

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.314+616.316]-055.1-02:547.262

Кунавина К.А., Оправин А.С., Соловьев А.Г., Харьковская О.А., Галиева А.С.

ДЕНТАЛЬНЫЙ И САЛИВАРНЫЙ СТАТУСЫ У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, 163000, Архангельск, Россия

Введение. Высокий уровень потребления алкоголя в России и значительная потребность в стоматологической помощи, особенно среди лиц с синдромом зависимости от алкоголя (СЗА), диктуют необходимость изучения особенностей стоматологической патологии у пациентов данной группы. Цель – изучение дентального и слюварного статусов у мужчин с СЗА в зависимости от возраста. Методы. Исследованы показатели дентального и слюварного статусов у пациентов с СЗА второй стадии двух возрастных групп: 25–44 лет – младшая группа и 45–64 года – старшая. Методами анализа послужили критерии Хи-квадрат Пирсона и Манна–Уитни, логистическая регрессия. Результаты. В исследуемых группах медианное значение КПУ с первым и третьим квинтиями составило 14,0 (11,0–20,0) в младшей и 23,0 (18,0–29,0) в старшей группах с существенным преобладанием удалённых зубов в старшей группе ($p < 0,001$). По результатам исследования П–(К+У), более 90% участников имели негативное отношение к стоматологическому здоровью, но в старшей группе этот показатель был ниже более, чем в два раза по сравнению с младшей ($p < 0,001$). Нуждаемость в протезировании среди обследованных была близка к 100% ($p = 0,253$); уровень гигиены обеих групп был удовлетворительным ($p = 0,210$). Слюварный статус характеризовался низкой скоростью слюноотделения ($p = 0,723$), а также кислой pH ($p = 0,511$) и низким минерализующим потенциалом слюны ($p = 0,047$) как в младшей, так и в старшей группах. Напротив, значения вязкости слюны ($p = 0,042$) и поверхностного натяжения ($p = 0,669$) были повышены. При анализе типов микрокристаллизации слюны преобладали типы γ и δ . Заключение. В ходе исследования выявлены статистически значимые возрастные различия у лиц с алкогольной зависимостью по показателям дентального и слюварного статусов, что обосновывает необходимость формирования у врачей-стоматологов наркологической настороженности и разработки рекомендаций по ведению наркологических больных и вторичной профилактике для сохранения стоматологического здоровья.

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя; дентальный статус; слюварный статус.

Для цитирования: Кунавина К.А., Оправин А.С., Соловьев А.Г., Харьковская О.А., Галиева А.С. Дентальный и слюварный статусы у мужчин с синдромом зависимости от алкоголя в возрастном аспекте. Российский стоматологический журнал. 2018; 22 (1): 31-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-1-31-36>
Kunavina K.A., Opravin A.S., Soloviev A.G., Kharkovskaya O.A., Galieva A.S.

DENTAL AND SALIVARY STATUSES OF MEN WITH ALCOHOL USE DISORDER DEPENDING ON AGE

«Northern state medical University» of the Ministry of health of Russia, 163000, Arkhangelsk, Russia

Introduction. High level of alcohol consumption in Russia and significant need of dental care especially among patients with alcohol use disorder (AUD) dictate necessity of investigation of dental pathology features among this group of patients. The aim of the study is to research dental and salivary statuses of men with ADS depending on the age. Methods. Examination of indices of dental and salivary statuses was carried out among two age groups of patients with second stage of AUD aged 25-44 years – «younger» and 45-64 years – «older». Methods of statistical analysis were Pearson's chi-squared test, Mann-Whitney U test and logistic regression. Results. In studied group median of DMFT with Q_1 and Q_3 is 14,0 (11,0-20,0) in younger group and 23,0 (18,0-29,0) in older group with significant prevalence of missing teeth in older group ($p < 0,001$). According to the results of F–(D+M) investigation, more than 90% of the research subjects had negative attitude towards their dental health but in older group the index was two times lower than in younger group ($p < 0,001$). The need of prosthetic care among study participants was almost 100% ($p = 0,253$); hygienic level of both groups was satisfactory ($p = 0,210$). Salivary status was characterized by low salivation rate ($p = 0,723$), acidic pH ($p = 0,511$) and low microcrystallization potential of saliva ($p = 0,047$) both in younger and older group. On the opposite, the indices of saliva viscosity ($p = 0,042$) and surface tension ($p = 0,669$) were increased. The analysis of the microcrystallization of saliva types has revealed that types γ and δ prevailed. Conclusion. During the study we revealed statistically significant age differences among patients with AUD in indices of dental and salivary statuses. These findings determine the need of development of narcological circumspection among dentists and formulating the recommendations for the management of narcological patients and secondary prevention for the preservation of dental health.

Key words: alcohol use disorder; dental status; salivary status.

For citation: Kunavina K.A., Opravin A.S., Soloviev A.G., Kharkovskaya O.A., Galieva A.S. Dental and salivary statuses of men with alcohol use disorder depending on age. Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal. 2018; 22(1): 31-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-1-31-36>

For correspondence: Karina A. Kunavina, MHS, teaching assistant, Department of Therapeutic Dentistry, Northern State Medical University, E-mail: kunavina.karina@mail.ru.

