

На правах рукописи

КАСУМОВ НАДИР САДИРОВИЧ

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФФУЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

14.01.14 - стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Нижний Новгород - 2019

Работа выполнена в Федеральном Государственном Бюджетном Образовательном Учреждении Высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

Гажва Светлана Иосифовна – заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии ФДПО федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации (г. Нижний Новгород).

Официальные оппоненты:

Арутюнов Сергей Дарчоевич – Заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, Лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтической стоматологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова», Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Салеев Ринат Ахмедуллоевич – доктор медицинских наук, профессор, декан стоматологического факультета, профессор кафедры ортопедической стоматологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет», Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится 15 мая 2019 г. в 11:00 часов на заседании диссертационного совета Д 900.006.05 Медицинской академии им. С. И. Георгиевского (структурное подразделение ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского»). 295006, Республика Крым, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке и на сайте Медицинской академии им. С.И. Георгиевского (структурное подразделение ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»), <http://www.ma.cfuv.ru>

Автореферат разослан «_____» _____ 2019 года.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

К. Г. Кушнир

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Болезни внутренних органов, в том числе и печени, представляют одну из наиболее актуальных и достаточно серьезных до конца не решенных проблем не только отечественного здравоохранения, о и мирового медицинского сообщества, поскольку частота их встречаемости возрастает, а результат эффективности лечения не всегда предсказуем. Наряду с этим, в современном мире наблюдается тенденция к увеличению числа больных с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП), особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста, которые характеризуются тяжелым течением, частыми неблагоприятными исходами и являются одной из основных причин инвалидизации населения разных стран. При этом, способы и методы лечения данной патологии не всегда совершенны, а продолжительность жизни, данной категории пациентов, мало прогнозируемая.

Смертность от поражения печени циррозом очень высока, в мире за год от этого заболевания умирают свыше 300 тысяч пациентов. В различных областях РФ были выборочно проведены скрининговые исследования, по результатам которых стало очевидно, что ХДЗП встречается в 3–15 случаев из 1000 обращений с различными заболеваниями печени. Согласно статистике смертности, можно сделать выводы о том, что в РФ летальность от ХДЗП составляет 10–12 тысяч пациентов в год. В то же время смертность среди лиц с диагнозом «цирроз печени» находится на уровне от 15% до 25%.. Хроническим диффузным поражениям печени вне зависимости от причин, которые их вызвали, часто свойственны внепеченочные (системные) симптомы, характеризующиеся полиморфизмом высыпаний СОР, заболеваниями пародонта, наличием очагов одонтогенной инфекции.

Большое количество функций, которые печень выполняет в человеческом организме, устанавливает анатомо-физиологическую специфику взаимосвязи ее и ротовой полости. Замечено, кроме того, что различные патологические состояния ротовой полости превращаются в источники хронической инфекции, вызывая затем ухудшение функционирования работы многих органов и систем. Кроме того, хронические очаги инфекции в полости рта вызывают обострение различных хронических заболеваний.

Начиная от Аюрведы до современной медицины проблема взаимосвязи коморбидной и полиморбидной патологии с органами полости рта не потеряла своей актуальности по многим причинам. Особенно остро она визуализируется у той категории пациентов, где хирургические методы лечения требуют специальной подготовки, а одним из факторов риска возникновения осложнений лечения является уровень стоматологического здоровья. Хронические заболевания печени являются одни из видов патологии при котором трансплантация печени является единственным и перспективным методом лечения, ориентированным на успех.

Ежегодно более 25000 человек проходят данный вид лечения, а ежегодная выживаемость составляет 83-89%, пятилетняя-58%, двадцатилетняя-37%. Потребность в трансплантации с каждым годом возрастает и составляет более 20-и человек на 1000000 населения.

Среди факторов, которые способствуют этому процессу, одно из лидирующих мест занимают патологические состояния ротовой полости, превращающиеся в очаги хронической инфекции, вызывая ухудшение работы органов и систем. При этом, алгоритмы лечения данной категории больных до конца не разработаны. Не существует универсальной методологии выбора метода лечения сочетанной патологии, междисциплинарные подходы носят формальный характер, а врачебные компетенции ограничены знаниями одной специальности. Поэтому, не всегда очаги одонтогенной инфекции saniруются своевременно, что снижает общую реактивность организма и приводит к развитию осложнений в послеоперационном периоде.

Степень разработанности темы. Проблема влияния стоматологической патологии на возникновение, течение и степень тяжести основного соматического заболевания не нова, но достаточно актуальна, привлекает внимание множество отечественных и зарубежных ученых и является серьезной задачей здравоохранения, где особое место занимает патология, связанная с трансплантацией органов.

Национальные клинические рекомендации «Трансплантация печени» Общероссийской общественной организации трансплантологов «Российское трансплантологическое общество» определило основные этапы подготовки к хирургическому лечению, регламентировало схемы медикаментозной терапии, обозначило приоритеты на этапе реабилитации. Однако, до настоящего времени до конца не изучены факторы риска, в том числе и стоматологические, способствующие отторжению печени, не определено место стоматологической патологии в их структуре. Дискуссионными, по-прежнему, являются вопросы, связанные с организацией и оказанием стоматологической помощи и его объема у пациентов с хроническими диффузными поражениями печени. До конца не изучены особенности стоматологического статуса пациентов до и после трансплантации печени, а также степень выраженности клинических симптомов стоматологических заболеваний в зависимости от вида иммуносупрессивной терапии. В рамках подготовки к трансплантации и реабилитации идеология лечения проявлений коморбидной патологии в полости рта до конца не разработана. Методология достижения конечного положительного результата не имеет четкого алгоритма выбора методов и способов лечения. В связи с этим, актуальность данного исследования не вызывает сомнений и является основанием для формирования цели нашего исследования.

Цель исследования - повышение эффективности стоматологической реабилитации пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени путем разработки алгоритма комплексной санации полости рта и очагов одонтогенной инфекции, снижения факторов риска развития осложнений и неблагоприятных исходов до и после трансплантации печени.

Задачи исследования:

1. Оценить степень мотивации к стоматологической санации и определить модель общения «врач-пациент», в зависимости от этапа лечения соматической патологии и психологического статуса пациентов.
2. Определить структуру и объективизировать особенности стоматологического статуса у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени до и после ее трансплантации.
3. Выявить социально-бытовые и медико-биологические факторы, влияющие на риск развития стоматологических заболеваний у больных ХДЗП.
4. Установить морфологические изменения слизистой оболочки маргинальной десны у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени на фоне иммуносупрессивной терапии.
5. Оценить степень риска развития хронического орального сепсиса у пациентов с диффузными поражениями печени до и после санации полости рта и его влияние на качество жизни.
6. Разработать меры стоматологической реабилитации пациентов с хронической печеночной недостаточностью.

