); патология прикуса (K07.4). Исходные пародонтальные показатели (BOP 92 %, PPD 4,8 мм) и гигиенический индекс (API — 60 %) подтверждали воспаление на фоне метаболических нарушений, а микробиологическое исследование — доминирование пародонтопатогенов «красного спектра». Через 3 месяца терапии зафиксирована незначительная потеря массы (3 кг) и улучшение состояния полости рта (снижение BOP до 38 %, улучшение гигиены API — 45 %). *Отказ от орлистата через 6 месяцев и нарушение рекомендаций привели к регрессу: к 12 месяцам показатели вернулись к исходным (BOP 88 %, PPD 4,7 мм), масса тела — 159 кг.*

Заключение. Состояние стоматологического здоровья у пациентов с морбидным ожирением может служить маркером системных нарушений, а его динамический контроль позволяет оценивать изменения на фоне терапии. В описанном случае выявлены агрессивный пародонтит с доминированием «красного спектра», множественный апроксимальный кариес и низкая гигиена, что отражает влияние метаболических и пищевых факторов. Регулярный мониторинг фиксирует периоды риска обострения, обосновывая необходимость междисциплинарного подхода и постоянного наблюдения.

Ключевые слова: *морбидное ожирение, консервативная медикаментозная терапия, орлистат, стоматологический статус, динамический контроль, состояние полости рта, пародонтит, междисциплинарный подход*

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов

Екатерина Сергеевна ЛОБОДА *ORCID ID 0000-0003-1094-7209*
к.м.н., доцент, кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
dr_ekaterinaloboda@mail.ru
Людмила Юрьевна ОРЕХОВА *ORCID ID 0000-0002-8026-0800*
д.м.н., профессор, кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
prof_orekhova@mail.ru
Маргарита Игоревна БАКАНИНА *ORCID ID 0009-0003-4872-6206*
студент, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
margob2003@gmail.com
Даниил Михайлович НЕЙЗБЕРГ *ORCID ID 0000-0001-9619-2905*
к.м.н., доцент, кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии , Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
vibor_2000@mail.ru

Адрес для переписки: Екатерина Сергеевна ЛОБОДА
197101, Россия, г. Санкт-Петербург, Петроградская наб., д. 44 (кафедра терапевтической стоматологии и пародонтологии, ПСПГМУ)
+7 (921) 946-14-14
dr_ekaterinaloboda@mail.ru

Образец цитирования:
Лобода Е. С., Орехова Л. Ю., Баканина М. И., Нейзберг Д. М.
ОБОСНОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТА С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ В ПЕРИОД КОНСЕРВАТИВНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. Проблемы стоматологии. 2026; 3: 90-95.
© Лобода Е. С. и др., 2026
DOI: 10.18481/2077-7566-2026-22-3-90-95

Поступила 21.06.2026. Принята к печати 16.07.2026

DOI: 10.18481/2077-7566-2026-22-3-90-95

THE JUSTIFICATION FOR DYNAMIC DENTAL MONITORING OF ORAL HEALTH STATUS IN A PATIENT WITH III CLASS OBESITY DURING CONSERVATIVE MEDICAL THERAPY: A CLINICAL CASE

Loboda E.S., Orekhova L.Yu., Bakanina M.I., Neyzberg D.M.

First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, St. Petersburg, Russia

Abstract

Relevance: *The pathogenesis of obesity is closely linked to the development of metabolically driven low-grade systemic inflammation, insulin resistance, and micronutrient imbalances.* These background changes create potential *predisposing factors* to disturbances in oral health; however, to date it has not been definitively established what the oral health status is in patients with obesity, how it changes as obesity progresses, whether there are specific risks *concerning the dental system in patients receiving obesity therapy*, and which types of dental care can mitigate these risks. Those are the problems that justify the relevance of the present observation.