Information about authors:

Kunavina K.A., <http://orcid.org/0000-0003-3537-5817>
Opravin A.S., <http://orcid.org/0000-0002-0057-3357>
Soloviev A.G., <http://orcid.org/0000-0002-0350-1359>

Для корреспонденции: Кунавина Карина Александровна, магистр наук о здоровье, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО СГМУ (Архангельск) Минздрава России, E-mail: kunavina.karina@mail.ru

Kharkova O.A., <http://orcid.org/0000-0002-3130-2920>Galieva A.S., <http://orcid.org/0000-0002-7037-7730>**Gratitude.** *The authors Express gratitude to Barakova K. V. for assistance in the preparation of the article.***Conflict of interest.** *The authors declare no conflict of interest.***Acknowledgments.** *The study had no sponsorship.*

Received 21.09.17

Accepted 16.12.17

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), РФ занимает 4-е место в рейтинге стран по уровню употребления алкоголя с показателем 15,8 л на душу населения/год среди лиц старше 15 лет [1]. По материалам американской информационной компании «Bloomberg» (2017), этот показатель составляет 16,2 л и по совокупным показателям (уровни потребления алкоголя, сигарет, наркотических веществ, потерь от азартных игр) РФ выходит на 8-е место в рейтинге наиболее неблагоприятных стран [2]. Высокий уровень алкоголизации представляет реальную угрозу жизни [3] и здоровью населения, так как алкоголь оказывает неблагоприятное воздействие практически на все внутренние органы и системы организма, вызывая, наряду с неспецифическими токсическими изменениями [4], ряд серьёзных заболеваний, в том числе патологию органов и тканей полости рта [5].

Известно, что у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, ухудшается уровень гигиены, возрастает количество кариозных зубов и периапикальных поражений [6], изменяются реологические свойства слюны [7]. Выявлена связь между количеством потребления этанола и заболеваниями пародонта [8]. Слизистая оболочка рта у данных пациентов подвергается явлениям гипер- и дискератоза, разрежения подслизистого слоя, выявляются обширные слоистые некрозы, изменения в миелиновых волокнах и мышечной ткани [9]. Среди пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (СЗА) высок процент травматических поражений, которые сопровождаются недостаточно надёжной иммобилизацией костных фрагментов, развитием воспалительных осложнений в мягких тканях и кости, отсутствием сращения костных отломков или их замедленной консолидацией, образованием ложных суставов, неправильным сращением костных отломков с потерей ткани [10].

Необходимость оказания стоматологической помощи наркологическим пациентам определяет целесообразность изучения особенностей стоматологической патологии у лиц данной группы и участие врачей-стоматологов в ранней диагностике алкогольобусловленных изменений в полости рта.

Целью исследования явилось изучение особенностей дентального и слюварного статусов у мужчин с СЗА в зависимости от возраста.

Материал и методы

В ходе поперечного исследования осмотрено 140 пациентов мужского пола с диагнозом СЗА второй стадии (далее СЗА) в возрасте 25–64 лет, находившихся на стационарном лечении в наркологическом отделении ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница». Задачи и детали исследования были объяснены всем участникам, после чего, в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации [11], получено информированное письменное согласие от каждого пациента, согласившегося на обследование. В исследование не включали лиц младше 25 и старше 64 лет, с тяжёлой соматической патологией, а также отказавшихся от участия на первичном этапе или в ходе обследования.

Пациенты были разделены на две возрастные группы в соответствии с рекомендациями ВОЗ [12]: I группа ($n=77$)

участники в возрасте 25 – 44 лет (младшая), средний возраст 36,0 (32,5–41,0) лет, II группа ($n=63$) пациенты 45 – 64 лет (старшая), средний возраст 53,0 (50,0–57,0) года. У каждого обследуемого регистрировали показатели дентального и слюварного статусов. В рамках изучения дентального статуса определяли распространённость и интенсивность кариеса по индексу КПУ (кариес, пломба, удалённый зуб) [13], отношение к стоматологическому здоровью путём расчёта показателя $P-(K+Y)$ [14], нуждаемость в ортопедическом лечении [15], частоту встречаемости некариозных поражений зубов, индекс гигиены полости рта – OHIS [16]. Оценка слюварного статуса включала регистрацию скорости, поверхностного натяжения слюны (ПНС) [7], вязкости [17], pH, типа микрокристаллизации высохшей капли слюны (МКС) [18] и расчёта минерализующего потенциала слюны (МПС) [19].

Для статистической обработки и представления данных использовали статистический пакет IBM SPSS Statistics Base-24.0.0. Определение нормальности распределения осуществляли по критерию Колмогорова–Смирнова. В связи с тем, что данные не подчинялись нормальному закону распределения, применялись непараметрические критерии. Качественные переменные представлены в виде количества наблюдений (n) и доли (%), а количественные – в виде медианы (Md) и первого, и третьего квартилей (Q_1 – Q_3) либо в виде средней арифметической (M) и 95% доверительного интервала (95% ДИ). Для оценки статистической значимости между независимыми выборками по количественному признаку использовали критерий Манна–Уитни. Для статистической обработки качественных признаков в двух независимых группах использовали критерий Хи-квадрат Пирсона. Для поиска взаимосвязи между КПУ и возрастом участников исследования, с учётом влияния гигиены и параметров слюноотделения, применяли логистический регрессионный анализ (нескорректированный и скорректированный). Данные представлены в виде отношения шансов (ОШ) и 95% ДИ. Критический уровень статистической значимости составил $p \leq 0,05$.