Научная новизна исследования.

Впервые:

- Установлено, что мотивационная активность к стоматологическому лечению зависит от степени тяжести, этапа лечения основного заболевания и психологического состояния пациентов и требует от врачей-стоматологов расширения знаний в области коммуницирования и психологии путем дополнительного обучения.

- Определено, что в период подготовки к хирургическому лечению эффективна патерналистская модель общения «врач-пациент», а на этапе реабилитации-интерпретационная, что обусловлено типом личности и мотивацией к стоматологической санации.
- Установлена структура стоматологической заболеваемости у пациентов с ХБП до и после трансплантации печени и выявлены особенности стоматологического статуса, которые объективизируют объем стоматологической санации, степень мотивации к ней и влияние иммуносупрессивной терапии на исход стоматологической реабилитации.
- Усовершенствован алгоритм междисциплинарного обследования и разработан протокол лечения стоматологических заболеваний у пациентов до и после трансплантации печени.
- Получены новые данные о морфологических изменениях слизистой оболочки маргинальной десны у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени на фоне иммуносупрессивной терапии.
- Доказано влияние иммуносупрессивной терапии на течение стоматологических заболеваний и теоретически обоснован ее выбор с учетом стоматологических осложнений и методов их профилактики.
- Теоретически обоснован, клинически апробирован и внедрен алгоритм стоматологической реабилитации пациентов с хроническими диффузными поражениями печени.
- Оценка индекса «Риск развития хронического орального сепсиса» до и после санации полости рта и анализ показателей качества жизни в динамике у пациентов с хроническими диффузными поражениями печени, свидетельствуют о влиянии стоматологического статуса на течение соматической патологии и могут быть использованы как прогностические тесты эффективной санации полости рта.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Результаты комплексного стоматологического обследования пациентов на фоне общесоматической патологии необходимо учитывать при составлении персонализированного плана их лечения, для снижения антигенной нагрузки и обеспечения стабильного результата лечения в ближайшие и отдаленные сроки.

Изучение психологического статуса и степени мотивации к стоматологической санации у пациентов, нуждающихся в пересадке печени, определяют выбор поведенческой модели общения и обеспечивают эффективный результат, способствуя повышению эффективности стоматологической санации.

Динамические величины показателя вероятности орального сепсиса в хронической форме, а также показателя уровня жизни больных, страдающих патологиями печени, свидетельствуют о положительных результатах влияния оздоровления ротовой полости на состояние здоровья пациента в целом. По этой причине ими можно пользоваться как параметрами результативности выполняемого стоматологического лечения таких пациентов.

Методология и методы исследования. При выполнении этого диссертационного исследования были использованы клинические, параклинические, лабораторные, морфологические, рентгенологические, статистические и аналитические методы исследования. Четко обозначенный дизайн исследования и его последовательность, а также полученные результаты стали методологической основой данной работы. Работа базируется на принципах доказательно медицины. Объем исследуемого материала позволяет получить статистически значимые результаты.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. При междисциплинарном персонализированном подходе к выбору санационных и профилактических мероприятий и их реализации в алгоритме

стоматологической реабилитации пациентов с хронической печеночной недостаточностью (ХПН) необходимо учитывать психологический статус пациентов для определения типа личности, а поведенческую модель общения «врач-пациент» использовать для повышения мотивационной активности к стоматологическому лечению.

2. У пациентов, нуждающихся в трансплантации печени на фоне низкой мотивационной активности к стоматологической санации особенности стоматологического статуса представлены высокой распространенностью и интенсивностью кариозного процесса с преобладанием кариозных полостей на иммунных к кариесу поверхностях (область бугров и пришеечная зона), наличием несанированных деструктивных очагов одонтогенной инфекции, воспалительных заболеваний пародонта легкой и средней степени тяжести, высокими показателями интенсивности некариозных поражений сопровождающихся гиперестезией твердых тканей зубов, преобладанием в структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта хронического рецидивирующего герпетического стоматита в сочетании с неудовлетворительной гигиеной полости рта, что свидетельствует о высокой нуждаемости в проведении санационных и профилактических мероприятий.

3. Низкий уровень гигиены, деструктивные очаги периапикальной инфекции, доминирование кандидоза и предраков (красный плоский лишай, лейкоплакия) в структуре заболеваний слизистой оболочки рта способствуют риску развития хронического орального сепсиса на этапе реабилитационной адаптации пациентов с хроническими поражениями печени и являются факторами риска отторжения трансплантата и утяжеления течения основного заболевания в послеоперационном периоде.

Степень достоверности и апробация работы. О достоверности диссертации свидетельствуют количество материала, в том числе первичной документации. Обработка результатов данного исследования проведена современными способами статистической обработки. Главные пункты данной диссертационной работы были озвучены в ходе проведенных межрегиональных конференций: Общероссийской научно-практической конференции стоматологов (Нижний Новгород, 2016), Ассоциации стоматологов Нижнего Новгорода (Нижний Новгород, 2016, 2017), доклады в ходе совместного заседания кафедры имплантологии и челюстно-лицевой хирургии ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ, кафедры стоматологии ФДПО (Нижний Новгород, 2017). Апробация диссертации успешно прошла 26 апреля 2018г. в ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ.

Список изданных научных работ по теме диссертации. По теме данной диссертации было опубликовано семь научных работ, шесть из которых – в рекомендуемых Российской высшей аттестационной комиссией изданиях, одна в журнале, используемом в качестве источника данных для Scopus.

Структура и объем диссертации. Язык написания диссертации – русский, в работе имеются: введение, четыре главы (обзор использованных литературных источников, способы и материалы исследования, результаты собственных исследований, выводы после проведения исследований, а также обсуждение полученных результатов), даны практические рекомендации, указаны приложения, перечень литературы, в котором указаны 238 источников (90 – российских, 148 – иностранных). Диссертация занимает 188 листов печатного текста, дополнена 52 рисунками, а также 22 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Для достижения поставленной цели и решения задач наше исследование проходило в 5 этапов:

Первый – междисциплинарное комплексное медицинское обследование пациентов до и после трансплантации печени для оценки психологического состояния, объективизации особенностей стоматологического статуса, определение степени

мотивации к стоматологическому лечению, установление персонализированной поведенческой модели коммуницирования между пациентом и врачом.

