КОМПЛЕКСНАЯ СТРАТЕГИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Курамбаева Наргиза Яхшимуратовна
https://orcid.org/0009-0005-9356-9697
ООО «MEMORIAL HOSPITAL», Хорезм, Узбекистан
DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.20097447

Аннотация. В статье представлены результаты исследования по оценке стоматологического статуса и повышению эффективности лечения пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП). В исследовании приняли участие 94 пациента, разделенные на группы в зависимости от основной патологии: фиброз печени, хронический гепатит и цирроз печени. Сравнивались две стратегии: стандартная стоматологическая помощь и комплексный протокол, включающий препарат «Ротокан», электрофорез с витамином С и УВЧ-терапию. Установлено, что прогрессирование заболеваний печени коррелирует с ухудшением стоматологических индексов (ГИ, ПМА, КЕ). Применение комплексного метода позволило в два раза быстрее купировать воспаление пародонта, восстановить резистентность эмали и стабилизировать кариозный процесс. Исследование научно обосновывает высокую патогенетическую эффективность мультидисциплинарного подхода в сочетании с физиотерапией при системных нарушениях печени.

Ключевые слова: хронические диффузные заболевания печени, цирроз печени, хронический гепатит, заболевания пародонта, кариес зубов, Ротокан, физиотерапия, стоматологические индексы.

Введение. Хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП) являются актуальной мировой медицинской и социальной проблемой, основными этиологическими факторами которой являются хронические вирусные гепатиты (В и С), алкогольная болезнь печени (АБП) и все более распространенная жировая болезнь печени (ЖБП), связанная с нарушением метаболической функции. Хронические диффузные заболевания печени характеризуются хроническим воспалением паренхимы печени, некрозом и переходом в фиброз печени, что в конечном итоге приводит к циррозу печени и гепатоцеллюлярной недостаточности (7,10). Развитие заболевания напрямую связано с развитием тяжелых осложнений, таких как снижение белково-синтетической функции печени (нарушение синтеза альбуминов и факторов коагуляции), нарушение детоксикационной функции (накопление аммиака), а также портальной гипертензии и геморрагического синдрома (9).

Эпидемиологические данные свидетельствуют о росте числа пациентов с ЛПВП во всем мире, особенно поскольку ЛПВП в сочетании с метаболическим синдромом достигла уровня глобальной пандемии. Хронический вирусный гепатит считается одной из наиболее распространенных причин хронического воспаления печени. По данным ВОЗ, во всем мире 257 миллионов человек живут с хронической HBV-инфекцией. Если вероятность хронического заражения HBV у взрослых составляет менее 5%, то при перинатальной передаче этот показатель достигает 90%. Хронический гепатит В является основным фактором развития цирроза и ГЦК (6,7).

Статистика ВОЗ подтверждает, что 71 миллион человек во всем мире страдают хронической ВГС-инфекцией. Основной риск заключается в том, что у 55% до 85% пациентов с острой ВГС-инфекцией развивается хроническая форма, что является

основной причиной цирроза печени и необходимости трансплантации (6,9,10).

Цель исследования. Целью данного исследования была оценка клинической эффективности комплексного протокола лечения и профилактики, специально разработанного для пациентов, страдающих хроническими диффузными заболеваниями печени.

Материал и методы. Учитывая различные принципы современного научного знания, мы разработали свою методологию исследования с достаточно определенной целью. Запланированные и проведенные исследования на основе общенаучных и специфических методов были направлены на решение поставленных задач. В рамках данного исследования были включены 94 пациента с хронической диффузной болезнью печени (ХДБП). Контрольную группу составили 23 условно здоровых пациента. В свою очередь, пациенты с JSDK были разделены на 3 группы в зависимости от типа заболевания.

В свою очередь, пациенты были разделены на 2 группы по методу лечения: I группа (n=44): традиционное стоматологическое лечение. II группа (n=50): комплексное лечение (препарат Ротокан и физиотерапия в дополнение к традиционному лечению).

