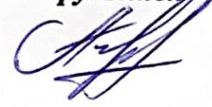


На правах рукописи



КИРТАЕВА АНАСТАСИЯ ВЛАДИСЛАВОВНА

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

3.1.7. Стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

Нижний Новгород – 2022

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель – заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор **Гажва Светлана Иосифовна**

Официальные оппоненты: **Арутюнов Сергей Дарчоевич**, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кабирова Миляуша Фаузиевна, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Защита состоится «___» _____ 2022 года в ___ часов на заседании диссертационного совета 24.2.318.01 на базе Института «Медицинская академия имени С. И. Георгиевского» федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»: 295051, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Института «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» и на сайте <http://ma.cfuv.ru>.

Автореферат разослан «___» _____ 2022 года

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент

Кушнир К. Г.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Синдром алкогольной зависимости – одна из самых распространенных патологий в мире. По данным ВОЗ, 3 млн смертей ежегодно связаны с АЗ (5,3%). По показателям DALY (годы жизни, утраченные в результате инвалидности) – это 5,1% в структуре заболеваний и травм, обусловленных алкоголем (Шматова Ю. Е., 2019).

В Чувашской Республике наблюдается генетическая предрасположенность к формированию алкогольной зависимости, что влияет на демографические показатели, повышая социально-экономическую нагрузку региона в целом. Сложившаяся ситуация требует не только постоянного системного контроля со стороны органов здравоохранения, но и разработки реабилитационных мероприятий на региональном уровне, обеспечивая достижение стабильных результатов, в том числе и в области стоматологического здоровья (Гажва С. И. с соавт., 2021).

Доказано, что общее влияние алкоголя ведет к развитию более чем к 200 видам нарушения здоровья. Так, по данным О. А. Успенской с соавт. (2015) алкоголь является первопричиной развития и прогрессирования инфекционных заболеваний (туберкулёза, пневмонии), рака, диабета, болезней нервной системы (психические и поведенческие расстройства), сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца), заболеваний печени (гепатитов, цирроза) и всей пищеварительной системы и слизистых оболочек, поджелудочной железы (панкреатита), а также распространению инфекций, передающихся половым путём (Успенская О. А., с соавт., 2015; Цепов Л. М. с соавт., 2018; Макушина О. П. 2019; Rocco A et all. 2014; Gardner J.D. et all. 2015; Czerwińska-Właszczuk A. et al., 2022). Кроме того, повреждение генетического и репродуктивного потенциала под воздействием алкоголя приводит к ухудшению демографических показателей рождения здорового потомства, что отражается не только на медицинском, но и на социальном и трудовом прогнозе.

Воздействие алкоголя на организм обусловлено двухкомпонентным воздействием: с одной стороны прямым повреждающим действием (в первую очередь на СОР и весь ЖКТ), с другой – воздействием на органы-мишени, включая полость рта, в частности ткани пародонта. Так, по данным Кунавиной К. А. (2019), при длительном употреблении алкоголя происходит ухудшение гигиены полости рта, увеличение частоты заболеваний твердых тканей зубов, пародонта, а также меняется качественный и количественный состав микрофлоры. Более того, клиническая картина алкогольассоциированных пародонтитов, как правило, характеризуется латентным течением с манифестацией в тяжелой стадии. Заболевания пародонта, как правило, представляют собой инфекционный процесс, связанный с рядом системных заболеваний, к которым можно отнести и синдром АЗ. В связи с чем, пародонтит – это не только одно из самых распространенных заболеваний в мире, но и наиболее часто встречающийся симптом коморбидной патологии (98–100%) (Кабирова М. Ф. с соавт., 2017; Гилева О.С. с соавт. 2020; Караков

К.Г. с соавт., 2020, Трунин Д.А. с соавт. 2020; Арутюнов С. Д. с соавт., 2021). В случае АЗ обращаемость за стоматологической помощью крайне низка, что формирует данную проблему в замкнутый круг и ведет к ранней потере зубов, снижение жевательной функции, стеснения в общении, социализации и, как результат, снижение качества жизни (Цепов Л. М. с соавт., 2018). Достигнутые результаты лечения, к сожалению, кардинально не меняют структуру патологии пародонта у алкогользависимой категории пациентов, что подтверждает необходимость углубленного междисциплинарного изучения данной проблемы с учетом патогенетических механизмов развития указанной патологии, а поиск и выявление терапевтической мишени для лечения и стоматологической реабилитации пациентов с синдромом АЗ не утратил своей актуальности (Гажва С. И., Киртаева А. В., 2021).

По данным J. P. Lages Eugênio (2015) и Fan X. (2018), длительное воздействие алкоголя приводит к изменению микробного пейзажа на фоне снижения реактивности организма. При этом результаты носят дискуссионный характер и требуют дополнительных исследований в этом направлении.

Изменения в психоэмоциональном статусе требуют выработки поведенческих реакций со стороны специалистов стоматологического профиля для формирования мотивационной активности к стоматологическому лечению и социализации данной категории лиц. Кроме того, необходимы дополнительные знания в области наркологии для построения отношений с такими пациентами на основе междисциплинарной практики, с последующей выработкой алгоритмов схем стоматологического лечения и реабилитации (Ахрамейко А. В., 2015; Гладкий Ю. Н., Байкова Е. В., 2018; Гажва С. И. с соавт., 2021).

Таким образом, повышение качества медицинской помощи, направленное на поддержания здоровья алкогользависимого контингента населения, входит в основное направление стратегии государственной политики РФ. Поэтому решение данной проблемы требует изучения не только медицинских, но и социально-экономических, психологических аспектов. Все это и предопределило данное исследование.

Степень научной разработанности темы исследования. Многочисленные мультидисциплинарные исследования, посвященные влиянию алкоголя на организм, в целом, и полости рта, выполнявшиеся в 2000-2020 гг., позволили определить изменения и патологические процессы в организме, возникающие в результате воздействия алкоголя (Горячев Д. Н., 2011; Токмакова С. И. с соавт., 2014; Кунавина К. А., 2019). Акцент в большинстве работ был сделан на оценку стоматологического статуса, возникающего в результате АЗ (Горячев Д. Н., 2011; Бердникова Е. И., 2014; Демьяненко С. А. с соавт., 2017; Кунавина К. А., 2019). При этом необходимо отметить, что, как правило, в исследования не входят патогенетические аспекты формирования алкогольассоциированной патологии полости рта и тканей пародонта. Работы данного направления относительно малочисленны, а комплексные клиничко-лабораторные исследования, отражающие возможность разработки и внедрения эффективных программ реабилитационного лечения

заболеваний пародонта у пациентов с синдромом АЗ, имеют актуальность на сегодняшний день. Все это и предопределило цель и задачи исследования.

Цель исследования: повышение эффективности стоматологической реабилитации пациентов с синдромом алкогольной зависимости путем совершенствования алгоритмов диагностики и профилактики стоматологических заболеваний.

Задачи исследования:

1. Установить распространенность стоматологических заболеваний, определить нуждаемость в лечении и объем лечебных мероприятий на основании ретроспективного анализа медицинской документации у пациентов с синдромом алкогольной зависимости.

2. Уточнить особенности стоматологического статуса, изучить микробиом полости рта и показатели местного иммунитета у пациентов с синдромом алкогольной зависимости.

3. Оценить качество жизни пациентов с коморбидной патологией с учетом медико-социальных факторов риска развития стоматологических заболеваний, психоэмоциональной нагрузки и мотивационной активности к лечению.

4. Теоретически обосновать и экспериментально подтвердить влияние алкоголя на слизистую оболочку полости рта на основании динамики клинико–морфологических и гистохимических показателей лабораторных животных.

5. Оценить эффективность предложенных схем лечения пародонтита легкой и средней степени тяжести и разработать алгоритм стоматологической реабилитации пациентов с синдромом АЗ с учетом патогенетических механизмов развития коморбидной патологии.