Во время реализации первого этапа было проведено стоматологическое обследование 80 больных обоего пола- 47 человек мужского пола и 33 -женского. Возрастной интервал составил 20–45 лет (средний возраст $31,4 \pm 0,88$).

Все пациенты были разделены на две группы: группа исследования (40 человек) и группа сравнения (контроля) (40 человек).

В свою очередь, пациенты первой группы были разделены на две подгруппы (1.1 и 1.2), в зависимости от этапа лечения и стандартизированы по нозологической форме основного заболевания с уровнем системного здоровья ASA-I и ASA-II (классификация Physical Status Classification System – for Dental Patients Care 2017), модифицированной для пациентов стоматологического профиля, гендерным признакам и возрастным периодам.

В подгруппу 1.1 вошли больные (14 мужчин и 5 женщин), которые в плановом порядке ожидали хирургическое лечение от полугода до полутора лет.

В подгруппу 1.2 -пациенты (15 мужчин и 6 женщин), находящихся в послеоперационном периоде адаптации от года до 3 лет с момента постановки диагноза (Таблица 1).

Все они состояли на учете в отделении пересадки органов ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России (г. Нижний Новгород, зав. кафедрой хирургических болезней ФДПО, д.м.н., проф. Загайнов В.Е., зав.отделением трансплантации органов Васенин С.А.) по поводу хронических диффузных заболеваний печени.

Таблица 1 - Распределение пациентов по группам наблюдения с учетом гендерных признаков и возрастных периодов

Подгруппа 1.1		Подгруппа 1.2		Группа контроля	
М	Ж	М	Ж	М	Ж
14	5	15	6	18	22
19		2		40	

Каждому пациенту в рамках исследования была проведена оценка психологического статуса для выбора персонифицированной модели коммуницирования и выяснения степени мотивационной активности стоматологической санации. Принцип суждения о психоэмоциональной лабильности пациентов основывался на глубине штампов и корректности ответов на поставленные вопросы по тесту Люшера

2 этап – определение факторов риска социально-бытового и медико-биологического характера, влияющих на возникновение стоматологических болезней у пациентов с ХДЗП.

«Опросник для выявления медико-биологических и социально-бытовых факторов риска развития стоматологических заболеваний» был разработан на кафедре стоматологии ФДПО, состоял из 2-ух частей и 56 вопросов. Интервьюирование пациентов проходило анонимно.

3 этап – изучение клинических симптомов и морфологических признаков изменения маргинальной десны при хронических пародонтитах до операции трансплантации и на фоне иммуносупрессивной терапии.

У пациентов с ХБП, имеющих проявления патологии в полости рта на 3-ем этапе исследования использовался цитологический метод исследования для определения структуральных изменений в эпителии слизистой оболочки полости рта, возникающих на этапах лечения патологии печени и связанных, скорее всего, с приемом иммуносупрессивных препаратов. Для верификации патологических процессов, наблюдающихся в области маргинальной десны и выяснения природы патологического очага использовался морфологический метод исследования, основанный на биопсии тканей альвеолярной десны.

4 этап – санация полости рта и анализ эффективности проведенных мероприятий.

Всем пациентам провели комплексную стоматологическую санацию полости рта и очагов одонтогенной инфекции на этапах лечения основного заболевания. Для оценки санации полости рта и прогнозирования возникновения очагов одонтогенной инфекции и степени их активности использовали интегративный модифицированный индекс риска хронического орального сепсиса РХОС – М (Леус П. А., Леус Л. И., Юдина Н. А., 2009), сравнивая его показатели в баллах до и после профессиональной санации ротовой полости. При помощи русскоязычной версии валидизированного опросника, согласно установленным требованиям ISOQOL «Профиль стоматологического здоровья ОНП-14-RU», было установлено качество жизни пациентов.

5 этап - разработка практических рекомендаций и алгоритма стоматологической реабилитации пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ психологического статуса пациентов указывает на разные взгляды и отношения, к состоянию стоматологического здоровья исходя из наличия или отсутствия общесоматических заболеваний и конкретного процесса терапии ХДЗП. У пациентов с ХПН, которые ожидают пересадку органа имеют тревожный тип личности, люди после операционного вмешательства – смешанный тип, а относительно здоровые – гармоничный.

Это дает возможность стоматологу избирательно подходить к подбору способа общения с больными, учитывая личность. Для пациентов, которые ожидают пересадку лучше всего использовать модель общения «врача-опекуна». После трансплантации, следует выбирать тактику общения «убеждающего врача», а для «гармоничных» пациентов нужно использовать «совещательную модель».

Сравнение полученных данных в первой и второй подгруппах группы исследования показало, что жалобы пациентов, которые перенесли операцию трансплантации печени обусловлены, в основном, симптомами, связанными с постоянным применением иммуносупрессивной терапии. Различие качественных и количественных характеристик жалоб зависит от наличия у пациента общесоматической патологии и этапа лечения (Таблица 2).

Таблица 2- Частота жалоб в группах исследования

Группа	группа 1.1	группа 1.2	P <
Жалоба			
запах изо рта	8±0,2	9±0,76	0,05
сухость СОПР	7±1,4	6±1,1	0,01
нарушение вкусового восприятия	6±1,6	6,5±0,99	0,05
привкус металла во рту	7±0,98	5,3±0,67	0.001
подвижность зубов	17±0,87	13±1,2	0,05
кровоточивость и болезненность слизистой оболочки десны	17±0,23	12±0,2	0,05
гиперестезия зубов	5±0,25	18±0,2	0,05

Сравнительный анализ результатов визуального осмотра слизистой оболочки пациентов с хроническими заболеваниями печени свидетельствует о разнообразии проявлений данной патологии. Скомпрометированная слизистая оболочка полости рта, по-разному, реагирует на патологические процессы, происходящие в печени в

зависимости от основного диагноза, этапа и медикаментозных схем лечения и визуализируется различными симптомокомплексами.

Четко выраженные воспалительные реакции слизистой оболочки у пациентов, находящихся на этапе подготовки к хирургическому лечению приобретают желтоватую окраску в послеоперационном периоде. Полиморфизм высыпаний на скомпроментированной СОПР у пациентов подгруппы 1.1 и 1.2 различен. На фоне иммуносупрессивных препаратов лидирующие позиции занимает кандидоз, КПЛ, ХРГС и лейкоплакия (Таблица 3).

