

На правах рукописи

МУЛЛОДЖОНОВА АЗИЗА ГАЙРАТЖОНОВНА

**КЛИНИКО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ГИДРОДИНАМИЧЕСКИЕ
ПАРАЛЛЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
У БОЛЬНЫХ С РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННОЙ
КСЕРОСТОМИЕЙ**

14.01.14 - стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ДУШАНБЕ-2021

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: **Каримов Сафарахмад Мунаварович** - кандидат медицинских наук, доцент

Научный консультант: **Расулов Самеъ Рахмонбердиевич** - доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Амхадова Малкан Абдрашидовна** - доктор медицинских наук, ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского», заведующая кафедрой хирургической стоматологии и имплантологии

Ёраков Фарух Махмадович – кандидат медицинских наук, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии

Ведущая организация: Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2021 года в « ____ » часов на заседании диссертационного совета Д 73.3.005.01 Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» по адресу: 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ИПОвСЗ РТ и авторефератом на сайтах: www.ipovszrt.tj и www.vak.ed.gov.ru

Автореферат разослан « ____ » _____ 2021 года

**Ученый секретарь
диссертационного совета
к.м.н., доцент**

Хамидов Джура Бутаевич

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Изучению состояния зубочелюстной системы как при нормальном её развитии, так и при различных отклонениях посвящены многие научные исследования, в которых уделяется большое внимание этиопатогенетическим факторам. В работах ряда авторов проводятся анализ факторов, влияющих на состояние зубочелюстной системы, и оценка степени их воздействия [Кипарисова Д.Г. и соавт., 2013; Иорданишвили А.К., 2015; Ps S.K. et al., 2016]. Несмотря на это, в настоящее время патологии органов и тканей полости рта остаются значимой медицинской и социально-экономической проблемой, характеризующаяся широкой их распространенностью [Костина И.Н., 2014; Lalla R.V. et al., 2014; Popkov V.L. et al., 2015].

В общей структуре онкологических заболеваний органов и тканей челюстно-лицевой области предраковые заболевания слизистой оболочки рта и губ составляют 4,2 – 16,4% [Вагнер В.Д. и соавт., 2010]. Длительное воздействие неблагоприятных факторов на воспаленную слизистую оболочку полости рта может привести к образованию травматической язвы, которая может озлокачествиться. Если в течение 10 – 15 дней после устранения причины не наблюдаются признаки заживления язвы, следует заподозрить ее озлокачествление [Вагнер В.Д. и соавт., 2012].

Воздействие факторов радиационной терапии на здоровье людей и общества постоянно возрастает. Известно, что воздействие радиационных факторов вызывает компенсаторные реакции в организме для приспособления его к изменившимся условиям с выходом на более напряженный уровень жизнедеятельности. Длительные лучевые воздействия ведут к истощению защитных механизмов, срыву иммунной защиты, росту клинической патологии [Моров О.В., 2019; Моров О.В. и соавт., 2012; Scully C., 2013].

Ксеростомия, приводящая к сухости и повышенной чувствительности слизистой оболочки полости рта, наиболее характерна для побочных эффектов лучевой терапии опухолей челюстно-лицевой области и составляет стопроцентную величину. Среди лиц с радиационно-индуцированной ксеростомией скорость слюноотделения оказалась ниже 0,1 мл/мин и считается критической для развития ксеростомии. Безусловно, снижение слюноотделения влияет на уменьшение буферной емкости ротовой жидкости, снижает кариесрезистентность и повышает риск развития и прогрессирования заболеваний пародонта [Аракелян М.Г., 2015; Fox P.C. et al., 2013].

Приходится констатировать, что на сегодняшний день подробная характеристика изменений твердых тканей зубов, структурных единиц тканей пародонта, слизистой полости рта у пациентов с радиационно-индуцированной ксеростомией остаются малоизученными.

Степень разработанности темы исследования. Ксеростомия по-прежнему составляет важнейшую медико-социальную проблему для многих стран мира [Martin-Piedra M.A., 2013; Narny T.O. et al., 2014]. Проблема ксеростомии является междисциплинарной и требующей объединения и концентрации

усилий медицинских сообществ. Актуальность более глубокого и разностороннего изучения стоматологических аспектов ксеростомии не только не теряет своей значимости, но и приобретает новые оттенки практической направленности [Sreenby L.M. et al., 2014; Turner M. et al., 2017].

Тем не менее, на сегодня отсутствуют критерии оценки мукологического, кариесологического и пародонтологического статуса больных с ксеростомией, а также алгоритмы действий при лечении и профилактике вышеперечисленных патологий. В связи с этим актуальным является изучение стоматологического статуса населения, подвергшегося воздействию различных факторов радиационного риска, своевременная разработка методов профилактики, лечения и реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой локализации в целях совершенствования стоматологической помощи.

Цель исследования. Изучить закономерности проявления радиационно-ассоциированных заболеваний полости рта ксеростомической природы и разработать дифференцированные лечебно-профилактические стоматологические алгоритмы среди обследованного контингента больных.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинического проявления радиационно-ассоциированного симптомокомплекса и характер функциональных нарушений в полости рта у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией.
2. Проанализировать динамику пародонтологического статуса в зависимости от стадии постлучевой ксеростомии у больных с радиационно-ассоциированными заболеваниями пародонта.
3. Оценить гидродинамические аспекты пародонтологических проблем у больных с пострadiационной ксеростомией.
4. Проанализировать отношение к болезни стоматологических пациентов, страдающих радиационно-индуцированной ксеростомией, в динамике проводимой терапии.
5. Определить динамику качества жизни стоматологического аспекта здоровья больных с радиационно-индуцированной ксеростомией.

Научная новизна исследования. Впервые дана комплексная характеристика состояния органов, тканей и среды полости рта у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией в зависимости от возраста и степени радиационного воздействия. Доказано, что реструктуризация радиационно-ассоциированного симптомокомплекса в полости рта носит разнонаправленный характер и проявляется, с одной стороны, увеличением частоты и манифестности мукологических заболеваний, а, с другой стороны, – приростом частоты кариеса зубов и заболеваний пародонта.

Впервые определен оптимальный алгоритм для оценки стоматологического качества жизни у лиц с радиационно-ассоциированными заболеваниями полости рта с использованием русской версии опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья ОНП-49-RU». Получены новые данные о том, что развитие радиационно-ассоциированных заболеваний полости рта ксеросто-

мической природы приводит к достоверному снижению кариесологических, пародонтологических и мукологических параметров качества жизни больных.

Предложен рациональный подход к лечению радиационно-индуцированной ксеростомии, учитывающий разнонаправленные эффекты влияния комплексной терапии ксеростомических симптомов полости рта, повышающий стоматологическое качество жизни больных.

Теоретическая и практическая значимость работы. Теоретическую основу представленного исследования составляют проведение клинической оценки кариесологического, пародонтологического и мукологического статуса и оценки результатов реализации комплекса лечебно-профилактического алгоритма стоматологического характера у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией. Данное исследование позволило на основе изучения влияния радиационного воздействия на основные клинические параметры состояния зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта разработать и предложить практическому здравоохранению дифференцированный подход к профилактике, лечению и реабилитации больных с радиационно-индуцированной ксеростомией с различными формами стоматологической патологии. Результаты клинических наблюдений изменяют представления клиницистов о классической симптоматологии радиационно-ассоциированных заболеваний полости рта на фоне комплексной терапии ксеростомических симптомов полости рта.

Методология и методы исследования. Диссертация выполнена в соответствии принципами и правилами доказательной медицины. При выполнении данного исследования использовали комплексные методы, включающие: метод анкетирования больных с радиационно-индуцированной ксеростомией; методику выполнения сиалометрии среди обследованного контингента больных; методику определения типа отношения стоматологических пациентов к радиационно-индуцированной ксеростомии; методику определения качества жизни стоматологического аспекта здоровья респондентов с радиационно-индуцированной ксеростомией; методику лечения пациентов с радиационно-индуцированной ксеростомией.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний субъектов с радиационно-индуцированной ксеростомией в зависимости от вида лучевого воздействия.