Description of the clinical case: A patient with morbid obesity receiving orlistat therapy presented with severe chronic generalized periodontitis, exacerbation (K05.32), multiple caries (K02.8), and malocclusion (K07.4). Baseline periodontal indices (BOP-92 %, PPD-4.8 mm) and the Approximal Plaque Index (API 60 %) confirmed inflammation against a background of metabolic disturbances, while microbiological testing revealed dominance of ‘‘red complex’’ periodontopathogens. After 3 months of treatment, a modest weight loss (3 kg) and improvement in oral health were documented (BOP decreased to 38 %, API improved to 45 %). Discontinuation of orlistat at 6 months and non-adherence to dental recommendations led to regression: by 12 months, the parameters had returned to baseline (BOP 88 %, PPD 4.7 mm), and body weight reached 159 kg.

Conclusion: *Oral health status in patients with morbid obesity may serve as a marker of systemic disturbances, and its dynamic monitoring enables evaluation of changes during therapy. In the described case, aggressive periodontitis with dominance of red-complex pathogens, multiple approximal caries, and poor oral hygiene were identified, reflecting the influence of metabolic and dietary factors. Regular monitoring detects periods at risk for exacerbation, thereby substantiating the need for an interdisciplinary approach and continuous surveillance.*

Keywords: *morbid obesity, conservative therapy, orlistat, dental status, dynamic monitoring, oral health, periodontitis, interdisciplinary approach*

The authors declare no conflict of interest

Ekaterina S. LOBODA *ORCID ID 0000-0003-1094-7209*
PhD, Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry and Periodontology, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, St. Petersburg, Russia
dr_ekaterinaloboda@mail.ru
Ludmila Yu. OREKHOVA *ORCID ID 0000-0002-8026-0800*
PhD, MD, DSc, Professor, Department of Therapeutic Dentistry and Periodontology, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, St. Petersburg, Russia
prof_orekhova@mail.ru
Margarita I. BAKANINA *ORCID ID 0009-0003-4872-6206*
Student, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, St. Petersburg, Russia
margob2003@gmail.com
Daniil M. NEIZBERG *ORCID ID 0000-0001-9619-2905*
PhD, Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry and Periodontology, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, St. Petersburg, Russia
vibor_2000@mail.ru

Corresponding address: **Ekaterina S. LOBODA**
44 Petrogradskaya Embankment, St. Petersburg, 197101, Russia (Department of Therapeutic Dentistry and Periodontology, SPbSMU)
+7 (921) 946-14-14
dr_ekaterinaloboda@mail.ru

For citation:
Loboda E.S., Orekhova L.Yu., Bakanina M.I., Neyzberg D.M.
THE JUSTIFICATION FOR DYNAMIC DENTAL MONITORING OF ORAL HEALTH STATUS IN A PATIENT WITH III CLASS OBESITY DURING CONSERVATIVE MEDICAL THERAPY: A CLINICAL CASE. Actual problems in dentistry. 2026; 3: 90-95. (In Russ.)
© Lutsyuk S.A. et al., 2026
DOI: 10.18481/2077-7566-2026-22-3-90-95

Received 21.06.2026. Accepted 16.07.2026

Введение

В последние годы ожирение уверенно заняло позицию глобальной неинфекционной пандемии. По данным ВОЗ (2024), с диагнозом «ожирение» живут более 890 миллионов человек — каждый 8-й взрослый житель планеты. Эта цифра почти утроилась с 1975 года и, по прогнозам, к 2030 году достигнет 1,13 миллиарда [1]. Согласно официальной статистике, на 1 января 2025 г. в России зарегистрировано более 3 миллионов пациентов с ожирением, причем только за последний год число новых случаев увеличилось на 600 тысяч. По данным Росстата, избыточная масса тела регистрируется у 63 % взрослого населения, диагноз «ожирение» (ИМТ ≥ 30 кг/м²) — почти у 44 % [2, 3].