Нарушение микробиоценоза полости рта, присущее патологии печени, визуализируется образованием налета и на дорсальной поверхности языка, в том числе. Одним из критериев оценки дисбиоза по международным стандартам является индекса Кожима, который в нашем исследовании служил соответствующим индикатором не только подтверждения патологического процесса, но и показателем уровня гигиены полости рта. Значение индекса Кожима имеет положительную динамику, которая проявляется уменьшением толщины и площади перекрытия налетом дорсальной поверхности языка (с $2,9 \pm 0,55$ до $2,5 \pm 0,76$).

Таблица 3 - Структура болезней слизистой оболочки полости рта у пациентов, принимающих участие в исследовании

Заболевания	Подгруппа 1.1	Подгруппа 1.2	Контрольная группа
хейлит	8	2	-
ХРГС	3	5	2
глоссалгия	1	-	-
кандидоз	4	6	-
глоссит	-	1	-
КПЛ	-	3	-
несколько заболеваний СОПР	2	2	-
лейкоплакия	-	7	-

Для комплексного представления об уровне гигиенического состояния полости рта в алгоритм обследования было включено обследование зубов с помощью упрощенного индекса гигиены (Таблица 4, Рисунок 1).

Таблица 4 - Гигиеническое состояние ротовой полости

	Подгруппа 1.1	Подгруппа 1.2	Контрольная группа
ИГР-У (баллы)	$3,1 \pm 0,94$	$2,1 \pm 1,4$	$1,7 \pm 1,1$



Рисунок 1 – Низкий уровень гигиены полости рта у пациента с хронической болезнью печени на этапе подготовки к операции трансплантации

Пациентов с ХПН (лист ожидания) отличает плохая гигиена полости рта и высокая скорость образования зубного налета ($3,1 \pm 0,94$). У реципиентов уровень гигиенического состояния ротовой полости удовлетворительный ($2,1 \pm 1,4$). Значение индекса КПУ ($17,8 \pm 2,4$) свидетельствует о высокой интенсивности кариозного процесса на этапе подготовки к операции трансплантации. На этапе реабилитации значение индекса КПУ больше ($18,1 \pm 2,7$). Также меняются количественные значения составляющих индексов: до операции «К»- $8,9 \pm 0,87$, «П»- $5,0 \pm 1,1$, «У»- $3,9 \pm 0,97$, после: «К»- $1,5 \pm 1,2$, «П»- $11,2 \pm 0,99$, «У»- $5,4 \pm 0,34$. Особое место в структуре стоматологической заболеваемости составляют очаги одонтогенной инфекции: К04.4-острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения, К04.5-хронический апикальный периодонтит, К04.6 и К04.7-периапикальный абсцесс с полостью и без полости соответственно, которые являются факторами риска отторжения трансплантата, поскольку способствуют возникновению хронического орального сепсиса. Риск возникновения определяется индексом, значение которого до и после операции $15,9 \pm 1,57$ и $4,7 \pm 0,52$, соответственно. Поэтому санация очагов одонтогенной инфекции является обязательной процедурой, первостепенной по значимости в структуре стоматологической заболеваемости и одномоментной для минимизации бактеремии, которая возникает при каждом стоматологическом вмешательстве. Исследование показало, что заболевания тканей пародонта довольно часто наблюдаются у больных с печеночной недостаточностью, являются одним из симптомов коморбидной патологии. При этом природа патологического процесса зависит от этапности лечения и используемых медикаментозных схем, и включения в них иммуносупрессивных препаратов. На этапе подготовки к операции трансплантации заболевания пародонта характеризуется признаками воспаления, а на этапе реабилитации- дистрофическими изменениями, что подтверждается как клинически, так и морфологически (Рисунок 2).



Рисунок 2 - Пародонтологический статус пациентов, находящихся на листе ожидания трансплантации печени

Согласно полученным результатам о влиянии социально-бытового и медико-биологического факторов на особенности стоматологического статуса у пациентов с диффузными поражениями печени установлено, что действию различных факторов чаще всего подвержены люди мужского пола (29 пациентов), трудоспособного возраста (18-60 лет) - 66,5%, пенсионного и старческого возраста - 26,25%. 32 человека - не работают, а инвалидность второй и третьей группы имеют 22 человека, 18 –пенсионеры, в большинстве своем проживающих в сельской местности. Имеют не удовлетворительные условия быта- 47 % опрошенных, 6,7% без места жительства. Злоупотребляют спиртным- 64,5%, являются заядлыми курильщиками- 36,4% человек.

При этом у данной категории лиц присутствует низкая мотивационная активность к стоматологическому лечению. Посещение стоматолога в большинстве случаев только при наличии острой боли- 65%. Плановые профилактические осмотры у врача-стоматолога

осуществляет только одна десятая часть пациентов. Страх перед врачом имеет 58,8% больных.

Достаточно большая часть пациентов (43%) не считает необходимой ежедневную чистку зубов. Отмечается низкая информированность о средствах и методах личной гигиены полости рта (67%). Выбор зубных щеток и паст не соответствует кинической ситуации в полости рта и «зачастую» оказывает не положительное, а отрицательное воздействие на состояние органов полости рта.

У пациентов с ХДЗП отмечена высокая степень корреляции основной патологии с симптомокомплексом, вызываемым ею в полости рта. Заболевания пародонта оказались доминирующими среди других проявлений коморбидной патологии. Причем, было замечено, что данная патология ведет себя на этапах подготовки к трансплантации органа и на этапе реабилитации по-разному. Это и послужило основанием для морфологического этапа исследования клинического материала.

Было проведено цитологическое исследование 36 образцов, у которых мазки-отпечатки маргинальной десны содержали многочисленные клетки эпителия воспалительного ряда, а также эритроциты, что свидетельствует о нарушении клеточного сцепления (спонгиоз, акантоз) в толще эпителиального пласта, а также высокой активности воспалительного процесса в мягких тканях пародонта. Воспалительные инфильтраты разной выраженности, состоящие из лимфоидных клеток с примесью нейтрофильных лейкоцитов, встречались у 100% пациентов первой подгруппы. При этом у части пациентов они проникали в круговую связку зуба.

Гистологическое исследование данного участка слизистой маргинальной десны выявило явные нарушения кровообращения в виде резкого полнокровия, стаза, скопления эритроцитов в кровеносных капиллярах, выраженный отек тканей пародонта и воспалительную реакцию не только под покровным эпителием, но и в толще эпителиального пласта (Рисунок 3).