Результаты

Исследование дентального статуса показало 100% распространённость кариеса в обеих возрастных группах. Медианная величина интенсивности кариеса составила 14,0 (11,0–20,0) в I и 23,0 (18,0–29,0) во II группах ($p < 0,001$). В структуре КПУ в обеих возрастных группах преобладали кариозные и удалённые зубы (табл. 1). В старшей группе существенно преобладали удалённые зубы по сравнению с младшей ($p < 0,001$).

Кариозные зубы (компонент К индекса КПУ) представлены следующими нозологическими формами: кариес, пульпит, периодонтит и корни зубов. В 49,6% обследованных зубов имелся кариес, в 2,5% – пульпит, в 12,8% – периодонтит, в 35,1% коронковая часть была полностью разрушена. В табл. 2 показаны частота встречаемости, а также среднее количество зубов вышеуказанных нозологических форм у пациентов разного возраста. Установлено, что в I группе статистически чаще встречались кариес и пульпит, по сравнению со II группой. Статистически значимых различий между частотой встречаемости периодонтита и корней зубов в зависимости от возраста не выявлено. Более того, среднее количество как кариеса, так

Таблица 1. Значение составляющих индекса КПУ у пациентов с СЗА II стадии, Me (Q₁-Q₃)

Переменные	Пациенты с СЗА		p
	I группа, n=77	II группа, n=63	
КПУ	14 (11–20)	23 (18–29)	<0,001
К	5 (2–9)	4 (1–9)	0,254
П	2 (0–5)	2 (0–4)	0,771
У	5 (3–8,5)	13 (9–20)	<0,001

Примечание. p рассчитывалась с помощью критерия Манна—Уитни.

и пульпита было больше в I группе, чем во II ($p=0,036$ и $p=0,008$ соответственно).

В I группе частота встречаемости отрицательного показателя П–(К+У) составила 90,9%, во II – 92,1% ($p=0,808$) при этом выявлены статистически значимые различия в средних значениях показателя: -8 (-4 – -14) и -17 (-8,0 – -26) соответственно ($p<0,001$).

При изучении частоты встречаемости некариозных поражений патологическая стираемость зубов выявлялась у 41,6% обследованных в I группе и 39,7% – во II ($p=0,822$), эрозию эмали зубов наблюдали в 1,3 и 1,6% ($p=0,886$), а клиновидный дефект – в 7,8 и 17,5% случаев соответственно ($p=0,081$).

У 94,2% обследованных диагностировали частичную адентию, полная вторичная адентия одной из челюстей встречалась у 4,3% и полная вторичная адентия обеих челюстей – у 2,9%. Среди участников исследования 70% не имели протезов и нуждались в протезировании; причём в I группе таковых было 79,2%, во II – 58,7% ($p=0,008$). Анализ качества протезов показал, что у 24,3% обследованных выявлены протезы либо ненадлежащего качества, либо не полностью восполняющие дефекты зубных рядов: 15,6% в I группе и 34,9% – во II ($p=0,008$). Небольшое (4,8%) число участников имели протезы удовлетворительного качества и не нуждались в их замене, по результатам визуальной и инструментальной оценки, причём все они относились к I группе ($p=0,053$). У 3,6% пациентов отсутствовали протезы и не было необходимости в протезировании, статистически значимых различий между возрастными группами не наблюдалось ($p=0,253$). Таким образом, в целом нуждаемость в протезировании составила 94,8% в группе 25–44 лет и 98,4% в группе 45–64 лет ($p=0,253$).

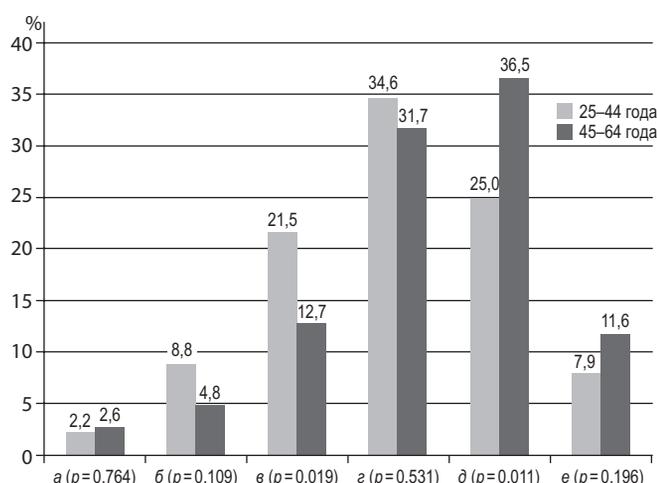
Оценка уровня гигиены полости рта показала наличие на зубах у пациентов разнообразных зубных отложений. Медиана значений индекса гигиены составила для I группы 2,8 (2,3–3,45) балла, а для II – 2,9 (2,4–3,9) ($p=0,210$).