Научная новизна. В результате ретроспективного анализа медицинской документации получены новые данные о распространенности стоматологических заболеваний, их структуре, нуждаемости в лечении и объеме выполненных вмешательств пациентам с синдромом АЗ, которые легли в основу создания архивной базы данных пациентов с АЗ и разработку реабилитационных мероприятий.

Доказано наличие сдвигов в иммунологических показателях (снижение сывороточного, секреторного иммуноглобулинов А и лизоцима) на фоне высоких значений Ксб 4,43 (2,22;8,23) и дисбиоза полости рта (преобладание *P.gingivalis* в концентрации 102000,0 (77000,0;136000,0) ГЭ/мл), которые можно рассматривать в качестве маркеров алкогольассоциированной патологии полости рта.

Теоретически обоснованы и экспериментально доказаны начальные морфофункциональные признаки воспаления в слизистой оболочке десны у экспериментальных животных в зависимости от длительности приема алкоголя.

Установлено, что у пациентов с синдромом АЗ наблюдается снижение качества жизни, повышенный уровень тревожности и депрессии, низкая мотивационная активность к стоматологическому лечению.

Предложены схемы лечения для алкогольассоциированного пародонтита, которые сокращают сроки лечения, удлиняют период ремиссии, снижают риск перехода в более тяжелую стадию течения заболевания.

Впервые разработан алгоритм стоматологической реабилитации у пациентов с синдромом АЗ, направленный на повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта, а методические рекомендации по его использованию позволяют внедрить в практическую стоматологию.

Теоретическая и практическая значимость работы. Теоретическое обоснование патогенетических схем лечения алкогольассоциированного пародонтита позволяет повысить эффективность его лечения, а знание психоэмоционального фона и его коррекция снизят уровень тревоги и депрессии, повысят мотивационную активность и качество жизни пациентов.

Уточнение показаний к применению различных схем лечения пародонтита, ассоциированного с АЗ, снизит риск малоэффективного лечения и позволит их применять в зависимости от клинической ситуации.

Данные комплексного стоматологического обследования, а также данные об изменениях в системе местного гомеостаза и микробиоценоза полости рта расширяют представление об алкогольассоциированной стоматологической патологии и могут использоваться в качестве маркеров заболеваний полости рта при коморбидной патологии (синдрома АЗ) в практическом здравоохранении.

Динамика изменений показателей психо-эмоционального статуса и качества жизни у лиц с хронической алкогольной интоксикацией, а также степени приверженности к стоматологическому лечению подтверждает влияние состояния полости рта на общесоматический статус, может быть использована как критерии оценки общей эффективности стоматологического лечения.

Разработанная дифференцированная программа стоматологической реабилитации пациентов с синдромом АЗ для врачей-пародонтологов на амбулаторно-поликлиническом этапе позволит обеспечить стабильность полученного результата в отдаленные сроки.

Вышеперечисленное необходимо учитывать при составлении индивидуального лечебно-реабилитационного плана у пациентов с синдромом АЗ с целью снижения воспалительного процесса в полости рта и, как результат, обеспечения стойкого положительного результата лечения.

Методология и методы исследования. Методология данного исследования основана на изучении литературных данных по теме диссертационного исследования, экспериментальном и клинико-лабораторном обосновании комплексного терапевтического лечения хронического генерализованного алкогольассоциированного пародонтита. На основании поставленной цели и задач исследования обоснован выбор материалов и объем исследования. В клиническом аспекте ретроспективному анализу подвергнуты 1052 электронные медицинские карты стоматологического пациента форма 043/У (n=1052), изучен стоматологический статус у 165 пациентов с синдромом АЗ и клинико-лабораторная оценка эффективности предложенного комплекса стоматологических мероприятий у 83 пациентов с алкогольассоциированным

пародонтитом легкой и средней степени тяжести, контрольную группу составили 32 пациента без синдрома АЗ. Проведено экспериментальное морфофункциональное изучение эффективности схем лечения с морфологической и лабораторной ее оценкой у 150 лабораторных животных. Статистическая обработка проводилась с применением SPSS-statistica 19,0 и прикладного пакета EXCEL.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Стоматологический статус пациентов с синдромом АЗ характеризуется высокой распространенностью и выраженной интенсивностью кариеса зубов, преобладанием компонентов К («кариес») и У («удаление») в структуре КПУ, наличием воспалительных заболеваний пародонта тяжелой степени тяжести, частой встречаемостью предраковых заболеваний СОР и некариозных поражений, сдвигом микробиоценоза полости рта в сторону анаэробной пародонтопатогенной микрофлоры на фоне плохой гигиены полости рта и высоких значений коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб 4,43 (2,22;8,23)).

2. Повышенный уровень тревожности и депрессии, наличие медико-социальных факторов риска развития стоматологических заболеваний, низкая степень мотивационной активности к стоматологическому лечению у пациентов с синдромом АЗ способствуют не только утяжелению течения заболеваний полости рта, но и снижают качество жизни и обосновывают необходимость проведения комплексных санационных и реабилитационных мероприятий.

3. В условиях эксперимента доказано и клинически подтверждено, что патогенетические схемы лечения алкогольассоциированных хронических генерализованных пародонтитов легкой и средней степени тяжести купируют воспаление в короткие сроки, нормализуют микробиоценоз полости рта и способствуют стабилизации показателей местного иммунитета, повышая эффективность стоматологической реабилитации пациентов с коморбидной патологией.

Степень достоверности и апробация результатов. Достоверность результатов подтверждается большим объемом материала с точки зрения доказательной медицины. Цель и задачи исследования обоснованы представленными методами исследования с использованием современного оборудования. Положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации раскрыты в результатах исследования, данных таблиц и рисунков, проанализированы с использованием соответствующих методов статистической обработки.

Апробация работы проведена на заседании проблемной комиссии по стоматологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации 21 апреля 2022 года (протокол № 5).

Апробация результатов осуществлялась на Восемнадцатой Российской Гастроэнтерологической Неделе (Москва, 2012), Межрегиональной научно-

практической конференции «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины», посвященной 40-летию кафедры патофизиологии (Чебоксары, 2014), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 95-летию со дня рождения доктора медицинских наук, профессора Дины Семеновны Гордон «Морфология в теории и практике» (Чебоксары, 2017), I Международной научно-практической конференции «Кризисы мировой науки и техники: парадигмы дальнейшего развития» (Уфа, 2020), IV Международной научно-практической конференции «Современная наука в условиях модернизационных процессов: проблемы, реалии, перспективы» (Уфа, 2021), Всероссийской научно-практической конференции «Вопросы развития совершенствования санаторно-курортного комплекса регионов России» (Москва, 2021).

Диссертация выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России (выписка №11, протокола № 2 проблемной комиссии по стоматологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России от 03.11.2020 г.). Получено согласие на проведение научных исследований Локального Этического Комитета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол №9 от 30 апреля 2021 года.

Личный вклад автора. Автором составлен основной план диссертационной работы, сформулированы цель и задачи, разработаны этапы исследования, подобран комплекс адекватных методов и определен объем исследований. Самостоятельно проведена оценка обзора литературных данных, осуществлен сбор первичных материалов со стоматологическим осмотром и профильным лечением пациентов с синдромом АЗ с оформлением специально разработанных карт и анкет, необходимых для достижения цели и задач исследования. Кроме того, проведено экспериментальное исследование на лабораторных животных, вводимых в состояние хронической алкогольной интоксикации, в том числе получающих лечение тканей СОР по схемам. Осуществлен анализ исходных показателей, проведена интерпретация результатов. Полученные результаты нашли отражение в публикациях по теме исследования, доля участия 90%.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практическую деятельность автономного учреждения Чувашской Республики «Городская стоматологическая поликлиника» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, бюджетного учреждения «Республиканская стоматологическая поликлиника» Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Основные положения и выводы диссертации использованы при разработке циклов лекций и практических семинаров в системе последипломного образования: на кафедре стоматологии факультета дополнительного постдипломного образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедре стоматологии автономного учреждения Чувашской Республики «Институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, а также на кафедре терапевтической стоматологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова».