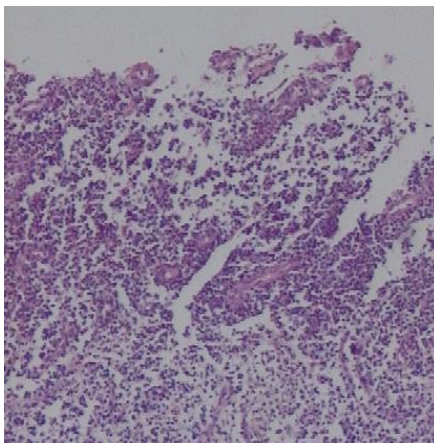


Рисунок 3 - Мазок-отпечаток эпителия пациентов первой группы подгруппы 1.1. Богатоклеточный отпечаток содержит эпителиальные клетки и клетки воспалительного ряда (окраска гематоксилин-эозин, ув. 20^x)

Мазки-отпечатки с поверхности слизистой оболочки пациентов второй подгруппы содержали скудный набор клеточных форм, состоящий из дистрофически изменённых эпителиальных клеток поверхностных слоев многослойного плоского эпителия, а также единичных плазматических клеток и лимфоцитов (Рисунок 4). Гистологическое исследование слизистой оболочки выявило морфологические черты дистрофического процесса. Так, покровный эпителий, оставаясь многослойным плоским, был резко атрофичен. Изучение изменений в подлежащих эпителию участках слизистой оболочки выявило развитие фиброза разной степени выраженности, вплоть до гиалиноза коллагеновых волокон. Выраженные структурные изменения наблюдались и в круговой

связке зуба в виде разволокнения и гиалиноза волокон, тогда как в контрольной группе пациентов круговая связка зуба выглядела в виде плотно упакованных и параллельно расположенных групп коллагеновых волокон.

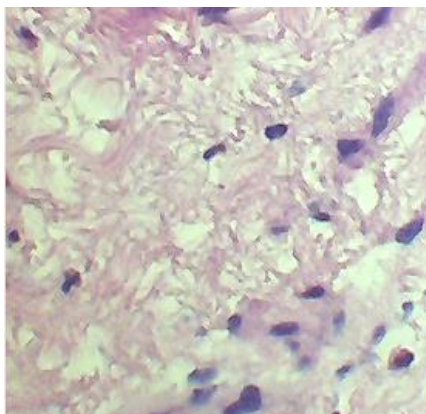


Рисунок 4 - Мазок-отпечаток со слизистой оболочки пациентов второй подгруппы. Единичные клетки покровного эпителия и лимфоциты (окраска гематоксилин-эозин, ув. 20^x)

Таким образом, морфологическое исследование показало различную природу воспалительных явлений, которые наблюдаются в области маргинальной десны. На этапе подготовки к хирургическому вмешательству, когда доминирует основное заболевание (ХПН) наблюдаются воспалительные явления в тканях пародонта, которые носят острый характер. После пересадки трансплантируемого органа, на фоне иммуносупрессивной терапии происходят дистрофические изменения, которые морфологически характеризуются фиброзом, гиалинозом и акантозом, что клинически сопровождается бледностью маргинальной десны и ее рецессией.

Согласно четвертой задаче данного исследования, нами была произведена оценка клинической эффективности стоматологической санации больных с хронической болезнью печени в подгруппах 1.1 и 1.2.

В подгруппе 1.1 до проведения санации ротовой полости суммарный показатель индекса РХОС-М составляет $15,9 \pm 1,57$ баллов, что говорит о среднем уровне риска развития хронического сепсиса ротовой полости. Повышение уровня риска составило 35,3% от нормы. Интегральный показатель индекса снизился на 70,4% до $4,7 \pm 0,52$ баллов после санирования, что свидетельствует о низком уровне риска хронического ротового сепсиса. Детальный анализ в подгруппе 1.1 определил, что после санирования ротовой полости достоверно ($p < 0,05$) улучшились значения компонентов «кариес» (полностью снизился на 100%) и «зубной налет» – снизился на 80% до $0,7 \pm 0,15$ баллов, «апикальный периодонтит» (уменьшение на 78,1% до $0,7 \pm 0,25$ баллов), «индекс гингивита» (уменьшение на 63,6% до $0,8 \pm 0,04$ баллов), «пародонтальные карманы» (уменьшение на 11,8% до $1,5 \pm 0,68$ баллов) и «патологическая подвижность зубов» (уменьшение на 11,1 процента до $0,8 \pm 0,15$ баллов).

Структурный анализ индекса РХОС-М в подгруппе 1.1 до и после санирования ротовой полости рассмотрен на рисунке 5.

У больных подгруппы 1.2 интегральное значение индекса ХРХОС-М достоверно ($p < 0,05$) уменьшился на 60,8% после санирования ротовой полости с $16,6 \pm 1,22$ до $6,5 \pm 0,77$ баллов, что говорит о низком уровне риска хронического сепсиса ротовой полости. Достоверное улучшение ($p < 0,05$) было обнаружено по показателям: «индекс гингивита», который снизился на 72,2% до $1,0 \pm 0,14$ баллов, «зубной налет», который уменьшился на 68,2% до $0,7 \pm 0,11$ баллов, «патологическая подвижность зубов» (уменьшение на 12,5% до $0,7 \pm 0,13$ баллов) и «пародонтальные карманы» (уменьшение на 10,8% до $3,3 \pm 0,71$ баллов).

Структурный анализ индекса РХОС-М в подгруппе 1.2 до и после санирования ротовой полости рассмотрен на рисунке 6.