В процессе исследования изучены физические параметры слюны у пациентов с СЗА, при этом слюна обследованных представляла собой мутную, вязкую, пенистую жидкость с различного рода примесями и неприятным запахом. Результаты регистрации показателей слюноотделения приведены в табл. 3.

Таблица 2. Частота встречаемости и среднее значение составляющих компонента К индекса КПУ у пациентов с СЗА II стадии, абс – %, Me (Q₁-Q₃)

Переменные	Абс – %		p*	Me (Q ₁ -Q ₃)		p**
	I группа, n=77	II группа, n=63		I группа, n=77	II группа, n=63	
Кариес	69–89,6	44–69,8	0,003	3,0 (1,0–4,5)	2 (0–4)	0,036
Пульпит	11–14,3	1–1,6	0,008	0,23 (0,08–0,39)#	0,03 (0–0,1)#	0,008
Периодонтит	29–37,7	21–33,3	0,595	0 (0–1)	0 (0–1)	0,571
Корень	40–51,9	34–54	0,812	1 (1–2)	1 (1–3)	0,530

Примечание. * p – уровень рассчитывали при помощи Хи-квадрат Пирсона, ** p – уровень рассчитывали при помощи критерия Манна—Уитни, # – данные представлены в виде средней и 95% доверительного интервала.



Типы МКС у пациентов с СЗА II стадии в разных возрастных группах.

По оси абсцисс – типы МКС, по оси ординат – процент образцов.

а – чёткий рисунок крупных удлинённых кристаллопризматических структур, идущих от центра капли, сросшихся между собой и имеющих древовидную или папоротникообразную форму (5 баллов); б – крупные удлинённые кристаллопризматические структуры, сросшиеся между собой в произвольном порядке (4 балла); в – в центре капли видны отдельные кристаллы звёздчатой формы, по периферии сохранены укрупнённые древовидные кристаллы (3 балла); г – отдельные кристаллы в виде прута или веточки, расположенные по всему полю (2 балла); д – по всей площади капли большое количество изометрически расположенных кристаллических структур, звёздчатой, округлой и неправильной формы (1 балл); е – полное отсутствие кристаллов в поле зрения (0 баллов).

Анализ характера МКС в группах участников исследования позволил установить, что преобладали типы микрокристаллизации слюны д и г, но различия были статистически значимыми по типам в и д, причём тип в преобладал в I группе, а тип д – во II (см. рисунок).

Для установления связи между интенсивностью кариеса и возрастом участников исследования с учётом уровня гигиены и физических параметров слюноотделения проведён регрессионный логистический анализ (табл. 4).

Установлено, что на интенсивность кариеса статистически значимо оказывает влияние возраст участников без учёта и с учётом уровня гигиены и физических параметров слюноотделения, причём высокую интенсивность кариеса в 7,8 раза чаще наблюдали во II группе по сравнению с I независимо от гигиены, скорости, вязкости слюны и других показателей.

Обсуждение

Согласно изучению параметров дентального статуса пациентов СЗА, распространённость кариеса среди обследо-

Таблица 3. Значения физических параметров слюноотделения у пациентов с СЗА II стадии, Me (Q₁-Q₃)

Переменные	Пациенты с СЗА		p
	I группа, n=77	II группа, n=63	
Скорость слюноотделения (мл/мин)	0,5 (0,3–0,6)	0,5 (0,2–0,7)	0,723
Вязкость слюны (сантипуаз)	3,8 (2,2–6,2)	3 (1,9–4,6)	0,042
ПНС (нм/м)	71,8 (65,6–85,9)	74,6 (59–88,3)	0,669
pH	6 (6–6)	6,0 (6–6)	0,511
МПС	2,0 (1–2,7)	1,7 (1–2)	0,047

Примечание. p рассчитывалось с помощью критерия Манна–Уитни.

ванных составила 100%, а его интенсивность была высокой (более 13,9) в обеих возрастных группах, что согласуется с данными многих исследований [20–22]. При этом интенсивность кариеса во II группе была в 1,6 раз выше, чем в I. В структуре КПУ, по нашим данным, в I группе одинаково часто встречались удалённые (5,0) и кариозные зубы (5,0), а во II – существенно преобладали удалённые зубы (13,0), что указывает на отсутствие мотивации к лечению зубов и подтверждается результатами аналогичного исследования: в группе больных СЗА 18–60 лет количество удалённых зубов в среднем составило 12 [23]. Кроме того, 97,1% участников обеих групп имеют хотя бы один удалённый зуб, что значительно превышает данные М.В. Агаџи и соавт. (67,6%) [24], а у 43,6% отсутствуют 6 и более зубов в сравнении с 29% по данным М.М. Д'Амоге и соавт. [25]. В структуре компонента К в обеих возрастных группах незначительно представлена доля пульпитов (2,5%), хотя в подобном исследовании группы алкогользависимых пациентов она составила 36% [7].

