

На правах рукописи

ЗАПЛУТАНОВА ДАРЬЯ АЛЕКСАНДРОВНА

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ**

14.01.14 – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Пермь – 2017

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России (ректор – доктор медицинских наук, профессор Б.Е. Шахов)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой стоматологии
факультета повышения квалификации
врачей ФГБОУ ВО «Нижегородская
государственная медицинская академия»
Минздрава России (г. Нижний Новгород)

Гажва Светлана Иосифовна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой пропедевтики
и физиотерапии стоматологических заболеваний
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
медицинский университет»
Минздрава России (г. Уфа)

Булгакова Альбина Ирековна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой терапевтической
стоматологии ФГБОУ ВО «Ставропольский
государственный медицинский университет»
Минздрава России (г. Ставрополь)

Каракон Карен Григорьевич

Ведущая организация:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет) (г. Москва)

Защита диссертации состоится «___» _____ 2017 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.067.01 при ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России (614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России по адресу г. Пермь, ул. Петропавловская, 26 и на сайте www.pdma.ru, с авторефератом можно ознакомиться на сайтах www.vak.ed.gov.ru, www.pdma.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Мудрова Ольга Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В Российской Федерации с 90-х годов XX века заболеваемость туберкулезом возросла в 2,4 раза, в связи с чем, приоритетом государственной политики в области здравоохранения стали социально значимые заболевания, в том числе и туберкулез [Ефремова Н.П., 2012; Степанян И.Э., 2013]. Развитие данного заболевания обусловлено, с одной стороны, неблагоприятными социально-бытовыми условиями определенных слоев населения, массовой миграцией из регионов неблагополучных по туберкулезу, неудовлетворительными условиями жизни, питания, гигиены, а с другой - снижением общей резистентности организма, стрессовыми воздействиями, преследующими всех людей [Марцев А.А., 2014; Charles W., 2016; Magee M. J. et al., 2016].

При заболевании туберкулезом страдает не только общее состояние организма, но и состояние полости рта [Авдониная Л. И., 2009; Александрова Е.А., 2010]. Однако, структура стоматологической заболеваемости на фоне туберкулезной инфекции до конца не изучена. Требуют уточнения алгоритмы лечения стоматологических заболеваний на фоне антибактериальной терапии, отсутствует единый методологический подход к выбору методов и сроков его проведения.

По данным ВОЗ, распространенность воспалительных заболеваний пародонта достигает 80-100% в разных возрастных группах [Гажва С.И., Воронина А.И., 2011; Гилева О.С., Садилова В.А., 2013; Усманова И.Н. с соавт., 2015; Chandna S., 2010]. Вместе с тем, особенности течения заболеваний пародонта, их степень тяжести у пациентов с туберкулезной инфекцией окончательно не установлены.

Известна роль местного иммунитета полости рта в возникновении кариеса зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта [Гажва С.И., Шкаредная О.В., Меньшикова Ю.В., 2012; Орехова Л.Ю., 2014; Graves D., 2003]. К наиболее изученным факторам гуморального иммунитета полости рта относятся иммуноглобулины IgA, IgG, IgM, и sIgA, способные

специфически связываться с чужеродными элементами-возбудителями инфекционных процессов и вызывать их элиминацию [Цепов Л.М., 2010; Биктимерова О.О., Рединова Т.Л., Зорин А.Ю., 2014; Antipova N.V. et al., 2009]. Но в то же время, до конца не изучено влияние на состояние местного иммунитета полости рта основного заболевания, что актуализирует важность изучения проблемы взаимосвязи туберкулезного инфицирования и состояния полости рта.

Степень разработанности темы исследования. До конца не изучены особенности течения стоматологической патологии на фоне туберкулезной инфекции, динамики показателей местного иммунитета и микробиоценоза полости рта. До настоящего времени отсутствует комплексная оценка стоматологического статуса в зависимости от местного иммунитета и микробиоценоза полости рта. Не отработан единый методологический подход к диагностике стоматологических заболеваний, теоретически не обоснованы и практически не предложены патогенетические схемы лечения пародонтитов у больных туберкулезом легких.

В связи с этим, актуальность данного исследования определяется вышеизложенными проблемами, а неизученные вопросы являются основанием для формирования цели и задач работы.

Цель исследования: клинико-лабораторная оценка эффективности мероприятий по повышению уровня стоматологического здоровья и качества жизни у пациентов с туберкулезом легких.

Задачи исследования:

1. Определить распространенность и особенности структуры стоматологических заболеваний, нуждаемость в оказании стоматологической помощи пациентам, проходящих фтизиатрическое лечение и реабилитацию по поводу туберкулеза легких.

2. Оценить психологический статус, установить степень мотивации к поддержанию стоматологического здоровья у пациентов с туберкулезом легких.

3. Изучить медико-биологические и социально-бытовые факторы риска развития стоматологических заболеваний у больных туберкулезом легких.

4. Охарактеризовать состояние системного и местного иммунитета полости рта у больных туберкулезом легких, оценить динамику лабораторных показателей в процессе противотуберкулезной терапии и стоматологического лечения.

5. Обосновать необходимость дифференцированного подхода к выбору медикаментозных средств для лечения заболеваний пародонта в зависимости от степени тяжести пародонтита.

6. Оценить эффективность комплексной санации полости рта и разработать меры по снижению стоматологической заболеваемости у больных туберкулезом легких.

Научная новизна исследования. Проведено комплексное стоматологическое обследование, получены новые данные о стоматологическом статусе, выявлены его особенности, определена структура стоматологической заболеваемости у пациентов с туберкулезом легких.

Впервые изучен психологический статус, определена модель общения с пациентами, страдающими туберкулезом легких, на стоматологическом приеме, выявлена степень мотивации к санации полости рта у данной категории пациентов.

Установлено, что определение психотипа больных туберкулезом легких, степени мотивации к стоматологической санации у них, выбор модели общения врача и пациента требуют от специалистов стоматологического профиля дополнительных знаний в области вербальных коммуникаций и психологии и обуславливают необходимость дополнительного обучения.