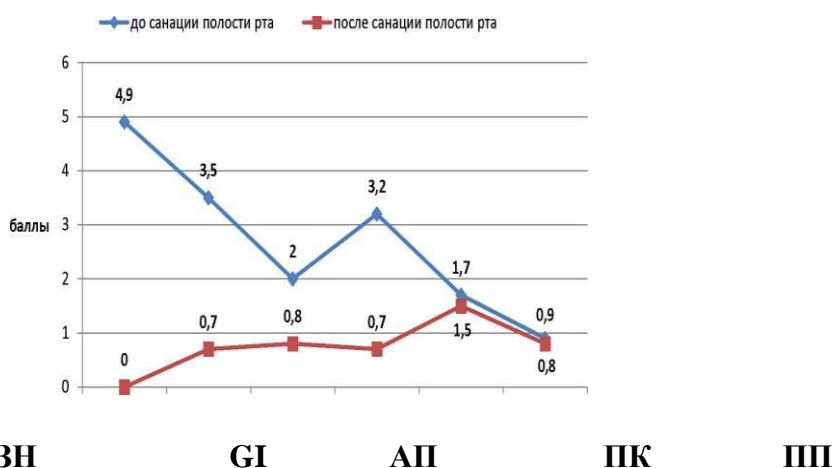
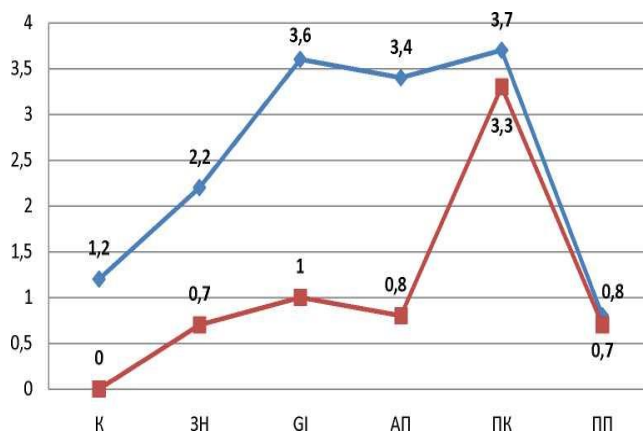


Рисунок 5 - Структурный анализ индекса РХОС-М в подгруппе 1.1 до и после санирования ротовой полости



■ до санации полости рта ■ после санации полости рта

Рисунок 6 - Структурный анализ индекса РХОС-М в подгруппе 1.2 до и после санирования ротовой полости

Анализ индекса РХОС-М до и после санирования ротовой полости говорит о достоверной положительной динамике показателей по отдельным составляющим стоматологического статуса, что позволяет снизить уровень риска развития хронического ротового сепсиса и показывает важность стоматологической терапии для поддержания здоровья в целом.

На четвертой стадии исследования также оценивалась эффективность комплексной стоматологической терапии больных, включающая анализ динамики стоматологических показателей качества жизни по индексу ОНIP-49-RU. Показатели качества жизни анализировались также до и после санирования ротовой полости.

Исследования индекса качества жизни до санирования ротовой полости у больных подгрупп 1.1 и 1.2) показали, что значение ХОНIP-49- RU в сумме достигло самых высоких баллов у пациентов на этапе подготовки к операции трансплантации – $120,7 \pm 15,23$, а самых низких – у пациентов подгруппы 1.2.

Сопоставив стоматологические показатели качества жизни по шкалам у больных обеих групп, можно заметить основные показатели, которые приводят к его ухудшению. У пациентов подгруппы 1.1 общее значение данного индекса КЖ существенно понизилось

после санации ротовой полости (от $120,7 \pm 15,23$ баллов до самого лечения до $52,3 \pm 16,71$ баллов после лечения, понижение на $56,7\%$, $p < 0,05$) (Рисунок 7).

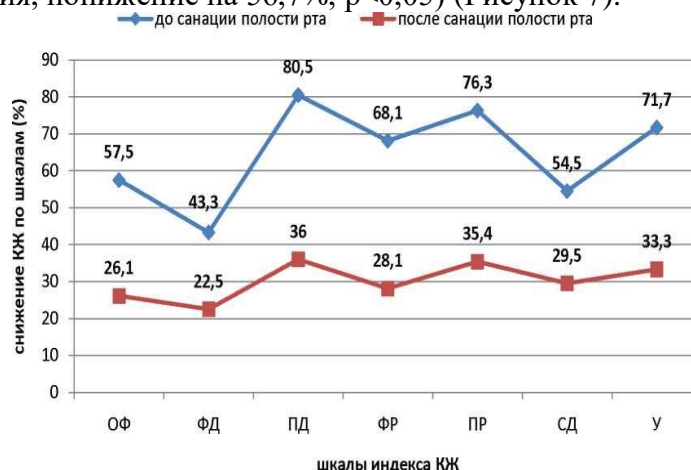
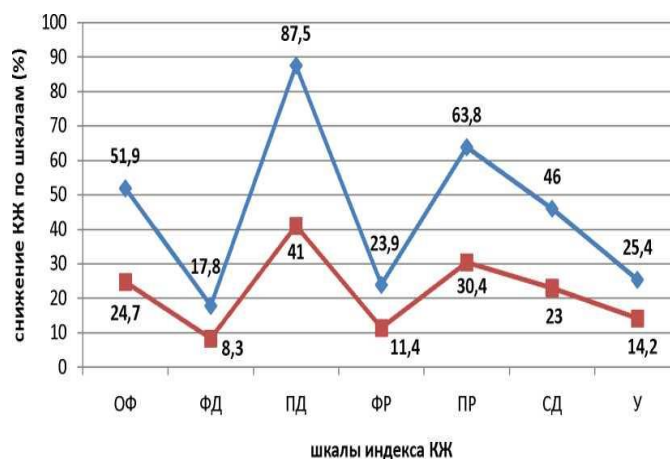


Рисунок 7 - Уровень понижения (%) КЖ по специальным шкалам в подгруппе 1.1 до и после проведения санации ротовой полости

У больных подгруппы 1.2 интегральное значение индекса КЖ достоверно снизилось после проведения санации ротовой полости (от $79,8 \pm 13,74$ баллов до момента лечения до $41,1 \pm 18,17$ баллов после, понижение на $48,5\%$, $p < 0,05$) (Рисунок 8).



■ до санации полости рта ■ после санации полости рта

Рисунок 8 - Уровень понижения (%) индекса КЖ по шкалам в подгруппе 1.2 до и по окончании проведения санации ротовой полости

Итак, определение КЖ при помощи опросника «Особенности влияния стоматологического здоровья» после проведения санации ротовой полости выявило его увеличение по всем его компонентам, а это показывает положительную оценку людьми осуществленного стоматологического лечения.

Разработка мер стоматологической реабилитации пациентов с хронической печеночной недостаточностью. Анализ отечественной и зарубежной специальной литературы, изучение стоматологического статуса, полученные результаты исследования до и после трансплантации печени свидетельствуют о том, что в настоящее время практически отсутствует модель стоматологической реабилитации пациентов, перенесших операцию трансплантации. Имеющиеся Национальные клинические рекомендации не учитывают уровень стоматологического здоровья и степень влияния одонтогенной инфекции на выживаемость трансплантата. Ряд не решенных вопросов по

этой тематике являются основанием для разработки мер стоматологической реабилитации данной категории пациентов. Наши возможности ограничены популяционным уровнем, хотя необходимость разработки мер на региональном и федеральном уровне очевидна.