Согласно А.С. Оправину и соавт., отношение человека к собственному стоматологическому здоровью находит количественное выражение в показателе П–(К+У), где компонент П – стремление сохранить здоровые зубы, а компоненты К и У свидетельствуют о слабом внимании к состоянию стоматологического здоровья. В данном исследовании в обеих возрастных группах показатель составил более 90%, что свидетельствует о попустительском отношении к состоянию зубов подавляющего большинства обследованных. Полученные нами данные значительно превышали результаты указанного исследования, проведённого в группах подростков, употребляющих (61%) и

Таблица 4. Взаимосвязь между КПУ и возрастом участников с СЗА II стадии с учётом уровня гигиены и физических параметров слюноотделения

Переменные	Нескорректированный			Скорректированный*		
	ОШ	95% ДИ	p	ОШ	95% ДИ	p
Возраст. годы						
25–44	1,00			1,00		
45–64	7,12	2,74–18,5	<0,001	7,80	2,82–21,6	<0,001
Гигиена (баллы)	1,81	1,13–2,89	0,014	1,65	0,99–2,75	0,054
Скорость (мл/мин)	1,61	0,39–6,59	0,506	1,38	0,26–7,16	0,705
Вязкость (сантипуаз)	1,05	0,89–1,24	0,521	1,14	0,96–1,37	0,142
ПНС (нм/м)	1,00	0,98–1,03	0,733	1,00	0,98–1,03	0,642
pH	1,18	0,53–2,62	0,685	0,95	0,39–2,31	0,906
МПС	0,96	0,68–1,35	0,800	1,09	0,73–1,65	0,663

Примечание. Коррекция осуществлена на все переменные, представленные в данной таблице.

не употребляющих (39%) поверхностно-активные вещества [14]. Среднее значение П–(К+У) во II группе было в два раза ниже, чем в I, что говорит о выраженном пренебрежении стоматологическим здоровьем у пациентов старше 45 лет и примерно соответствует данным, полученным при обследовании пациентов пожилого и старческого возраста [26].

При оценке частоты встречаемости некариозных поражений выявлено, что эрозия зубов среди всех обследованных – достаточно редкое явление и встречается менее чем в 2% случаев, хотя Р. Manarte [27] указывает на то, что частота встречаемости эрозивных поражений эмали и дентина среди лиц с алкогольной зависимостью составляет 49,4% зубов и является следствием рвоты и частого потребления кислотных напитков. Такую разницу, вероятно, можно объяснить паттерном употребления алкогольных напитков: вышеуказанное исследование проведено в Португалии, где из всех алкогольсодержащих напитков предпочитают употреблять вино (55%) [28], тогда как в России на долю вина приходится всего лишь 11% [29]. Установленная частота патологической стираемости и клиновидных дефектов у наркологического контингента согласуется с данными литературных источников, где повышенную стираемость зубов выявляли в 32,3% случаев, тогда как в настоящем исследовании она отмечена в 41,6% в I и в 39,7% во II группах, а клиновидные дефекты в 14,7%, по сравнению с 7,8% и 17,5% соответственно [24].

В проведённом исследовании нуждаемость в протезировании составила 94,8% в группе 25–44 лет и 98,4% в группе 45–64 лет, что сравнимо с результатами литературных источников, где нуждаемость в протезировании 94,9% выявлена у лиц 60–69 лет и 98,7% – среди пациентов 70–79 лет [15]. Таким образом, можно предполагать, что состояние полости рта пациентов трудоспособного возраста с СЗА характеризуется стоматологической запущенностью.

Значение ОНИС, характеризующее гигиеническое состояние полости рта участников обеих групп, соответствует удовлетворительному (1,3 – 3,0) [16] и имеет тенденцию к ухудшению с возрастом.

При анализе литературы выявлено, что показатели обеих возрастных групп по скорости саливации и вязкости слюны сравнимы с показателями группы лиц в возрасте 65–74 лет, которые составили 0,57±0,04 мл/мин и 3,84±0,13 ед [30]. В свою очередь, Е.А. Миц-Давыденко и соавт. в исследовании группы алкогользависимых пациентов приводили значения скорости слюноотделения и вязкости, которые также соотносятся с полученными нами данными [23]. Известно, что более высокая вязкость слюны может быть потенциальным фактором риска возникновения галитоза [31], но, принимая во внимание уровень социального снижения данного контингента, можно объяснить отсутствие активных жалоб на неприятный запах изо рта среди осмотренных лиц. Изменения значений скорости слюноотделения и ПНС объясняются побочным действием психотропных препаратов, применяемых на этапах лечения [7, 23]. МПС в обеих возрастных группах был низкий (ниже 2,1), особенно во II группе, что соответствовало данным, полученным при обследовании группы людей старше 60 лет [26]. Возможно, это связано со снижением уровня кальция при низкой двигательной активности [19].

Заключение. Среди пациентов с СЗА выявлена высокая распространённость и интенсивность кариеса; удовлетворительный уровень гигиены полости рта; выраженная вторичная адентия и нуждаемость в протезировании; снижение скорости секреции, МПС и pH слюны, повышение вязкости, ПНС, преобладание «неблагоприятных» типов МКС. В то же время в возрастной группе 45–64 лет риск высокой интенсивности кариеса по сравнению с группой 25–44 года был больше, а также статистически чаще выявлялись удалённые зубы и меньшее значение индекса П–(К+У).