2. Динамика изменений кариесологического, пародонтологического и мукологического статуса данного контингента по результатам мониторинга стоматологических заболеваний.

3. Дифференцированные подходы к профилактике, лечению стоматологических заболеваний и реабилитации пациентов с радиационно-индуцированной ксеростомией.

4. Валидированная русская версия специфического международного опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья ОНП-49-RU» является оптимальным инструментом для оценки качества жизни при

радиационно-ассоциированных заболеваниях полости рта, расширяющим возможности комплексной оценки состояния стоматологического здоровья пациента с постлучевой ксеростомией и его изменений в динамике лечения.

5. Рекомендации по совершенствованию стоматологической помощи больным, получившим радиационную терапию.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечена представительностью выборки, обширностью первичного материала, тщательностью его качественного и количественного анализа, системностью исследовательских процедур, применением современных методов статистической обработки информации.

Внедрение результатов исследования. Методы и результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую практику и применяются на стоматологическом приеме в государственных (ГСП, УКЦ «Стоматология») и негосударственных (ООО «Раддод», ООО «Smile») стоматологических учреждениях г. Душанбе, отделении лучевой терапии ГУ «РОНЦ» МЗиСЗН РТ. Методологический подход к профилактике, лечению и реабилитации стоматологической патологии у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией внедрен в практическую деятельность отделения лучевой терапии ГУ «РОНЦ» МЗиСЗН РТ. Результаты исследования используются в лекциях и практических занятиях со слушателями и ординаторами кафедр онкологии, терапевтической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ, а также в лекциях и семинарах, проводимых в ТГМУ им. Абуали ибни Сино со студентами, ординаторами и аспирантами.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы были апробированы и получили одобрение на годовых научно-практических конференциях ГОУ ИПОвСЗ РТ с международным участием (Душанбе, 2018, 2019); ежегодном семинаре Национального патентно-информационного центра Республики Таджикистан (2019); ежегодной конференции Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы (2019). Материалы диссертационной работы также доложены на расширенном заседании профильных кафедр ГОУ ИПОвСЗ РТ (Душанбе, 2019). Диссертационная работа апробирована на межкафедральном экспертном совете по стоматологическим дисциплинам ГОУ ИПОвСЗ РТ (2021).

Личный вклад соискателя. Все данные, приведенные в тексте работы, получены автором лично. Осуществлена постановка цели и задач исследования, произведен литературный поиск и подробно изложены вопросы разрабатываемой проблемы диагностики воспалительных заболеваний тканей полости рта радиационно-индуцированной природы. Автором были осуществлены оценка стоматологического статуса, составление и заполнение разработанных для настоящей работы карт и анкет, проведение объективных клинических обследований и индексной оценки органов и тканей полости рта, анализа и описание рентгенограмм. Автором произведены обработка полученного цифрового материала с использованием методов вариационной

статистики, анализ и обобщение полученных данных, написаны научные работы по теме исследования, оформлена рукопись диссертации.

Публикации. По результатам диссертационного исследования опубликовано 17 научных работ, из них 6 – в научных журналах, которые включены в перечень ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации для опубликования материалов диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а также 1 рационализаторское предложение

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 172 страницах, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Текст диссертации иллюстрирован 27 рисунками, содержит 17 таблиц. Библиография включает 197 источников, из них 110 источников иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Исследование проводилось среди 78 пациентов с местно-распространенным плоскоклеточным раком структур ротовой полости. Возраст наблюдаемых нами пациентов варьировал от 20 до 60 лет и выше с преобладанием больных в возрасте от 40 до 60 лет (табл. 1).

Таблица 1. – Повозрастное распределение обследованных лиц в зависимости от пола

Возраст, лет	Кол-во обследованных		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20 – 29	5	6,4	4	5,1	1	1,3
30 – 39	11	14,1	7	9,0	4	5,1
40 – 49	22	28,2	17	21,8	5	6,4
50 – 59	26	33,3	18	23,1	8	10,3
60 и >	14	18,0	9	11,5	5	6,4
Всего	78	100	55	70,5	23	29,5

Стоматологический статус у больных исследовался традиционными методами. Онкологический диагноз верифицировали по результатам клинико-лабораторных исследований, изучения микробиологического и иммунологического статуса у больных данной категории. Все больные дали добровольное согласие на участие в нашем исследовании. Во всех случаях данных пациентов беспокоили ощущения сухости в ротовой полости, которая была подтверждена при выполнении теста Фокса и сиалометрического исследования.

С целью изучения распространенности заболевания проводились клинические и дополнительные инструментальные исследования. Во всех случаях онкологический диагноз подтверждался при гистологическом исследовании. Было установлено, что наличие плоскоклеточного рака с ороговением наблюдалось в 65,0% случаев, пациенты с низкодифференцированным плоскоклеточным раком составили 25,0% случаев, а в 10,0% случаев не удалось определить степень дифференцировки рака.

Местно-распространенный рак в III стадии был установлен у 65,0% больных, в остальных 35,0% случаев у больных имелись IVA, B стадии данной патологии. Наличие метастазов в шейные лимфоузлы наблюдалось у 80,0% больных, при этом одностороннее поражение наблюдалось у 75,0% больных, а в 25,0% случаев имелись двусторонние поражения. При распределении больных по классификации TNM было установлено, что в 20,0% случаев у данных больных имелась стадия T1-4N0M0, в 80,0% случаев была установлена стадия T1-4N1-3M0.

Из представленной диаграммы на рисунке 1 видно, что в 45,8% случаев у больных была установлена экзофитная форма рака, в 30,5% случаев выявлена инфильтративная форма роста рака, а в 23,7% случаев у пациентов имелись смешанные формы данной патологии.

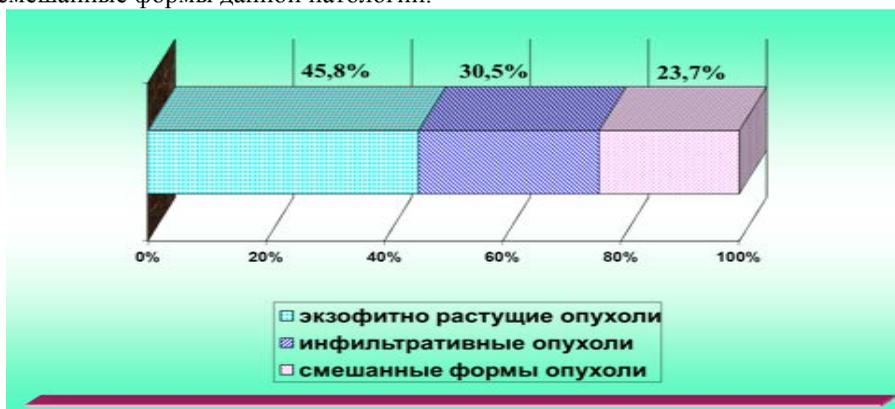


Рисунок 1. – Распределение опухолевого процесса в зависимости от формы роста у больных, проходящих курс лучевой терапии

При изучении изначального расположения злокачественного новообразования было установлено, что у 25 (32,1%) больных очаги поражения располагались в области подвижной части языка, у 11 (14,1%) наблюдалось поражение нижнечелюстного альвеолярного отростка, в 12 (15,4%) случаях очаги поражения были расположены в области дна ротовой полости, у 16 (20,5%) больных наблюдалось поражение верхнечелюстного альвеолярного отростка, в 8 (10,3%) случаях наблюдалось поражение слизистой щеки, еще у 6 (7,7%) больных очаг поражения располагался в области твердого неба.

Во всех случаях у пациентов перед проведением лучевого лечения проводилась топометрическая подготовка, при которой принимались во внимание показатели визуального осмотра, пальпаторного исследования, а также лучевых и эндоскопических методов исследования, по результатам которых выполнялись поперечные срезы в центральных участках злокачественного новообразования в соотношении 1:1. Лучевая терапия (ЛТ) проводилась обычно-фракционированными дозами от разово-очаговой дозе (РОД) 2 Гр до суммарно-очаговой дозы (СОД) 60 – 80 Гр.