Ожирение является независимым фактором риска развития артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, дислипидемии, неалкогольной жировой болезни печени, ряда злокачественных новообразований и многих других патологических состояний [4–7]. В последние годы накоплены убедительные данные о неблагоприятном влиянии ожирения на зубочелюстную систему. Систематические обзоры и мета-анализы подтверждают, что ожирение статистически значимо повышает риск развития и прогрессирования хронического генерализованного пародонтита, причем тяжесть поражения тканей пародонта коррелирует с увеличением ИМТ [8, 9]. Метаболически обусловленное системное воспаление и инсулинорезистентность рассматриваются в качестве ключевых патогенетических звеньев, связывающих ожирение с ухудшением стоматологического статуса [10].

Стратегия ведения пациентов с ожирением включает три основных направления: модификацию образа жизни, фармакотерапию и бариатрическую хирургию. В 2024 году Минздрав РФ утвердил актуализированные клинические рекомендации «Ожирение», включив в перечень лекарственных препаратов для долгосрочной терапии агонисты рецепторов ГПП-1 [11]. Помимо них, в арсенале фармакотерапии длительное время присутствует орлистат (120 мг) [12]. В отличие от семаглутида, орлистат относится к препаратам периферического действия, не обладающим системными эффектами, и ингибирует панкреатическую липазу, уменьшая расщепление и всасывание жиров в тонком кишечнике. Такой механизм создает меньше предпосылок для серьезных системных побочных эффектов, что делает его предпочтительным стартовым вариантом, особенно у пациентов с исходной психологической нестабильностью [13].

Несмотря на то, что в современной литературе подробно охарактеризован спектр системных нежелательных явлений, ассоциированных с фармакотерапией ожирения, состояние стоматологического здоровья пациентов на фоне приема указанных препаратов остается практически неисследованным. В команде лечения ожирения, объединяющей эндокринологов, диетологов, кардиологов и других специалистов, до настоящего времени отсутствует стоматолог. В доступной литературе неоднократно описываются патологические состояния полости рта (хронический генерализованный пародонтит, множественный кариес, гипосаливация), ассоциированные с ожирением. Хорошо известно, что хронические воспалительные заболевания, в том числе пародонтит, способны становиться серьезной угрозой соматического здоровья, особенно на фоне метаболически ослабленного организма при ожирении. Таким образом, обозначенный пробел определяет необходимость дальнейшего изучения влияния антиобезогенных препаратов на ткани зубочелюстной системы с обязательным участием стоматолога.

Описание клинического случая

Пациентка (женщина, 1997 г. р.) обратилась в Городской пародонтологический центр «ПАКС» с жалобами на подвижность зубов, выраженную гиперчувствительность к холодовым раздражителям, кровоточивость десен при чистке зубов и самопроизвольно.

Антропометрия и общий статус: рост — 173 см, масса тела — 158 кг, ИМТ — 49,5 кг/м², что соответствует морбидному ожирению III степени (классификация ВОЗ). АД — 145/90 мм рт. ст., пульс — 92 уд/мин. Отягощенный семейный анамнез по ожирению, значительное увеличение веса связывает со снижением физической активности в период пандемии COVID-19.

Стоматологический анамнез: кровоточивость и гиперчувствительность — около двух лет, подвижность зубов — около 6 месяцев. Пациентка регулярно обращалась за профилактической помощью (ежегодная профгигиена, санация), но не связывала свое состояние с ожирением или пищевыми привычками.

Оценка пищевого поведения. Пациентка отмечает любовь к сладкому, большие порции, отсутствие чувства насыщения, частые перекусы. Для объективной оценки использован Голландский опросник DEBQ. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты оценки пищевого поведения пациентки по опроснику DEBQ

Table 1. **Results of the patient's eating behavior assessment using the DEBQ questionnaire**

Шкала DEBQ	*Результат (средний балл)*	*Норма/ референс*
Ограничительное пищевое поведение	2,1	< 3,0
Эмоциогенное пищевое поведение	4,3	< 3,0
Экстернальное пищевое поведение	3,8	< 3,0

Выявлена диссоциация: низкий уровень ограничительного поведения (2,1 балла) сочетается с высокими показателями эмоциогенного (4,3) и экстернального (3,8) пищевого поведения. Пациентка воспринимает прием пищи как способ купирования негативных эмоций (тревога, фрустрация), а повышенная чувствительность к внешним пищевым стимулам объясняет склонность к частым перекусам.

