

# **АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА**

*На правах рукописи*

## **ПУТИ КОРРЕКЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ХРОНИЧЕСКИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Специальность: 3226.01 – Стоматология

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Марджана Агагасан гызы Расулова**

### **А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора философии

**Баку – 2022**

Диссертационная работа выполнена на кафедре ортопедической стоматологии Азербайджанского медицинского университета.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор  
**Ризван Мохсум оглу Мамедов**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор  
**Тамара Гаджибаба гызы Гусейнова**

доктор медицинских наук, профессор  
**Афет Рашид гызы Агазаде**

доктор философии по медицине  
**Тахир Рауф оглы Везиров**

Диссертационный совет ED 2.05 Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Азербайджанской Республики, действующий на базе Азербайджанского медицинского университета.

Председатель диссертационного совета:

доктор медицинских наук, профессор  
**Герай Чингиз оглу Герайбейли**

Ученый секретарь диссертационного совета:

доктор медицинских наук, профессор  
**Ага Чингиз оглу Пашаев**

Председатель научного семинара:

доктор медицинских наук, профессор  
**Рена Курбан гызы Алиева**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Воспалительные заболевания органов и тканей полости рта нередко являются первым клиническим признаком патологии (нейроэндокринной, кроветворной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем и т.д.). Несмотря на современные достижения в разработке новых методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний, качество стационарной и амбулаторной помощи пациентам с психическими нарушениями остается невысоким, что связано с отсутствием определенных стандартов и специфики оказания стоматологической помощи этой группе пациентов<sup>1,2,3</sup>.

Некоторые причинные факторы у данного контингента больных (отсутствие ухода за полостью рта, особенно при ухудшении течения психического заболевания, негативные изменения в составе слюны и ее кислотности) значительно увеличивают риск обострения одонтогенных очагов инфекции, способствуя, таким образом, особенно на фоне ухудшения течения психического заболевания и длительного приема психотропных препаратов, распространению и отягощению патологического процесса в различных органах и тканях ротовой полости<sup>4,5</sup>.

- 
1. Kumar, P.S. From focal sepsis to periodontal medicine: A century of exploring the role of the oral microbiome in systemic disease. *J. Physiol.* -2017. – 595. - p.465–476
  2. Spector A, Postolache T T, Akram F, Scott A J, Wadhawan A, Reynolds MA. Physiological stress: A predisposing and exacerbating factor in periodontitis. *Curr Oral Health Rep* , - 2020. – 7. – p.208-215
  3. Warren, K.R. et al. Role of chronic stress and depression in periodontal diseases. *Periodontol.* – 2014. - 2000(64). – p.127-138
  4. Cademartori, M. G., Gastal, M. T., Nascimento, G. G., Demarco, F. F. & Corrêa, M. B. Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. *Clin. Oral Invest.*- 2018. -2685–2702. – p.22
  5. Kohn, J. N. et al. Differing salivary microbiome diversity, community and diurnal rhythmicity in association with affective state and peripheral inflammation in adults. *Brain Behav. Immun.* – 2020.–87. – p.591–602

Так длительное применение транквилизаторов, антидепрессантов, противосудорожных средств вызывает у больных нарушения эндокринной, вегетативно-нервной системы, в обменных процессах, выделении слюны и так далее. Обращая таким образом внимание современной науки, изучение сущности генеза многих зависимых заболеваний органов и тканей полости рта у исследуемого контингента больных и разработка на этом фоне комплексных и эффективных лечебно-профилактических мероприятий. Продолжает занимать важное место и в практической стоматологии

**Объект исследования:** Пациенты с психическими патологиями (шизофрения и другими психическими расстройствами) находящиеся на стационарном лечении в Психиатрической больнице Минздрава Азербайджанской Республики.

**Цель исследования:** повышение эффективности диагностики, профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний у больных с хронически психической патологией.

**Задачи исследования:**

1. Определить встречаемость кариеса у больных с хроническими психическими расстройствами, находящихся на стационарном лечении.
2. Провести сравнительный анализ тяжести течения патологических процессов в тканях пародонта у больных с хроническими психическими расстройствами в зависимости от длительности течения основного заболевания.
3. Определить степень тяжести фоновой психической патологии, а также влияние применяемых в лечении сильнодействующих лекарственных препаратов на интенсивность распространения кариеса и воспалительных заболеваний тканей пародонта.
4. На основе определения необходимого объема и вида пародонтологической помощи больным с хроническими психическими расстройствами разработать меры по повышению уровня их стоматологической реабилитации.

### **Методы исследований:**

- измерение скорости слюноотделения
- измерение pH слюны
- микробиологическое и биохимическое исследование слюны
- клиническое обследование пациентов, также с использованием опросника ОНП-14
- статистическое обработка полученных данных

### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

- Длительность течения и степень тяжести психического заболевания является основной причиной, влияющей на уровень распространённости и интенсивность основных стоматологических заболеваний - кариеса зубов и болезней пародонта.
- Стоматологический статус больных шизофренией характеризуется высоким индексом распространённости и интенсивности кариеса зубов и наличием большого количества кариозных и удаленных зубов.
- Гигиеническое состояние полости рта РНР у больных шизофренией, оценивалось как неудовлетворительное.
- Уменьшение скорости выделения слюны, сдвиг pH-слюны в кислую сторону, и увеличение вязкости ротовой жидкости способствует развитию у психических больных высокого уровня интенсивности кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта.
- Чем выше суточная доза сильнодействующих лекарственных препаратов, тем выше вязкость ротовой жидкости и ниже скорость выделения слюны.