Всем пациентам выполнялось полное стоматологическое обследование согласно рекомендациям ВОЗ с исследованием основных стоматологических параметров. Выраженность ксеростомического проявления исследовалась по методу Ромачевой И.Ф., а также с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), путем топографического исследования и кодирования пораженных участков слизистой ротовой полости.

Постановка диагноза и оценка степени тяжести воспалительного процесса радиационно-индуцированной природы в мягких тканях полости рта, а также контроль за результатами комплексного лечения проводились с использованием стандартной схемы клинических, гигиенических и рентгенологических методов. При исследовании состояния пародонтальных тканей изучались следующие показатели: значения упрощенного гигиенического индекса (ОHI-s), проба Шиллера-Писарева, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), определение степени кровоточивости десен, наличие пародонтальных карманов и их глубина, степень патологической подвижности зубов, пародонтальный индекс (PI). Данные показатели изучались как до начала проведения химиотерапевтического лечения, так и в динамике – спустя 3 месяца, полгода и 1 год.

Оценка качества жизни стоматологических пациентов проводилась с использованием международного анкетирования по изучению качества жизни в её облегченной русской версии. Валидация анкеты ОНIP-49-RU выполнялась согласно международным рекомендациям ISOQOL. Для оценки стоматологических показателей качества жизни у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией применялась международная анкета по изучению качества жизни в русскоязычной версии, которая включала 14 вопросов с содержанием 7 основных шкал. При изучении результатов анкетирования по Ликертовской шкале применялась 5-балльная система оценок, при этом сумма баллов по каждой шкале и в общем по результатам анкетирования варьировала от 0 до 56.

С целью проведения сравнительной оценки стоматологических показателей качества жизни больных с радиационно-индуцированной ксеростомией выполнялись проспективные кариесологическое, пародонтологическое и мукологическое исследования. При этом все больные в зависимости от применяемых лечебно-профилактических мероприятий были разделены на две группы: в первую (основную) группу были включены 67 больных (48 лица мужского пола, 19 лица женского пола), у которых применялся комплекс профилактических и терапевтических мероприятий стоматологического характера, а также производился систематический контрольный осмотр стоматолога.

Все пациенты после радиотерапии страдали выраженными изменениями в психофизиологическом статусе. В связи с этим с целью оценки эмоционального состояния больных с онкологической патологией челюстно-лицевой области до и после применения лучевой терапии проводилось исследование психоэмоционального статуса путем изучения показателей госпитальной шкалы

тревожности и депрессивного состояния (HADS), результатов пробы по оценке самочувствия, активности и настроения (CAH), а также по показателям шкалы Гамильтона по оценке депрессивного состояния (HDRS). Кроме того, у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией с целью изучения типа их отношения к указанной патологии применялся тестовый способ оценки ТОБОЛ (тип отношения к болезни), с помощью которого оценивалось индивидуально-типологическое реагирование пациента на существующую болезнь.

Статистический анализ материала выполнялся с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft, USA). При парных сравнениях с целью определения статистической значимости наблюдаемых различий в группах использовался критерий Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

У больных, проходящих курс радиационной терапии, была установлена высокая интенсивность кариеса зубов в зависимости от возрастного фактора. Так, на момент первого осмотра показатели интенсивности кариеса у пациентов 1-й возрастной категории в среднем составили $6,63 \pm 0,25$, у пациентов 2-й и 3-й возрастной категорий эти показатели соответствовали значениям $7,49 \pm 0,17$ и $16,47 \pm 0,32$. В группе пациентов в возрасте от 50 до 59 лет эти показатели составили $18,55 \pm 0,44$, а в группе пациентов в возрасте 60 лет и более эти показатели составили $21,35 \pm 0,54$.

Как свидетельствуют данные таблицы 2, доля утраченных зубов (суммарный показатель элементов «X» и «У») среди пациентов 1-й группы достигает значений $5,49 \pm 0,18$ или 82,80% в структуре интенсивности зубного кариеса, у пациентов 2-й возрастной группы (30 – 39 лет) эти показатели составили $5,90 \pm 0,18$ (78,77%), у пациентов 3-й возрастной группы (40 – 49 лет) они составили $15,16 \pm 0,24$ (92,05%), в 4-й возрастной группе (50 – 59 лет) эти показатели составили $17,09 \pm 0,39$ (92,12%), а в группе пациентов в возрасте 60 лет и старше доля утраченных зубов оказалась наиболее высокой и составила 98,46%.

Таблица 2. - Структурная характеристика интенсивности кариеса зубов у больных со злокачественными образованиями челюстно-лицевой области (в среднем на одного обследованного)

Возраст, лет	Структурные элементы интенсивности кариеса зубов					КПУ ₃
	К	Р	Х	П	У	
20 – 29	$0,16 \pm 0,02$	$0,89 \pm 0,04$	$1,35 \pm 0,06$	$0,09 \pm 0,01$	$4,14 \pm 0,12$	$6,63 \pm 0,25$
30 – 39	$0,45 \pm 0,02$	$1,06 \pm 0,03$	$1,78 \pm 0,04$	$0,08 \pm 0,01$	$4,12 \pm 0,07$	$7,49 \pm 0,17$
40 – 49	$0,21 \pm 0,03$	$1,05 \pm 0,04$	$4,90 \pm 0,06$	$0,05 \pm 0,01$	$10,26 \pm 0,18$	$16,47 \pm 0,32$
50 – 59	$0,07 \pm 0,01$	$1,37 \pm 0,03$	$2,94 \pm 0,13$	$0,02 \pm 0,01$	$14,15 \pm 0,26$	$18,55 \pm 0,44$
60 и >	$0,03 \pm 0,01$	$0,28 \pm 0,04$	$2,63 \pm 0,07$	$0,02 \pm 0,01$	$18,39 \pm 0,41$	$21,35 \pm 0,54$
В среднем						
	$0,18 \pm 0,02$	$0,93 \pm 0,04$	$2,72 \pm 0,07$	$0,05 \pm 0,01$	$10,21 \pm 0,21$	$14,10 \pm 0,34$
Группа сравнения						
	$1,20 \pm 0,2$	$1,97 \pm 0,3$	$1,69 \pm 0,2$	$0,93 \pm 0,2$	$1,85 \pm 0,3$	$7,64 \pm 1,2$

При исследовании динамических изменений показателей интенсивности зубного кариеса у больных с новообразованиями челюстно-лицевой локализации, проходящих курс лучевой терапии, можно заключить, что в возрастной группе 20 – 29 лет через 3 месяца повторного исследования значение КПУз увеличилось на $0,24 \pm 0,03$, через 6 и 12 месяцев на $0,92 \pm 0,07$ и $1,29 \pm 0,11$ соответственно. Произведенные расчеты показали, что прирост интенсивности кариеса был равен 19,5% (табл. 3).

Таблица 3. – Динамика показателей интенсивности кариеса зубов у больных со злокачественными опухолями, проходящих курс радиационной терапии

Возраст, лет	Динамика интенсивности кариеса зубов (КПУз), М±m				Прирост КПУз	
	исходное значение	через 3 мес.	через 6 мес.	через 12 мес.	абс.	%
20 – 29	$6,63 \pm 0,25$	$6,87 \pm 0,28$	$7,55 \pm 0,32$	$7,92 \pm 0,36$	1,29	19,5
30 – 39	$7,49 \pm 0,17$	$7,82 \pm 0,22$	$8,67 \pm 0,25$	$9,16 \pm 0,29$	1,67	22,3
40 – 49	$16,47 \pm 0,32$	$17,36 \pm 0,33$	$18,52 \pm 0,37$	$19,12 \pm 0,43$	2,65	16,1
50 – 59	$18,55 \pm 0,44$	$19,72 \pm 0,46$	$21,02 \pm 0,50$	$22,03 \pm 0,58$	3,48	18,8
60 и >	$21,35 \pm 0,54$	$22,42 \pm 0,56$	$23,67 \pm 0,59$	$25,05 \pm 0,63$	3,70	17,3

С учетом результатов клинко-рентгенологических исследований больным в комплексной терапии заболеваний основных структур ротовой полости оказывалась стоматологическая помощь, заключающаяся в следующем: удаление зубных отложений, санация слизистой ротовой полости, пародонтальных тканей и языка; ликвидация очагов одонтогенного инфекционного процесса, удаление и замена плохо установленных пломб и ортопедических конструкций, сглаживание остро выступающих на зубной и пломбирочной поверхности участков.

После реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий кариесологического характера в зубах, пораженных кариесом, частота эндодонтического лечения у больных обеих групп наблюдения составила соответственно 44,2% и 41,7%. Результаты кариесологического исследования показали, что у пациентов со злокачественными новообразованиями в челюстно-лицевой области преобладают пломбированные зубы (элемент «П» = 29,6%), что свидетельствует об улучшении санационных мероприятий.

При изучении состояния пародонтальных тканей у больных радиоиндуцированной ксеростомией лишь в 1,2% случаев отмечался интактный пародонт. В остальных 98,8% случаев были обнаружены воспалительно-деструктивные изменения в пародонтальных тканях. В структуре пародонтита доминировала тяжелая степень пародонтита ($64,2 \pm 3,2\%$), легкая степень пародонтита выявлена в $11,6 \pm 1,8\%$, средняя – в $24,2 \pm 2,1\%$ случаев. Среди клинических форм пародонтита чаще ($74,3 \pm 3,7\%$) выявляли хронический генерализованный пародонтит.

Перед проведением комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера клиническая характеристика состояния околозубных тканей исследуемых больных с радиационно-ассоциированными заболеваниями пародонта не имела особых различий при сравнении между стадиями постлучевой ксеростомии. При проведении комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера спустя 14 суток наблюдалось появление некоторых отличий между группами пациентов. Спустя 30 дней данные различия оказались более значительными. Через полгода и 1 год наблюдения при сравнении клинической картины у пациентов с радиообусловленной ксеростомией между группами (1-я стадия – начальная, 2-я стадия – клинических проявлений и 3-я стадия – поздняя), в первую очередь, обращало на себя внимание статистически значимое сокращение числа пациентов с жалобами на болевые ощущения, шаткость зубов, десневую кровоточивость (постлучевой гингивит) и слизистой полости рта (постлучевой мукозит).

По нашим результатам у пациентов с радиообусловленными патологиями пародонтальных тканей в I стадии ксеростомии использование КЛПМСХ оказалось более результативным, чем у пациентов со II стадией радиоиндуцированной ксеростомии. Показатели индекса РМА спустя 15 суток от момента начала применения КЛПМСХ уменьшились в среднем до $42,76 \pm 8,64\%$ при исходном его среднем показателе – $58,33 \pm 4,37\%$. Через 30 дней этот показатель составил $0,48 \pm 0,16\%$, через полгода составил $0,12 \pm 0,02\%$, а через год показатель данного индекса составили $0,69 \pm 0,20\%$.

У пациентов с радиоиндуцированными патологиями пародонтальных тканей в I стадии ксеростомии на фоне проведения КЛПМСХ показатели индекса SBI снизились до $1,85 \pm 0,34\%$, тогда как исходный показатель составлял $42,97 \pm 4,42\%$. Через 30 дней от начала проведения процедур этот показатель составил $1,07 \pm 0,62\%$, а спустя полгода и 1 год после начала проведения данного комплекса мер эти показатели составили в среднем $0,34 \pm 0,12$ и $0,53 \pm 0,05\%$, соответственно.

У пациентов данной группы также наблюдалась положительная динамика в отношении индекса Мюллемана. Так, через 15 дней от начала применения КЛПМСХ показатель кровоточивости десневой борозды снижался со значения $42,97 \pm 4,42\%$ до $1,85 \pm 0,34\%$ (на $41,12 \pm 4,08\%$) у больных с начальной стадией постлучевой ксеростомии. Спустя 30 суток от начала лечения данный показатель составил $1,07 \pm 0,62\%$, тогда как исходные показатели данного индекса составляли $42,97 \pm 4,42\%$. Через полгода и 1 год наблюдения показатели данного индекса были аналогичными, отмечено снижение на $42,44 \pm 4,47\%$ по отношению к исходным величинам.

В первой стадии ксеростомии, обусловленной проведением лучевой терапии, показатели глубины зондирования зубодесневого кармана также обратно коррелировали со сроками динамического наблюдения пациентов. Через 15 и 30 дней после начала применения КЛПМСХ показатели данного индекса уменьшились до $3,29 \pm 0,09$ и $3,00 \pm 0,09$ мм, соответственно. А спустя

полгода и 1 год наблюдения они уменьшились до $1,50\pm 0,05$ и $1,70\pm 0,05$ мм, соответственно.

Исходные показатели пародонтального индекса у пациентов с начальной стадией ксеростомии, обусловленной проведением лучевой терапии, составляли $4,03\pm 0,03$ балла, а через полгода и 1 год наблюдения после начала проведения КЛПМСХ составили $3,73\pm 0,13$ и $3,68\pm 0,17$ баллов, соответственно.

При изучении динамики показателей используемых индексов в клинически выраженной стадии постлучевой ксеростомии у больных с радиационно-ассоциированными заболеваниями пародонта было выявлено, что в ближайшие после проведения КЛПМСХ сроки (15 и 30 дней) и в отдаленный период (полгода и 1 год) значительно снижаются показатели индексов РМА, SBI, PI и показатели глубины зондирования. Так, показатели индекса РМА спустя 15 дней от начала применения КЛПМСХ снизились до $56,18\pm 6,86\%$, тогда как его исходные показатели составляли $70,86\pm 2,02\%$. Через 30 дней после начала применения КЛПМСХ этот показатель уменьшился до $8,39\pm 1,64\%$. Тенденция к снижению данного показателя наблюдалась и при осмотре через полгода и 1 год – $7,85\pm 1,20\%$, $7,54\pm 1,90\%$, соответственно.

При использовании КЛПМСХ в клинически выраженной стадии ксеростомии у больных с радиационно-ассоциированными заболеваниями пародонта наблюдалась положительная пародонтологическая динамика индекса кровоточивости десневой борозды на 15 ($18,86\pm 4,52\%$) и 30 сутки ($8,43\pm 2,49\%$), также спустя 6 месяцев ($7,63\pm 0,75\%$) при достоверном увеличении названного индекса через 12 месяцев наблюдения ($8,48\pm 1,57\%$) после начала применения КЛПМСХ.

Значение глубины зондирования пародонтального кармана до реализации лечебно-превентивного комплекса пародонтологического характера у больных в клинически выраженной стадии постлучевой ксеростомии составило $6,90\pm 0,09\%$. При проведении КЛПМСХ спустя 15 дней показатели глубины зондирования пародонтального кармана составили $6,17\pm 0,09$ мм, и оставались практически без изменений на 30 день наблюдения, составив $6,01\pm 0,05$ мм. Однако через полгода наблюдалось значительное уменьшение данного показателя до $2,00\pm 0,05$, а спустя год до $2,38\pm 0,05$ мм.

Установлено, что эффективность лечения пародонтальных патологий во многом зависит от стадии ксеростомии. Так, в начальной стадии постлучевой ксеростомии после применения КЛПМСХ у 86,3% пациентов отмечались «хорошие» результаты, а у 13,7% пациентов результаты лечения были «удовлетворительными». Величина исследуемых показателей в клинически выраженной и поздней стадии радиационно-индуцированной ксеростомии составила соответственно 69,6%, 30,4% и 79,2%, 20,8%.

Ощущение сухости в ротовой полости у наблюдаемых нами пациентов носило постоянный характер с выраженной интенсивностью, что значительно ограничивало способность продолжительного разговора и осложняло прием сухой пищи. Пациенты постоянно испытывали чувство нехватки воды,

ощущение жжения в области языка, вследствие чего постоянно возникала необходимость в употреблении жидкости. Кроме того, такие пациенты жаловались на плохой сон в виду необходимости полоскания ротовой полости для того, чтоб можно было уснуть.

У пациентов со II и III стадией ксеростомии при сиалометрическом исследовании отмечалось значительное сокращение выделения слюны из желез. В ротовой полости пациентов не визуализировалась свободная слюна, слизистая ротовой полости была гиперемированной с признаками мукозита, не наблюдалось наличие «слюнной лужицы» на передних участках подъязычной области. Ротовая жидкость была очень вязкой, при визуальном осмотре с помощью шпателя, последний прилипал к слизистой ротовой полости.