Осмотр полости рта. Слизистая оболочка губ, щек, неба бледно-розовая, нормального увлажнения. Уздечки достаточной длины, прикрепление нормальное. Открывание рта свободное, отмечается девиация нижней челюсти вправо с возвращением в центральное соотношение при закрывании; при пальпации жевательных и височных мышц — повышенный тонус, умеренная болезненность, больше справа.

Патология прикуса: латеральный перекрестный прикус за счет сужения верхней челюсти (щечные бугры нижних моляров и премоляров перекрывают щечные бугры верхних антагонистов), передний участок — прямой прикус, скученность резцов нижней челюсти (K07.3).

Состояние пародонта. Десна гиперемирована, цианотична, отечна, рыхлая. BOP = 92 %. Индекс PMA = 58 % (воспаление средней степени, преобладание отека и цианоза). В области зубов 4.6, 4.7 — серозно-гнойное отделяемое. Глубина пародонтальных карманов (PPD) — от 3 до 7 мм (среднее 4,8 ±1,2 мм), максимальные значения (6–7 мм) — в области моляров нижней челюсти (3.6, 3.7, 4.6, 4.7) и дистальных поверхностей премоляров. CPITN — код 4 во всех секстантах. Рецессия десневого края II класса до 3 мм в области 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 1.2. Подвижность I степени — 3.2, 3.1, 4.1, 4.2; II степени — 4.6.

Твердые ткани зубов. Множественный кариес (K02.8): 4.7, 4.6, 4.5, 3.6, 1.6, 1.5, 1.4. Пломбированные и удаленные зубы отсутствуют (П = 0, У = 0). КПУ = 7 (средняя интенсивность по ВОЗ, но для возраста 25–29 лет — высокая активность процесса). При воздушной пробе — генерализованная резкая болевая реакция в области шеек всех зубов. ИРГЗ = 100 %, ИИГЗ = 2,7 балла (гиперестезия III степени: реакция на термические, химические и тактильные раздражители).

Лучевая диагностика (рис. 1–2). КЛКТ (аппарат «Vatech»): горизонтальная резорбция костной ткани межальвеолярных перегородок более чем на 2/3 высоты, компактная пластинка вершин отсутствует. Наибольшие изменения — в области моляров нижней челюсти (3.6, 4.6, 4.7), где визуализируются костные дефекты с вертикальным компонентом и вовлечением фуркаций. Картина соответствует хроническому генерализованному пародонтиту тяжелой степени с внутрикостными дефектами.

Гигиенический статус (рис. 3–5). OHI-S = 1,5 балла (удовлетворительный уровень гигиены), API = 60 % (значительно выше порога 35 %) — недостаточная очистка межзубных промежутков.

Микробиологическое исследование. В содержимом пародонтальных карманов — ассоциация пародонтопатогенов «красного комплекса» (Tannerella forsythia, Treponema denticola), общая обсемененность 10^6–10^7 КОЕ/мл (этиологически значимый порог — 10^4–10^5 КОЕ/мл). Избыточный рост сапрофитной флоры на фоне пародонтопатогенов — маркер длительного вялотекущего воспаления и угнетения местной неспецифической резистентности.

