



Клинический случай

Пациент с артериальной гипертензией на стоматологическом приеме: выбираем тактику ведения

Е.А. Темникова^{✉1}, А.В. Чекина², К.В. Веткина²¹ Медицинский университет «Реавиз», Санкт-Петербург, Россия² ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия[✉]temnikovaomsk@mail.ru

Аннотация

Тема ведения на стоматологическом приеме пациентов с повышенным артериальным давлением (АД) редко освещается в периодической печати и не прописана детально в отечественных рекомендациях. При этом высокая распространенность артериальной гипертензии (АГ) приводит к тому, что клинические ситуации с необходимостью оказания стоматологической помощи пациентам с высоким уровнем АД или АГ в анамнезе встречаются в практике постоянно. В предлагаемом клиническом примере обсуждаются ключевые вопросы, возникающие при ведении таких пациентов, включая возможность, сроки и условия выполнения стоматологических вмешательств, необходимость медикаментозной терапии для быстрого снижения АД, использование местной анестезии и контроль антигипертензивной терапии. Авторы подчеркивают важность совместного обсуждения таких клинических ситуаций стоматологами и терапевтами с учетом современных представлений и о терапии АГ, и о методах лечения стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, стоматологический прием, анестезия, антигипертензивная терапия.

Для цитирования: Темникова Е.А., Чекина А.В., Веткина К.В. Пациент с артериальной гипертензией на стоматологическом приеме: выбираем тактику ведения. *Клинический разбор в общей медицине.* 2026; 7 (5): 113–116. DOI: 10.47407/kr2026.7.5.00852

Clinical Case

A patient with arterial hypertension at a dental appointment: choosing a management tactic

Elena A. Temnikova^{✉1}, Anna V. Chekina², Kira V. Vetkova²¹ Reaviz Medical University, Saint Petersburg, Russia² Omsk State Medical University, Omsk, Russia[✉]temnikovaomsk@mail.ru

Abstract

The topic of treatment at the dental appointment for patients with elevated arterial blood pressure (BP) is rarely covered in the periodical press and is not thoroughly described in the national recommendations. At the same time, the high prevalence of arterial hypertension (AH) leads to constant clinical situations when the patients with elevated BP or the presence of an anamnesis of AH are needed in stomatological management. The proposed clinical example discusses key issues that arise in the management of such patients, including the possibility, time and conditions for dental interventions, necessity of the drug therapy to rapidly reduce BP, using the local anesthesia and control of antihypertensive therapy. The authors emphasize the importance of a joint discussion of such clinical situations by dentists and therapists, taking into account modern knowledge about the therapy of AH, and the methods of treatment the dental diseases.

Keywords: arterial hypertension, dental appointment, anesthesia, antihypertensive therapy.

For citation: Temnikova E.A., Chekina A.V., Vetkova K.V. A patient with arterial hypertension at a dental appointment: choosing a management tactic. *Clinical review for general practice.* 2026; 7 (5): 113–116 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.5.00852

Введение

Вопрос ведения пациентов с повышением артериального давления (АД) на стоматологическом приеме, к сожалению, нечасто обсуждается в периодической печати и не отражен в полном объеме в каком-либо консенсусном документе или отечественных рекомендациях, хотя, исходя из эпидемиологических данных о распространенности артериальной гипертензии (АГ), таких пациентов в повседневной практике стоматолога должно быть много [1, 2]. Поэтому важны совместное обсуждение этой клинической ситуации и совместный поиск решений стоматологами и терапевтами с учетом современных представлений и о терапии АГ, и о лечении стоматологических заболеваний. Наш опыт показывает, что такая совместная работа может значительно повлиять на процесс принятия решений при оказании стоматологической помощи пациентам с АГ. Как пример представляем клинический разбор типичной, на наш взгляд, ситуации.

Клинический пример

Пациентка К. 62 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на появление интенсивной самопроизвольной приступообразной длительной боли в нижней челюсти справа с иррадиацией в ухо и шею в течение последних 3 дней. До этого периодически у нее отмечались длительные интенсивные боли в той же области при употреблении горячей, холодной пищи и ряда продуктов.

При общем осмотре состояние оценено как удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Видимый кожный покров чистый с легкой гиперемией кожи щек и лба. При стоматологическом обследовании на медиально-контактной поверхности II премоляра нижней челюсти справа выявлена глубокая кариозная полость, отмечается резкая болезненность при ее зондировании по всему дну. Вертикальная перкуссия безболезненна. Переходная складка слизистой оболочки полости рта

при осмотре без патологических изменений, при пальпации безболезненная. После проведения в полном объеме основных и дополнительных методов обследования диагностирован гнойный пульпит (пульпарный абсцесс).