Самые ранние признаки пострadiационного мукозита были обнаружены спустя 3 – 5 дней от начала лучевой терапии. У пациентов появлялись интенсивные болевые ощущения, которые усиливались во время еды, изменялись вкусовые ощущения, слюна становилась тягучей. У 29,3% пациентов с постлучевым развитием мукозита I степени наблюдалось появление отечности и покраснения слизистой ротовой полости, а при пальпаторном исследовании наблюдалось появление одиночных эритем.

У 26,8% пациентов с постлучевым развитием мукозита II степени патологии отмечалось наличие болевых ощущений в области слизистой ротовой полости рта во время раскрытия рта, во время разговора, а также во время еды. Наблюдалось увеличение температуры тела в пределах 37 – 37,5°C. Через 5 – 7 дней от начала проведения лучевой терапии у данных пациентов наблюдалось формирование болезненных эрозий, которые значительно осложняли прием еды и гигиену ротовой полости.

В нашем исследовании 5,6% обследованных лиц страдали мукозитом IV степени тяжести. К ранее перечисленным признакам присоединилось повышение температуры тела более 38°C. Клинические изменения слизистой оболочки полости рта в данной группе больных выражались в наличии сухости слизистой ротовой полости и губ, появлении отека и гиперемии. Наблюдалось исчезновение нитевидных сосочков, расположенных на дорсальной поверхности языка (так называемый «лакированный язык»), либо отмечалось выраженное скопление творожистых псевдомембранозных отложений на поверхности языка.

Стоматоксичность радиационно-индуцированного генеза, как правило, мы обнаруживали через 5 – 7 суток после начала противоопухолевого лечения. На 2 – 3 сутки после облучения были обнаружены признаки воспалительного поражения слизистой ротовой полости, при этом эти изменения чаще наблюдались в области слизистой губ, щечных областей, языка, дна ротовой полости рта и в области мягкого неба. При этом инфекция ротовой полости способствовала дальнейшему усилению мукозита инфильтративной формы, и такие изменения обычно занимали суммарно период до 5 дней

Следующей фазой оказалась язвенная форма проявления мукозита, которая

регистрируется в 46,8% случаев. При этом в половине случаев она имела тяжелое течение, в результате чего возникала необходимость в проведении коррекции, а в ряде случаев вынуждало прекратить на некоторое время лучевую терапию рака названной локализации.

В 12,7% случаев у больных наблюдалось увеличение числа случаев ангулярного хейлита, у 15 (19,2%) больных был выявлен герпетический стоматит, у 22-х (28,2%) пациентов было установлено наличие волосатой лейкоплакии языка, в 18 (23,1%) случаях у пациентов была обнаружена папилломавирусная патология, а в 23 (29,5%) случаях был выявлен опоясывающий герпес (рис. 2).

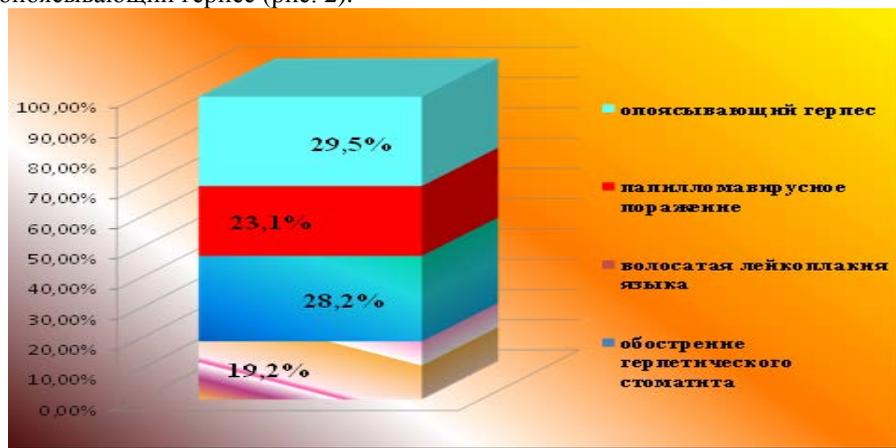


Рисунок 2. – Клинические симптомы вирусных заболеваний слизистой рта у больных с постлучевой ксеростомией

Сравнивая количественные значения десневой жидкости по площади пропитывания стандартных полосок в обследуемых группах, можно предположить, что гидродинамические параметры среды краевого пародонта при первичном осмотре различаются в зависимости от расположения функционально-ориентированных групп зубов. Так, у больных с радиационно-ассоциированными заболеваниями пародонта в первом пародонтальном сегменте площадь пропитывания стандартных полосок десневой жидкостью, полученной из десневого бороздка 11 зуба в среднем составляет $0,961 \pm 0,11$ мм², 12 зуба – $1,042 \pm 0,10$ мм², в области 13, 14 и 15 зубов – соответственно $1,193 \pm 0,13$ мм², $1,391 \pm 0,10$ мм² и $1,504 \pm 0,11$ мм² при соответствующем значении $1,593 \pm 0,13$ мм² и $1,670 \pm 0,14$ мм² в проекции 16 и 17 зубов.

При оценке гидродинамических параметров среды десневого бороздка во втором пародонтальном сегменте больных с постлучевым воспалительным заболеванием тканей пародонта установлено, что площадь пропитывания стандартных полосок десневой жидкостью, полученной из десневых бороздок 21 и 22 зубов находится на уровне $0,963 \pm 0,06$ мм² и $1,069 \pm 0,09$ мм² соответственно.

Во втором пародонтальном сегменте достоверным ($p < 0,05$) было увеличение количества десневой жидкости от клыка ($1,185 \pm 0,12 \text{ мм}^2$) к премолярам ($1,358 \pm 0,10 \text{ мм}^2$ и $1,544 \pm 0,13 \text{ мм}^2$ соответственно для 24 и 25 зубов) и молярам ($1,651 \pm 0,13 \text{ мм}^2$ и $1,694 \pm 0,13 \text{ мм}^2$ соответственно для 26 и 27 зубов).

В первом пародонтальном сегменте цифровые значения гидродинамического показателя в области 13, 14, 15, 16 и 17 зубов варьировали соответственно от $0,453 \pm 0,08 \text{ мм}^2$, $0,770 \pm 0,06 \text{ мм}^2$, $0,947 \pm 0,05 \text{ мм}^2$, $1,148 \pm 0,10 \text{ мм}^2$ и $1,240 \pm 0,11 \text{ мм}^2$ до $0,483 \pm 0,13 \text{ мм}^2$, $0,900 \pm 0,12 \text{ мм}^2$, $0,977 \pm 0,16 \text{ мм}^2$, $1,178 \pm 0,19 \text{ мм}^2$ и $1,270 \pm 0,18 \text{ мм}^2$ при среднем значении $0,468 \pm 0,11 \text{ мм}^2$, $0,785 \pm 0,09 \text{ мм}^2$, $0,962 \pm 0,13 \text{ мм}^2$, $1,163 \pm 0,16 \text{ мм}^2$ и $1,255 \pm 0,16 \text{ мм}^2$ соответственно для этих групп зубов.

При сравнении средних значений десневой жидкости во втором пародонтальном сегменте в области 21, 22, 23, 24, 25, 26 и 27 зубов были выявлены статистически недостоверные различия. Такую тенденцию относительно высокого содержания десневой жидкости в области краевого пародонта вышеперечисленных зубов (соответственно $0,269 \pm 0,03 \text{ мм}^2$, $0,441 \pm 0,05 \text{ мм}^2$, $0,470 \pm 0,12 \text{ мм}^2$, $0,772 \pm 0,09 \text{ мм}^2$, $1,074 \pm 0,13 \text{ мм}^2$, $1,169 \pm 0,16 \text{ мм}^2$ и $1,250 \pm 0,16 \text{ мм}^2$) следует связывать с воспалительным процессом в тканях краевого пародонта, возникающим под влиянием локального воздействия радиационного фактора.