Публикации. По теме диссертационного исследования опубликовано 13 научных работ, из них 5 в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, 1 учебное пособие.

Структура и объем исследования. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов исследований и их обсуждения. В структуру диссертационной работы включены также выводы, практические рекомендации и приложения. Библиография: 226 источника, из них 127 отечественных и 99 зарубежных. Диссертационная работа изложена на 213 листах машинописного текста, иллюстрирована 59 рисунками и 28 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Диссертационная работа включала клиническую и экспериментальную части. Исследование проходило в 5 этапов, на каждом из которых, в зависимости от поставленных задач, материалы и методы исследования были соответствующие.

I этап. Для оценки распространенности стоматологических заболеваний, нуждаемости в лечении у пациентов на фоне синдрома АЗ проведен ретроспективный анализ медицинской документации, обратившихся в БУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии – 1052 электронных медицинских карт, из них 887 медицинских карт стоматологических пациентов (форма 043/у) с синдромом АЗ, проходивших реабилитационное лечение в БУ «Республиканский наркологический диспансер» Минздрава Чувашии. В качестве контроля использовались медицинские карты стоматологических пациентов (форма 043/у) без синдрома АЗ (n=165).

II этап. Для изучения особенностей стоматологического статуса у пациентов с синдромом АЗ, микробиоценоза полости рта и показателей местного иммунитета было обследовано 165 пациентов с синдромом АЗ в возрасте от 29 до 60 лет, из них 99 мужчин, 66 женщин (I группа). Все пациенты имели II стадию синдрома АЗ с шифром МКБ F10.2. Диагноз был поставлен врачом-наркологом. Группу контроля (II группу) составили 32 человека без синдрома АЗ, обратившихся за стоматологической помощью в БУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии.

Комплексное стоматологическое обследование включало в себя подробное изучение жалоб, анамнеза заболевания, клинический осмотр, с оценкой состояния зубов и пародонта, в т. ч. по специализированным индексам.

Все данные по клиническому осмотру заносились в специально разработанную «Карту обследования стоматологического пациента с синдромом алкогольной зависимости». Для верификации диагноза пациентам выполнено рентгенологическое исследование – ОПТГ и при необходимости – прицельные дентальные рентген-снимки.

Для микробиологического исследования использовалась ПЦР тест-система «Дентоскрин» с количественным определением клинически значимых титров микроорганизмов в группах исследования.

Гуморальный иммунитет оценивался с помощью иммуноферментного метода (определение sIgA, IgA, IgG, лизоцима и коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета). Цитологический метод использовался для определения клеточного иммунитета: количества нейтрофилов, моноцитов (макрофагов), лимфоцитов.

III этап. Для оценки медико-социальных факторов риска развития стоматологических заболеваний и определения уровня психоэмоционального состояния, приверженности к лечению и качества жизни у пациентов с синдромом АЗ проведен социологический метод: для оценки медико-социальных факторов развития стоматологических заболеваний использовалась специально разработанная анкета «Социологический опрос пациентов с синдромом алкогольной зависимости», для скрининговой оценки тревоги и депрессии использовалась одноименная госпитальная шкала HADS. Оценка приверженности к лечению проводилась по шкале комплаентности Мориски-Грина. Профиль влияния стоматологического здоровья оценивался по ОНП–14-ru.

IV этап. Для выявления морфологических изменений и клинических проявлений и их динамики под воздействием алкоголя в полости рта было проведено экспериментальное исследование на белых беспородных крысах (n=150), одинакового возраста и массы, находившихся в равных условиях содержания и питания.

Данный этап делился на 2 части. Для реализации I части исследования лабораторных крыс (n=90) рандомизированно распределили на 2 группы. I группу составили 75 крыс, которым проводилась «принудительная алкоголизация» (20% раствор этанола использовался как единственный источник для питья) по патентной методике 2020 г. Крымского Федерального Университета. Исследование проводилось в течение 3 месяцев.

Группа контроля (n=15) взята для оценки исходных показателей. Первичные изменения слизистой оболочки полости рта под влиянием алкоголя оценивались клинически, морфологически (с окрасками гематоксилин-эозин, пикроиндигокармин и по Унна) и гистохимически (с количественной и качественной оценкой уровня гистамина, серотонина, катехоламинов) (Рисунок 1).

Оценивались слои и структура клеток: подсчитывалось количество тучных клеток. В тучных клетках был рассчитан уровень гистамина. Клиническая, гистохимическая и морфологическая оценки проведены до и после лечения.



Рисунок 1 - Дизайн исследования

В качестве медикаментозных средств использовались комбинации препаратов: Хлоргексидин+Пронтосан (Х+П), Хлоргексидин+Эмалан (Х+Э), Браунодин+Пронтосан (Б+П), Браунодин+Эмалан (Б+Э). Вывод из

эксперимента проводился спустя 14 дней после лечения согласно рекомендациям ВОЗ.

V этап. Для экспертной оценки эффективности предложенных схем лечения пародонтита легкой и средней степени тяжести, разработки принципов стоматологической реабилитации пациентов с синдромом АЗ с учетом клинических, иммунологических, биохимических и микробиологических показателей полости рта из 165 пациентов с синдромом алкогольной зависимости рандомизированно выбрано 83 пациента: с легкой (n=41) и средней (n=42) степенью тяжести хронического генерализованного пародонтита. Каждому пациенту составлен индивидуальный план лечебных стоматологических терапевтических мероприятий с его реализацией согласно клиническим рекомендациям. В качестве медикаментозных схем в каждой группе использовались: Браунодин и Пронтосан (1 подгруппа), Браунодин и Эмалан (2 подгруппа). Эффективность лечения оценивалась клинически, в том числе по специализированным индексам, с помощью лабораторных методов, а также с последующей оценкой критериев качества жизни по стоматологическому профилю до лечения, после лечения, через 30 дней, через 3 месяца, через 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

I этап. Ретроспективный анализ.

С помощью ретроспективного анализа подтверждена гипотеза у пациентов с синдромом АЗ о высокой распространенности заболеваний полости рта (100%) и нуждаемости в стоматологическом лечении (до 93%) за счет низкой обращаемости (6%), только по неотложным стоматологическим состояниям.

Так, объем терапевтической помощи в группе исследования составил 100%, хирургической помощи – 40,6%, ортопедической – 93%, что в 7 раз выше контрольной группы. В структуре нуждаемости по терапевтическому профилю, определено, что нуждаемость в лечении тканей пародонта составляет 91%, в группе контроля данный показатель в 3 раза меньше (28,1%). Профессиональная гигиена полости рта в группе исследования необходима 93% пациентов. Лечение НКЗ – 87,3%.

II этап. Стоматологический статус.

Сравнительный анализ стоматологического статуса пациентов с коморбидной патологией и без нее показывает, что в группе исследования на первом месте был неприятный запах изо рта. На втором месте – подвижность зубов. На третьем – повышенная чувствительность зубов, далее сухость во рту (которая превышает группу контроля в 5 раз), покраснение и кровоточивость десен. Каждый пятый жаловался на зубную боль. В группе контроля перечисленные жалобы наблюдались в 2 раза реже.

Индекс КПУ в исследуемой группе статистически значимо не отличался от контрольной группы ($p=0,135$), однако определены существенные различия в структуре. Так, в I группе медиана показателя «кариозные зубы» – равнялась

4,5 (2,0;7,5), во II группе – 3,0 (0,0;5,75), $p=0,029$. Аналогичная картина прослеживается и в составляющей «удаленные зубы»: 13,0 (9,0;18,0) и 8,5 (5,25;16,5) соответственно ($p<0,0001$) – разница в 1,5 раза.

Общий индекс гигиены ОИ-S и его составляющие: индекс зубного налета (DI-S) и индекс зубного камня (CI-S) в группах исследования статистически значимо отличаются: I группа исследования характеризуется низким уровнем гигиены полости рта, что обусловлено наличием основного заболевания по наркологическому профилю – синдрома АЗ.