Для уточнения анамнеза жизни (в том числе наличия соматической патологии) врач-стоматолог перед началом стоматологического вмешательства провел анкетирование пациентки, используя утвержденные в учреждении опросники. Какие-либо хронические заболевания и проблемы со здоровьем, в том числе АГ, в анамнезе и на момент приема пациентка не отметила. Однако при измерении АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) непосредственно перед стоматологической процедурой уровень АД оказался повышен до 170/100 мм рт. ст., а частота пульса – до 101 уд/мин.

К сожалению, в отечественной стоматологической практике нет традиции контролировать АД перед приемом, чаще всего его начинают измерять при появлении симптомов ухудшения самочувствия и состояния пациента. Но литературные данные однозначно указывают, что из соматических заболеваний стоматологи на приеме чаще всего встречаются именно с АГ [2, 3]. При этом, поскольку повышенное АД часто не сопровождается никакими специфическими жалобами и проявлениями, вероятность его выявления на приеме у стоматолога значительно повысится, если перед началом лечения проводить тонометрию каждому пациенту, ведь до 1/3 пациентов-мужчин и 1/5 женщин с повышенным уровнем АД не подозревают об этом [1]. Более того, за рубежом обсуждается использование контроля АД на стоматологическом приеме как варианта скрининга АГ [3–5].

В данном клиническом случае после выявления повышенного уровня АД врачу-стоматологу пришлось решать сразу несколько важных вопросов:

1. Возможно ли стоматологическое вмешательство при повышенном уровне АД на приеме?
2. Необходима ли на стоматологическом приеме медикаментозная терапия для быстрого снижения повышенного АД, и если да, то какая?
3. Возможно ли применение местной анестезии во время стоматологического вмешательства у пациента с повышенным АД, и если да, то в каком варианте?
4. Кто должен назначить и контролировать антигипертензивную терапию (АГТ) пациенту с АГ?

Мы постарались найти ответы на каждый из этих вопросов, проанализировав литературные источники (в том числе отечественные клинические рекомендации) и обсудив существующие подходы к подобной ситуации на стоматологическом приеме с точек зрения и врача-стоматолога, и врача-терапевта

Обсуждение

1. Возможно ли стоматологическое вмешательство при повышенном уровне АД на приеме?

Суммируя сведения из современных литературных источников, мы предполагаем, что для решения вопроса о начале или продолжении стоматологической помощи у пациента с повышенным уровнем АД необходимо учитывать:

- характер самой стоматологической помощи (неотложная, плановая);
- степень повышения АД;
- наличие признаков острого осложнения АГ (гипертонического криза – ГК).

Стоматологические манипуляции однозначно не могут выполняться при острых соматических состояниях, тре-

бующих экстренной помощи, если только сама стоматологическая помощь также не является таковой [3].

Острым осложнением самой АГ, требующим неотложной помощи, является ГК. Определение этого термина значительно изменилось за последние годы. Основным его критерием в настоящее время является не столько степень повышения АД, сколько развившиеся на фоне этого повышения признаки поражения органов-мишеней – ПОМ (острая сердечная недостаточность, острое ухудшение функции почек, расслоение аорты, острая ишемия миокарда и т.д.) [2]. ГК – жизнеугрожающее состояние, требующее немедленных квалифицированных действий, врачей скорой и неотложной медицинской помощи, т.е. в этом случае при отсутствии жизнеугрожающего стоматологического заболевания вопрос о стоматологической помощи должен быть отложен до улучшения состояния пациента.

В ситуации, когда у пациента имеется повышение АД, но нет признаков ПОМ, т.е. нет ГК, стоматологическое лечение может быть начато или продолжено в зависимости от уровня АД и вида стоматологического лечения.

Большая часть публикаций, описывающих осложнения при стоматологическом лечении пациентов с высоким уровнем АД, относится к периоду до 2006 г. и касается стационарных стоматологических вмешательств. Данных о повышенном риске медицинских стоматологических процедур при повышенном АД в амбулаторных условиях нет [6]. Принятые Российским кардиологическим обществом рекомендации по оценке и коррекции сердечно-сосудистых рисков при несердечных операциях расценивают сердечно-сосудистый риск при хирургических стоматологических манипуляциях как низкий (менее 1%), соответственно, какой-либо программы подготовки пациента с АГ к оперативному лечению не прописано. Но пациент с впервые выявленной АГ перед проведением планового стоматологического лечения требует консультации и обследования у терапевта, а уровень АД $\geq 180/110$ мм рт. ст. должен быть поводом отложить оперативное вмешательство, за исключением экстренных и неотложных стоматологических ситуаций [7].