Для определения эффективности комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у лиц с постлучевой ксеростомией нами проведено изучение гидродинамического показателя среды краевого пародонта после активной реализации соответствующих мероприятий. При реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера наблюдается достоверное уменьшение площади пропитывания стандартных полосок десневой жидкостью, полученной из десневых бороздок в области резцов в 1,5 раза, по сравнению с площадью пропитывания стандартных полосок, полученной из десневых бороздок одноименных зубов в начальной стадии постлучевой ксеростомии, в 6,7 раза – по сравнению с площадью пропитывания стандартных полосок, полученной из десневых бороздок одноименных зубов в клинически выраженной стадии, в 7,2 раза – по сравнению с площадью пропитывания стандартных полосок, полученной из десневых бороздок одноименных зубов в поздней стадии постлучевой ксеростомии.

По настоящее время мало акцентируется внимания психосоциальным особенностям, влияющим на отношение пациента к имеющейся у него патологии, психологическим ресурсам в борьбе со случаями рецидива заболевания, которые позволяют значительно повысить эффективность проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. Для этого проводилось клиническое исследование, изучался психологический статус больных с помощью специальных шкал: госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), проба на определение самочувствия, состояние активной деятельности и настроения (CAH), а также с помощью шкалы Гамильтона по оценке депрессии (HDRS).

В ходе исследования пациентов с онкологическими заболеваниями основных структур ротовой полости перед проведением радиотерапии пониженное настроение было отмечено в 32,5% случаев, в 12,7% случаях пациенты отмечали у себя наличие недомогания, повышенной усталости, а в 23,3% случаев у них имелись проблемы со сном. У 82,8% пациентов наблюдались сложности при общении с окружающими людьми, обусловленные имеющейся у них патологией. В 87,6% случаев у пациентов отмечалось усугубление их социального статуса, что отражалось на их финансовом благополучии. Кроме того, в 86,5% случаев пациенты жаловались на повышенную слабость, в 67,2% случаев пациенты жаловались на появление пессимистических мыслей, что значительно осложняло их концентрацию в повседневной жизни (на рабочем месте, при чтении книг, при просмотре телепередач). В 52,3% случаев пациенты также жаловались на появление рассеянности и ухудшение памяти. В 67,1% случаев у пациентов наблюдалось ослабление аппетита, изменение вкусовых качеств (еда казалась пресной либо вообще не имела вкуса).

В ходе изучения особенностей САН до проведения лучевой терапии и после нее наблюдалось усугубление общего состояния пациента, отмечалась разница по шкале Гамильтона. Если до лучевого воздействия критерии самочувствие, активность и настроение у пациентов составили соответственно $3,9 \pm 0,8$ балла, $3,3 \pm 0,3$ балла и $3,5 \pm 0,5$ балла, то через 1 месяц после лучевой терапии базальная величина исследуемых показателей ухудшалась от 1,3 до 1,5 раза.

Как свидетельствуют данные таблицы 4, у больных после проведения курса радиотерапии наблюдалось увеличение показателей депрессии и тревоги. Если до реализации курса лучевой терапии у больных с онкологическими заболеваниями стоматологического характера клинически выраженная форма депрессия в среднем составляла $0,48 \pm 0,3$ балла, то спустя 30 дней наблюдения после лечения данный показатель увеличился до $0,79 \pm 0,5$ балла ($p < 0,05$), что говорит об усугублении депрессивного состояния у данных больных. Аналогичная тенденция была обнаружена в отношении субклинически выраженной формы депрессивного состояния (соответственно $0,31 \pm 0,2$ и $0,52 \pm 0,2$ балла).

Таблица 4. - Средние показатели госпитальной шкалы депрессии и тревоги до и после лучевой терапии у больных с онкологическими заболеваниями стоматологического характера

Показатель	До лучевой терапии	После лучевой терапии
Субклинически выраженная депрессия	$0,31 \pm 0,2$	$0,52 \pm 0,2$ $p < 0,05$
Клинически выраженная депрессия	$0,48 \pm 0,3$	$0,79 \pm 0,5$ $p < 0,05$
Субклинически выраженная тревога	$0,12 \pm 0,5$	$0,21 \pm 0,4$ $p < 0,05$
Клинически выраженная тревога	$0,09 \pm 0,2$	$0,11 \pm 0,2$

Через 1 месяц после использования лучевой терапии у больных средние показатели субклинической формы госпитальной шкалы тревоги нарастали почти в 2 раза, против исходного значения. В то же время при сравнении показателей клинически выраженной формы госпитальной шкалы тревоги было выявлено недостоверное ухудшение состояния больных после лучевой терапии и нарастание данного показателя было обнаружено всего лишь в 1,2 раза ($p > 0,05$).

У лиц с радиационно-индуцированной ксеростомией до реализации активной терапии были выявлены типы отношения к патологии, относящиеся, прежде всего, ко второму блоку (интрапсихически-дезадаптивный). У таких больных наблюдалось дезадаптивное поведение, проявляющееся в виде подавленного настроения, повышенной раздражительности, неверия в благоприятный исход патологии либо в замыкании в своей патологии, а также в повышенной тревожности. Наблюдаемая у данных больных с ксеростомией психическая дезадаптация, имеет, прежде всего, интрапсихический вариант реагирования на существующую патологию (рис. 3).

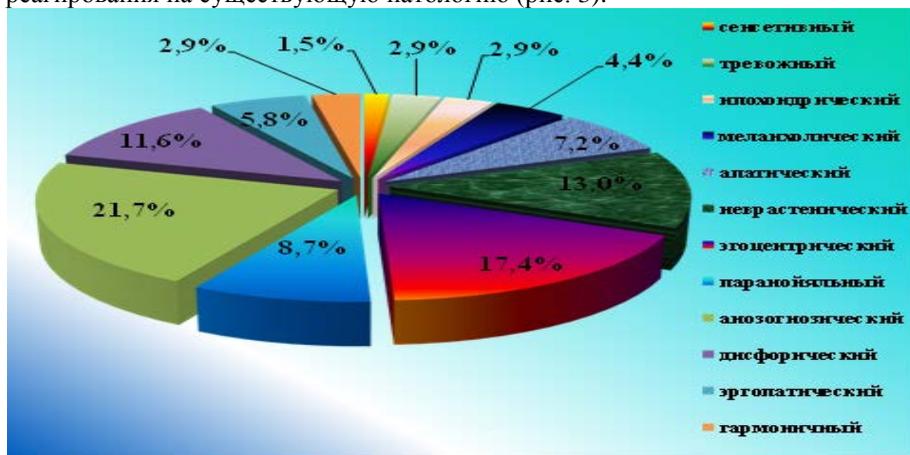


Рисунок 3. – Частота исходного значения встречаемости различных типов отношения к болезни у пациентов с радиационно-ассоциированной ксеростомией

На начальном этапе лечения во всех случаях у больных с постлучевой ксеростомией применялась общепринятая терапия, позволяющая предупредить развитие осложнения кариеса и пародонтитов, и направленная на борьбу с развитием дегенеративно-дистрофических изменений в тканях слюнных желез. С целью стимуляции секреторной функции слюнных желез больным назначался пептидный биорегулятор везуген (по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 30 дней), альгиклам (по 2 таблетки 2 раза в день) и лесмин (по 1 таблетке 3 раза в день), курс лечения составлял 30 дней с его повторениями 1 раз в 3 месяца.

После реализации терапевтического курса у лиц с постлучевой ксеростомией со

статистической достоверностью снизились такие поведенческие формы отношения к болезни как тревожный (10,1%), неврастенический (7,2%) и анозогнозический (5,8%) типы против исходного значения исследуемых показателей поведенческого состояния (соответственно 21,7%, 17,4% и 11,6%). Вместе с тем среди обследованного контингента больных гармоничный тип отношения к болезни, наоборот максимализировался. Если исходное значение гармоничного типа отношения к радиационно-индуцированной ксеростомии составило всего лишь 2,9%, после терапевтического воздействия оно доходило до 56,5%.