С целью традиционного стоматологического лечения проводились традиционная механическая очистка и пломбирование кариозных полостей зубов стандартными пломбирующими материалами, стандартная антисептическая обработка и пломбирование корневых каналов, очистка полости рта от зубных камней и отложений традиционными методами, а также обработка десен и тканей пародонта стандартными противовоспалительными мазями, гелями (Metrogil Denta) и антисептиками.

При комплексном лечении, помимо традиционного лечения, использовались жидкий экстракт лекарственного растения ротокан (состав: экстракт ромашки, гвоздики и гречихи) и физиотерапия (электрофорез с витамином С и ультравысокочастотная терапия).

Ротокан в чистом виде не используется, его разбавляли водой перед использованием. 1 чайную ложку (5 мл) ротокана растворили в 1 стакане (200 мл) теплой воды. Его назначали полоскать 3-4 раза в день в течение 1-2 минут. Вату (турунду) опускают в раствор и ставят на край десны на 15-20 минут. Температура воды должна быть 35-40°C, так как холодная вода может усилить спазм сосудов, наблюдаемый при патологии печени, а очень горячая — кровотечение. Продолжительность курса: 7–10 дней. Всего 5–15 процедур (в зависимости от тяжести заболевания).

С целью физиотерапии (электрофорез) использовался 5%-ный раствор аскорбиновой кислоты. На резинки накладывают смоченные раствором ватные тампоны и соединяют их с анодным (+) полюсом. Сила тока: 2...5 мА (в зависимости от индивидуальной чувствительности пациента, до ощущения "легкого зуда"). Первые процедуры начинаются с 10 минут и постепенно увеличиваются до 15-20 минут. Продолжительность курса: 10-12 процедур ежедневно или через день. Ультравысокочастотная терапия (УВЧ). Используется олиготермическая доза (при которой ощущается слабый жар). Мощность для области челюсти была установлена на уровне около 20-30 Вт. Двусторонне или поперек пораженной области челюсти. Зазор воздуха 1...1,5 см. Продолжительность: 8-10 минут. Продолжительность курса: 5–8 процедур.

Рекомендуется проводить эти две процедуры в один и тот же день, одна за другой, для достижения максимального эффекта в ЛСДК. Во-первых, УВГЛ-терапия: эта процедура генерирует тепло в тканях, расширяет капилляры и ускоряет кровоток. После УВГП повышается проницаемость тканей, в результате чего аскорбиновая кислота лучше всасывается в глубокие слои пародонта.

Результаты и обсуждение. Пациенты были проанализированы по возрастным категориям, а результаты представлены в таблице 1. Распределение 94 пациентов,

участвовавших в исследовании, по типу патологии печени и использованным методам лечения свидетельствует о согласованности между группами. В частности, из 35 пациентов с фиброзом печени 45,7% (16 пациентов) были отнесены к I группе с комплексным лечением, а 54,3% (19 пациентов) — ко II группе с традиционным лечением.

Таблица 1.

Сравнительный анализ ключевых стоматологических показателей у пациентов с ЛСД после лечения

Исследовательские группы	Индикаторы	Гигиенический индекс (ГИ, баллы)	Индекс РМА (%)
Фиброз печени (n=35)	До лечения	2,2±0,14	28,6±2,1
	I группа (комплексная)	1,4±0,12	14,5±1,8
	II группа (традиционная)	1,8±0,15	22,4±2,3
Хронический гепатит (n=31)	До лечения	2,9±0,16	44,2±3,4
	I группа (комплексная)	1,6±0,14	18,2±2,5
	II группа (традиционная)	2,3±0,18	34,6±3,1
Цирроз печени (n=28)	До лечения	3,6 ± 0,22	62,8 ± 4,5
	I группа (комплексная)	1,9±0,15	24,6±3,2
	II группа (традиционная)	2,8±0,21	48,2±4,2

Распределение среди респондентов с диагнозом хронический гепатит (31 пациент) и цирроз печени (28 пациентов) было схожим: 48,3% (15 пациентов) и 46,4% (13 пациентов) в I группе и 51,7% (16 пациентов) и 53,6% (15 пациентов) во II группе соответственно.