Кроме того, обращает на себя внимание высокая распространенность стоматологических заболеваний, которые наблюдались в группе исследования в 91% случаев, в группе контроля в 3 раза ниже. В структуре воспалительных заболеваний пародонта преобладали пародонтиты средней и тяжелой степени тяжести – около 40%, в группе контроля – легкой степени. Так, медиана индекса РМА составила 40,0 (33,0;66,0)%, кровоточивость по Мюллеману (SBI) – 50,0%, что в 10 раз выше контрольной группы (Таблица 1).

Таблица 1 – Индексные показатели в группах наблюдения (Me (Q₁;Q₃))

Показатели	I группа	II группа	p
КПУ	14,0 (10,0;18,0)	12,0 (8,0;16,0)	0,135
«Кариес»	4,5 (2,0;7,0)	3,0 (0,0;5,75)	0,029*
«Пломба»	1,0 (0,0;3,0)	9,0 (4,0;14,0)	<0,0001*
«Удаленные»	13,0 (9,0;18,0)	8,5 (5,25;16,5)	<0,0001
ОИ-S	2,0 (1,0;3,0)	1,0 (0,0;1,0)	<0,0001*
DI-S	3,0 (2,0;3,0)	2,0 (1,0;2,0)	0,001*
CI-S	2,0 (1,0;2,0)	1,0 (1,0;1,0)	0,001*
GI	2,0 (1,0;2,0)	1,0 (0;1,0)	0,001*
РМА, %	40,0 (33,0;66,0)	6,0 (6,0;12,0)	<0,0001*
ПИ по А.Russel	2,0 (2,0;4,0)	1,0 (0;1,75)	<0,0001*
SBI	50,0 (16,7;50,0)	5,0 (2,0;10,0)	<0,0001*
СРITN	2,0 (2,0;3,0)	1,0 (0;1,0)	0,001*

Примечание – *разница статистически значима

При подсчете общего количества дентальных единиц (зубов) в группах наблюдения отмечены различия. Так, среднее количество дентальных единиц в I и II группах исследования статистически значимо различается в возрастной категории 45–59 лет, в количестве $17,53\pm 1,7$ и $23,67\pm 1,4$ соответственно ($p=0,012$).

Среди некариозных заболеваний у пациентов I группы преобладающим видом явилась патологическая стираемость (46,1%), на втором месте – клиновидные дефекты (15,8%), на третьем – эрозивные поражения зубов (12,7%), на четвертом – травмы зубов (9,1%).

Заболевания пародонта подтверждают факт повышения соответствующей пародонтопатогенной микрофлоры. Так по данным микробиологического исследования тест-системой «Дентоскрин» выявлено, что *P.gingivalis*, как один из главных маркеров воспалительных заболеваний пародонта, в группе

исследования обнаружен в концентрации 102 000 (77000,0;136000,0) ГЭ/мл, что выше порогового значения диагностически значимого титра (10^5). Необходимо отметить, что *P.endodontalis* в 20 раз выше контрольной группы. Уровни остальных микроорганизмов превышают показатели контрольной группы в 3-5 раз.

У пациентов с синдромом алкогольной зависимости наблюдаются статистически значимые изменения гуморального иммунитета: повышение IgG в 2,3 раза и Ксб в 3,5 раза – с 1,28 (0,71;1,89) до 4,43 (2,22;8,23) Ед, на фоне пониженных показателей (в 1,5 раза) sIgA, и IgA и лизоцима: 43,0 (40,0;46,0) г/л против 53,0 (48,0;58,25) г/л. По цитологическому исследованию клеточного иммунитета у пациентов с синдромом алкогольной зависимости, статистически значимо увеличено количество нейтрофилов, в 5 раз уменьшено количество лимфоцитов: с 5,0 (2,0;8,0) до 1,0 (0,0;1,0); в 2 раза – моноцитов по сравнению с группой контроля: с 2,0 (1,0;3,0) до 1,0 (0,0;1,0), $p < 0,0001$. Основным источником лейкоцитов нейтрофильного ряда является десневой желобок, куда мигрируют лейкоциты вследствие воспаления из сосудов слизистой оболочки полости рта. Кроме того, аккумуляция бактериальной флоры также способствует данной миграции.

Таким образом, высокая распространенность пародонтита с преобладанием средней и тяжелых форм у пациентов с алкогольной зависимостью, подтверждается увеличением пародонтопатогенной микрофлоры полости рта и снижением показателей местного иммунитета.

III этап. Социологическое исследование.

В результате социологического исследования установлено, что алкогольной зависимостью чаще страдают мужчины (62,4%), в самом трудоспособном возрасте $43,55 \pm 2,22$ года. Средний стаж алкогольной зависимости $8,94 \pm 1,12$ года, имеющие средний уровень образования (78,2%) и неудовлетворительное питание (в т. ч. с высоким потреблением сахаров – 62,4%). В 77% случаев это курящие люди с общесоматической патологией, связанной с органами дыхания.

Неудовлетворительные социально-экономические условия сопровождаются клинически выраженной тревогой и депрессией, с медианой показателей в 11 (8,0;14,0) баллов. Необходимо отметить, что гендерных различий по данному показателю не наблюдалось. Кроме того, определен низкий уровень приверженности к лечению – 3,0 (2,0;4,0) балла (находящиеся в группе неприверженности) против 2,0 (1,0;3,0) в группе контроля, $p = 0,001$.

Параметры качества жизни являются полифакторным показателем, объединяющим как психоэмоциональное состояние самого больного, бытовые условия, а также наличия болевой чувствительности, признаков воспаления, отсутствие ортопедических конструкций, позволяющих вести полноценный образ жизни, связанный с приемом пищи, питанием в целом и общением. Все это отражается на суммарном показателе качества жизни: 40,0 (25,5;54) баллов, что соответствует низкому уровню качества жизни по стоматологическому профилю, против 21,5 (16,25;34,0) балла в контрольной группе, $p < 0,0001$. При градации показателя на 3 основных блока определено следующее: медиана

показателя «проблемы при приеме пищи» в группе исследования составила 14,5 (9,0;18,75) балла, в группе контроля статистически значимо ниже – 10,0 (7,0;14,0) балла, $p=0,012$. Медиана показателя «проблемы в общении» в исследуемой группе составила 17,5 (10,75;21,0) против 7,0 (5,0;12,0) балла ($p<0,0001$), разница в 2,5 раза. Аналогичная ситуация прослеживается и в блоке «проблемы в повседневной жизни»: 9,0 (5,25;14,0) против 4,5 (4,0;7,0) в группе исследования и контроля соответственно, $p<0,0001$ (Рисунок 2).

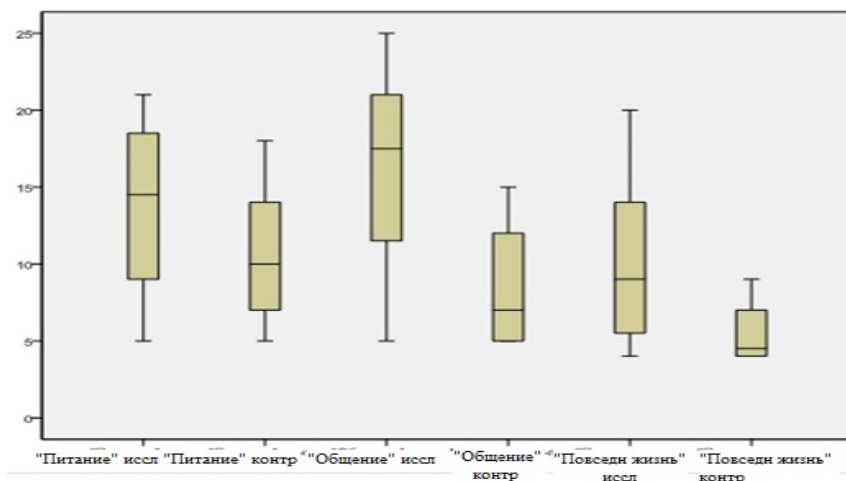


Рисунок 2 - Структура ОНПР-14-ги по основным блокам в группах наблюдения: «проблемы при приеме пищи», «проблемы в общении», «проблемы в повседневной жизни»

Удобство и простота использования данного опросника расширяют его использование при такой коморбидной патологии, как синдром АЗ, и позволяют получить максимально полноценную и объективную информацию.