Область нашей компетенции была ограничена патологией ХПН и пациентами, проходящих лечение в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА РФ (г. Н. Новгород). Алгоритм разработки мер реабилитации включал в себя ряд последовательных шагов, на каждом из которых мы решали конкретные задачи.

Отсутствие в России общей программы стоматологической реабилитации пациентов, страдающих болезнями печени, не позволяет оказывать им комплексную эффективную медицинскую помощь.

Обеспечение больных с ХБП профессиональной стоматологической помощью требует:

1. Процесса стандартизации этой помощи на всех стадиях лечения хронических болезней печени, а также проработки комплекса либо специального алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, которые направлены на самое раннее определение наличия стоматологических заболеваний, а также на своевременное назначение мероприятий профилактического характера для предупреждения развития тяжелой стадии заболеваний, профессиональных рекомендаций по ведению пациентов на всех стадиях лечения ХБП, которые учитывали бы особенности отечественной популяции и были приспособлены к системе здравоохранения России.

2. Грамотной организации оказания стоматологической помощи больным, страдающим ХБП, за счет создания для этих людей общей стоматологической службы в России, а также профильных центров по всем стоматологическим направлениям.

3. Важнейшим вектором модернизации помощи такого типа больным с ХБП в нашей стране выступает процесс подготовки и обучения медработников, принятие специальных мер по увеличению количества грамотных специалистов и организации всей системы подготовки стоматологов, увеличение уровня знаний в сфере стоматологии гепатологов и схожих направлений общего терапевтического вектора. Проработка актуального стандарта при подготовке в ординатуре по специальности «стоматология»; внесение учебных часов, которые отводятся на исследование особенностей стоматологических болезней при наличии ХБП.

4. Современного развития всей системы помощи больным с ХБП, а это подразумевает возможность применять инновационные технологии в комплексе диагностических и лечебных профилактических мероприятий стоматологического плана. Помимо того, эффективное развитие всей системы такой помощи больным с ХБП в нашей стране нуждается в проведении специальных клинических исследований и новейших проработок касательно вопросов антибиотикопрофилактики на приеме стоматолога, а также выполнения имплантации.

5. Полное методическое обеспечение на базе современных научных достижений: материалы информационного характера для больных с заболеваниями полости рта при наличии ХБП, советы по уходу за ротовой полостью, устранению различных жалоб, а также по профилактике возможных осложнений на фоне болезней печени либо их лечения.

6. Усовершенствование всей системы финансового обеспечения. Поскольку стоматологическое лечение – это дорогостоящие мероприятия медицинского характера, важно внесение болезней полости рта при наличии ХБП в список групп болезней с целью формирования специальных территориальных программ государственных гарантий для выделения бюджетных финансов, чтобы оказывать бесплатную стоматологическую помощь этим людям на региональном уровне.

7. Законодательное и нормативное правовое обеспечение. Процесс формирования принципиально новых организационных правовых основ всей стоматологической службы (проработка и утверждение на федеральном уровне общего

порядка, а также стандартов и алгоритмов оказания профильной стоматологической помощи пациентам с ХБП). Ряд инициатив просто невозможно воплотить без необходимых законодательных решений. Если учесть, что число больных с ХБП растет ежегодно, то сейчас очень важно обеспечить возможность их полноценного лечения, в том числе помощь стоматологического плана.

8. Необходимо применение значимых организационных административных усилий, а также создание программ национального и регионального характера.

Важнейшим аспектом для проработки программы стоматологической реабилитации больных с ХБП выступает создание банка стоматологических болезней этой группы пациентов.

Перспективы дальнейшей разработки темы. Полученные данные в нашей работе позволяют рекомендовать программу стоматологической реабилитации для использования в практическом здравоохранении у пациентов с хроническими диффузными поражениями печени до и после трансплантации печени. Перспективны исследования по изучению влияния стоматологических заболеваний на приживаемость пересаженных органов.

Заключение. Таким образом, проведенное клинико-морфологическое исследование, базирующееся на принципах доказательной медицины, показывает связь заболеваний полости рта и коморбидной патологии. В результате проведенного исследования были теоретически обоснованы, клинически апробированы и внедрены в практику практические рекомендации по стоматологической реабилитации пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени.

ВЫВОДЫ

1. На этапе подготовки к оперативному лечению пациенты с хроническими заболеваниями печени относятся к тревожному типу личности со сниженной мотивационной активностью к стоматологическому лечению и требуют от врача-стоматолога патерналистской модели коммуницирования. На этапе реабилитации смешанный тип личности пациента и интерпретационный способ общения со стороны врача способствуют повышению уровня мотивационной активности и качества стоматологического лечения.

2. Стоматологический статус пациентов с ХБП характеризуется высокой интенсивностью кариеса с преобладанием компонента «К» на иммунных поверхностях (бугры и пришеечная зона), не санированными очагами одонтогенной инфекции, низкой гигиеной полости рта на фоне (ИГР-У=3,1±1,10 баллов) воспалительными заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта, наличием некариозных поражений с явлениями гиперестезии. На фоне иммуносупрессивной терапии в структуре стоматологической заболеваемости доминируют ксеростомия, кандидоз, предраки слизистой оболочки полости рта (красный плоский лишай и лейкоплакия), деструктивные заболевания тканей пародонта, уменьшение частоты встречаемости очагов одонтогенной инфекции, удаленные зубы и пломбы в индексе КПУ, нормализуется уровень гигиены полости рта (ИГР-У=2,1±0,37 баллов) при относительно высоком уровне распространенности и интенсивности гиперестезии.

3. Среди основных медицинских и социальных факторов риска стоматологических заболеваний у пациентов с ХДЗП является низкое социальное положение, нерациональное питание, прием на протяжении длительного времени алкогольных напитков, отсутствие систематических профилактических осмотров и плановой санации полости рта, что свидетельствует о низкой мотивации к стоматологической санации.

4. На фоне иммуносупрессивной терапии макроскопически маргинальная десна объективизируется типичными признаками хронического воспаления- бледность

слизистой оболочки десны, ее рецессия, наличие парадонтального кармана. Морфологически- атрофия многослойного плоского эпителия, в подслизистом слое, в сосудах и круговой связке зуба- фиброз различной степени выраженности и гиалиноз коллагеновых волокон.