### **Научная новизна исследования:**

- оценена клинико-эпидемиологической ситуации, изучена и дана оценка распространённости основных стоматологических заболеваний у лиц с хроническими психическими расстройствами, находящихся на лечении в психиатрических стационарах.
- на основании изучения структуры стоматологических патологий (состояния тканей пародонта и слизистой оболочки

полости рта, наличие кариеса и не кариозных поражений зубов), а также дефектов зубного ряда и деформаций зубочелюстной системы дана оценка нуждаемости обследуемых психических больных в различных видах стоматологической помощи.

- разработаны меры по повышению уровня стоматологической реабилитации больных с хроническими психическими расстройствами, длительно принимающих медикаментозные средства психотропного действия.

#### **Практическое значение.**

1. Оценка влияния психотропных средств на состояние органов и тканей полости рта позволит вносить своевременные коррективы в профилактику основных стоматологических заболеваний у больных с хронически психическими расстройствами.
2. Определение степени влияния психологических характеристик пациентов на отношение к проводимым лечебно-профилактическим мероприятиям позволит оценить эффективности различных методов и средств консервативной терапии при оказании специализированной стоматологической помощи больным с хронически психическими расстройствами, длительно принимающими медикаментозные средства психотропного действия.
3. Повышение эффективности комплексной терапии на основе сочетанного применения профессиональной гигиены полости рта, санации и эффективных противовоспалительных гигиенических средств позволит улучшить стоматологический статус, повысить качество жизни, уровень реабилитации и социальной адаптации больных с хроническими психическими заболеваниями.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены и обсуждены на конференциях: “Azərbaycanda anatomiya məktəbinin banisi Əməkdar Elm Xadimi prof.Kamil Əbdül-Salam oğlu Balakışiyevin anadan olmasının 110 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq elmi konfrans” 2016;

Материалы всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених, «медична наука в практику охорони здоров'я» Полтава, 17 листопада року, 2017; “Евразийское Научное Объединение” Эффективные Исследования Современности XXXII Международная научная конференция, 2017.

Материалы диссертации обсуждены на расширенном заседании кафедры ортопедической стоматологии с участием сотрудников других специализированных кафедр Азербайджанского медицинского университета (27.01.2022, протокол №30), научном семинаре, действующем при Диссертационном совете ED 2.05 (18.03.2022, протокол № 14).

**Внедрение результатов исследования.** Результаты настоящего исследования внедрены в учебную практику Стоматологической Клиники АМУ, а также Психиатрической Больницы Минздрава Азербайджанской Республике.

**Место проведения исследования.** Исследовательская работа выполнена на базе Стоматологической клиники АМУ, а также Психиатрической Больницы Минздрава Азербайджанской Республике, и так же НИЦ АМУ.

**Публикации.** По теме диссертационной работы опубликовано 10 научных работ, в издательствах рекомендованных ВАК, из которых 7 статей и 3 тезиса, в том числе 4 статьи и 2 тезиса зарубежом.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 175 страницах компьютерного текста (218155 символов) и состоит из введения (9760 символов), обзора литературы (40360 символов), материала и методов исследования (11632 символов), глав результатов собственных исследований и их обсуждения (117118 символов), заключения, выводов и практических рекомендаций (39285 символов), списка научной литературы (22 страниц), содержащего 192 авторов, как отечественных, так и зарубежных. Диссертация включает 25 таблиц, 23 графиков.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью комплексного клинического изучения (оценка стоматологического, соматического и психологического статуса), оптимизации методов терапии и определения основных направлений организации специализированной стоматологической помощи для пациентов с психическими заболеваниями:

Данное исследование проводилось с 2016 по 2018 годы на базе Стоматологической Клинике АМУ, где были отобраны практически здоровые лица без общесоматической патологии, которые составили контрольную группу. И в Психиатрической больнице Минздрава Азербайджанской Республики, где были обследованы больные с шизофренией и пациенты с другими психическими расстройствами. На первом этапе сплошным не выборочным методом в отделениях вышеуказанной больницы была выделена группа из взрослых (20–45 лет) пациентов, которым была оказана специализированная стоматологическая помощь.

Методы обследования: проводилась беседа и стоматологическая диагностика с пациентами для повышения уровня знаний и навыков по гигиеническому уходу за полостью рта, использовались гигиенические и пародонтальные индексы для оценки гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта, по критериям международной классификации болезней МКБ-10, согласно которым больным устанавливался диагноз «шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» или различные виды пограничных психических расстройств, а также эпилепсия, врожденное слабоумие. Изучение психического статуса с использованием клинико-психологических методов (шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (1970) распространенность и интенсивность воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта, кариеса (индекс КПУ). Оценка состояния тканей пародонта проводилась с помощью гигиенического индекса Silnessa-Loe для определения количества



зубного налета в придесневой области и индекса Рассела (PI) для определения интенсивности и распространенности воспалительной реакции околозубных тканей. Для определения уровня распространенности и интенсивности поражения тканей пародонта воспалительными процессами и для выявления нуждаемости обследуемых больных в комплексном лечении использовался индекс CPITN. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики. Для характеристики группы однородных единиц были определены их средние арифметические величины (M), ее стандартная ошибка (m) и диапазон изменений (min-max).