Социологический метод позволил выявить наиболее значимые медико-социальные факторы риска стоматологических заболеваний, которые в сумме с высоким уровнем тревоги и депрессии и низким уровнем мотивационной активности у пациентов с синдромом алкогольной зависимости ведет к резкому снижению качества жизни.

IV этап. Экспериментальное исследование.

В результате экспериментального исследования выявлено, что увеличение срока алкоголизации до 3 месяцев приводит к стрессу как на микро-, так и макроскопическом уровнях. Так, уже на сроке алкоголизации в 1 месяц наблюдается агрессивность в поведении экспериментальных животных, спустя 2 месяца макроскопически определен отек и гиперемия всей СОР, к 3 месяцу эксперимента определено усиление капиллярного рисунка, кровоточивость при прикосновении.

Первичные морфологические изменения в десне лабораторных животных (крыс) при воздействии алкоголя характеризуются четкими признаками воспалительной реакции: отеком эндотелия, повышением количества воспалительных клеточных элементов, увеличением количества капилляров, полнокровие сосудов с формированием неососудов, а также очагами

кровоизлияний, усилением ороговения, которые усиливаются с увеличением срока алкоголизации. Вместе с тем, к 3 месяцу эксперимента, наблюдаются изменения всей citoархитектоники десны в сторону атрофических изменений: утоньшение эпителиального слоя, сглаживание эпителиальных сосочков, фиброзирование.

При подсчете количества тучных клеток, окраской пикроиндигокармин и Унна необходимо отметить, что спустя 1 месяц наблюдения их среднее количество составило $2,1 \pm 0,1$ в поле зрения. Спустя 2 месяца наблюдений – $4,3 \pm 0,2$; спустя 3 месяца – $7,2 \pm 0,6$ в поле зрения. В группе контроля данный показатель составил $0,84 \pm 0,06$ в поле зрения, $p < 0,0001$ (Рисунок 3).

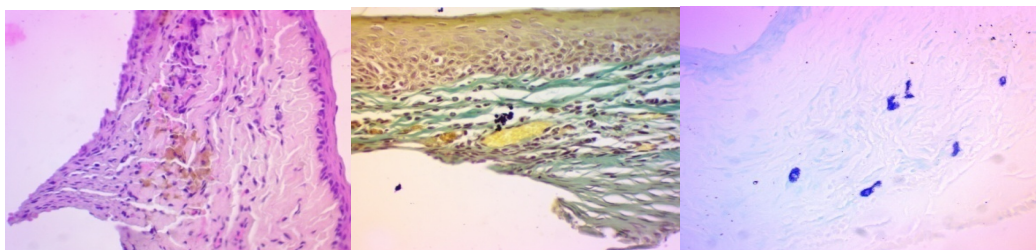


Рисунок 3 - Срез десневого сосочка у крыс экспериментальной группы спустя 3 месяца эксперимента (окраска гематоксилин–эозин – слева: сглаженность эпителиальных сосочков, отложение гемосидерина в тканях пародонта – вследствие кровоизлияния; окраска пикроиндигокармином в центре: фиброз в нижележащих слоях, полнокровие сосудов; справа – окраска по Унна – в центре распадающиеся, гранулирующие и распавшиеся тучные клетки с сохранным ядром ув. 100–400)

Уровень гистамина тучных клеток уменьшается сверху вниз и растет прямо пропорционально с увеличением срока алкоголизации. Так, уровень гистамина в эпителиальном слое выше по сравнению с группой контроля в 6 раз (с $0,28 \pm 0,02$ до $1,86 \pm 0,003$ усл. ед., $p < 0,001$). В сосочковом и сетчатом слоях собственной пластинки СОР – в 3 раза. Уровень катехоламинов в тучных клетках наоборот, максимален в более глубоких слоях СОР, влияя на сосуды и нервные терминалы, расположенные в данном слое, усиливая данное перераспределение между слоями СОР с увеличением длительности алкоголизации. Спустя 3 месяца эксперимента наблюдается истощение содержания нейроаминов, как отражение процесса декомпенсации. Вышеперечисленное, несомненно, ведет к нарушению и изменению полноценного функционирования десны, замедленной репарации, а также развитию предраковых заболеваний.

Оценка эффективности различных схем лечения в эксперименте проводилась на 60 крысах на сроке 60 дней. При анализе количества тучных клеток определено следующее: во всех 4 подгруппах уровень тучных клеток статистически значимо снизился, однако наблюдались следующие особенности. В первой и второй подгруппах количество тучных клеток уменьшилось с $4,3 \pm 0,2$ до $2,48 \pm 0,4$ и $2,54 \pm 0,3$ в поле зрения соответственно ($p < 0,0001$), что

статистически значимо отличалось от группы контроля ($0,84 \pm 0,06$), $p < 0,0001$. В третьей и четвертой подгруппах уровень тучных клеток после лечения сопоставим с группой контроля: $1,1 \pm 0,07$ и $0,9 \pm 0,08$ в поле зрения (Рисунок 4).

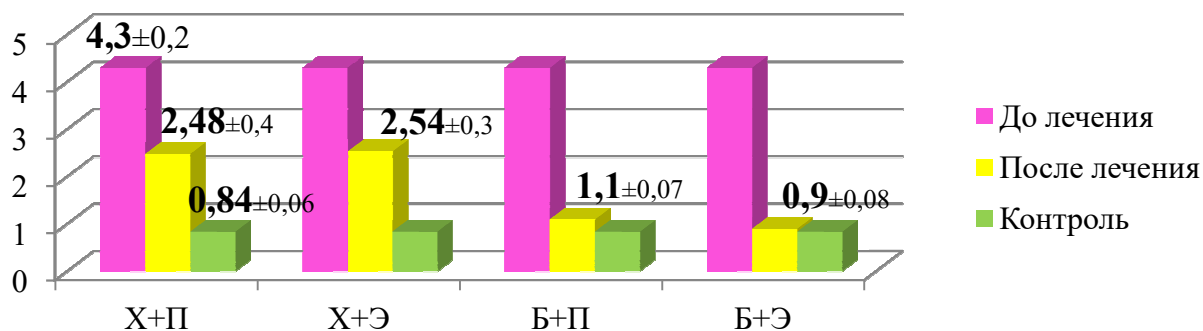


Рисунок 4 - Уровень тучных клеток в I группе исследования до и после лечения в сравнении контрольной группой (в поле зрения), $M \pm m$

Аналогичная ситуация прослеживается и с уровнем гистамина. Во всех слоях слизистой оболочки 3 и 4 подгруппы показали лучшие результаты (Рисунок 5).