К сожалению, мы не нашли отечественных рекомендаций или консенсусных документов, определяющих детально тактику ведения пациента с повышенным АД на стоматологическом терапевтическом приеме. Поэтому приводим данные зарубежных профессиональных сообществ. Американская стоматологическая ассоциация в своем руководстве предлагает:

- не менять запланированный алгоритм лечения при АД $< 160/100$ мм рт. ст.;
- провести повторную оценку уровня АД при значении систолического АД (САД) 160–180 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) 100–109 мм рт. ст.;
- при САД > 180 мм рт. ст. и/или ДАД > 110 мм рт. ст. рассмотреть возможность продолжения стоматологического лечения только после консультации с врачом-терапевтом.

Дополнительно указывается, что если врач считает, что стоматологические проявления и боль могут провоцировать повышение АД, необходимо оказывать стоматологическую помощь с контролем АД в ходе нее через каждые 10–15 мин [8].

Отдельно стоит обсудить тему оценки врачами повышенного АД у пациента на стоматологическом приеме как преходящей и «естественной» реакции на страх ожидания лечения. Действительно, тревога перед стоматологическим приемом отмечается у значительной доли пациентов (6–25%, а по данным отдельных публи-

каций – еще выше). Теоретически чувство тревоги ведет к активации симпатической нервной системы, что, в свою очередь, может вызвать повышение АД, учащение ритма сердца и частоты дыхательных движений, увеличение перистальтики кишечника и другие эффекты. Оказалось, однако, что уровень тревожности перед стоматологическими манипуляциями и при неинвазивных вмешательствах статистически значимо коррелирует с уровнем не АД, а ЧСС. Фактором, действительно оказывающим значимое влияние на уровень АД при стоматологических процедурах, является испытываемая пациентом боль [9–11], поэтому ее у пациента с АГ нужно полноценно и быстро купировать.

В ситуации, описанной нами, у пациентки имелся выраженный болевой синдром при остром стоматологическом заболевании. Значительное повышение АД субъективно пациентка не ощущала, объективно признаки острой сосудистой катастрофы специалист также не определил. Поэтому сомнений, начинать ли активную терапию, у лечащего врача не было, несмотря на высокие значения АД и ЧСС. Хотя мы с коллегами неоднократно обсуждали найденные литературные данные, но преодоление стереотипов и начало стоматологического вмешательства у описываемой пациентки без коррекции АД во время приема антигипертензивными препаратами (АГП) вызывало определенные опасения. Тем приятнее было обнаружить то, что АД и ЧСС, как показала регулярная тонометрия, начали снижаться на фоне стоматологического лечения до 150/90 мм рт. ст. и 80 уд/мин соответственно.

2. Необходима ли на стоматологическом приеме медикаментозная терапия для быстрого снижения повышенного АД, и если да, то какая?

По российским клиническим рекомендациям критерием для диагностики АГ или гипертонической болезни является уровень САД \geq 140 мм рт. ст. и/или ДАД \geq 90 мм рт. ст. при его измерении в медицинском учреждении. Определение ГК рассмотрено выше. Значительное повышение АД без признаков острых изменений в органах-мишенях в новых отечественных клинических рекомендациях по АГ обозначается как «недостижение целевых цифр АД» [2]. При этом главным в тактике ведения пациента, не достигшего целевого уровня АД, является не «ручное управление» уровнем АД, а плановая коррекция терапии комбинацией длительно действующих АГП из основных рекомендованных классов лекарств. При отсутствии признаков ГК нет необходимости использовать дополнительно перорально или сублингвально короткодействующие АГП даже при наличии симптомов, традиционно ассоциирующихся с повышенным АД (головная боль, шум в ушах, головокружение), но не являющихся признаком ПОМ. Данные наблюдений указывают на то, что такая тактика не только не снижает частоту серьезных сердечно-сосудистых осложнений и повторных обращений по поводу АГ, но связана с лучшим контролем АД, но может быть ассоциирована с более высоким риском развития инсульта, ишемии миокарда и остро почечного повреждения, а также увеличивает вероятность травматических падений пациентов [12–14].

Таким образом, главная задача в коррекции АД у стоматолога при ведении пациента с АГ – направить его на консультацию к терапевту для назначения или подбора постоянной АГТ. Безусловно, при этом предварительно необходимо исключить признаки острой соматической патологии, при которой необходима неотложная и экс-

тренная медицинская помощь, с помощью тщательного опроса и осмотра пациента.