Таким образом, в ходе настоящего исследования проиллюстрированы негативные изменения в органах и тканях полости рта наркологического контингента с учётом разных возрастных групп, что обосновывает необходимость формирования у врачей-стоматологов наркологической настороженности и разработки рекомендаций по ведению наркологических больных и вторичных профилактических программ для сохранения стоматологического здоровья.

Благодарность. Авторы выражают благодарность Бараковой К.В. за оказанную помощь в подготовке статьи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2, 5–6, 8, 11–13, 20–22, 24–29, 31

см. REFERENCES)

1. Гуманитарные технологии, информационно-аналитический портал. Рейтинги стран мира по уровню потребления алкоголя. Available at: <http://gtmarket.ru/ratings/rating-countries-alcohol-consumption/info> (accessed 1 April 2017).
2. Bloomberg Visual Data. Bloomberg Best (and Worst), 2017. Available at: <https://www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-decadent-countries> (accessed 1 April 2017).
3. Mordovskiy E.A., Solov'ev A.G., Vyaz'min A.M., Kuzin S.G., Kolyadko E.A. Alcohol consumption the day before death and mortality from traumas, intoxications and other effects of external causes. *Ekologiya cheloveka*. 2014; 9: 24–9.
4. Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Sinit'skaya E.N. Endotoxemia in acute alcoholic psychoses. *Narkologiya*. 2002; 1(4): 16–21.
5. O'Sullivan E.M. Dental health of Irish alcohol/drug abuse treatment centre residents. *Community Dent. Health*. 2012; 29(4): 263–67.
6. Jansson L. Association between alcohol consumption and dental health. *J. Clin. Periodontol.* 2008; 35(5): 379–84.
7. Goryachev D.N. Salivary status of patients with alcohol dependence in stage abstinence. *PM*. 2011; 48: 139–41. (in Russian)
8. Lages E.J., Costa F.O., Cortelli S.C., Cortelli J.R., Cota L.O., Cyrino R.M. et al. Alcohol Consumption and Periodontitis: Quantification of Periodontal Pathogens and Cytokines. *J. Periodontol.* 2015; 86(9): 1058–68. doi: 10.1902/jop.2015.150087.
9. Tkachenko T.B., Gaykova O.N., Berdnikova E.I., Kopyl O.A. Study of the influence of alcohol on oral mucosa. *Institut stomatologii*. 2009; 2: 80–1. (in Russian)
10. Konev V.P., Moskovskij S.N., Golosubina V.V. Pathology of bone tissue in persons with dysplasia of connective tissue and persons abusing alcohol: judicial medical estimation *Sibirskiy medicinskiy zhurnal*. 2011; 26(1): 27–30. (in Russian)
11. World Medical Association 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*. 2013; 310(20): 2191–2194.
12. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. *International statistical classification of diseases and related health problems. – 10th revision, edition 2010*, 3 v. Available at: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2010.pdf (accessed 1 April 2017)
13. WHO. 2013. *Oral health surveys: basic methods. – 5th ed.*, 128 P. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97035/1/9789241548649_eng.pdf (accessed 1 April 2017).
14. Opravin A.S., Kuz'mina L.N., Egulemova M.V., Ishekov N.S. Evaluation of oral health in adolescents taking psychoactive substances. *Cathedra*. 2012; 42: 58–61. (in Russian)
15. Bezrukov V.M., Alimskiy A.V., Apresyan G.N. *Улучшение организации ортопедической стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста (пособие для врачей)*. М.; 2003.
16. Makeeva I.M., Sokhov S.T., Alimova M.Ya., Doroshina V.Yu., Erokhin A.I., Sokhova I.A. *Болезни зубов и полости рта: Учебник*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
17. Ушницкий И.Д., Семенов А.Д., Бельчусова Е.А., Слепцова М.Н., Миронова Л.С., Егоров Р.И. Биофизические свойства ротовой жидкости у населения, проживающего в промышленных районах Якутии. *Забайкальский медицинский вестник*. 2015; 3: 48–51.
18. Бельская Л. В., Голованова О. А., Шукайло Е. С., Турманидзе В. Г. Экспериментальное исследование кристаллизации биологических жидкостей. *Вестник ОНЗ РАН*. 2011; 3: 6012. Available at: <http://onznnews.wdcb.ru/publications/v03/asepg11ru/2011NZ000142R.pdf> (Accessed: 17.02.2017).
19. Васильева А.О., Павлова Г.В., Караваева Т.Ф. Гигиеническая оценка двигательной активности школьников по величине минерализующего потенциала слюны и ее микрокристаллизации. *Современные проблемы науки и образования*. 2013; 6: 598. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/gigienicheskaya-otsenka-dvigatelnoy-aktivnosti-shkolnikov-po-velichine-mineralizuyuschego-potentsiala-slyuny-i-ee> (Accessed: 17.02.2017).
20. Миц-Давыденко Е.А., Митронин А.В., Айзберг О.Р. Распространенность, клинические и патогенетические особенности стоматологического статуса и лечения пациентов, страдающих алкогольной зависимостью. *Cathedra*. 2013; 40: 58–62.
21. Ушницкий И.Д., Роголева А.С., Бельчусова Е.А., Аммосова В.Н., Петрова Н.Н., Шеина Н.Е. Состав и свойства смешанной слюны у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в высоких широтах. *ВЕСТНИК СВФУ*. 2013; 10(3): 127–31.
22. Bloomberg Visual Data. Bloomberg Best (and Worst), 2017. Available at: <https://www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-decadent-countries> (accessed 1 April 2017).
23. Mordovskiy E.A., Solov'ev A.G., Vyaz'min A.M., Kuzin S.G., Kolyadko E.A. Alcohol consumption the day before death and mortality from traumas, intoxications and other effects of external causes. *Ekologiya cheloveka*. 2014; 9: 24–9.
24. Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Sinit'skaya E.N. Endotoxemia in acute alcoholic psychoses. *Narkologiya*. 2002; 1(4): 16–21.
25. O'Sullivan E.M. Dental health of Irish alcohol/drug abuse treatment centre residents. *Community Dent. Health*. 2012; 29(4): 263–67.
26. Jansson L. Association between alcohol consumption and dental health. *J. Clin. Periodontol.* 2008; 35(5): 379–84.
27. Goryachev D.N. Salivary status of patients with alcohol dependence in stage abstinence. *PM*. 2011; 48: 139–41. (in Russian)
28. Lages E.J., Costa F.O., Cortelli S.C., Cortelli J.R., Cota L.O., Cyrino R.M. et al. Alcohol Consumption and Periodontitis: Quantification of Periodontal Pathogens and Cytokines. *J. Periodontol.* 2015; 86(9): 1058–68. doi: 10.1902/jop.2015.150087.
29. Tkachenko T.B., Gaykova O.N., Berdnikova E.I., Kopyl O.A. Study of the influence of alcohol on oral mucosa. *Institut stomatologii*. 2009; 2: 80–1. (in Russian)
30. Konev V.P., Moskovskij S.N., Golosubina V.V. Pathology of bone tissue in persons with dysplasia of connective tissue and persons abusing alcohol: judicial medical estimation *Sibirskiy medicinskiy zhurnal*. 2011; 26(1): 27–30. (in Russian)
31. World Medical Association 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*. 2013; 310(20): 2191–2194.
32. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. *International statistical classification of diseases and related health problems. – 10th revision, edition 2010*, 3 v. Available at: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2010.pdf (accessed 1 April 2017)
33. WHO. 2013. *Oral health surveys: basic methods. – 5th ed.*, 128 P. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97035/1/9789241548649_eng.pdf (accessed 1 April 2017).
34. Opravin A.S., Kuz'mina L.N., Egulemova M.V., Ishekov N.S. Evaluation of oral health in adolescents taking psychoactive substances. *Cathedra*. 2012; 42: 58–61. (in Russian)
35. Bezrukov V.M., Alimskiy A.V., Apresyan G.N. *Улучшение организации ортопедической стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста (пособие для врачей)*. Moscow; 2003. (in Russian)
36. Makeeva I.M., Sokhov S.T., Alimova M.Ya., Doroshina V.Yu., Erokhin A.I., Sokhova I.A. *Teeth and oral cavity diseases: Textbook. [Болезни зубов и полости рта: Учебник]* Moscow: GEOTAR-Media; 2012. (in Russian)
37. Ushnitskiy I.D., Semenov A.D., Bel'chusova E.A., Sleptsova M.N., Mironova L.S., Egorov R.I. Biophysical properties of oral fluid of the population living in industrial area of Yakutia. *Zabaykalskiy medicinskiy vestnik*. 2015; 3: 48–51. (in Russian)
38. Bel'skaya L. V., Golovanova O. A., Shukaylo E. S., Turmanidze V. G. Experimental study of crystallization of biological liquids. *Vestnik ONZ RAN*. 2011; 3: 6012. Available at: <http://onznnews.wdcb.ru/publications/v03/asepg11ru/2011NZ000142R.pdf> (Accessed: 17.02.2017). (in Russian)
39. Vasil'eva A. O., Pavlova G. V., Karavaeva T. F. Determination of saliva biochemical composition in schoolchildren with different physical exertion in complex hygienic investigations. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2013; 6: 598. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/gigienicheskaya-otsenka-dvigatelnoy-aktivnosti-shkolnikov-po-velichine-mineralizuyuschego-potentsiala-slyuny-i-ee> (Accessed: 17.02.2017). (in Russian)
40. Hornecker E., Muuss T., Ehrenreich H., Mausberg R.F. A pilot study on the oral conditions of severely alcohol addicted persons. *J. Contemp. Dent. Pract.* 2003; 4(2): 51–9.
41. Dasanayake A.P., Warnakulasuriya S., Harris C.K., Cooper D.J., Peters T.J., Gelbier S. Tooth decay in alcohol abusers compared to alcohol and drug abusers. *Int. J. Dent.* 2010; Article ID 786503, 6 pages, 2010. doi:10.1155/2010/786503.
42. Waszkiewicz N., Zalewska-Szajda B., Zalewska A., Waszkiewicz