Для статистической обработки данных был применен непараметрический – критерий U (Уилкоксона-Манна-Уитни) и параметрический – t критерий Стьюдента, как метод оценки различий показателей. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении  $p < 0,05$ . Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием современного программного обеспечения – редактора электронных таблиц Microsoft Excel 2007 и пакета прикладных программ Statistica 7.0.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Серьезные нарушения, возникающие при наличии благоприятных условий в полости рта, нередко, по причине формирования одонтогенных очагов хронической инфекции и снижения иммунологической реактивности организма, оказывает негативное воздействие на течение самой общеорганизменной патологии. В этой научной и практической области современной медицины определенный интерес у специалистов разного профиля вызывает изучение механизмов развития и течения воспалительных заболеваний полости рта, в частности, различных форм пародонтопатий и кариеса у больных с различными психическими отклонениями. Длительное применение психотропных средств (транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты) у исследуемой группы больных оказывают побочное влияние на функциональное состояние

некоторых жизненно важных органов и систем организма, вызывая деструктивные изменения в вегетативной нервной системе, обменных процессах, в эндокринной системе, одновременно на фоне изменений в иммунологическом статусе больного регистрируются глубокие патологические изменения и в ротовой полости. Патологические изменения в полости рта у психических больных чаще отмечаются по причине неудовлетворительного ухода и длительного лечения и нахождения в специализированных медицинских учреждениях, то есть психиатрических больницах. При этом на степень тяжести основных стоматологических заболеваний значительное влияние оказывает тяжелое течение общесоматической патологии, выраженное клинические проявления и негативная симптоматика, то есть, на фоне более выраженного снижения иммунологической реактивности в еще большей степени проявляются стоматологические патологии. Осмотр, диагностика и лечение таких пациентов врачом-стоматологом. Посещение этими пациентами врача-стоматолога, сопровождающегося всегда повышенной тревожностью, являющейся одним из наиболее ярких примеров эмоционального стресса, осложняющим проведение лечебно-профилактических мероприятий и различных лечебных манипуляций, усиливает и обостряет без того имеющиеся нервно-психические нарушения.

При сравнении статистических данных распространенности и интенсивности различных форм воспалительно-деструктивных заболеваний тканей пародонта было обнаружено, что в выборке больных с психическими расстройствами хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести по сравнению с легкой формой встречается значительно чаще ( $p < 0,001$ ) (табл.1)

Почти аналогичная картина наблюдалась и по частоте выявления пародонтопатий самой тяжелой степени, которые характеризуются наличием глубоких патологических пародонтальных карманов.

Тяжелая форма пародонтита встречается у больных с хроническими психическими расстройствами значимо чаще, чем

у группы контроля. В группе больных с исследуемыми психическими расстройствами был обнаружен значимо очень низкий уровень встречаемости легкой формы патологических изменений в мягких и твердых околозубных тканях пародонтита ( $1,8 \pm 0,90\%$ , соответственно).

**Таблица 1.**

**Встречаемость разных степеней тяжести пародонтита**

Показатели	Частота встречаемости в группе (n=220)	
	абс.	%
тяжелая степень	30	$13,6 \pm 2,31$ ( $p < 0,001$ )
средняя степень	42	$19,1 \pm 2,65$ ( $p < 0,001$ )
легкая степень	4	$1,8 \pm 0,90$

**Примечание:** p – уровень значимости различия относительно легкой степени

Полученные статистические данные свидетельствовали о высоком уровне нуждаемости обследованных соматических больных, пользующихся в базовой терапии сильнодействующими химическими препаратами, в терапевтической стоматологической помощи, а также выявляли у них серьезные недостатки и ошибки в ее оказании к моменту проведения данных исследований.

В ходе клинических наблюдений в основной группе также фиксировалась достаточно высокая потребность больных в ортопедическом лечении, то есть в различных видах протезирования, так как сумма элементов, характеризующих число удаленных зубов, составила в среднем на всех обследованных весьма высокие цифры. В целом полученные показатели отличаются в возрастном аспекте достаточной неоднородностью. Ниже представлены данные по распространенности и интенсивности воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта, цифровые значения индекса КПУ и его различных компонентов у больных

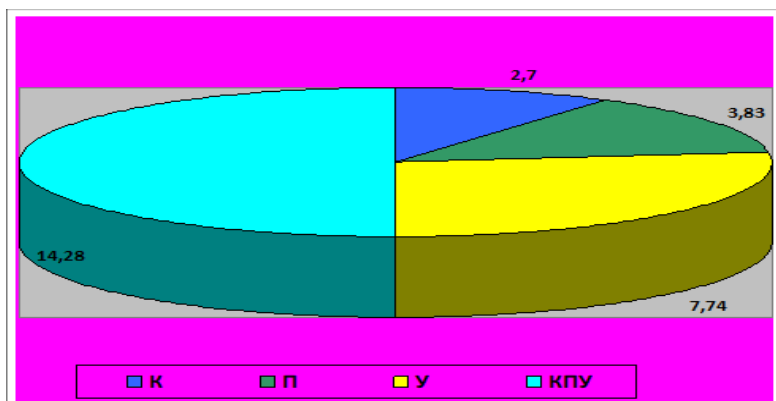
шизофренией, с пограничными психическими расстройствами и здоровых лиц (граф.1).

Инструментальный осмотр ротовой полости рта показал наличие интенсивного отложения зубных отложений в первых двух группах, где зубы у психически больных были покрыты обильным мягким и твердым налетом. При анализе гигиенического состояния и индексной оценки у больных основной группы и группы сравнения отмечался «неудовлетворительный» гигиенический статус, что подтверждает состояние стойких проявлений физиологического напряжения и серьезных нарушений в гомеостазе полости рта.

Основными причинами всего вышесказанного, по нашему мнению, являлись частый использование табака злостными курильщиками, которых среди данного контингента населения, отягощенного столь тяжелой организменной патологией, в период обострения которого из-за плохого гигиенического ухода еще больше ухудшается общая «экологическая ситуация» в полости рта.

Средние значение индекса КПУ по уровню распространенности кариозной болезни у обследуемых больных с исследуемыми психическими отклонениями и у здоровых лиц в контрольной группе несколько отличались друг от друга. Так, частота встречаемости кариеса зубов оказалось достоверно выше в основной группе и в группе сравнения, по сравнению с данными в контрольной группе.