Было установлено, что стоматологические показатели до лечения в основных группах ухудшались пропорционально тяжести патологии печени. В частности, показатель ГИ составил 2,2±0,14 балла при фиброзе печени, в то время как при циррозе этот показатель увеличился до 3,6±0,22 балла (табл. В I группе, где применялся разработанный комплексный метод лечения, наблюдалось значительное улучшение гигиенического статуса: у пациентов с циррозом печени индекс ГИ снизился до 1,9±0,15 балла, тогда как во II группе, где применялось традиционное лечение, этот показатель оставался высоким (2,8±0,21 балла). Эта межгрупповая разница была статистически значимой во всех случаях (от $p<0,05$ до $p<0,01$), что подтверждает приоритет комплексного подхода к восстановлению гигиены полости рта.

Что касается индекса РМА, характеризующего воспалительный процесс в тканях пародонта, то наибольшая положительная динамика также была зафиксирована в I группе. У пациентов с хроническими гепатитами индекс РМА снизился с 44,2% до 18,2% после комплексного лечения, в то время как при традиционном методе этот показатель снизился всего до 34,6% ($p<0,001$). В группе с циррозом результаты I группы (24,6%) были в два раза эффективнее, чем во II группе (48,2%) ($p<0,001$).

С увеличением выраженности хронических диффузных заболеваний печени резистентность зубной эмали достоверно снижалась по сравнению с контрольной группой

(2,1±0,14 балла). В частности, в период до лечения балл TER составил 3,8±0,18 балла при фиброзе печени, 5,4±0,22 балла при хроническом гепатите и 7,2±0,25 балла при циррозе печени, где отмечался самый низкий уровень резистентности (таблица 2). Данное состояние научно обосновывает нарушение минерализационной функции ротовой жидкости и усиление деминерализации эмали под влиянием системной патологии.

Согласно результатам сравнительного анализа, восстановление резистентности эмали в I группе при комплексном методе лечения было статистически значимо выше ($p<0,05$ и $p<0,01$) по сравнению со II группой при традиционном методе. Например, у пациентов I группы с циррозом печени индекс TER улучшился до 4,3±0,21 балла, в то время как во II группе это значение осталось на уровне 6,1±0,24 балла. В группе хронических гепатитов результаты I группы (3,1±0,18) также были значительно эффективнее, чем при традиционном подходе (4,5±0,20). Это подтверждает высокую патогенетическую эффективность разработанного комплексного алгоритма лечения и профилактики в повышении резистентности твердых тканей зубов.

Интенсивность кариеса у пациентов была достоверно выше, чем в контрольной группе (3,2±0,24), которая усиливалась по мере прогрессирования патологии. В период до лечения показатель СЭ составил 5,8±0,31 при фиброзе печени, повысился до 8,4±0,42 при хроническом гепатите и до 12,6±0,55 при циррозе печени, что является декомпенсированным состоянием (таблица 2).

Таблица 2.
Показатели интенсивности кариеса (ИК) у пациентов с ЛСД.