- M., Szajda S.D., Repka B. et al. Decrease in salivary lactoferrin output in chronically intoxicated alcohol-dependent patients. *Folia Histochem. et Cytobiol.* 2012; 50(2): 248–54.
23. Mits-Davydenko E.A., Mitronin A.V., Ayzberg O.R. Prevalence, clinical and pathogenetic features of dental status and treatment of patients with alcohol dependence. *Cathedra.* 2013; 40: 58–62. (in Russian)
24. Araujo M.W., Dermen K., Connors G. & Ciancio S. Oral and dental health among inpatients in treatment for alcohol use disorders: a pilot study. *J. Int. Acad. Periodontol.* 2004; 6(4): 125–30.
25. D'Amore M.M., Cheng D.M., Kressin N.R., Jones J., Samet J.H., Winter M. et al. Oral health of substance-dependent individuals: impact of specific substances. *J. Subst. Abuse Treat.* 2011; 41(2): 179–85.
26. Kunavina K. Oral health assessment of elderly people living in the Arkhangelsk region, Russia. Master's Thesis. University of Oulu. 2016.
27. Manarte P., Manso M.C., Souza D., Frias-Bulhosa J., Gago S. Dental erosion in alcoholic patients under addiction rehabilitation therapy. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* 2009; 14(8): e376–83.
28. World Health Organisation 2014. *Country profiles of Global Alcohol Report. Portugal.* Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/prt.pdf (Accessed: 17.07.2017).
29. World Health Organisation 2014. *Country profiles of Global Alcohol Report. Russian Federation.* Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/rus.pdf (Accessed: 17.07.2017).
30. Ushnitskiy I. D., Rogaleva A. S., Bel'chusova E. A., Ammosova V. N., Petrova N. N., Sheina N. E. The composition and properties of mixed saliva of elderly people living on high latitude. *Vestnik SVFU.* 2013; 10(3): 127–31. (in Russian)
31. Ueno M., Takeuchi S., Takehara S., Kawaguchi Y. Saliva viscosity as a potential risk factor for oral malodor. *Acta Odontol. Scand.* 2014; 72(8): 1005–9.