С шизофренией число больных, у которых диагностировалось поражение твердых тканей зубов, также, как и у их оппонентов в группе сравнения, составило 100%, тогда как в третьей группе численность таковых определялось в пределах  $91,8 \pm 1,90\%$ . Что касается интенсивности кариозной болезни и компонентов исследуемого индекса КПУ, то в группе больных с шизофренией максимальными оказались показатели по количеству удалённых зубов.



**График 1. Сравнительные показатели индекса КПУ у больных шизофренией и в контрольной группе**

Таким образом, оценка структуры индекса КПУ по всем важным составляющим показала сравнительно высокий уровень нуждаемости обследованных больных с психическими заболеваниями во всех возрастно-половых группах в стоматологической помощи и выявила определенные существующие на сегодняшний день недостатки в ее организации и проведении. При анализе полученных в ходе клинических исследований результатов был выявлен очень низкий уровень гигиены полости рта у больных с хроническими психическими расстройствами, который в свою очередь привел к частому диагностированию патологических изменений в твердых и мягких тканях зубочелюстной системы. Неудовлетворительным можно характеризовать по распространенности и интенсивности кариеса зубов у данного контингента больных, которые почти в 1,5 оказались выше, чем у лиц контрольной группы, которую составили практически здоровые лица. По полученным результатам были определены уровень распространенности основных стоматологических заболеваний среди больных шизофренией и на этом основании представилось возможным разработать для них алгоритм по организации и проведению эффективных лечебных и профилактических мер во всех возрастно-половых группах.

Резюмирую все цифровые показатели клинических исследований и результатов анкетирования можно прийти к такому заключению, что уровень распространенности и интенсивности кариозной болезни, некариозных поражений твердых тканей зубов форме клиновидных дефектов, патологической стираемости и выраженность этих патологических изменений превалирует в основной группе больных шизофренией и далее среди лиц с другими психическими расстройствами.

Налицо факт наличия большого количества секстантов на верхней и нижней челюсти с признаками развития заболеваний пародонта средней и тяжелой степени тяжести в основной группе и в группе сравнения, где обследовались больные с другими пограничными психическими расстройствами. Регистрировались выраженные отличительные признаки при сравнительной оценке данных по числу здоровых секстантов по обеим группам лиц с нарушениями психики.

Секстанты, в которых не диагностировались какие-либо патологические изменения, чаще обнаруживались в группе сравнения, то есть у лиц с другими психическими расстройствами, где полученные данные составляли в среднем  $0,87 \pm 0,06$  секстанта. Тогда как в основной группе больных шизофренией этот показатель оказался меньше и определялся в значении, равном  $0,37 \pm 0,04$  секстанта, то есть уменьшился практически в 2,5 раза.

У больных с психическими отклонениями количество здоровых секстантов и секстантов с кровоточивостью десен намного ниже, чем в группе контроля; а численность секстантов с зубным камнем и другими этиопатогенетическими факторами, предопределяющими повышение интенсивности формирования зубных отложений и задерживающими их на поверхности зубов и в области маргинальной десны, наоборот, оказалось выше именно у больных шизофренией, по сравнению с контрольной группой; были обнаружены значительные различия по частоте встречаемости клинических проявлений более тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта, то есть по количеству

секстантов, где диагностировались патологические пародонтальные карманы глубиной 4-5мм и 6 мм и более. (табл.2)

У пациентов основной группы деструктивные процессы в околозубных тканях характеризовались более частой по сравнению со здоровыми лицами регистрацией секстантов с карманами -  $1,62 \pm 0,08$  и  $0,60 \pm 0,05$  секстантов с пародонтальными карманами 4-5мм и с карманами глубиной 6 мм и более, соответственно.

**Таблица 2.**

**Интенсивность заболеваний пародонта в различных возрастных группах у больных шизофренией (индекс СРITN)**

Возрастные группы	Кол-во обследованных	Среднее количество секстантов				
		Здоровый пародонт	Кровоточивость	Зубной камень	Пародонтальные карманы	
					4-5 мм	6 мм и более
20-25 лет	65	$0,68 \pm 0,10$	$1,49 \pm 0,14$	$1,94 \pm 0,15$	$0,98 \pm 0,12$	$0,51 \pm 0,09$
26-34 лет	80	$0,40 \pm 0,07$	$1,25 \pm 0,11$	$1,85 \pm 0,13$	$1,54 \pm 0,12$	$0,64 \pm 0,09$
35-45 лет	75	$0,13 \pm 0,04$	$1,03 \pm 0,11$	$2,12 \pm 0,14$	$1,60 \pm 0,13$	$0,65 \pm 0,09$
Всего	220	$0,37 \pm 0,04$	$0,86 \pm 0,06$	$1,64 \pm 0,08$	$1,62 \pm 0,08$	$0,60 \pm 0,05$

При экспертном анализе на развития и течение заболеваний полости рта, зависит от уровня приёма сильнодействующих химических лекарственных препаратов, а также отсутствие своевременного и надлежащего гигиенического ухода в целом за полостью рта, которая является основной причиной стоматологической отягощённости.

При оценке индекса СРITN у пациентов основной группы были выявлены индексные критерии по их нуждаемости в комплексном пародонтологическом лечении, обучении рациональной гигиене полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта с удалением над- и поддесневых зубных отложений, закрытый и открытый кюретаж, при этом комплексное лечение в некоторых случаях должно дополняться лоскутными операциями и последующим ортопедическим лечением и протезированием.