Индикатор	**Контрольная группа (n=23)**		
Интенсивность кариеса (КЕ, M±m)	3,2±0,24		
	Фиброз печени (n=35)		
	До лечения	I группа	II группа
Интенсивность кариеса (КЕ, M±m)	5,8±0,31	3,4±0,21	4,9±0,28
	Хронический гепатит (n=31)		
Интенсивность кариеса (КЕ, M±m)	8,4±0,42	5,2±0,33	7,1±0,38
	Цирроз печени (n=28)		
Интенсивность кариеса (КЕ, M±m)	12,6±0,55	7,8±0,46	7,8±0,46

В I группе, где в ходе лечения использовался разработанный комплексный метод лечения, были зафиксированы статистически значимые результаты по остановке роста интенсивности кариеса и стабилизации стоматологического состояния по сравнению с традиционным методом (II группа) ($p<0,05$ и $p<0,01$). В частности, в группе хронических гепатитов результаты I группы (5,2 ± 0,33) были более положительными, чем во II группе (7,1 ± 0,38), что свидетельствует о замедлении патологического процесса. У пациентов с циррозом печени в результате комплексного подхода показатель СЭ стабилизировался на уровне 7,8±0,46. Полученные данные подтверждают высокую эффективность предложенного многопрофильного алгоритма профилактики и лечения в снижении кариесной деструкции твердых тканей зубов у пациентов с СДС.

Представленные результаты УЗД показывают, что кровоснабжение тканей пародонта у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП) значительно нарушено по сравнению с контрольной группой (табл. До лечения наблюдалось, что с увеличением тяжести патологии пиковая систолическая скорость (Vmax) снижается в 2,2 раза — с 18,4±1,2 см/сек в контрольной группе до 8,2±0,7 см/сек в группе с циррозом печени. В то же время объемный расход (Qam) достиг самого низкого значения (0,09±0,01 мл/мин) в группе цирроза. Это научно обосновывает, что системные изменения гемодинамики в печени вызывают глубокую ишемию и гипоксию в тканях пародонта.

Таблица 3.

Результаты ультразвуковой допплерографии тканей пародонта у пациентов с ХДЛЖ

Группа / Индикаторы	Vmax (см/с)	Qam (мл/мин)	RI
Контрольная группа (n=23)	18,4±1,2	0,24±0,02	0,62±0,04
Фиброз печени (n=35)			
До лечения	14,2±1,1	0,18±0,02	0,71±0,05
I группа (комплексное лечение)	17,1±1,0	0,22±0,02	0,64±0,03
II группа (традиционное лечение)	15,4±1,2	0,19±0,02	0,68±0,04
Хронический гепатит (n=31)			
До лечения	11,5±0,9	0,14±0,01	0,78±0,06
I группа (комплексное лечение)	15,8±1,1	0,20±0,02	0,67±0,04
II группа (традиционное лечение)	13,1±1,0	0,16±0,01	0,74±0,05
Цирроз печени (n=28)			
До лечения	8,2±0,7	0,09±0,01	0,85±0,07
I группа (комплексное лечение)	13,4±0,8	0,16±0,02	0,70±0,05
II группа (традиционное лечение)	10,2±0,9	0,12±0,01	0,79±0,06

Динамика резистивного индекса (РИ) еще раз подтверждает нарушения микроциркуляции в пародонте. Если в контрольной группе этот показатель составил 0,62±0,04, то у пациентов с циррозом печени он вырос до 0,85±0,07. Такой высокий индекс резистентности указывает на вазоспазм мелких сосудов в тканях десен и повышенную периферическую резистентность. Это состояние ухудшает питание пародонта, создавая прямую основу для ускорения воспалительно-деструктивных процессов и резорбции костной ткани.

В I группе, где применялся разработанный комплексный метод лечения, восстановление показателей кровообращения выражалось с более высокой статистической значимостью ($p<0,05$ и $p<0,01$) по сравнению со II группой (традиционный метод). Так, у пациентов с хроническими гепатитами Vmax увеличился до 15,8±1,1 см/сек после комплексного лечения, тогда как при традиционном методе это значение составляло всего 13,1±1,0 см/сек. Кроме того, сходимость резистивного индекса к нормальным значениям (0,67±0,04) в I группе свидетельствует о высокой эффективности предложенного мультидисциплинарного подхода в управлении тонусом сосудов и улучшении микроциркуляции.