Ультразвуковая допплерография (аппарат «Минимакс-Допплер-К»). Снижение линейной (Vam = 1,8 ±0,2 см/с) и объемной (Qam = 0,024 ±0,003 мл/мин) скоростей кровотока по сравнению с нормой (4,2–5,5 см/с и 0,05–0,07 мл/мин). Повышение индексов RI (0,78; норма ≤ 0,65) и PI (1,5; норма ≤ 1,2). Восстановление после холодовой пробы — 90–120 с (норма 30–45 с), что свидетельствует о спазме артериол, эндотелиальной

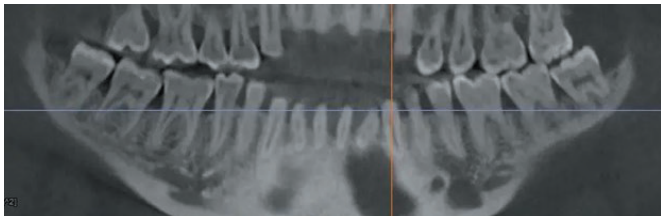


Рис. 1. Панорамный реформат зубных рядов
Fig. 1. Panoramic reformation of dental arches

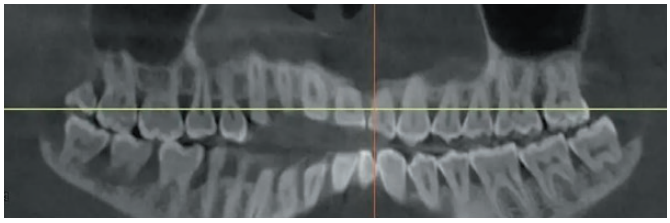


Рис. 2. Панорамный реформат зубных рядов
Fig. 2. Panoramic reformation of dental arches



Рис. 3. Определение индекса гигиены
Fig. 3. Determination of the hygiene index



Рис. 4. Определение индекса гигиены
Fig. 4. Determination of the hygiene index



Рис. 5. Определение индекса гигиены
Fig. 5. Determination of the hygiene index

дисфункции и снижении эластичности сосудистой стенки.

Диагноз. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени, обострение (K05.32); множественный кариес (K02.8); гиперестезия твердых тканей (K03.8); зубочелюстная аномалия (K07.4).

Назначение терапии ожирения. По результатам эндокринологического обследования (ТТГ, кортизол, инсулин, лептин, ПГТТ) верифицировано морбидное ожирение III степени (E66.9), вторичные эндокринные формы исключены. Имеются признаки инсулинорезистентности (HOMA-IR > 3,5) и дислипидемии, HbA1c = 5,6 % (норма). Назначен орлистат (Ксеникал®) 120 мг три раза в сутки во время основных приемов пищи.

Стоматологическое лечение. На момент инициации терапии ожирения проведены: профессиональная гигиена с коррекцией индивидуальной гигиены, фотодинамическая терапия (РАСТ 200, хлорид толония, 635 нм, 200 мВт), адгезивное шинирование зубов 4.7–4.5 стекловолоконной лентой, пломбирование кариозных полостей. Для домашнего ухода: 10-дневный курс 0,2 % хлоргексидина, аппликации геля с хлоргексидином и метронидазолом, противовоспалительная паста с бикарбонатом натрия и паста с 5 % нитратом калия (1 месяц), ирригатор, межзубные ершики, скребок для языка — на постоянной основе.

Динамика наблюдения (таблица 2). К 10-му дню — уменьшение кровоточивости, отека, гиперчувствительности. Через 1 месяц — OHI-S 0,9, API 32 %, BOP 41 %, PPD 3,5 ±0,9 мм. Вес снизился на 1 кг (до 157 кг). Через 3 месяца на фоне продолжения терапии орлистатом — некоторое ухудшение гигиены (OHI-S 1,2, API 45 %, BOP 38 %, PPD 3,7 ±1,0 мм), мягкий налет, неприятный привкус, запах изо рта. Гиперестезия снизилась до 2,1 балла. По данным УЗДГ — улучшение: Vam 2,1 ±0,2 см/с, RI 0,73, PI 1,35, восстановление после холодовой пробы 65 ±8 с. Пародонтопатогены «красного комплекса» не определялись (< 10^2 КОЕ/мл), но уровень условно-патогенных и сапрофитных микроорганизмов оставался повышенным (10^5–10^6 КОЕ/мл). Масса тела — 155 кг (снижение на 3 кг).