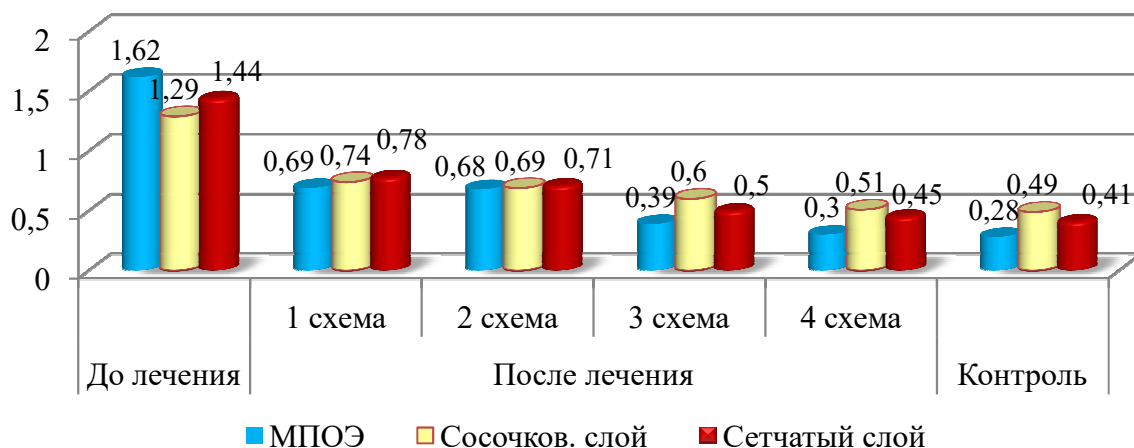


Рисунок 5 - Уровень гистамина в слоях СОР до и после лечения в усл. ед. ($M \pm m$)

Таким образом, в условиях эксперимента было получено, что из четырех схем лечения наиболее эффективными являются две (Браунодин+Пронтосан, Браунодин+Эмалан), которые были протестированы в клинических условиях.

V этап. Клиническая оценка эффективности схем лечения. Реабилитационные мероприятия.

На основании жалоб пациента, клинических данных, выражающихся в индексной оценке патологического процесса, иммунологических показателях при ХГПЛСТ эффективны обе схемы лечения, эффективность которых прослеживается до 6 месяцев наблюдения со статистически значимым ухудшением к концу наблюдения всех показателей (Рисунок 6).

Экспертная оценка эффективности предложенных схем лечения при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести проводилась до лечения, после лечения, через 30 дней и 3 месяца после лечения. При оценке жалоб и клинического осмотра показала статистически значимую эффективность 2 схема лечения: Браунодин+Эмалан (Рисунок 7).

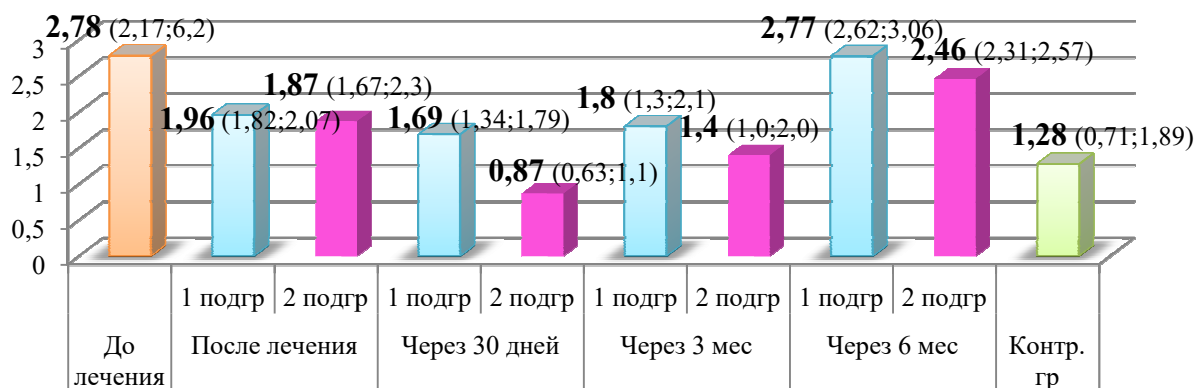


Рисунок 6 - Медиана уровня Ксб в подгруппах исследования: до лечения, после лечения, через 30 дней, через 3 и 6 месяцев в сравнении с контрольной группой, в Ед, (Ме (Q₁;Q₃))

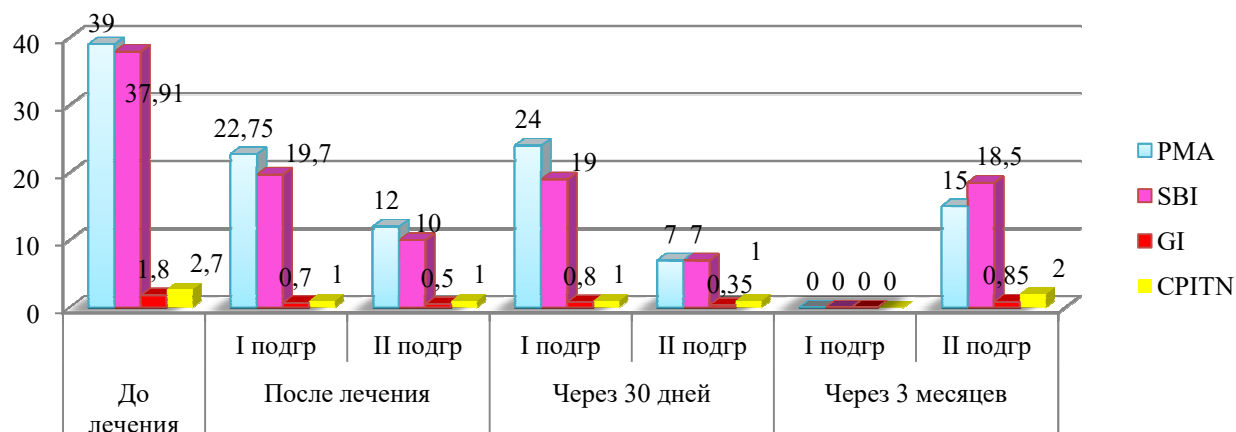


Рисунок 7 - Индексные показатели в 1 и 2 подгруппах исследования при средней степени хронического генерализованного пародонтита до, после лечения, через 30 дней и 3 месяца (Ме (Q₁;Q₃))

Это подтверждается и лабораторными показателями местного иммунитета полости рта: sIgA и лизоцимом, общим IgA и IgG, коэффициентом сбалансированного фактора местного иммунитета (Таблица 2).

Необходимо отметить, по истечении трех месяцев представленные показатели смещаются в сторону ухудшения, что требует повторного осмотра и решения вопроса дальнейшей тактики лечения.

При оценке уровня микроорганизмов по данным «Дентоскрин» после лечения превышение клинически значимых титров не отмечалось ни в одном образце.

Медиана суммарного индекса ОНП-14-ги статистически значимо уменьшилась в 1,3 раза (с 40,0 (25,5;54,0) до 23,5 (19,25; 27,0) балла, $p < 0,0001$ благодаря снятию воспаления, уменьшению болевой чувствительности и, как результат, снижению психологического напряжению по данной причине. Это отражается и в структуральных блоках данного показателя.

Так, в 1,5 раза уменьшились «проблемы при приеме пищи»: с 14,5 (9,0;18,75) до 9,0 (8,0; 12,75) балла ($p = 0,002$). Балльная оценка «проблем в повседневной жизни (труде и отдыхе)» изменилась с 9,0 (5,25;14,0) до 6,0 (4,0; 7,75) ($p < 0,0001$); «проблемы в общении»: с 17,5 (10,75;21,0) до 8,0 (6,0;10,0), $p = 0,001$.