При изучении качества жизни у пациентов стоматологического профиля оценивали их навыки и поведенческие реакции, влияющие на мотивацию пациента к бережному отношению состояния своих зубов. Пациентам предлагалось самостоятельно оценить состояние зубов по специальной шкале, состоящей из 6 градаций, начиная от «очень плохое» до «превосходного». При этом было установлено, что только 7,8% пациентов поставили оценку состоянию своих зубов «превосходное». В 50,2% случаев респонденты поставили оценку «хорошо» или «очень хорошо», в 38,1% случаев была выставлена оценка «среднее состояние». Еще в 3,9% случаев пациенты оценили состояние своих зубов как «неудовлетворительное» или «очень плохое».

При исследовании, проводимом с использованием опросника ОНП-49-RU, до лечения пациентов было установлено, что в основной группе больных при сравнении с контрольной показатели всех оцениваемых профилей оказались выше: «Ограничение функции» – $13,51 \pm 1,14$ и $7,11 \pm 0,61$ ($p < 0,05$) балла соответственно; «Физический дискомфорт» – $11,54 \pm 1,13$ и $6,71 \pm 0,69$ ($p < 0,05$); «Психологическая нетрудоспособность» – $8,4 \pm 0,72$ и $1,63 \pm 0,18$ ($p < 0,05$); «Социальная дезадаптация» – $12,17 \pm 1,54$ и $0,6 \pm 0,18$ ($p < 0,05$); «Ущерб» – $9,92 \pm 1,69$ и $0,53 \pm 0,29$ ($p < 0,05$) соответственно.

При реализации КЛПМСХ у лиц основной группы все оцениваемые показатели достоверно снизились. Так, исследование, проводимое с применением опросника ОНП-49-RU, показало, что профиль «Ограничение функции» составило $2,12 \pm 0,43$ баллов против исходного значения ($13,51 \pm 1,14$ баллов); «Физический дискомфорт» – $1,11 \pm 0,32$ и $11,54 \pm 1,13$ баллов соответственно; «Психологическая нетрудоспособность» – $0,45 \pm 0,18$ и $8,4 \pm 0,72$ баллов; «Социальная дезадаптация» – $0,56 \pm 0,21$ и $12,17 \pm 1,54$ баллов; «Ущерб» – $0,29 \pm 0,10$ и $9,92 \pm 1,69$ баллов соответственно.

Таким образом, активная реализация комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у лиц с радиационно-индуцированной ксеростомией положительно влияла на частоту и характер функциональных ограничений, возникающих при наличии ксеростомических симптомов заболеваний полости рта. Определение кариесологических, пародонтологических и мукологических показателей качества жизни по индексу ОНП-49-RU у больных с радиационно-ассоциированными поражениями полости рта расширила возможности оценки стоматологического аспекта здоровья среди обследованного контингента в динамике реализации КЛПМСХ.

ВЫВОДЫ

1. Особенности радиационно-ассоциированного стоматологического симптомокомплекса заключаются в том, что в условиях воздействия на организм ионизирующего излучения защитное действие ферментов ротовой жидкости снижается. Под воздействием лучевой терапии развивается «цветущий» кариес и он настолько интенсивен, что в течение нескольких месяцев разрушает поверхности зубов и вызывает полное их разрушение. Среди обследованного контингента при вскрытии пульпарной камеры очень часто отсутствует характерный болевой синдром. В структуре пародонтита доминировала тяжелая степень пародонтита ($64,2 \pm 3,2\%$), легкая степень выявлена в $11,6 \pm 1,8\%$, средняя – в $24,2 \pm 2,1\%$ случаев. Среди клинических форм пародонтита чаще ($74,3 \pm 3,7\%$) выявляли хронический генерализованный. На 3 – 5 сутки после начала облучения диагностированы самые ранние признаки пострадиационного мукозита и больные жаловались на сильные боли, усиливающиеся после приема пищи, неприятный вкус во рту, тягучую слюну.

2. Базовый уровень пародонтальных индексов в группах лиц с начальной, клинически выраженной и поздней стадиями постлучевой ксеростомии статистически значимо различался. Так, у пациентов с начальной и поздней стадиями постлучевой ксеростомии показатели пародонтальных индексов в различные периоды наблюдения после проведения КЛПМСХ оказались значительно лучше, чем среди пациентов с ксеростомией в стадии выраженных клинических проявлений. Таким образом, данный факт указывает на наличие влияния выраженности ксеростомии на восстановление пародонтальных тканей.

3. Сравнительный анализ гидродинамических показателей в десневой бороздке позволил выявить увеличение десневой жидкости у больных с радиационно-ассоциированными заболеваниями пародонта. Тенденции, выявленные при количественном анализе десневой жидкости, были тождественны колебаниям интенсивности пародонтологического показателя, что связано с особенностями тканей пародонта, которые в большей степени, чем твердые ткани зубов, реагируют на лучевого воздействия. Полученные материалы свидетельствуют о том, что гидродинамические показатели в клинически выраженной стадии ксеростомии по сравнению с начальной стадией постлучевой ксеростомии достоверно отличаются в области одноименных зубов верхней челюсти. Так, в первом случае значение исследуемого показателя в краевом пародонте 11, 12 и 21, 22 зубов оказалось соответственно в 5,3, 4,4 и 5,1, 3,4 раза больше. Такая же положительная динамика десневой жидкости была зафиксирована в области клыков (соответственно в 3,5 раза), премоляров (соответственно в 2,1 и 1,9 раза) и моляров (соответственно в 1,6 и 1,7 раза) верхней челюсти.

4. После реализации терапевтического курса у лиц с постлучевой ксеростомией со статистической достоверностью снизились такие поведенческие формы отношения к болезни как тревожный ($10,1\%$),

неврастенический (7,2%) и анозогнозический (5,8%) типы против исходного значения исследуемых показателей поведенческого состояния (соответственно 21,7%, 17,4% и 11,6%). У пациентов с постлучевой ксеростомией весьма положительное изменение нами обнаружено по критерию «гармоничный» индивидуально-типологический форм отношение к болезни. По этим критериям наблюдается максимальное повышение в эмоционально-поведенческом статусе пациентов (с исходного значения 2,9% до 56,5%). По окончании второго этапа наблюдения у всех больных наблюдались позитивные изменения в их отношении к патологии. Значительно уменьшилось количество пациентов с типом отношения к патологии, относящегося ко второму и третьему блоку по методике ТОБОЛ.

5. До реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у лиц с радиационно-индуцированной ксеростомией сумма баллов индекса ОНП-49-RU составила $55,54 \pm 6,22$ баллов против лиц контрольной группы ($16,58 \pm 1,95$ баллов). После комплексного лечения у лиц основной группы суммарное значение качества жизни по индексу ОНП-49-RU составило $4,53 \pm 1,24$ баллов против $55,54 \pm 6,22$ баллов до активной реализации КЛПМСХ. На фоне активной реализации комплексного лечения у лиц с радиационно-индуцированной ксеростомией показатели всех оцениваемых профилей достоверно снизились: «Ограничение функции» – в 6,4 раза; «Физический дискомфорт» – в 10,4 раза; «Психологическая нетрудоспособность» – в 18,7 раза; «Социальная дезадаптация» и «Ущерб» – в 21,7 и 34,2 раза соответственно.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях совершенствования организации и улучшения качества стоматологической помощи пациентам со злокачественными опухолями органов и тканей полости рта рекомендуем предусмотреть открытие стоматологического кабинета в каждом онкологическом центре и укомплектовать его врачами-стоматологами и гигиениста стоматологического. Оснастить стоматологический кабинет современным оборудованием, инструментарием и медикаментами для обеспечения предварительной санации полости рта перед поступлением на стационарное лечение.

2. Оценивать состояние органов и тканей полости рта у больных с радиационно-ассоциированного стоматологического симптомокомплекса до начала радиотерапии и при необходимости проводить терапевтическую, хирургическую санации и профессиональную гигиену полости рта.

3. Для профилактики поражений слизистой оболочки рта (мукозит) применять антибактериальные и противокандидозные препараты общего действия (трихопол, флуконазол или дифлюкан). В схему лечения рекомендуется включить эубиотики (ацилакт, бифилиз, бифидум- и лактобактерин) в виде ротовых ванночек 2 – 3 раза в день по 1 – 2 минуте в течение 1,5 месяцев.