5. Санация полости рта больных с хронической печеночной недостаточностью приводит к снижению риска развития хронического орального сепсиса по значению индекса РХОС-М до трансплантации на 70,4%, а после- на 60,8% и ведет к улучшению КЖ (ОНП-49-RU) на 56,7% и 48,5%, соответственно.

6. Стоматологическая реабилитация пациентов с ХБП включает в себя междисциплинарный подход с персонализированным алгоритмом ее реализации в зависимости от вида соматической патологии, выбора медикаментозных схем лечения основного заболевания и должна строиться с учетом уровня стоматологического здоровья, психологического статуса пациентов на основе мониторинга диагностических и прогностических критериев течения и исходов стоматологических симптомов основного заболевания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лечение пациентов с ХДЗП должно осуществляться на основе персонализированного подхода с учетом междисциплинарных алгоритмов их обследования. Дифференцированный подход к стоматологической санации обусловлен этапом лечения основного заболевания и зависит от используемых медикаментозных схем лечения, поскольку они влияют на возникновение и течение стоматологических проявлений.

2. До осуществления санации врачи-стоматологи должны провести оценку психологического статуса больных ХБП, определить их мотивационную активность к терапии и определить необходимую модель для общения, которая позволит коммуницировать с пациентом на принципах доверия друг к другу.

3. Санация пациентов с хронической болезнью печени должна быть проведена в 100% случаев и включать в себя:

- Профессиональную гигиену и обучение индивидуализированному уходу за ротовой полостью.

- Лечение кариеса зубов и его осложнений, в соответствии с существующими стандартами: протокол ведения больных «Кариес зубов», протокол ведения больных «Болезни пульпы зуба», протокол ведения больных «Болезни периапикальных тканей». Для уменьшения антигенной нагрузки и снижения риска отторжения трансплантата показания к хирургии при санации полости рта расширяются.

- Лечение поражений некариозного характера, повышенной чувствительности зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

- Удаления зубов

Для больных до пересадки печени:

- Применение местной анестезии со сниженным содержанием адреналина, так как для многих пациентов это слишком сильная антигенная нагрузка.

- Тщательный подход к выбору медикаментов. Назначение лекарств, не оказывающих побочный эффект на печень. Консультации с врачом-трансплантологом.

- Использование универсальных методов защиты, так как среди больных достаточно много пациентов, которые инфицированы гепатитом В и С.

Для больных после пересадки печени:

- Стоматологическая санация реципиентов не ранее, чем через полгода после пересадки печени.

- Микробиологический контроль за микробиоценозом полости рта путем исследования соскоба с дорзальной поверхности языка на наличие гриба рода *Candida*,

поскольку риск возникновения оральных инфекций после пересадки печени достаточно высок из-за иммуносупрессивной терапии.

- Плановые профосмотры больных проводятся один раз в три месяца в связи с повышенным контролем за гигиеническим состоянием полости рта, определяющим степень антигенной нагрузки на организм в целом и пересаженный орган.

Для поддержания стабильного уровня гигиены полости рта необходимо:

- использовать скребки для чистки языка
- зубные пасты для чувствительных зубов, такие как Colgate Sensetive ProRelief, гель Biogepair
- Для лечения ксеростомии – ополаскиватели, которые не содержат в своем составе спирт, жевательные резинки, не содержащие сахар, а также заменитель слюны и увлажняющие спреи.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ В ЖУРНАЛАХ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ВАК

1. Гажва, С. И. Взаимосвязь структурных изменений полости рта с диффузными поражениями печени / С. И. Гажва, Н. С. Касумов // Здоровье и образования в XXI веке. - 2016. - № 2. - С. 99-101.

2. Гажва, С. И. Влияние десенситайзеров с obtурирующим механизмом действия на структуру дентина зуба при его гиперчувствительности [Электронный ресурс] / С. И. Гажва, Н. С. Касумов, Н. Н. Шурова // Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 4. - URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26700>.

3. Гажва, С. И. Поражения слизистой оболочки полости рта и их структура при системных заболеваниях / С.И. Гажва, Н.С. Касумов, Д.М. Зызов // Современные проблемы науки и образования.-2015.- № 6.-URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23539>;

4. Гажва, С. И. Сравнительная оценка методик изготовления металлокерамических конструкций при лечении пациентов с частичной потерей зубов / С. И. Гажва, Н. С. Касумов, О. В. Шкаредная // Врач-аспирант. – 2016. - № 5-78. - С. 35-39.

5. Гажва, С. И. Стоматологический статус пациентов с диффузными поражениями печени / С. И. Гажва, Н. С. Касумов, Н. А. Котунова // Международный научно-исследовательский журнал. - 2016. - № 12-54. - С.72-74.

6. Особенности структуры стоматологических заболеваний у пациентов с диффузными поражениями печени до и после трансплантации / Гажва С. И., Касумов Н. С., Болотнова Т. В. [и др.] // Стоматология. – 2018. - № 97(5). – С. 8-10.

В ДРУГИХ ИЗДАНИЯХ

1. Гажва, С. И. Стоматологический статус пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени / С. И. Гажва, Н. С. Касумов // Научное обозрение. - 2016. - № 4. - С. 18-21.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ - всемирная организация здравоохранения
ИГР-У - упрощенный индекс гигиены полости рта
КЖ - качество жизни
КПУ(з) - индекс интенсивности кариеса постоянных зубов
КПУ(п) - индекс интенсивности кариеса поверхностей постоянных зубов
МКБ-10 - международная классификация болезней 10-ого пересмотра
ОФ - ограничение функций
ПД - психологический дискомфорт
ПР - психологические расстройства
СД - социальная дезадаптация
СОПР - слизистая оболочка полости рта
У - ущерб в результате стоматологической патологии
ФД - физический дискомфорт
ФР - физические расстройства
ХБП - хроническая болезнь печени
ХГПЛСТ - хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести
ХГПССТ - хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести
ХГПТСТ - хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести
ХДЗП-хронические диффузные заболевания печени
ХПН - хроническая печеночная недостаточность
ХРГС - хронический рецидивирующий герпетический стоматит
аВоР - кровоточивость десны на зондирование
СРITN - индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
IR - индекс рецессии десны
GI - индекс гингивита
M - среднее арифметическое значение
m - стандартная ошибка среднего
ОНIP-49-RU - опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья»
p - статистическая значимость
РХОС-М - модифицированный индекс риска хронического орального сепсиса