Кроме указанного дополнительно стоит учитывать и то, что наличие АГП в аптечке стоматологического кабинета не регламентировано общероссийскими нормативными документами, как правило, определяется решением местной администрации, ограничено несколькими пероральными средствами, а при ГК необходимо парентеральное введение различных препаратов в зависимости от типа возникшего ПОМ.

Возвращаясь к истории нашей пациентки – с ней была проведена беседа о необходимости контроля АД и обязательной консультации врача-терапевта. АГП во время стоматологического приема не применялись.

3. Возможно ли применение местной анестезии у стоматологического пациента с повышенным АД, и если да, то в каком варианте?

Вопрос о применении анестезии у пациентов с повышением АД возникает как при лечении пациентов без острой стоматологической боли, так и при неотложных стоматологических ситуациях с выраженным болевым синдромом. Кроме того, необходим выбор варианта анестезии: в комбинации с адреномиметиком или без.

Так как именно боль, по данным исследований, является фактором, значимо ассоциированным с повышением АД на стоматологическом приеме, ее необходимо купировать. Соответственно, применение по показаниям местной анестезии является, по сути, профилактическим и «лечебным» мероприятием у пациентов с АГ [9–11].

Что касается использования адреналина в комбинации с анестетиком, то результаты систематического обзора литературы по вопросу влияния растворов анестетиков, содержащих адреналин, и ретракционных нитей, пропитанных адреналином, на увеличение риска неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов у лиц с АГ продемонстрировали небольшое статистически незначимое повышение САД и ДАД у пациентов с неконтролируемой АГ при введении адреналина, но без возрастания риска неблагоприятных исходов. В других работах было показано, что интенсивный болевой синдром приводит к столь значимому выделению эндогенных катехоламинов, что наличие сосудосуживающего компонента при местной анестезии не оказывает значимого дополнительного влияния на обусловленное им повышение АД [15–20]. В то же время вазопрессор как компонент местной анестезии обеспечивает более глубокую анестезию в зоне воздействия, уменьшает системное всасывание и тем самым снижает вероятность стресса, который, опять таки, повышает выброс катехоламинов, т.е. блокирует механизмы повышения АД.

Таким образом, считается, что использование местной анестезии с сочетанием анестетика и адреналина помогает не только уменьшить боль, но и улучшить показатели системной гемодинамики. При этом обсуждаются и определенные ограничения такой анестезии для пациентов с АГ. Например, учитывается суммарная доза сосудосуживающего препарата, так как именно она определяет его системный эффект. У пациентов с АГ не рекомендуются длительные стоматологические вмешательства с использованием анестетика с адреналином повторно и в нескольких локализациях одновременно. Кроме того, необходимо проводить контроль уровня АД во время приема пациента. При контролируемой лечении АГ и/или ишемической болезни сердца абсолютно безопасной считается доза 1–2 карпулы местного анестетика (1 доза 1,7 мл) с соотношением дозы адреналина 1:200 000,

а суммарная безопасная доза сосудосуживающего препарата за прием у пациентов с АГ должна быть ниже 0,04 мг. Важное значение для исключения нежелательных реакций со стороны АД имеет правильная техника аспирационной пробы перед введением анестетика с вазопрессором [15].

Продолжается дискуссия по поводу использования у пациентов с АГ пропитанных адреналином ретракционных нитей для десны. Считается, что концентрация адреналина в них очень высока, например, 1 см содержит дозу, эквивалентную примерно 11 мл раствора (2% лидокаина, 1:100 000 адреналина) [15–20]. Основой для принятия решения врачом-стоматологом о применении пропитанных адреналином ретракционных нитей, на наш взгляд, должно быть понимание того, контролируется ли у пациента АГ.

По клиническим рекомендациям целевой уровень АД при терапии для большинства пациентов должен быть менее 140/90 мм рт. ст. на первом этапе подбора лечения и менее 130/80 мм рт. ст. (при условии хорошей переносимости) – на следующем. Отсутствие целевых показателей АД у пациента – повод для направления его к лечащему врачу (терапевт или кардиолог) для коррекции терапии, но не попыток корректировать уровень АД короткодействующими препаратами во время стоматологического лечения.

В нашем клиническом случае у пациентки был использован для местного обезболивания анестетик, содержащий 4% артикаин с адреналином (1:200 000) – 1,7 мл в карпуле. Как указывалось ранее, никаких дополнительных АГП стоматологом не назначалось.