Впервые определена степень риска развития хронического орального сепсиса у больных с туберкулезом, а индекс РХОС-М применим для оценки эффективности лечения стоматологической патологии.

Теоретически обоснована, клинически и лабораторно доказана эффективность предложенных патогенетических схем лечения пародонтитов легкой и средней степени тяжести, уточнены показания их применения у больных с туберкулезом легких.

Разработаны меры по снижению стоматологической заболеваемости и практические рекомендации по диагностике и лечению стоматологических патологий у больных с туберкулезом легких.

Теоретическая и практическая значимость. Полученные данные комплексного стоматологического обследования пациентов на фоне туберкулезной инфекции свидетельствуют о высокой распространенности стоматологических заболеваний среди данной категории пациентов, нарушениях в системе местного иммунитета полости рта, дисбиотических сдвигах в микробиоценозе ротовой полости, что необходимо учитывать при составлении индивидуального плана лечения пациентов с целью снижения антигенной нагрузки и обеспечения стабильного результата лечения.

Определение психологического статуса и степени мотивации к стоматологическому лечению у пациентов с туберкулезом легких позволяет выбрать модель общения и обеспечивает успешный результат лечения.

Динамика изменений значения индекса риска развития хронического орального сепсиса и показателей качества жизни у пациентов с туберкулезом легких подтверждают взаимосвязь состояния полости рта и соматического статуса и могут использоваться как критерии оценки эффективности стоматологического лечения.

Полученные результаты проведенного исследования позволяют оптимизировать процесс медикаментозной противовоспалительной терапии у пациентов с пародонтитом легкой и средней степени тяжести, путем использования различных схем лечения в зависимости от степени тяжести пародонтита.

Методология и методы диссертационного исследования. Методология научного исследования построена на изучении данных

специальной литературы отечественных и зарубежных авторов по теме «Клинико-лабораторная оценка стоматологических заболеваний на фоне туберкулезной инфекции», оценке актуальности и разработанности темы. В соответствии с целью и задачами исследования был составлен дизайн диссертационной работы, который включал несколько этапов, определены объекты и методы исследования.

Объектами исследования явились пациенты с туберкулезом легких. Для этапа социологического исследования была разработана анкета по выявлению факторов риска развития стоматологических заболеваний у данной категории пациентов. Комплексное стоматологическое обследование включало в себя кроме стандартной схемы обследования, индексную оценку состояния полости рта, изучение иммунологических показателей крови (Т- и В- лимфоцитов, ЦИК, фагоцитоза, IgA, IgG и IgM), определение в ротовой жидкости IgA, IgG, IgM, sIgA, активности лизоцима, коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта (Ксб), особенностей микрофлоры полости рта. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы для персонального компьютера «Statistica» (версия 6.0 для Windows 7) и Microsoft Office Excel (2007).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Стоматологический статус пациентов с туберкулезом легких на фоне длительной антибиотикотерапии характеризуется высокой распространенностью и интенсивностью кариозного процесса, с преобладанием кариозных и удаленных зубов, наличием воспалительных заболеваний пародонта, преимущественно легкой и средней степени тяжести, деструктивных очагов одонтогенной инфекции, высокой частотой встречаемости некариозных поражений, выраженной кандидозной инфекцией в структуре заболеваний слизистой оболочки рта, плохой гигиеной полости рта, что подтверждает низкий уровень мотивации к стоматологическому лечению и обосновывает необходимость проведения

санационных мероприятий, профилактических курсов лечения и планового диспансерного наблюдения.

2. Предложенные патогенетически обоснованные медикаментозные схемы в алгоритме лечения пародонтитов легкой и средней степени тяжести у пациентов с туберкулезной инфекцией легких являются методом выбора в каждой конкретной клинической ситуации в зависимости от степени выраженности ее симптомов, показателей клеточного, гуморального и местного иммунитетов, характера дисбиотических сдвигов в микробиоценозе полости рта.

Степень достоверности и апробация работы. Достоверность результатов данной научной работы подтверждается большим количеством материала, наблюдениями, методами исследования, соответствующих поставленным цели и задачам исследования. Научные положения, выводы и практические рекомендации подкреплены данными, представленными в таблицах и рисунках. Обработка полученных результатов, представленных в диссертационной работе, проведена с помощью современных методов обработки информации и статистического анализа.

Внедрение в практику результатов исследования. Предложенные алгоритмы лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с туберкулезом легких и программа стоматологической реабилитации пациентов на фоне туберкулезной инфекции внедрены в лечебный и учебный процессы кафедры стоматологии ФПКВ ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России; в лечебную работу Центра дентальной имплантологии ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России; лечебную работу ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический противотуберкулезный диспансер» и ГКУЗ НО «Противотуберкулезный санаторий «Бобьильский»; результаты исследований используются при чтении лекций и проведении практических занятий для слушателей факультета повышения квалификации врачей и студентов стоматологического факультета.

Личный вклад автора в выполнение работы. Автором лично проведено стоматологическое обследование и лечение 250 пациентов, страдающих различными стоматологическими заболеваниями, 230 из которых имеют туберкулез легких. Автором разработана и заполнена «Карта стоматологического обследования у больного туберкулезом органов дыхания» на каждого пациента, проведен анализ 209 ортопантомограмм, собран материал для проведения лабораторных иммунологических исследований ротовой жидкости (413) и микробиологических исследований дорсальной поверхности языка (413). Самостоятельно проведен анализ полученных данных и статистическая обработка результатов исследования.

Апробация диссертации. Основные положения диссертационной работы были доложены на межрегиональных конференциях Нижегородской ассоциации стоматологов, Всероссийской научно-практической конференции врачей стоматологов (г.Н.Новгород, 2015, 2016г.), конференциях врачей в ГБУЗ НО «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» (г. Нижний Новгород, 2014, 2015, 2016 г.).