Полученные статистические данные свидетельствуют о достаточном количестве удаленных зубов и о недостаточном объеме и уровне необходимой и специализированной именно для такого рода пациентов стоматологической помощи, касающейся особенно плохого гигиенического состояния полости рта и пародонтологической помощи во всех обследованных возрастных группах больных шизофренией.

Важно отметить, что у лиц основной группы,отягощенных психическим заболеванием, показатели по количеству секстантов со здоровым интактным пародонтом оказались статистически достоверно ниже, чем в группе контроля. А что касается непосредственно данных то первой, второй и третьей возрастным группам, то этот показатель оказался достоверно выше у больных сравнительно молодого возраста, но определялся в значительно меньших по сравнению со здоровыми людьми значениях.

Практически у всех пациентов с исследуемой фоновой общесоматической патологией, наряду с патологической стираемостью зубов, которая регистрировалась в  $74,5 \pm 2,94\%$  случаев, часто наблюдались сколы и трещины коронок зубов – 100%. Вышеуказанные признаки, наряду с другими диагностированными патологическими изменениями, такими как, рецессия десны, отпечатки поверхности зубов верхней и нижней челюсти на внутренней поверхности слизистой оболочки щек и языка по линии их смыкания, сколами имеющихся в наличии ортопедических конструкций, можно считать своеобразными маркерами низкого уровня или вообще полного отсутствия специализированной стоматологической помощи у обследованных психически больных.

На начальном этапе исследований у больных, отягощенных психической патологией, изучался уровень реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина, которая представляет с собой методику диагностики самооценки и является в свою очередь надежным и информативным способом определения уровня тревожности в



данный момент времени - реактивной тревожности, и личностной тревожности, как устойчивой характеристика пациента.

Показатель реактивной тревожности у больных шизофренией в первой основной группе составил  $50,1 \pm 0,72\%$ , тогда как данные у их оппонентов во второй контрольной группе практически здоровых лиц оказались достоверно ниже и определялись в среднем значении  $31,6 \pm 0,57$  ( $p < 0,001$ ). Необходимо отметить, что в группе больных с другими психическими отклонениями были зафиксированы почти аналогичные показатели, которые определялись в значении  $5,02 \pm 0,038$ .

По результатам анализа статистических данных проведенных нами исследований удалось выяснить, что у больных шизофренией возникает ксеростомия или ощущение сухости во рту, и дальнейшее ухудшение состояния слюнных желез и снижение слюноотделения в процессе проведения базовой терапии и приема лекарственных препаратов. Наличие дискомфорта в полости рта, связанного с наличием вышеуказанной проблемы, то есть сухости полости рта, отмечали больше половины больных с психическими отклонениями, а отсутствие жалоб на снижение слюноотделения регистрировались лишь у совсем малого количества обследуемых больных.

Однако во время исследования нами было также обнаружено, что чувство сухости в полости рта при сравнительно вязкой и пенистой слюне проявляется периодически и в течение определенного времени, в период которого больным с психическими отклонениями назначался прием сильнодействующих лекарственных препаратов для лечения фоновой патологии. Количество не стимулированной ротовой жидкости у больных основной группы, которая собиралась в специальные пробирки за 15 минут до приема пищи натошак, колебалось в пределах следующих средних значений  $0,36 \pm 0,023$ , что оказалось самым минимальным показателем среди всех обследуемых групп.

Количество выделенной слюны, полученной аналогичным способом во второй группе, которую составили больные с другими психическими расстройствами, колебалось в пределах  $0,42 \pm 0,029$ , что было значительно выше, чем в предыдущей группе больных шизофренией. Самая благоприятная тенденция в изменении функционального состояния слюнных желез ротовой полости наблюдалась в контрольной группе, где обследовались лица, не подверженные какой-либо общесоматической патологии, то есть это были практически здоровые лица. Скорость слюноотделения у этой группы обследуемых достигла максимальных значений и фиксировалась в цифровых значениях, составивших в среднем  $0,75 \pm 0,018$ , что почти в два раза выше, чем в первой группе и в 1,5 раза больше данных, зарегистрированных во второй группе больных (граф.2).



**График 2. Скорость выделения слюны у больных шизофренией**

Ну а что касается цифровых данных, выверенных в третьей группе лиц без психической патологии, то здесь наблюдалась очень благоприятная динамика в состоянии нестимулированной и стимулированной слюны, которая отличалась у этих людей меньшей вязкостью, что, в свою очередь

оказывает положительное влияние на ее буферную емкость и защитные свойства. У больных шизофренией с ощущением сухости полости рта выявлялись определенные трудности по оценке скорости выделения слюны, что было связано с ее повышенной вязкостью. Так именно в этой группе были зарегистрированы самые высокие значения по вышеуказанному фактору, по степени вязкости ротовой жидкости -  $5,07 \pm 0,047$ .

Необходимо отметить, что в группе больных с другими психическими отклонениями были зафиксированы почти аналогичные показатели, которые определялись в значении  $5,02 \pm 0,038$ . Ну а что касается цифровых данных, выверенных в третьей группе лиц без психической патологии, то здесь наблюдалась очень благоприятная динамика в состоянии нестимулированной и стимулированной слюны, которая отличалась у этих людей меньшей вязкостью, что, в свою очередь оказывает положительное влияние на ее буферную емкость и защитные свойства.

Статистические данные по контрольной группе определили степень вязкости слюны у исследуемых нами в этой группе практически здоровых лиц, не страдающих какими-либо патологиями, в среднем значении  $1,54 \pm 0,020$ , что почти в 3,5 раза ниже, чем в двух остальных группах (табл.3). Фиксированная в основной группе и в группе сравнения величина рН на различных этапах клинических исследований, в том числе и на этапах нахождения на стационаре и проведения базовой общей терапии, указывает на некоторые нарушения кислотно-щелочного равновесия, в функциональном состоянии буферных систем и обменных процессов в органах и тканях полости рта.