4. Соблюдать кратность профилактических осмотров и индивидуальных профилактических мероприятий: стоматологические осмотры в течение курса

радиотерапевтического лечения проводить не менее 3 раз (до начала лучевой терапии, через 7 – 10 дней от начала лучевой терапии и в конце курса). После окончания лучевой терапии профилактические осмотры пациентов проводить не реже 1 раза в 2 месяца.

5. Проведенный мониторинг стоматологического статуса больных с ксеростомией радиационного генеза позволил выявить стабилизацию роста патологии органов и тканей полости рта по результатам активной реализации предложенной нами программы реабилитации указанного контингента больных. Выявленные тенденции должны стать основой для расширения рамок проводимых мероприятий стоматологического характера у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Муллоджонова, А.Г. Обоснование патогенетических механизмов развития ксеростомии / **А.Г. Муллоджонова**, С.Р. Расулов, Г.Г. Ашуров // Стоматология Таджикистана. - Душанбе, 2018. - № 1. - С. 63-66.
2. Муллоджонова, А.Г. Ситуационная оценка эмоционального состояния больных с онкологическими заболеваниями органов и тканей полости рта до и после применения лучевой терапии / **А.Г. Муллоджонова**, С.Р. Расулов, С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров // **Здравоохранение Таджикистана**. – Душанбе, 2019. - № 2. - С. 57-62.
3. Муллоджонова, А.Г. Индивидуально-типологическое состояние больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области на фоне радиационно-индуцированного воздействия / **А.Г. Муллоджонова**, С.Р. Расулов, С.М. Каримов // Стоматология Таджикистана. – Душанбе, 2019. - № 1. - С. 23-26.
4. Муллоджонова, А.Г. Особенности развития стоматологической патологии в зависимости от индивидуально-типологического состояния больных с радиационно-индуцированной ксеростомией: сб. науч. тр. / **А.Г. Муллоджонова**, С.М. Каримов // Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний. -Душанбе, 2019. -С. 73.
5. Муллоджонова, А.Г. Влияние лучевой терапии на состояние стоматологического статуса и слюнных желез у больных с онкологической патологией челюстно-лицевой области / **А.Г. Муллоджонова**, С.М. Каримов, С.Р. Расулов, Г.Э. Муллоджанов, З.Р. Аминджанова // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения**. – Душанбе, 2019. -№ 2. - С. 84-91.
6. Муллоджонова, А.Г. Ситуационная оценка стоматологического статуса у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией: сб. науч. тр. / **А.Г. Муллоджонова** // Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний. Душанбе, 2019. С. 113-114.
7. Ашуров, Г.Г. Эффективность разработанной схемы комплексного лечения стоматологической патологии, индуцированной радио- и химиотерапией у

- больных с онкологическими заболеваниями слизистой оболочки рта и языка / Г.Г. Ашуров, **А.Г. Муллоджонова**, С.Р. Расулов, С.М. Каримов // **Вестник Академии медицинских наук Таджикистана**. – Душанбе, 2019. - № 2 (30). - С. 119-125.
8. Расулов С.Р. Индивидуально-типологические особенности стоматологических пациентов с радиационно-индуцированной ксеростомией: сб. науч. тр. / С.Р. Расулов, **А.Г. Муллоджонова**, А.А. Исмоилов // **Материалы XXV годичной конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ**. - Душанбе, 2019. - С. 172-173.
 9. Муллоджонова, А.Г. Действие ионизирующего облучения на состояние органов и тканей челюстно-лицевой области / **А.Г. Муллоджонова**, С.М. Каримов, С.Р. Расулов // **Стоматология Таджикистана**. – Душанбе, 2019. - № 1. - С. 74-80.
 10. Муллоджонова, А.Г. Особенности индивидуально-типологического реагирования стоматологических пациентов с радиационно-индуцированной ксеростомией / **А.Г. Муллоджонова**, С.М. Каримов, С.Р. Расулов, М.Р. Гурезов, А.Р. Зарипов // **Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения**. - Душанбе, 2019. - № 3. - С. 52-58.
 11. Муллоджонова, А.Г. Состояние органов и тканей полости рта у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией: сб. науч. тр. / **А.Г. Муллоджонова**, С.М. Каримов, С.Р. Расулов, Г.Г. Ашуров // **Материалы XXV годичной конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ**. -Душанбе, 2019. -С. 149-150.
 12. Муллоджонова, А.Г. Карисологические и пародонто-мукологические изменения после реализации курса лучевой и химиотерапии / **А.Г. Муллоджонова**, С.Р. Расулов, С.М. Каримов // **Стоматология Таджикистана**». – Душанбе,2019. - № 2. - С. 11-13.
 13. Муллоджонова, А.Г. Состояние зубов и околозубных тканей у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией / **А.Г. Муллоджонова**, Г.Г. Ашуров, С.Р.Расулов // **Стоматология Таджикистана**. – Душанбе, 2020. - № 1. - С. 21-24.
 14. Муллоджонова, А.Г. Уровень качества жизни стоматологических пациентов с радиационно-индуцированной ксеростомией / **А.Г. Муллоджонова**, С.Р. Расулов, С.М. Каримов, Г.Э. Муллоджанов // **Наука и инновация**. - Душанбе, 2020. - № 1. - С. 27-31.
 15. Муллоджонова, А.Г. Оценка стоматологических показателей качества жизни при наличии ксеростомических симптомов радиационно-индуцированной природы / **А.Г. Муллоджонова**, Г.Г. Ашуров // **Стоматология Таджикистана**. – Душанбе, 2020. - № 1. - С. 51-55.
 16. Муллоджонова, А.Г. Ситуационная оценка состояние твердых тканей зубов и околозубных тканей у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией / **А.Г. Муллоджонова**, Г.Г. Ашуров, С.Р. Расулов // **Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения**. – Душанбе, 2021. - № 1. - С. 37-41.
 17. Муллоджонова, А.Г. Динамика качества жизни стоматологического аспекта здоровья у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией

/ А.Г. Муллоджонова, Г.Г. Ашууров, Н.Г. Тураев // **Вестник последи-
дипломного образования в сфере здравоохранения.** 2021. № 2. С. 52-57.

Удостоверение на рационализаторское предложение

1. Муллоджонова, А.Г. Способ реализации двухэтапной системы лечебно-профилактического воздействия стоматологического характера у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией / **А.Г. Муллоджонова, Г.Г. Ашууров, С.Р. Расулов, С.М. Каримов.** Выдано от 01.10.2020 г., № 000327.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВАШ	–	визуально-аналоговая шкала
ВПЧ	–	вирус папилломы человека
Гр	–	грей
ГСП	–	городская стоматологическая поликлиника
ЗНО	–	злокачественное новообразование
КЛПМ	–	комплекс лечебно-профилактических мероприятий
КПЛ	–	красный плоский лишай
ЛТ	–	лучевая терапия
МКБ	–	Международная классификация болезней
МСЖ	–	малая слюнная железа
НМЦ	–	Национальный медицинский центр
ОСЖ	–	околоушная слюнная железа
ОФ	–	ограничение функции
ПД	–	психологический дискомфорт
ПКР	–	плоскоклеточный рак
ПР	–	психологическое расстройство
РИК	–	радиационно-индуцированная ксеростомия
РМА	–	папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс
РОД	–	разово-очаговая доза
РОНЦ	–	Республиканский онкологический научный центр
САН	–	самочувствие, активность и настроение
СД	–	сахарный диабет
СО	–	социальное ограничение
СОД	–	суммарно-очаговая доза
СОПР	–	слизистая оболочка полости рта
ТГМУ	–	Таджикский государственный медицинский университет
ТОБОЛ	–	тип отношения к болезни
УКЦ	–	учебно-клинический центр
ФД	–	физический дискомфорт
ФН	–	физическое нарушение
СРITN	–	community periodontal index treatment needs
ОHI-S	–	oral hygiene index simplified
PI	–	parodontal index
SBI	–	sulcus bleeding index

Разрешено в печать 15.10.2021. Сдано в печать 20.09.2021.
Формат 60x84 1/16. Объем 1,5 п.л. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Гарнитура Times New Roman.
Тираж 100 экз. Типография ООО “Ориёнгандж”