Апробация диссертации состоялась: 19 декабря 2016 года на расширенном заседании кафедр стоматологического факультета: пропедевтической стоматологии, терапевтической стоматологии, ортопедической стоматологии и ортодонтии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, стоматологии детского возраста, и кафедр факультета повышения квалификации врачей: стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и имплантологии ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России (Протокол №7 от 19.12.2016 г.), а также на заседании научно-координационного совета по стоматологии ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России (Протокол № 104 от 06.03.2017 г.).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, из них 5 работ в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на русском языке и состоит из введения, 4 глав (обзор литературы, материалы и методы

исследования, результаты собственных исследований и обсуждение полученных результатов), выводов, практических рекомендаций, приложений, списка литературы, содержащего 300 источников, из них 220 отечественных и 80 зарубежных. Работа изложена на 215 листах машинописного текста, иллюстрирована 29 таблицами и 48 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Данное исследование проводилось на базе кафедры стоматологии ФПКВ ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России, ГКУЗ НО «Противотуберкулезный санаторий «Бобыльский» и ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический противотуберкулезный диспансер».

Для достижения цели в зависимости от поставленных задач исследование проводилось в несколько этапов:

1 этап – определение уровня стоматологического здоровья, психологического состояния пациентов с туберкулезом легких и степени их мотивации к стоматологическому лечению;

2 этап - выявление медико-биологических и социально-бытовых факторов риска развития стоматологических заболеваний у больных туберкулезом легких;

3 этап – изучение особенностей общего и местного иммунитета полости рта у больных туберкулезом органов дыхания;

4 этап – исследование микробиоценоза полости рта у больных туберкулезом легких;

5 этап – клинико-лабораторная оценка патогенетических схем лечения пародонтитов легкой и средней степени тяжести;

6 этап - разработка мер по улучшению стоматологической помощи пациентам с туберкулезом легких.

Объекты исследования.

На 1-ом, 3-ем и 4-ом этапах объектами исследования послужили 250 пациентов, которые составили группу исследования и группу контроля (I и II

группы, соответственно). Из них в основную группу (I группа) были включены 230 пациентов (162 мужчины и 68 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 47,6 лет), находящихся на лечении в ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический противотуберкулезный диспансер».

Группу контроля (II группу) составили 20 человек, в возрасте от 18 до 65 лет (11 мужчин и 9 женщин), обратившихся за стоматологической помощью на кафедру стоматологии ФПКВ. Диагноз «здоров» пациентам контрольной группы был поставлен на основании клинической и рентгенологической картины, заключений врачей терапевта и фтизиатра.

Для оценки эффективности патогенетических схем лечения 160 пациентов были разделены на 4 группы в зависимости от используемых медикаментозных схем, в свою очередь каждая группа включала в себя по две подгруппы в зависимости от степени тяжести пародонтита (подгруппа а – хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести (ХГПЛСТ), подгруппа б - хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (ХГПССТ): «Стоматофит» (Ia n=21, Ib n=20), «Дентамет» (IIa n=20, IIb n=19), «Стоматофит+Дентамет» (III a n=22, IIIb n=20), «Фагодент» (IVa n=19, IVb n=19).

Степень риска развития хронического орального сепсиса и индекс качества жизни были оценены у всех 250 пациентов, принимавших участие в исследовании.

В ходе 2-го этапа объектами социологического исследования явились 400 пациентов с туберкулезом легких обоего пола в возрасте от 19 до 68 лет (241 мужчин, 159 женщин), находящихся на этапе лечения и реабилитации в ГКУЗ НО «Противотуберкулезный санаторий «Бобыльский» за период 2013-2015 годы.

Материалами исследования являлись:

1. Медицинская документация пациентов с туберкулезом легких "История болезни туберкулезного больного" (230 штук), находящихся на лечении в ГКУЗ НО «Противотуберкулезный санаторий «Бобыльский» и

ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический противотуберкулезный диспансер». Информация из данных документов была доступна с разрешения главных врачей и заведующих отделениями.

2. Медицинская документация «Медицинская карта стоматологического больного», форма 043/у, всех пациентов нашего исследования (250 штук).

3. Специально разработанная «Карта стоматологического обследования у больного туберкулезом органов дыхания» (230 штук).

4. Рентгенограммы: ортопантограммы (209 штук), которые назначались пациентам до начала лечения для составления индивидуального плана санации полости рта, и 703 дентальных рентгеновских снимка, произведенных при стоматологическом лечении.

5. Анализы «Первичное иммунологическое исследование» из диагностической лаборатории ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический противотуберкулезный диспансер». Было получено 413 «иммунных профилей».

6. Анализы «Результат микробиологического исследования» (форма №239/у), всего выполнено 413 посевов.

7. Опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-RU. Всего было заполнено пациентами 500 опросников. По ним мы провели анализ 7000 ответов.

8. Анкеты «Факторы риска развития стоматологических заболеваний у больных туберкулезом легких» (400 штук). Было обработано 14800 ответов общей части и 7600 ответов специальной части, всего - 22400 ответов.

Методы исследования:

Комплексное клиническое обследование полости рта включало выяснение жалоб, сбор анамнеза, визуальный осмотр полости рта, оценка состояния тканей пародонта, зубных рядов, слизистой оболочки полости рта с использованием специализированных индексов. Рентгенологическое исследование включало проведение ортопантомографии и прицельной

рентгенографии. Оценку иммунитета проводили на основании содержания Т- и В- лимфоцитов в крови, с помощью иммуноферментного метода определяли циркулирующие иммунные комплексы, методом радиальной иммунодиффузии Mancini G., Carbonara A. (1965), в модификации Чернохвостовой Е.В., Гольдерман С.И.(1975) - IgA, IgG, IgM, sIgA в ротовой жидкости, используя фотонейфелометрический метод, изучали активность лизоцима, коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта (Ксб), применяя метод Н. И. Толкачевой. Особенности микробиоценоза полости рта характеризовали на основании культурального метода, в котором для идентификации микроорганизмов использовался определитель бактерий Берджи (1997). Определение эффективности санации полости рта проводили на основании индексов противовоспалительной эффективности медикаментозных препаратов (индекс Улитовского), модифицированного индекса риска развития хронического орального сепсиса (Юдиной – Леуса), качества жизни с помощью специализированного опросника «Профиль стоматологического здоровья «ОНП-14-RU».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При комплексном стоматологическом обследовании мы выясняли жалобы пациентов, среди которых кроме жалоб на неприятный запах изо рта (87,39%), разрушение зубов (82,61%), на кровоточивость и болезненность десен (76,09%), имеются жалобы на сухость в полости рта (44,78%), подвижность зубов (13,38%), повышенную чувствительность твердых тканей зуба(18,26%).