В самом благоприятном статистическом диапазоне регистрировались данные по динамике изменения кислотнощелочного равновесия в смешанной слюне людей в контрольной группе, которая была сформирована в зависимости от общего состояния организма обследуемых лиц, то есть все они должны были быть практически здоровы и не иметь в анамнезе общесоматической заболеваемости.

**Таблица 3.**

**Зависимость показателей скорости выделения слюны  
и вязкости ротовой жидкости от суточной дозы  
нейролептика**

Группы	Минимальная суточная доза нейролептика		Средняя суточная доза нейролептика		Максимальная суточная доза нейролептика	
	v,мл/ мин	вязкость	v,мл/ мин	вязкость	v,мл/ мин	вязкость
1 группа	0,44± 0,011*	3,75± 0,057*	0,32± 0,005*	4,04± 0,049*	0,22± 0,006*	4,65± 0,038*
2 группа	0,48± 0,016*	3,28± 0,029*	0,37± 0,011*	3,98± 0,042*	0,24± 0,029*	5,40± 0,049*
контроль	Скорость выделения слюны		Вязкость ротовой жидкости			
	0,75 ± 0,018		1,54 ± 0,020			

**Примечание:** \* -  $p < 0,001$  относительно контрольной группы

И именно в этой группе значение рН регистрировались в пределах нормы, то есть выявлялись в основном интактные показатели.

По окончательным статистическим данным проведенных клинико-инструментальных и лабораторных исследований кислотность ротовой жидкости у пациентов первой основной группы больных шизофренией достигали так же, как и в группе сравнения минимальных отрицательных значений, свидетельствующих о весьма выраженном побочном влиянии фоновой патологии на функциональное состояние защитных систем органов и тканей полости рта. В обеих группах пациентов с диагностированными ранее психическими отклонениями рН ротовой жидкости была практически одинакова и оказалась достоверно ( $p < 0,001$ ) ниже, чем в контрольной группе практически здоровых лиц. В обеих группах пациентов с диагностированными ранее психическими отклонениями рН

ротовой жидкости была практически одинакова и оказалась достоверно ( $p < 0,001$ ) ниже, чем в контрольной группе практически здоровых лиц.

Таким образом, по данным исследования у больных шизофренией и другими психическими расстройствами в первой и второй группах на всех этапах до начала осуществления стоматологических лечебно-профилактических мероприятий наблюдался выраженный сдвиг рН слюны в кислую сторону, о чем свидетельствовали полученные цифровые показатели -  $6,38 \pm 0,033$  и  $6,11 \pm 0,030$  соответственно в основной группе и в группе сравнения.

Минимальные значения по изучаемому фактору фиксировались во второй группе обследуемых психических больных, по сравнению с рН слюны в контрольной группе и у их оппонентов в первой основной группе. Показатель  $7,02 \pm 0,041$ , выявленный в группе контроля, показывает факт наличия в полости рта здоровых лиц слабощелочной реакции (табл.4).

То есть, статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) между собой отличались значения рН слюны у пациентов всех групп обследования первой, второй и третьей групп. С научной и практической точки зрения изучалась зависимость состояния слюнных желез и изменений показателей скорости слюноотделения вязкости ротовой жидкости от суточной дозы назначенных лекарственных препаратов, в частности нейролептиков.

Так, согласно результатам статистического анализа полученных по этой группе данных, скорость секреции ротовой жидкости со стороны слюнных желез, которые также отличались нормальной активностью при отсутствии тяжелой общесоматической патологии, была очень высокой и фиксировалась в среднем значении, равном.

Важно отметить, что на всех этапах клинико-лабораторных исследований при межгрупповой сравнительной оценке полученных в эти сроки данных отличия оказались статистически достоверными.

**Таблица 4.****Средние значения кислотности слюны у обследуемых больных (рН)**

рН слюны		
Гр-1	Гр-2	Контр.
6,38±	6,11±	7,02±
0,033 *	0,030 *	0,041

**Примечание:** \* -  $p < 0,001$  относительно контрольной группы

Определенные результаты свидетельствовали о том, что после завершения интенсивных лечебно-профилактических мероприятий с использованием средней суточной дозы лекарственных препаратов вязкость слюны, по сравнению с результатами предыдущих исследований значительно увеличилась, что отрицательно сказывается на очищающей способности ротовой жидкости и на ее буферной емкости. Реакция слюнных желёз оказалась значительно заниженной при продолжающихся лечебных мероприятиях и попытке использования в традиционной терапии максимальной суточной дозы нейролептика и при отсутствии эффективных лекарственных средств, применяющихся для стимуляции саливации, то есть объём секретлируемой смешанной слюны характеризовался выраженным угнетением фоновой и стимулированной саливации, который практически не менялся и оставался на очень низком уровне все сроки наблюдений. Все вышеизложенное свидетельствует о выраженных нарушениях и угнетении выделительной функции слюнных желёз при наличии психической патологии, при его длительном течении, росте степени тяжести, чрезмерных нагрузках на организм фоновой патологии, значимые нарушения в функциональном состоянии органов и тканей полости рта.

Выявленные в ходе исследований особенности и уровень местных и организменных адаптационно-компенсаторных возможностей следует учитывать при планировании

стоматологического лечения пациентов с психическими заболеваниями.

Принимая во внимание их выраженное снижение у больных шизофренией, основными критериями при выборе ортопедической конструкции и материала должны служить долговечность конструкции, этот факт будет позитивно сказываться на их эмоциональном состоянии, а также экономическая доступность.