4. Кто должен назначить и контролировать АГТ пациентки?

Вопрос несколько провокационный, поскольку понятно, что назначением и коррекцией АГТ должен заниматься участковый терапевт, он же организует диспансерное наблюдение пациентов с АГ. Однако стоматологу тоже необходимо ориентироваться в проводимом лечении и контролировать на приеме у таких пациентов уровень АД для более точного выбора тактики их лечения.

В определенной степени такой контроль и повторные напоминания пациенту о необходимости терапии могут быть полезны, по нашему мнению, для повышения приверженности пациентов лечению. По зарубежным данным, более 60% пациентов с диагностированной ранее АГ при контроле АД у стоматолога не имели целевых показателей АД и больше половины не принимали АГТ [5].

У нашей пациентки после адекватной анестезии было проведено безболезненное эндодонтическое лечение корневых каналов с их пломбировкой, поставлена пломба.

Пациентка была направлена к терапевту, она начала обследование и АГТ. Поэтому в дальнейшем плановая санация полости рта проводилась на фоне лечения, на-

значенного врачом-кардиологом. Мы контролировали уровень АД перед началом каждого приема и после его окончания. На момент начала стоматологического лечения он составлял 150–140/100–90 мм рт. ст., а после приема снижался до 145–130/95–85 мм рт. ст. Эти показатели ниже первоначальных, но не являются целевыми. Однако внеплановых консультаций терапевта или кардиолога не назначалось, так как первоначальная оценка эффекта АГТ врачом, по клиническим рекомендациям, должна быть проведена через 2–4 нед, а для достижения целевых значений АД отводится 3 мес.

Выводы

Стоматологи часто оказывают помощь пациентам с АГ. При введении в практику стоматолога контроля АД перед приемом (в смотровом кабинете, в стоматологическом кресле медицинской сестрой) число выявленных пациентов с повышенным уровнем АД может еще больше увеличиться. При этом любое повышение АД на приеме у стоматолога должно расцениваться как возможная АГ, а не «ситуационное», вызванное страхом стоматологических манипуляций.

Повышенное АД у пациента на стоматологическом приеме может изменить тактику ведения пациента, если речь не идет об экстренных стоматологических ситуациях. Плановые вмешательства стоит отложить до консультации терапевта при САД > 180 мм рт. ст. и/или ДАД > 110 мм рт. ст. При высоких цифрах АД целесообразен контроль АД в динамике во время стоматологического лечения.

Пациентам с АГ показана адекватная местная обезболивающая терапия комбинацией анестетика и симпатомиметика. Нет никаких причин исключать симпатомиметик из этой схемы. Однако, так как имеет значение суммарная доза препаратов, необходимо стараться ограничить их повторные введения или одновременное проведение анестезии в нескольких локализациях.

ГК – не просто повышение уровня АД, но и обязательное острое ПОМ. У стоматологов на приеме нет реальной возможности для оказания неотложной помощи пациенту с ГК (отсутствуют необходимые парентеральные медикаменты, возможность проведения должного обследования), поэтому главная задача в этой ситуации – немедленный вызов врача-терапевта или кардиолога (при работе в поликлинике) либо специалистов скорой медицинской помощи. При повышении уровня АД без проявлений ПОМ главная задача стоматолога в коррекции АД – направить пациента к врачу-терапевту или кардиологу для подбора или изменения АГТ. Нет никаких оснований для попытки самостоятельно корректировать уровень АД назначением короткодействующих АГП.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>
The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Темникова Елена Андреевна – д-р мед. наук, доц., проф. каф. внутренних болезней Медицинского университета «Реавиз», Санкт-Петербург. E-mail: temnikovaomsk@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2355-4906

Чекина Анна Витальевна – канд. мед. наук, доц. каф. терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: annacheckina@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-2569-4964

Веткова Кира Вениаминовна – канд. мед. наук, доц. каф. терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: kira_vetkova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7611-4878

Поступила в редакцию: 08.12.2025
Поступила после рецензирования: 22.12.2025
Принята к публикации: 25.12.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Elena A. Temnikova – Dr. Sci. (Med.), Professor, Reaviz Medical University, Saint Petersburg. E-mail: temnikovaomsk@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2355-4906

Anna V. Chekina – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Omsk State Medical University. E-mail: annacheckina@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-2569-4964

Kira V. Vetkova – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Omsk State Medical University. E-mail: kira_vetkova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7611-4878

Received: 08.12.2025
Revised: 22.12.2025
Accepted: 25.12.2025