У обследуемых из I группы индекс гигиены полости рта (ОНИ-S) имел значение $3,4 \pm 1,27$, что соответствует низкому уровню гигиены полости рта.

Распространенность кариозного процесса в I группе составила 100%, тогда как во второй – 75%. В группе исследования индексы КПУ(з) и КПУ(п) были достоверно выше ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля - $22,3 \pm 2,14$ и $55,7 \pm 3,82$, против $14,5 \pm 2,34$ и $23,9 \pm 2,86$, соответственно.

При оценке воспалительных периапикальных очагов инфекции, в I группе было выявлено $4,83 \pm 1,12$ зубов с апикальным периодонтитом, в группе контроля $0,68 \pm 0,17$ зубов ($p < 0,001$).

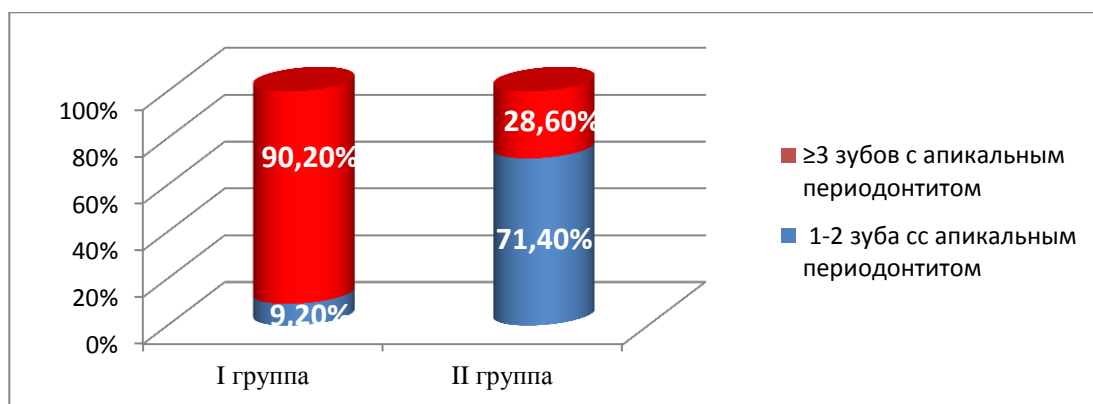


Рисунок 1. Распространенность очагов периапикальной инфекции

В I группе наличие 1-2 зубов с апикальным периодонтитом установлено у 9,2%, ≥3 зубов – у 90,2%, что достоверно отличается от группы контроля.

В структуре некариозных поражений зубов выделяли – у 51,7% патологическую стираемость зубов, у 24,8% - клиновидные дефекты, у 14,8% - эрозии эмали, у 7,8% - флюороз и 3,04% - гипоплазия эмали. Значение индекса распространенности гиперестезии твердых тканей зуба в данной группе соответствует $16,3 \pm 2,74\%$, что характерно для ограниченной формы гиперестезии твердых тканей зубов, во II группе ИРГЗ $10,2 \pm 3,1\%$, что достоверно отличается от I группы ($p < 0,05$).

В структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне противотуберкулезной химиотерапии ведущее место занимает кандидозный стоматит, который обнаруживается в I группе в 90,7%, и не регистрируется в группе контроля.

Оценку состояния тканей пародонта осуществляли с использованием пародонтальных индексов, представленных в таблице 1.

Индексная оценка состояния тканей пародонта у больных туберкулезом легких и соматически сохранных лиц (M±m)

Заболевания пародонта	I группа(n=230)	II группа(n=20)	<i>p-достоверность отличий между пациентами I и II групп</i>
РМА, %	56,3±14,6%	24,3±7,1%	p<0,05
Оценка кровоточивости по методу M.R.Muhlemann	1,54±0,67	0,47±0,12	p<0,05
ПИ по A. Russel	3,6±0,51	1,4±0,37	p<0,001
СРITN	3,14±0,44	1,3±0,95	p<0,05
Индекс гингивита GI	2,53±0,38	1,37±0,54	p<0,05

Все пародонтальные индексы были достоверны выше в I группе, что свидетельствует о выраженных воспалительных процессах в тканях пародонта больных с туберкулезом легких.

При первичном стоматологическом осмотре мы оценивали психологический статус пациентов. При вербальном контакте у пациентов уровень мотивации был низким (5,8±0,63 баллов), сомнение к предстоящему лечению высказывали большинство обследуемых (3,7±0,42 баллов). При оценке мимики, мы отметили их тревожное состояние, отсутствие проявлений эмоциональности - 0,98±0,13 баллов. В тесте Люшера предпочтение пациенты отдавали сине-зеленому цвету, что говорит об оборонительном психологическом состоянии и физическом дискомфорте. Таким образом, полученные результаты позволяют нам сделать заключение о тревожном типе личности данных пациентов. Вследствие этого, нами была выбрана патерналистская модель, согласно которой врач выступает как учитель и наставник. Тогда как, пациенты группы контроля по данным показателям имеют достоверные отличия (p <0,05), и по психотипу были отнесены к гармоничному типу личности.