Важно отметить, что некоторые виды зубных протезов, включая бюгельные протезы и литые несъемные конструкции, обеспечивая большую функциональность, прочность, обладают высокой степенью адаптации пациентов с психическими отклонениями к этим протезам.

Целесообразность применения вышеуказанных конструкций у лиц с психическими расстройствами объясняется также хорошо отполированной поверхностью литого металлического каркаса протеза, что создает определенные трудности для адгезии патогенных и условно-патогенных микроорганизмов полости рта, что имеет очень важное значение для осуществления и поддержания на должном уровне полноценной индивидуальной гигиены полости рта у обследуемого контингента больных и адаптационных возможностей организма протезоносителей к протезам.

Положительный эффект данной методики при наличии выраженных психоэмоциональных нарушений обусловлен длительностью пользования протезами, сокращением числа повторных посещений врача-стоматолога.

Следует отметить, что в среднем по группам лечения были отобраны пациенты с психическими расстройствами, у которых воспалительный процесс диагностировался в лёгкой степени. В основном представлены легкие формы хронического катарального гингивита и пародонтита легкой степени тяжести, когда нет необходимости в применении хирургических методов лечения. (табл.5)

Таблица 5.

**Состояние гигиены полости рта и околозубных тканей у  
больных шизофренией**

	Гр. 1	Гр. 2	Контроль
ИГ (Green-Vermillion) до/после	2,21±0,054/ 0,52±0,024 *	1,23±0,057/ 0,64±0,032 *	1,02±0,027/ 0,40±0,022 *
PI (Russel) до/после	1,38±0,029/ 0,87±0,025 *	0,94±0,043/ 0,78±0,026 *	1,30±0,029/ 0,89±0,021 *

Так же определяется тенденция некоторого уменьшения значения пародонтального индекса во все трех группах после начала применения полосканий растительным лекарственным препаратом.

Этапы проведения оптимальных лечебно-профилактических средств характеризуются некоторым увеличением функционального резерва органов полости рта и значительным снижением показателей исследуемого индекса, значения которого, например, в основной группе после завершения поддерживающей терапии после лечения снизились до отметки  $0,87 \pm 0,025$  балла, против  $1,38 \pm 0,029$  балла, значений индекса до его начала ( $p < 0,01$ ).

Аналогичная картина в положительной динамике изменения цифровых данных пародонтального индекса и улучшении состояния органов и тканей ротовой полости прослеживалась и в других группах наблюдений после использования предложенных натуральных лекарственных препаратов. Очень важно, при этом, изучать вопросы назначения антисептических средств с четким указанием ограничений по их применению на основании данных о влиянии всех применяемых средств на микрофлору полости рта. Это позволит повысить качество рекомендаций и обоснованность назначения оптимальных для той или иной группы больных лечебно-



профилактических средств по уходу и улучшению состояния гигиены полости рта и тканей пародонта.

При исследовании микробиоценоза полости рта у лиц основной и контрольной группы суммарный показатель по всем видам патогенных и условно-патогенных микроорганизмов был достоверно выше данных микробного присутствия в логарифмическом выражении до начала лечения. Микробиоценоз полости рта до начала курса базовой терапии во всех трех группах пациентов с психическими отклонениями и до проведения исследования по изучению эффективности применения и лечебного воздействия различных антисептических средств характеризовался разнообразием обитающих в нем представителей определенных видов микроорганизмов.

В ротовой полости испытуемых психически больных преобладали грамположительные кокковые формы микробов (бактерии рода *Streptococcus* spp). Видовой состав бактерий *Streptococcus* spp. представлен такими представителями, как *Streptococcus. mutans* и *Streptococcus. Sanguis* и *Streptococcus.salivarius*, которые отличаются высокой адгезией к поверхности зубов и биотопам слизистой оболочки десны. Статистический анализ данных по изучению качественного состава микробиоценоза показал, что в полости рта психически больных после осуществления необходимых терапевтических мер с применением, как традиционных, так и биологически нейтральных лекарственных средств, уменьшилось количество грампозитивных кокков, с одновременным снижением частоты высеваемости в различной по группам степени палочковидных бактерий (*Actinomyces* spp., *Fusobacterium*, *Prevotella*) и грамотрицательных кокков.

Более детальный анализ полученных данных выявил, что наиболее выраженные позитивные изменения качественного состава микрофлоры полости рта уже на начальном этапе после использования антисептических средств наблюдались у респондентов основной группы, где, наряду с зубными пастами

больным назначались орошения растительным лекарственным препаратом.

Таким образом, при исследовании стоматологического статуса обследуемых лиц с психическими расстройствами определяется степень тяжести поражения органов полости рта, его мягких и твердых тканей во время объективного осмотра пациента, выявляется их развитие вследствие поведенческих особенностей, проявлений самой фоновой патологии, а также воздействия принимаемых больными назначаемых биохимически активных медикаментозных препаратов.

Особо важно отметить, что при выборе и назначении стоматологических препаратов для безопасности, проводимых в полости рта манипуляций следует учитывать особенности фармакологического взаимодействия этих препаратов с психотропными лекарственными средствами, которые назначались для лечения самой фоновой патологии.

Так как используемые в психиатрической практике сильнодействующие психотропные препараты могут усиливать действия обезболивающих средств, которые уже давно применяются в практической стоматологии, а на это фоне возможно резкое снижение артериального давления, развитие геморрагического синдрома и судорожных припадков, а также одновременно с этим возможно повышение токсико-аллергического действия некоторых фармакологических средств.