Поступила 21.09.17

Принята в печать 16.12.17

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 617.52/.53-002.36-0.8

Парамонова О.А.^{1,2}, Савченко Ю.П.², Гайворонская Т.В.², Терман Е.А.¹, Гербова Т.В.², Циненко Д.И.²

УЛУЧШЕНИЕ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ФЛЕГМОНАМИ ЛИЦА И ШЕИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

¹ГБУЗ «НИИ Краевая клиническая больница им. проф. С.В. Очаповского», 350086, г. Краснодар, Российская Федерация;

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 350063, г. Краснодар, Российская Федерация.

Проведена клиническая, микробиологическая и морфологическая оценка эффективности использования комбинации раневых покрытий «Аквагель Ag + повязка Гидрофайбер», «Аквагель Ag Фоум повязка Гидрофайбер» и «Грануфлекс» (ConvaTec, США) в комплексном лечении больных флегмонами лица и шеи. Доказано положительное влияние и эффективность действия раневых покрытий на репаративные процессы в послеоперационной гнойной ране у пациентов с флегмонами лица и шеи. Использование в комплексной терапии повязок «Аквагель Ag+ повязка Гидрофайбер», «Аквагель Ag Фоум повязка Гидрофайбер» и «Грануфлекс» позволило в более ранние сроки улучшить состояние гнойной раны, наложить вторичные швы и сократить лечение пациентов в стационаре.

Ключевые слова: раневые покрытия; раневые повязки; комбинация повязок; флегмоны лица и шеи; лечение флегмон лица и шеи; гнойные раны; лечение гнойной раны; раневой процесс; микробиологическая обсемененность раны; морфология гнойной раны.

Для цитирования: Парамонова О.А., Савченко Ю.П., Гайворонская Т.В., Терман Е.А., Гербова Т.В., Циненко Д.И. Улучшение местного лечения с использованием раневых покрытий у больных флегмонами лица и шеи в зависимости от фазы раневого процесса. *Российский стоматологический журнал.* 2018; 22 (1): 36-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-1-36-40>

Paramonova O.A.^{1,2}, Savchenko Y.P.², Gayvoronskaya T.V.², Terman E.A.¹, Gerbova T.V.², Tsinenko D.I.²

IMPROVED LOCAL TREATMENT WITH WOUND COVERING IN PATIENTS WITH FACE AND NECK PHLEGMONS REGARDING WOUND PROCESS PHASE

¹SBIPH «Scientific Research Institution – Ochapovsky Regional Clinical hospital №1», 350086, Krasnodar, Russian Federation;

²FGBEI HI «Kuban State Medical University», 350063, Krasnodar, Russian Federation.

Clinical and microbiological analysis of «Aquacel Ag + Hydrofiber dressing», «Aquacel Ag Foam dressing Hydrofiber» and «Granulex» (ConvaTec, USA) wound covering efficiency in complex treatment of patients with face and neck phlegmons was carried out. We proved positive influence and potent action of the wound dressing on reparative processes in postoperative purulent wounds in patients with face and neck phlegmons.

Application of «Aquacel Ag + Hydrofiber dressing», «Aquacel AgFoam Hydrofiber dressing» and «Granulex» wound covering in a complex therapy allowed to improve wound condition in earlier terms, put secondary sutures and reduce terms of patient hospital stay.

Для корреспонденции: Парамонова Олеся Андреевна, челюстной лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ НИИ «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Минздрава КК, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава РФ, E-mail: dr.paramonova@rambler.ru.