На основании анонимного закрытого анкетирования были изучены факторы риска развития стоматологических заболеваний. Заболевшими были, преимущественно, мужчины - 241 человек. 82% обследованных,

являясь одинокими людьми, проживают в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях (47%). 53,75% пациентов признают свое материальное положение неудовлетворительным. Среднее образование имеют -57,75%, среднее специальное - 30,75%, а специализированное высшее - 3,75% респондентов. Больные туберкулезом легких имеют общесоматическую патологию в 89,25%, что обуславливает необходимость сочетать прием антимикробных противотуберкулезных препаратов с другими лекарственными средствами.

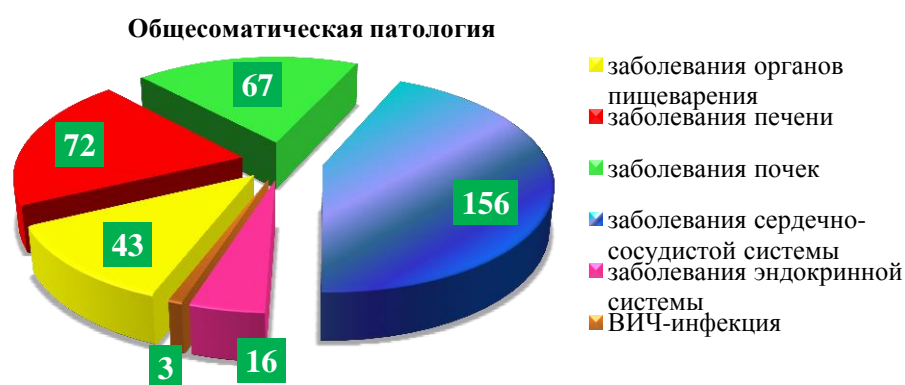


Рисунок 2. Структура общесоматической патологии у больных с туберкулезом легких

Сбалансированное питание, необходимое для восстановления организма, могут позволить себе 13% опрошенных. Среди вредных привычек отмечается употребление алкоголя (70,75%) и табакокурение (66,75%).

В специальной части анкет, отмечается, что профилактические осмотры, проходят дважды в год 1/10 часть респондентов, при этом 58,8% испытывают страх перед посещением врача - стоматолога. Все респонденты отмечают наличие кровоточивости десен, 32,25% имеют дискомфорт в полости рта в виде сухости, 28,5% - периодическое появление различных элементов поражения слизистой оболочки полости рта.

Таким образом, у лиц, страдающих туберкулезом легких, к наиболее важным факторам риска развития стоматологической патологии относятся

социально-бытовые – вредные привычки, нерациональное питание, низкий социальный статус, и медико-биологические – длительный прием антибактериальных препаратов, плохая гигиена полости рта, отсутствие плановой санации и диспансеризации.

При исследовании общего иммунитета в I группе происходит увеличение общего количества лимфоцитов в крови до $2,18 \pm 0,21$, по сравнению с группой контроля $1,87 \pm 0,15$ ($p < 0,1$), снижение Т-лимфоцитов у пациентов I группы относительно II группы, $51,22 \pm 0,31$ и $65,92 \pm 0,10$ ($p < 0,001$). При туберкулезе легких происходит увеличение IgG до уровня $18,53 \pm 1,47$, по сравнению со II группой $9,08 \pm 1,32$ ($p < 0,001$). При ТЛ отмечается значительное повышение ЦИК в крови – до $209,57 \pm 5,21$, во II группе показатель ЦИК равен $38,76 \pm 3,80$. Обнаружено и снижение фагоцитарной активности клеток, отраженной в % фагоцитоза, составившего $50,22 \pm 3,10\%$, достоверно ниже ($p < 0,001$) по сравнению с пациентами без ТЛ – $63,03 \pm 1,43\%$.

Показатели местного иммунитета полости рта до проведения лечебных мероприятий, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели местного иммунитета полости рта у больных туберкулезом легких и здоровых лиц

Показатели	I группа (n=230)	II группа (n=20)	p-достоверность отличий между пациентами I и II групп
IgG(г/л)	$0,055 \pm 0,003$	$0,031 \pm 0,004$	$p < 0,001$
IgA(г/л)	$0,021 \pm 0,004$	$0,035 \pm 0,003$	$p < 0,001$
sIgA(г/л)	$0,386 \pm 0,053$	$0,581 \pm 0,045$	$p < 0,001$
Лизоцим(г/л)	$43,406 \pm 3,621$	$53,104 \pm 3,057$	$p < 0,05$
Ксб	$4,023 \pm 0,506$	$1,112 \pm 0,144$	$p < 0,001$

В отношении местного иммунитета имеется тенденция к снижению резистентности тканей полости рта, суммарно выражающаяся коэффициентом сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта, который находится в пограничном состоянии между умеренным и

неблагоприятным уровнем ($4,023 \pm 0,506$), что достоверно ($p < 0,001$) отличается от II группы ($1,112 \pm 0,144$).

По полученным данным бактериологического исследования отмечается, что у пациентов с туберкулезом органов дыхания в полости рта присутствует неспецифическая микрофлора, характерная для больных заболеваниями органов дыхания и условно-патогенные микроорганизмы, составив $51,20 \cdot 10^6$ КОЕ/мл.

На этапе санации полости рта пациентам проводилось комплексное стоматологическое лечение, включающее назначение противовоспалительной терапии пародонтита с использованием препаратов «Стоматофит», «Дентамет», «Стоматофит+Дентамет», «Фагодент».

При ХГПЛСТ наибольшее снижение показателя IgG, выявлено в IVa группе, на 0,01 единиц до 0,041 г/л. Произошло увеличение IgA в IIIa и IVa группах на 33,3% и 25,8%, соответственно. В Ia и IIIa группах тенденция к усилению продукции sIgA возрастает до 33,9% и 39,1%, соответственно, что превышает показатели у здоровых людей. Наибольшее повышение фиксируется в IVa группе до 53,9% и достигает 0,712 г/л. В IIIa группе активность лизоцима увеличивается на 22,39% и становится выше ($57,105 \pm 2,410$), чем в группе контроля ($53,104 \pm 3,057$). На фоне лечения имеется существенное снижение Ксб во всех группах. В IIIa группе снижение показателя Ксб больше всех приблизилось к норме и составило 1,627.