Таблица – 2 Содержание sIgA, IgA, IgG, лизоцима в исследуемой группе с ХГПССТ до и после лечения, в г/л (MeQ₁;Q₃)

Показатель		sIgA (г/л)	IgA (г/л)	IgG (г/л)	Лизоцим (г/л)	Ксб
До лечения	Общая группа	0,23 (0,17;0,27)	0,015 (0,01;0,03)	0,07 (0,04;0,09)	40,7 (39,0;43,0)	6,06 (3,94;12,4)
После лечения	1 под-группа	0,4 (0,3;0,45) $p^1 = 0,11$	0,03 (0,029;0,04) $p^1 = 0,001$	0,067 (0,062;0,07) $p^1 = 0,08$	48,0 (45,0;49,0) $p^1 = 0,001$	2,76 (1,17;3,51) $p^1 < 0,0001$
	2 под-группа	0,64 (0,63;0,66) $p^2 = 0,001$	0,034 (0,032;0,038)) $p^2 = 0,002$	0,058 (0,049;0,067) $p^2 = 0,032$	56,0 (54,0;58,0) $p^2 = 0,001$	1,87 (1,65;2,34) $p^2 < 0,0001$
Через 30 дней после лечения	1 под-группа	0,4 (0,2;0,4) $p^3 = 0,4$	0,03 (0,03;0,035) $p^3 = 0,46$	0,07 (0,06;0,073) $p^3 = 0,39$	47,0 (43,5,0;51,0) $p^3 = 0,91$	3,18 (2,74;3,60) $p^3 = 0,332$
	2 под-группа	0,64 (0,56;0,70) $p^4 = 0,89$	0,037 (0,036;0,038)) $p^4 = 0,027$	0,054 (0,045;0,062) $p^4 = 0,153$	55,0 (54,0;57,0) $p^4 = 0,148$	1,70 (1,42;1,99) $p^4 = 0,031$
Через 3 месяца	1 под-группа	-	-	-	-	-
	2 под-группа	0,3 (0,2;0,4) $p^5 = 0,001$	0,024 (0,021;0,027)) $p^5 = 0,001$	0,06 (0,07;0,07) $p^5 = 0,001$	46,0 (43,0;53,0) $p^5 = 0,003$	4,0 (3,59;4,38) $p^5 = 0,001$
Контрольная группа		0,63 (0,4;0,72)	0,029 (0,02;0,038)	0,03 (0,02;0,04)	53,0 (48,0;58,25)	1,28 (0,71;1,89)

Примечание – p^1 – статистически значимые отличия в I подгруппе до и после лечения

p^2 – статистически значимые отличия во II подгруппе до и после лечения

p^3 – статистически значимые отличия в I подгруппе через 14 и 30 дней после лечения

p^4 – статистически значимые отличия во II подгруппе через 14 и 30 дней после лечения

p^5 – статистически значимые отличия во II подгруппе через 30 дней и 3 месяца после лечения

Полученные результаты диссертационного исследования позволили разработать схему стоматологической реабилитации пациентов с синдромом АЗ (в т. ч. индивидуальную карту стоматологической реабилитации пациентов с синдромом АЗ), основными составляющими которой являются:

1. Комплексное стоматологическое обследование, включающее стандартный клинический осмотр, дополнительные и вспомогательные методы исследования (в т. ч. оценка показателей местного иммунитета, микробиома полости рта (по данным «Дентоскрин»), онкоскрининг).

2. Комплексное психологическое и психиатрическое обследование, включающее оценку психоэмоционального состояния (шкала HADS), уровня комплаенса – приверженности к лечению (тест Мориски – Грина). Решение вопроса о виде и объеме психолого-социальных мероприятий с целью повышения мотивационной активности к лечению и снижению медико-социальных факторов риска развития стоматологических заболеваний.

3. Лечебные мероприятия для нормализации стоматологического статуса соответствующего профиля, вида и объема, в т.ч. противорецидивное лечение. Особый акцент ставится на профессиональной гигиене полости рта, подборе гигиенических средств, ополаскивателей.

4. Обучающие мероприятия с делением данного раздела на обучение пациентов и обучение врачей-стоматологов.

4.1. Для пациентов: подготовка материалов для простого и удобного восприятия медицинской информации, касающейся заболеваний, выявленных в ходе комплексного обследования, советы по уходу за полостью рта, профилактике осложнений, связанных с отсутствием лечебно-реабилитационных мероприятий, подбор средств индивидуальной гигиены в каждом конкретном случае.

4.2. Для врачей-стоматологов: подготовка циклов в рамках НМО (36, 72 часа) введение их в план дополнительной профессиональной подготовки, а также вопросов диагностики и лечебно-реабилитационных мероприятий по специальности. Включение в программы дополнительного профессионального образования врачей-стоматологов всех профилей учебных часов, посвященных особенностям стоматологического статуса при данной патологии, оценке уровня мотивационной активности и качеству жизни данной категории пациентов.

Диспансерное наблюдение – регулярное обследование с периодичностью, определенной персонифицированной картой реабилитации с учетом индивидуальных особенностей.

Результатами, или оценкой эффективности, данной программы являются:

1. Восстановление стоматологического здоровья и поддержание последнего на должном уровне (Рисунок 8).



Рисунок 8 - Схема стоматологической реабилитации пациентов с синдромом АЗ

2. Повышение знаний по стоматологическому профилю, навыков и умений в области индивидуальной гигиены полости рта.

3. Интеграция пациента в благоприятную социальную сферу (восстановление общения, снижение ограничения питания).

4. Повышение качества жизни пациентов с коморбидной патологией.

Поскольку алкогольной зависимостью страдает наиболее трудоспособное население, создание системы реабилитации решает вопрос социального, медицинского и экономического характера.

Перспектива дальнейшей разработки темы диссертационного исследования заключается в возможности применения алгоритма реабилитации пациентов с синдромом алкогольной зависимости и оптимизации лечения заболевания пародонта у пациентов с коморбидной патологией.

ВЫВОДЫ

1. В результате ретроспективного анализа медицинской документации установлено, что распространенность стоматологических заболеваний у пациентов с алкогольной зависимостью достигает 100% на фоне высокой нуждаемости в лечении (92,7%), низкой обращаемости за стоматологической помощью (6,1%) и минимальным объемом стоматологических вмешательств (преобладание удаленных зубов над вылеченными 1:3).

2. Стоматологический статус у пациентов с синдромом алкогольной зависимости характеризуется низким уровнем гигиены полости рта, высокой распространенностью (100%) и интенсивностью кариеса зубов, преобладанием

кариозных и удаленных зубов в структуре КПУ, наличием предраковых заболеваний слизистой оболочки рта (лейкоплакии 30,3%) и некариозных поражений зубов (87,3%), воспалительных заболеваний пародонта (91%) на фоне дисбиоза полости рта (превалирование *Porphyromonas gingivalis* 102000,0 (77000,0; 136000,0)) и высоких значений показателей местной иммунной защиты (Ксб 4,43 (2,22; 8,23)).

3. Оценка медико–социальных факторов риска развития стоматологических заболеваний у пациентов с синдромом алкогольной зависимости позволяет выявить наиболее значимые: алкогольной зависимостью чаще страдают мужчины (62,4%), в самом трудоспособном возрасте ($43,55 \pm 2,22$ лет) со средним стажем алкогольной зависимости $8,94 \pm 1,12$ лет, имеющие средний уровень образования и относительно удовлетворительные условия проживания и неудовлетворительное питание (в т.ч. с высоким потреблением сахаров). В 77% случаев это курящие люди с общесоматической патологией, связанной с органами дыхания. По социальному статусу, чаще всего, это одинокие люди (разведенные или не женатые). Плохое качество жизни (ОНП–14–ru) у пациентов с синдромом алкогольной зависимостью сопровождается повышенным уровнем тревоги и депрессии, низким уровнем мотивационной активности (3 балла).

4. Влияние алкоголя на слизистую оболочку рта лабораторных животных в условиях эксперимента выражается в воспалительной реакции, проявляющейся отеком эндотелия, повышением количества воспалительных клеточных элементов (тучных клеток с $0,87 \pm 0,1$ до $7,2 \pm 0,6$) и уровня биоаминов (гистамина в многослойном плоском ороговевающем эпителии $1,86 \pm 0,003$ усл. ед.; серотонина в сетчатом слое слизистой оболочки рта до $0,0155 \pm 0,0006$ усл. ед.), увеличением количества капилляров, полнокровие сосудов с формированием неососудов, а также очагами кровоизлияний, усилением ороговения, что обосновывает выбор патогенетических схем лечения воспаления.

5. При лечении алкогольассоциированных пародонтитов легкой степени тяжести одинаково эффективными являются обе медикаментозные схемы (Браунодин с Пронтосаном или Браунодин с Эмаланом), которые можно использовать в зависимости от клинической ситуации. Алкогольассоциированный пародонтит средней степени тяжести предпочтительно лечить с использованием схемы Браунодин с Эмаланом. Эффективность полученных результатов подтверждена динамикой клинических, иммунологических и микробиологических показателей, что явилось основанием для разработки комплекса стоматологических реабилитационных мероприятий.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Планировать стоматологические реабилитационные мероприятия необходимо на этапе реабилитационного лечения по наркологическому профилю.