Учитывая особенности взаимодействия химически активных препаратов, у больных с нарушениями психики, вполне обоснованно, по нашему мнению, применение биологически нейтральных лекарств растительного или животного происхождения, потому что, независимо от варианта течения патологического процесса и применяемых методик для базовой и поддерживающей терапии, больные с психическими расстройствами и психологическими проблемами почти постоянно нарушают разработанный специально для них план лечения, что не может не сказаться на достижении хорошего результата при организации эффективной и высококвалифицированной стоматологической помощи.

## ВЫВОДЫ

1. Уровень патологических процессов протекающих в твердых тканях зубов и множественность развития его возможных осложнений в форме пульпита и апикального периодонтита, протекающих без выраженного болевого синдрома составляет 100%. [8;10]
2. Для обследуемых больных с хроническим генерализованным пародонтитом и сопутствующей психической патологией были характерны воспалительные явления средней и тяжелой степени тяжести. [6]
3. Наличие и степень тяжести фоновой психической патологии, а также применяемые в их лечении сильнодействующие лекарственные препараты являются основными факторами, влияющими на распространённость и интенсивность кариеса и его осложнений, а также и тяжелых форм воспалительных заболеваний тканей пародонта. [3;5]
4. Согласно результатам исследования был выявлен высокий уровень нуждаемости обследуемых психических больных в различных видах стоматологической помощи, а также в обучении гигиены полости рта, пародонтологическом лечении и комплексной терапии с элементами хирургии. [1;9]

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При разработке и дальнейшем внедрении оптимальных программ лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний для больных с психическими расстройствами врачам-стоматологам следует выявлять и учитывать факторы риска, вызывающие эти заболевания.
2. Необходимо своевременно и качественно обучать гигиеническому уходу за полостью рта больных с

- психическими расстройствами и обязательно регулярно контролировать его выполнение.
3. Высокий уровень распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний у лиц с психическими расстройствами вызывает необходимость организации неотложных мер по стоматологической диспансеризации и регулярному осмотру полости рта в специализированных медицинских учреждениях, где эти пациенты проходят курс базовой терапии и реабилитацию.
  4. Учитывая особенности течения воспалительных заболеваний пародонта и кариеса зубов, возникновение и развитие которых связано с нарушением функциональной активности слюнных желез, рекомендовано в качестве лечебно-профилактического средства применение биологически нейтральных препаратов, стимулирующих слюноотделение.

## Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Герайбейли Г.Ч., Мамедов Р.М., Оруджев А.В., Расулова М.А. Состояние и коррекция стоматологического статуса у психических больных с разработкой и внедрением патогенетически обоснованных лечебно-профилактических мероприятий/ *Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri*, - 2015,- № 3,- Səh. 157-161.
2. Məmmədov R.M., Rəsulova M.A. Psixomatik pozğunluqlar zamanı paradont toxumalarında baş verən dəyişikliklər /“Azərbaycanda anatomiya məktəbinin banisi Əməkdar Elm Xadimi prof.Kamil Əbdül-Salam oğlu Balakışiyevin anadan olmasının 110 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq elmi konfrans” materiallarının toplusu. Bakı-2016,- səh. 81.
3. Мамедов Р. М., Гасанов В. М., Архмамедов А.М., Ниязова Г. А., Расулова М. А. Особенности состояния органов и тканей полости рта у психически больных /“Sağlamlıq” elmi-praktik jurnal, Bakı- 2017,- № 5,- səh.117-122.
4. Алиева Э. Р., Расулова М. А. Психические нарушения как фактор риска развития стоматологических заболеваний / «Евразийское Научное Объединение» Эффективные исследования современности XXXII Международная научная конференция, октябрь, - 2017,- № 10(32), - стр. 92-94.
5. Расулова М. А. Частота встречаемости воспалительных заболеваний пародонта у психических больных / «Биомедицина» ежеквартальный научный журнал, -2017,- № 3,- стр. 46–51.
6. Мамедов Ф. Ю., Архмамедов А.М., Гасанов В. М., Расулова М. А. Частота встречаемости воспалительных заболеваний пародонта у психических больных / *Azərbaycan Tibb Jurnalı, elmi-praktik jurnal, Bakı – 2017,- №4, -səh. 105–110.*

7. Ахмедов С. И., Гусейнова Р. Н., Расулова М. А. Стоматологический статус у лиц с хронической патологией /Матеріали все української науково-практичної конференції молодих учених, «медична наука в практику охорони здоров'я», Полтава, -17 листопада 2017 року. -стр.17.
8. Расулова М. А. Негативное воздействие соматических патологий на состояние органов и тканей полости рта / «Вісник стоматології», Науково-практичний журнал, Одесса-2019, - № 4,- стр.16-24
9. Мамедов Ф. Ю., Алиева Е. Р., Мамедов Р. М., Расулова М. А. Определение основных направлений организации стоматологической помощи для пациентов с психическими заболеваниями / «East European Science Journal», East European Scientific Journal Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe, - 2019, - № 1(41), - p.37-41.
10. Мамедов Р.М., Расулова М.А. Стоматологический статус пациентов с психическими расстройствами / Казанский медицинский журнал -2019,- № 3,- том 100, стр.434-438.

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года в «\_\_\_\_\_» на заседании Диссертационного совета ЕД 2.05 действующего на базе Азербайджанского медицинского университета.

Адрес: AZ1022, г. Баку, ул. А.Гасымзаде 14 (конференц зал).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского медицинского университета.

Электронная версия диссертации и автореферата размещена на официальном сайте Азербайджанского медицинского университета ([www.amu.edu.az](http://www.amu.edu.az)).

Автореферат разослан по соответствующим адресам «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года

Подписано в печать: 29.04.2022

Формат бумаги: 60 x 84 1/16

Объём: 37042 символов

Тираж:70