При ХГПССТ достоверное снижение IgG в IIIb и IVb группах на 0,009 и 0,012ед., соответственно. В Ib и IIIb группах IgA повысился на 25,71% , в IVb группе повышение составило 34,29%. В IIIb и IVb группе уровень sIgA увеличился на 32,19% и 42,86%, соответственно. Уровень лизоцима у больных из IIIb группы повысился на 18,8% и составил $51,036 \pm 3,230$, а IVb группе показатель увеличился на 24,86% ($56,370 \pm 3,247$ г/л), превысив значение в группе контроля. В IVb группе Ксб составил 1,773 более благоприятный уровень местного иммунитета, а первые три группы требуют дополнительной коррекции иммунитета.

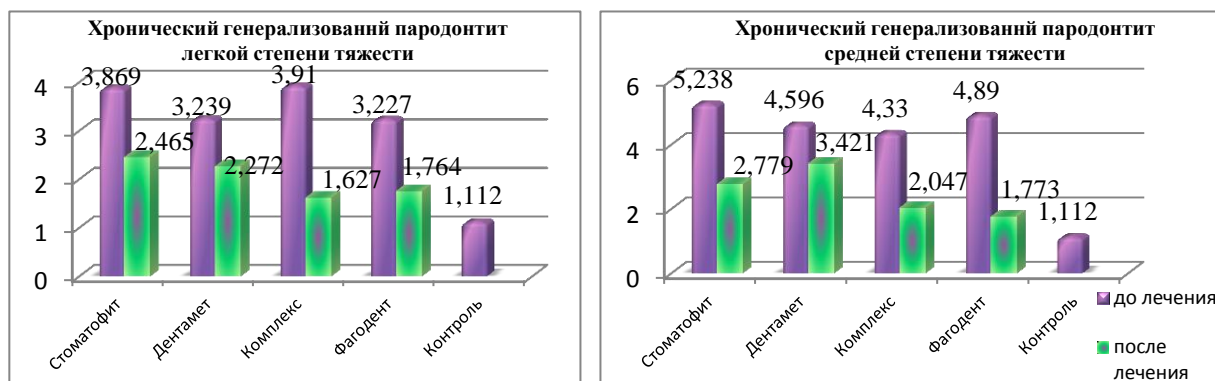


Рисунок 3. Динамика Ксб на фоне лечения ХГПЛСТ и ХГПССТ у больных туберкулезом легких

До лечения ХГПЛСТ дисбиотический сдвиг обнаружен во IIa и IIIa группах у 5% и 4,54%, соответственно, в IVa - у 10,53% обследованных. Наибольший процент дисбиоза I-II степени зафиксирован в Ia группе, который составил у 52,38%; дисбиоз III степени составил от 28,57% до 40%; дисбиоз IV степени зарегистрирован у 20% пациентов из IIa группы и у 21,05% - IVa. После местного противовоспалительного лечения наилучшие показатели отмечены в IIIa группе, где восстановление нормофлоры определялось в 27,27%, а дисбиотический сдвиг – 31,8%.

У больных с ХГПССТ обнаружены дисбиоз III степени в диапазоне 40%. Так же велико число обследованных с дисбиозом IV степени: во IIa и IVa по 36,8%. Положительная динамика отмечается во всех группах, однако, достоверно высокая эффективность установлена при применении биопрепарата «Фагодент», приводящего к восстановлению показателей нормальной микрофлоры до 15,79% и уменьшению дисбиотических изменений в сторону дисбиотического сдвига у 36,84%.

При лечении ХГПЛСТ наибольший противовоспалительный эффект по индексу Улитовского отмечался в IIIa группе при применении комплекса «Стоматофит» + «Дентамет» - 83,1%, немного ниже эффективность находится в IV группе - 78,8%. При лечении ХГПССТ наиболее выраженная эффективность противовоспалительного действия отмечена при

использовании препарата «Фагодент», значение эффективности в этой группе составило 75,9%.

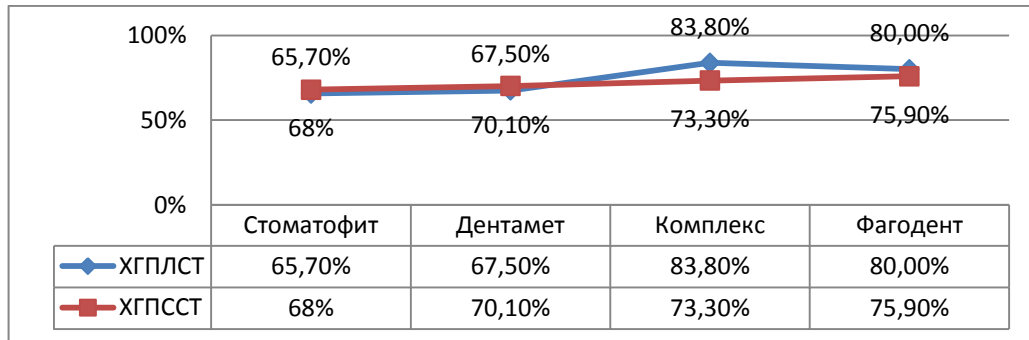


Рисунок 4. Эффективность противовоспалительного действия препаратов при лечении ХГПЛСТ и ХГПССТ

Оценку эффективности санации полости рта проводили с помощью индекса риска развития хронического орального сепсиса. Значение индекса РХОС-М до санации полости рта составило $34,49 \pm 5,41$, что соответствует высокой степени риска и достоверно ($p < 0,001$) отличается от значений в контрольной группе ($9,27 \pm 0,72$). У 45,2% зафиксирован высокий риск развития хронического орального сепсиса, у 33,04% - очень высокий риск и у 21,74% средний риск. Суммарное значение колебалось от 14 до 45 баллов.

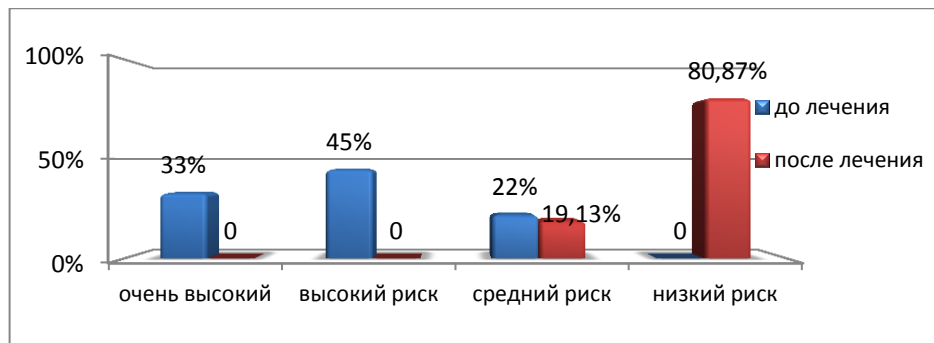


Рисунок 5. Распределение пациентов по степени риска развития хронического орального сепсиса до и после санации полости рта

Суммарное значение индекса КЖ ΣОНIP-14-RU у пациентов с туберкулезом легких до лечения составляет $37,8 \pm 3,4$ балла. После проведенной санации полости рта зафиксировано достоверное снижение ($p < 0,001$) показателя КЖ на фоне лечения до $26,5 \pm 1,2$, уменьшив свой уровень на 29,9%.

ВЫВОДЫ

1. Стоматологический статус больных туберкулезом легких отличается достоверно более высокими показателями распространенности и интенсивности кариеса (КПУ $22,3 \pm 2,14$) и некариозных поражений зубов с манифестным гиперестетическим симптомом (ИРГЗ $16,3 \pm 2,74\%$), хроническими воспалительными заболеваниями пародонта, преимущественно средней степени тяжести (РМА $56,3 \pm 14,6$, СРITN $3,14 \pm 0,44$, ПИ $3,6 \pm 0,51$, GI $2,53 \pm 0,38$), хроническими кандидозными поражениями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ ($90,87\%$) с ксеростомическим симптомом, выраженным на фоне плохой гигиены полости рта (ОHI-S $3,4 \pm 1,27$) и высокого риска развития хронического орального сепсиса за счет наличия множественных очагов одонтогенной инфекции (РХОС-М $34,49 \pm 5,41$).
2. К числу наиболее значимых медико-социальных факторов риска развития стоматологических заболеваний у больных легочным туберкулезом относится длительное интенсивное курение, нерегламентированный прием алкоголя, нерациональное питание, низкий социальный статус, а также продолжительная интенсивная полихимиотерапия противотуберкулезными препаратами, отсутствие плановой санации полости рта, включая некачественное и нерациональное протезирование, низкий уровень мотивации ($5,8 \pm 0,63$) к стоматологическому лечению при преимущественно тревожным типе личности (мимика $3,7 \pm 0,42$ балла, вербальная активность $2,7 \pm 0,31$ балла).
3. Развитие легочного туберкулеза сопровождается снижением общей противоинойфекционной защиты организма (увеличение IgG на $50,94\%$, снижением фагоцитоза на $20,32\%$) и местной резистентности полости рта (снижение концентрации IgA на 40% , sIgA - $33,56\%$, активности лизоцима - $18,26\%$) при нарушении сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб $4,023 \pm 0,506$).

4. Микробиоценоз полости рта у больных с туберкулезом легких при противотуберкулезной химиотерапии отличается высокой частотой выявления и уровнем обсемененности количества пародонтопатогенной и условно-патогенной микрофлоры (*Peptostreptococcus anaerobius* 67,5% и $6,4 \cdot 10^6$ КОЕ/мл, *Fusobacterium sp.* 8,1% и $2,97 \cdot 10^5$ КОЕ/мл, *Escherichia coli* 15,6% и $2 \cdot 10^4$ КОЕ/мл), с доминированием грибов рода *Candida* (90,87% и $7,5 \cdot 10^4$ КОЕ/мл), появлением бактерий, вызывающих неспецифические воспалительные процессы органов дыхания (*Branhamella catarrhalis* 25,6% и $6,65 \cdot 10^5$ КОЕ/мл, *Klebsiella pneumoniae* 29,4% и $7,5 \cdot 10^4$ КОЕ/мл, *Acinetobacter baumannii* 21,9% и $3 \cdot 10^4$ КОЕ/мл), уменьшением количества лактобактерий (9,4% и $5,5 \cdot 10^2$ КОЕ/мл) и бифидобактерий (2,5 и $4,25 \cdot 10^3$ КОЕ/мл), приводящие к дисбиозам в полости рта III и IV степени.

5. Средства и методы лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных туберкулезом легких определяются степенью тяжести поражения пародонтального комплекса, особенностями нарушения микробиоценоза полости рта и характером противотуберкулезной терапии; при пародонтите легкой степени эффективно включение в комплексное лечение орошений полости рта раствором фитокомплекса «Стоматофит» с наддесневыми аппликациями и инстилляцией в пародонтальные карманы хлоргексидин и метронидазол-содержащего геля «Дентамет» (индекс эффективности 83,1%). Местное применение полифагового геля «Фагодент» эффективно дополняет пародонтологическое лечение пациентов, проходящих противотуберкулезную химиотерапию, с развившимися формами пародонтита (индекс эффективности 75,9%). Проведение комплексной санации полости рта у пациентов с туберкулезом легких, включающее консервативное лечение кариеса зубов, некариозных поражений, заболеваний пародонта и хирургическое лечение деструктивных периапикальных и пародонтальных очагов инфекции приводит к достоверному снижению риска развития хронического орального сепсиса на 75,6% и индекса ОНIP-14-RU на 29,9%.