Через 6 месяцев пациентка самостоятельно прекратила прием орлистата из-за отсутствия быстрого эффекта и возврата к прежним привычкам, мотивируя стрессом и усталостью, после чего наблюдался постепенный регресс показателей, который через 12 месяцев практически свел все показатели к исходному уровню (таблица 2). Возобновились жалобы на кровоточивость, гиперчувствительность, неприятный привкус и запах. На пришеечной вестибулярной поверхности нижних резцов появились признаки деминерализации (матовые светло-белые штриховые пятна по форме зубного налета). Через год стоматологический статус оставался неблагоприятным: BOP 90 %, пародонтальные карманы до 7 мм, подвижность I–II степени, кариес в стадии пятна в области 3.2, 3.3, 4.2, 4.3.

Таблица 2

Динамика показателей в процессе наблюдения

Table 2. **Dynamics of indicators during observation**

Показатель	*Исходно*	*3 месяца*	*6 месяцев*	*12 месяцев*
OHI-S, баллы	1,5	1,2	1,4	1,5
API, %	60	45	52	58
BOP, %	92	38	65	88
PPD, мм	4,8 ±1,2	3,7 ±1,0	4,2 ±1,1	4,7 ±1,2
Vam, см/с	1,8 ±0,2	2,1 ±0,2	1,9	1,7
RI	0,78	0,73	0,76	0,78
Масса тела, кг	158	155	156	159

Выводы

1. Комплексное стоматологическое лечение пациентки с морбидным ожирением III степени и тяжелым пародонтитом на фоне терапии орлистатом привело к клинически значимому улучшению пародонтальных индексов (BOP с 92 % до 38 %, PPD с 4,8 мм до 3,7 мм) и показателей микроциркуляции (Vam с 1,8 до 2,1 см/с, RI с 0,78 до 0,73). Через 3 месяца зафиксирована эрадикация пародонтопатогенов «красного комплекса», однако сохранялся избыточный рост условно-патогенной и сапрофитной флоры (10^5–10^6 КОЕ/мл).

2. После самостоятельной отмены орлистата, возврата к прежним пищевым привычкам и несоблюдения рекомендаций по гигиене полости рта зафиксирован регресс достигнутых результатов: к 12-му месяцу большинство стоматологических показателей вернулись к исходному уровню (BOP 88 %, Vam 1,7 см/с, RI 0,78, API 58 %).

3. Представленный клинический случай демонстрирует, что у пациентов с морбидным ожирением и тяжелым пародонтитом даже кратковременное ухудшение гигиенического статуса быстро приводит к обострению воспаления и активизации кариеса. Это диктует необходимость обязательного профессионального стоматологического контроля не реже 1 раза в 3 месяца, а также долгосрочной системной метаболической поддержки, без которой устойчивая ремиссия пародонтита малодостижима.

4. Полученные данные обосновывают необходимость включения стоматолога в междисциплинарную команду ведения пациентов с ожирением для своевременной диа-

гностики и коррекции стоматологических осложнений на фоне антиобезогенной терапии.

Заключение

В статье представлен пример стоматологического мониторинга пациентки с морбидным ожирением III степени, получившей консервативную фармакотерапию орлистатом. Установлено, что достигнутое в краткосрочном периоде улучшение пародонтальных и микробиологических показателей носило полностью обратимый характер при отказе от лечения ожирения и несоблюдении гигиенических стоматологических рекомендаций. Представленный клинический пример убедительно обосновывает необходимость тесного междисциплинарного взаимодействия стоматолога и эндокринолога, а также подтверждает обязательность регулярной (не реже одного раза в 3 месяца) оценки состояния тканей пародонта, твердых тканей зубов и гигиенического статуса как неотъемлемого компонента ведения пациентов данной коморбидной группы.