Окончательный анализ показывает, что у пациентов с циррозом печени I группы скорость объемного расхода (Qam) после лечения достигла 0,16±0,02 мл/мин, в то время как во II группе она оставалась низкой (0,12±0,01 мл/мин) ($p<0,01$). Это подтверждает, что при лечении стоматологических заболеваний на фоне ХДЗЛ крайне важно не

ограничиваться только местными вмешательствами; применение комплексной терапии, улучшающей кровообращение, имеет решающее значение для восстановления функционального состояния тканей пародонта. Результаты допплерографии полностью доказывают высокую патогенетическую эффективность разработанного алгоритма лечения и его способность предотвращать развитие осложнений.

Заключение. Проведенное исследование показало, что у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени тяжесть патологии печени напрямую связана с ухудшением пародонтального статуса, включая ухудшение гигиенических индексов (ГИ), повышение воспалительной активности (ВА), снижение резистентности эмали (РЭ) и более высокую интенсивность кариеса (КЭ). Кроме того, результаты допплеровской ультрасонографии выявили значительное нарушение микроциркуляции пародонта, характеризующееся снижением скорости кровотока (Vmax), снижением объемного кровотока (Qam) и повышением сосудистого сопротивления (RI), что свидетельствует о развитии ишемико-гипоксических процессов в тканях пародонта. Эти результаты подтверждают системное влияние патологии печени на здоровье полости рта и обосновывают патогенетическую связь между дисфункцией печени и поражением тканей пародонта.

Применение разработанного комплексного подхода к лечению, включающего траволечение (ротокан) и физиотерапевтические модальности (электрофорез витамином С и УВЧ-терапия), показало значительно более высокую клиническую эффективность по сравнению с обычным стоматологическим лечением. Об этом свидетельствовало более выраженное улучшение индексов пародонта, восстановление резистентности эмали, стабилизация прогрессирования кариеса и нормализация микроциркуляторных показателей (Vmax, Qam, RI). Полученные результаты научно обосновывают, что мультидисциплинарная, патогенетически ориентированная стратегия лечения играет решающую роль в улучшении терапевтических результатов и профилактике осложнений у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени.

Список использованной литературы

1. Даминова Ш.Б. и соавт. Оценка факторов риска генерализованного остеопороза у женщин и определение их влияния на органы полости рта // Новый день в медицине. – 2022. – ## 7 (45). – С. 146-149.
2. Еремин А.В. и соавт. Патология пародонта у пациентов с циррозом печени // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2022. – ## 3 (199). – С. 15-25.
3. Ибрагимов М.А. и соавт. Эндокринные заболевания в практике семейного врача и стоматолога // Науки Европы. – 2023. – ## 127. – С. 49-51.
4. Ивашкин В.Т. Пропедевтика внутренних болезней: учебник. – 2-е изд. // ГЭОТАР-Медиа. – 2023. – С. 936.
5. Ивашкин В.Т. и соавт. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – Т. 26. No 4. – С. 71-102.
6. Ивашкин В.Т. и соавт. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2017. – Т. 27. – ## 6. – С. 20-40.
7. Ивашкин В.Т. и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза // РЖГГК. – 2015. – ## 2. – С. 41-57.

8. Уроков Ш.Т. и соавт. Эффективность лечения больных асцитическим перитонитом может быть улучшена с помощью обоснования оптимальной программы антибиотикотерапии // Наука и инновации в системе образования. – 2025. – Т. 4, No 8. – С. 148-153.
9. Шипова В.М. и соавт. Нормы труда в стоматологии // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – ## 1. – С. 204-208.
10. Уроков Ш.Т. и соавт. Клинико-диагностические аспекты механической желтухи, сочетающейся с хроническими диффузными заболеваниями печени (обзор литературы) // Достижения науки и образования. – 2018. – Т. 12, No 34. – С. 56-64.