б. Снижению уровня стоматологической заболеваемости у больных легочным туберкулезом способствуют: выбор рациональных коммуникативных взаимодействий в системе «врач-пациент», основанный на определении доминирующего психотипа личности и способствующий повышению мотивации пациентов к сохранению здоровья полости рта; разработка рациональных методов индивидуальной гигиены полости рта и контроль за ее выполнением; проведение санитарно-просветительной работы в специализированном противотуберкулезном учреждении, плановой санации полости рта и диспансерного наблюдения у врача-стоматолога 1 раз в 3 месяца.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лечение пациентов с распространенными формами туберкулеза легких и активным выделением микобактерий во внешнюю среду, целесообразно начинать после первой ударной противотуберкулезной терапии, когда снизится активное выделение бактерий туберкулеза, т.е. не раньше чем через 2 месяца.
2. При работе с пациентами, страдающими туберкулезом легких, обязательное использование универсальных мер индивидуальной защиты: одноразовой рабочей одежды, респиратора, перчаток и экрана, подлежащих смене после каждого приема пациента с последующей дезинфекцией и утилизацией.
3. В связи с наличием тяжелой хронической часто резистентной к лечению инфекционной патологии и социальной дезадаптации у пациентов выявляется тревожный тип личности, требующий особого отношения и необходимости проведения дополнительной психологической подготовки пациента к проведению лечебно-диагностических процедур.
4. До начала оказания стоматологической помощи больным на фоне туберкулеза органов дыхания врачу-стоматологу необходимо определить психологический статус и уровень мотивации к стоматологическому

лечению для выбора модели общения с пациентом, используя оценку мимики, вербальной активности и тест Люшера.

5. При лечении деструктивных форм одонтогенных очагов периапикальной и пародонтальной инфекции с подвижностью зубов II-III степени необходимы более радикальные меры с расширением показаний к хирургическому лечению.

6. Пациенты с туберкулезом легких подлежат плановому динамическому наблюдению и диспансеризации с частотой осмотров 1 раз в 3 месяца. В каждое посещение требуется проводить оценку гигиены и при необходимости санацию полости рта.

7. Для поддержания необходимого уровня гигиены полости рта пациентам с туберкулезом легких необходимо использовать зубные пасты, обладающие противовоспалительным действием, но не содержащие дополнительные антибактериальные препараты (Parodontax, Rocs bionica, Mexidol dent); при гиперестезии зубов - пасты, снижающие чувствительность, (Sensodyne «Мгновенный эффект», Colgate Sensitive Pro-Relief, Rocs sensitive); рекомендовать жевательную резинку без сахара и заменители слюны (например, Oralbalance – искусственная слюна компании «Laclede, Inc», «Kin hydrat») для уменьшения сухости в полости рта, для очищения языка использовать щеточку или скребок.

8. При лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести у пациентов с туберкулезом легких использовать последовательное орошение полости рта фитопрепаратом «Стоматофит» и аппликации на поверхность десен с инстилляцией в пародонтальные карманы геля «Дентамед», а при средней степени тяжести применять в качестве аппликаций и инстилляций в пародонтальные карманы биогеля «Фагодент».

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Заплутанова, Д.А. Выявление факторов риска развития стоматологических заболеваний у больных туберкулезом / С.И.Гажва, Д.А. Заплутанова, А.Ф. Еремеев // Современные проблемы науки и

образования. – 2015. – № 2-1; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=19407> (из перечня ВАК).

2. Заплутанова, Д.А. Проблема коморбидных заболеваний в стоматологии / С.И. Гажва, Д.А. Заплутанова, А.Ф. Еремеев // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6; URL: <http://www.science-education.ru/130-23147> (из перечня ВАК).

3. Заплутанова, Д.А. Риск развития хронического орального сепсиса у больных туберкулезом легких / С.И. Гажва, Д.А. Заплутанова, А.Ф. Еремеев, Л.Л. Пронина // «Здоровье и образование в XXI веке». - 2016. - Том 18, № 2. - С.238-241 (из перечня ВАК).

4. Еремеева, Д.А. Использование зубных паст для лечения гиперестезии дентина (обзор) / С.И. Гажва, Н.Н. Шурова, Т.А. Киптилова, Д.А. Еремеева // Журнал "Современные проблемы науки и образования". - 2012. - №3; ISSN 1817 – 6321, URL: www.science-education.ru/102-5888 (из перечня ВАК).

5. Еремеева, Д.А. Использование pro-argin технологии для лечения гиперчувствительности твердых тканей зуба у пациентов с заболеваниями пародонта / С.И. Гажва, Н.Н. Шурова, Д.А. Еремеева, Т.А. Киптилова, Р.С. Гулуев // Журнал "Современные проблемы науки и образования". - 2012.- №5; ISSN 1817 – 6321, URL: www.science-education.ru/102-5888 (из перечня ВАК).

6. Еремеева, Д.А. Распространенность, этиология и патогенез гиперчувствительности твердых тканей зуба (обзор литературы) / С.И. Гажва, Н.Н. Шурова, Д.А. Еремеева, Т.А. Киптилова // Обозрение. Стоматология. - 2012. - 2/76. - С.20-21.

7. Еремеева, Д.А. Лечение гиперчувствительности твердых тканей зубов у пациентов с заболеваниями пародонта / С.И. Гажва, Н.Н. Шурова, Д.А. Еремеева, Т.А. Киптилова, Д.А.Кулькова // Сборник научных трудов. Казанский государственный медицинский университет. «Актуальные вопросы Стоматологии». Казань. - 2012. - С.90-95.

8. Еремеева, Д.А. Клиническая эффективность использования десенситайзера «gluma desensitizer» и зубной пасты «colgate® sensitive pro-relief™» при лечении гиперчувствительности зубов / С.И. Гажва, Д.А. Еремеева, Н.Н. Шурова // «Актуальные вопросы клинической стоматологии» Материалы XIV научно-практической конференции стоматологов Ставропольского края. Ставрополь. - 2013г.