Литература/References

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. The Lancet. 2024;403(10431):1027–1050. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2
2. UNICEF. Feeding profit: how food environments are failing children- 2025 Child Nutrition Report. September 2025 [Internet]. Available from: https://data.unicef.org/resources/feeding-profit-2025-child-nutrition-report
3. Kholmatova K., Krettek A., Dvoryashina I. V., Malyutina S., Kudryavtsev A. V. Assessing the prevalence of obesity in a Russian adult population by six indices and their associations with hypertension, diabetes mellitus and hypercholesterolaemia. International Journal of Circumpolar Health. 2024;83(1):2386783. https://doi.org/10.1080/22423982.2024.2386783
4. Баланова Ю. А., Шальнова С. А., Имаева А. Э., Куценко В. А., Капустина А. В., Муромцева Г. А. и др. Ожирение в российской популяции: вклад в выживаемость и возникновение сердечно-сосудистых событий. Данные исследований ЭССЕ-РФ и ЭССЕ-РФ2. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025;24(6):22–34. [Balanova Yu. A., Shalnova S. A., Imaeva A. E., Kutsenko V. A., Kapustina A. V., Muromtseva G. A. et al. Obesity in the Russian population: contribution to survival and occurrence of cardiovascular events. Data from the ESSE-RF and ESSE-RF2 studies. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2025;24(6):22–34. (In Russ.)]. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2025-4336
5. Powell-Wiley T. M., Poirier P., Burke L. E., Després J. P., Gordon-Larsen P., Lavie C. J. et al. Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2021;143(21): e984-e1010. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000973
6. Younossi Z. M., Koenig A. B., Abdelatif D., Fazel Y., Henry L., Wymer M. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease — Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. Hepatology. 2016;64(1):73–84. https://doi.org/10.1002/hep.28431
7. Lauby-Secretan B., Scoccianti C., Loomis D., Grosse Y., Bianchini F., Straif K. Body fatness and cancer — viewpoint of the IARC Working Group. The New England Journal of Medicine. 2016;375(8):794–798. https://doi.org/10.1056/NEJMsr1606602
8. Esperouz F., Ciavarella D., Di Gioia C., Serviddio G., Lorusso M., Lo Russo L. Is obesity a risk factor for periodontitis? A systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews. 2026;27(2): e70020. https://doi.org/10.1111/obr.70020
9. Wang Q., Li H., Huan Y., Zhou T., Zhang J., Fang R. et al. Adipose tissue: an inflammatory organ that cannot be ignored in periodontal disease related to obesity. Frontiers in Immunology. 2025;16:1698207. https://doi.org/10.3389/fimmu.2025.1698207
10. Abu-Shawish G., Betsy J., Anil S. Is obesity a risk factor for periodontal disease in adults? A systematic review. International journal of environmental research and public health. 2022;19(19):12684. https://doi.org/10.3390/ijerph191912684
11. Титова В. В., Ушанова Ф. О., Демидова Т. Ю. Медикаментозная терапия ожирения: современные подходы и перспективы. FOCUS Эндокринология. 2024;5(4):40–48. [Titova V. V., Ushanova F. O., Demidova T. Yu. Medical treatment of obesity: Modern approaches and prospects. FOCUS. Endocrinology. 2024;5(4):40–48. (In Russ.)]. https://doi.org/10.62751/2713-0177-2024-5-4-18
12. Ghosal S., Heron N., Mason K. J., Bailey J., Jordan K. P. Weight management with orlistat in type 2 diabetes: an electronic health records study. The British journal of general practice. 2024;74(748):758–766. https://doi.org/10.3399/BJGP.2023.0684
13. Берковская М. А., Гурова О. Ю., Суркова Е. В., Фадеев В. В. История медикаментозного лечения ожирения. Проблемы Эндокринологии. 2025;71(2):82–92. [Berkovskaya M. A., Gurova O.Yu., Surkova E. V., Fadeev V. V. History of pharmacological treatment of obesity. Problems of Endocrinology. 2025;71(2):82–92. (In Russ.)]. https://doi.org/10.14341/probl13469