2. Комплекс реабилитационных мероприятий должен включать:

1) оценку качества жизни по стоматологическому профилю (до и после лечения),

2) психоэмоциональную оценку (в т. ч. уровень мотивационной активности),

3) комплексное стоматологическое обследование,

4) проведение лечебных мероприятий,

5) выполнение обучающих мероприятий с последующей проверкой знаний (с делением на обучение для пациентов и для врачей-специалистов),

6) диспансерное наблюдение (кратность зависит от клинического состояния).

3. Реабилитационные стоматологические мероприятия у пациентов с синдромом алкогольной зависимостью необходимо начинать с оценки качества жизни по стоматологическому профилю (ОНIP-14-ru), определения мотивационной активности (тесту Мориски-Грина), а также психоэмоциональной составляющей (оценки тревоги и депрессии по шкале HADS). Предложенные простые и краткие опросники рекомендовано внедрение в рутинную работу врачей-стоматологов.

4. Стоматологическая санация полости рта у пациентов с синдромом алкогольной зависимости, в первую очередь, должна быть направлена на выполнение профессиональной гигиены полости рта, а также устранение факторов риска, способствующих поддержанию воспалительных процессов в пародонте: удаление над- и поддесневых зубных отложений, коррекция нависающих краев пломб, лечение некариозных поражений зубов, кариеса и его осложнений, клиновидных дефектов, устранение преждевременных контактов, а также назначение местной медикаментозной терапии (в зависимости от клинической ситуации).

5. Наличие сдвигов в иммунологических показателях, а также изменение микробиоценоза полости рта (преобладание *P.gingivalis* 102000,0 (77000,0; 136000,0) и высокие значения коэффициента сбалансированности факторов (4,43 (2,22; 8,23)), в комплексе могут служить маркерами алкогольассоциированной патологии полости рта.

6. При лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести у пациентов с синдромом алкогольной зависимостью в комплексном лечении пародонтита в качестве лекарственной терапии рекомендовано использовать комбинацию препаратов «Браунодин+Пронтосан», «Браунодин+Эмалан». При комплексном лечении пародонтитов средней степени тяжести в качестве медикаментозных препаратов рекомендовано использование комбинации препаратов «Браунодин+Эмалан», как наиболее эффективной.

7. Комплексный подход к диагностике и лечению пародонтитов легкой и средней степени тяжести у пациентов с синдромом алкогольной зависимости позволит ускорить и повысить эффективность лечения заболеваний пародонта у пациентов с коморбидной патологией, отсрочить протезирование.

8. Разработанная карта реабилитации рекомендована к использованию для врачей–стоматологов по наркологическому профилю, что повысит эффективность лечебных мероприятий, улучшит качество жизни пациентов с синдромом алкогольной зависимости.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Киртаева, А. В. Первичные результаты исследования тканей пародонта крыс на фоне алкогольной интоксикации / А. В. Киртаева, Л. М. Яковлева // Восемнадцатая российская гастроэнтерологическая неделя (Москва 8–10 октября 2012 г.) : тезисы докладов в прил. «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии», 2012. – № 5. – С. 130.

2. Киртаева, А. В. Гигиена полости рта у лиц с хронической алкогольной интоксикацией / А. В. Киртаева, Л. М. Яковлева // Вестник Чувашского университета. – 2014. – № 2. – С. 263–266.

3. Киртаева, А. В. Состояние гигиены полости рта у лиц с хронической алкогольной интоксикацией / А. В. Киртаева // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины : материалы Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 40-летию кафедры патофизиологии (Чебоксары, 26 сентября 2014 г.) / Чувашский государственный университет им И. Н. Ульянова. – Чебоксары : ЧГУ, 2014. – С. 194–197.

4. Трубина, Е. О. Особенности локализации патогенной микрофлоры полости рта / Е. О. Трубина, И. И. Романова, А. В. Киртаева // Морфология в теории и практике : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 95-летию со дня рождения доктора медицинских наук, профессора Дины Семеновны Гордон (Чебоксары, 22 ноября 2017 г.) / Чувашский государственный университет им И. Н. Ульянова. – Чебоксары : ЧГУ, 2017. – С. 234–237.

5. Киртаева, А. В. Исследование содержания гистамина в тканях десны крыс на фоне алкогольной интоксикации / А. В. Киртаева // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 7. – С.26–29.

6. Киртаева, А. В. Роль катехоламинов тучных клеток в формировании цитоархитектоники слизистой оболочки полости рта крыс в норме и условиях экспериментальной алкогольной интоксикации / А. В. Киртаева // Dental Forum. – 2020. – №2. – С.27–31.

7. Влияние алкоголя на полость рта / А. В. Киртаева, С. И. Гажва, И. Н. Трофимова, С. П. Ильина // Здравоохранение Чувашии. – 2020. – № 1. – С.59–67.

8. Kirtaeva, A. V. Estimation of mast cells in the rat gingiva mucous membrane in the normal condition and under the conditions of experimental alcohol intoxication [Electronic source] / A. V. Kirtaeva, S. I. Gazhva // Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences : electronic journal. 2020. – Vol. 7, № 2. – P.530–536. – URL: http://www.iajps.com/February-2020/issue_20february_92.php.

9. Киртаева, А. В. Стоматологическое здоровье и приверженность к лечению у больных с хронической алкогольной интоксикацией / А. В. Киртаева, А. В. Николаева // Кризисы мировой науки и техники: парадигмы дальнейшего развития : материалы I Международной научно-практической конференции (Ростов-на-Дону, 20 апреля 2020 г.) / Южный университет. – Ростов-на-Дону : ИУБиП, 2020. – С.13–19.

10. Киртаева, А. В. Сравнительная клинко-морфологическая характеристика тканей слизистой оболочки полости рта крыс в норме и в условиях экспериментальной алкогольной интоксикации / А. В. Киртаева, С. И. Гажва // Современная наука в условиях модернизационных процессов: проблемы, реалии, перспективы (Уфа, 5 января 2021 г.) : сборник научных статей IV Международной научно-практической конференции / Вестник науки. – Уфа : ООО НИЦ, 2021, – С. 195–201.

11. Гажва, С. И. Синдром алкогольной зависимости в регионе (анализ проблемы) / С. И. Гажва, А. В. Киртаева // Международный научно-исследовательский журнал. – 2021. – № 4–2 (106). – С. 103–107.

12. Гажва, С. И. Сравнительная оценка качества жизни у больных с синдромом алкогольной зависимости до и после стоматологического лечения / С. И. Гажва, А. В. Киртаева // Вопросы развития и совершенствования санаторно-курортного комплекса регионов России (Чебоксары, 12 марта 2021 г.) : материалы Всероссийской научно-практической конференции / Институт усовершенствования врачей Минздрава Чувашии. – Чебоксары : ИУВ, 2021. – С. 210–214.

13. Гажва, С. И. Комплексная стоматологическая реабилитация больных с синдромом алкогольной зависимости : учебное пособие / С. И. Гажва, А. В. Киртаева. – Москва : ООО "НИЦ МИСИ", 2021. – 90 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АЗ – алкогольная зависимость

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ЖКТ – желудочно–кишечный тракт

КПУ – индексный показатель («кариес», «пломбы», «удаленные»)

Ксб – коэффициент сбалансированности факторов

МКБ – международная классификация болезней

МПОЭ – многослойный плоский ороговевающий эпителий

НКЗ – некариозные заболевания

НМО – непрерывное медицинское образование

ОПТГ – ортопантомография

ПЦР – полимерная цепная реакция

СОР – слизистая оболочка полости рта

ХГПЛСТ – хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести

ХГПССТ – хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести