

ДБЯЧЕНКО Светлана Владимировна

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ
МОНИТОРИНГА И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА**

3.1.7. – Стоматология

3.2.3. – Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история
медицины

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России).

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Македонова Юлия Алексеевна

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Шкарин Владимир Вячеславович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России

Токмакова Светлана Ивановна

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Гринин Василий Михайлович

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2022 года в ___ ч. на заседании Диссертационного совета 21.2.005.03 по присуждению ученой степени (доктора) кандидата медицинских наук при ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-фундаментальной библиотеке ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России (400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, 1), а также на сайте: [http:// www.volgmed.ru](http://www.volgmed.ru).

Автореферат разослан " ____ " _____ 2022 г.

Учёный секретарь Диссертационного совета 21.2.005.03

доктор медицинских наук, профессор

Вейсгейм Людмила Дмитриевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В российских и международных научных отчетах по изучению распространенности заболеваний слизистой оболочки рта регистрируется наибольшая частота встречаемости красного плоского лишая (эрозивно-язвенной формы) (Ю.А. Македонова, 2018, Ю.В. Молочкова, 2018, Nomura H. et al., 2018; Dhanuthai K. et al., 2018). Сильная боль, канцерофобия, длительность течения, склонность к рецидивам приводят к развитию повышенной раздражительности и постоянной тревоги, что ухудшает качество жизни (П.Б. Жовтяк, 2017, Parlatescu I, 2019). Актуальным аспектом этой медико-социальной проблемы является создание комплексного лечебно-диагностического алгоритма обследования, наблюдения и лечения пациентов. Неэффективные мониторинг и фармакотерапия приводят к распространению и развитию вялотекущего процесса, торпидности к терапии, осложнениям, что ухудшает прогноз, способствует хронизации и приводит к социально-экономическим проблемам в организации оказания стоматологической помощи (В.М. Гринин, 2018, Э.Г. Борисова, 2018, Т.П. Горячева, 2018). Стратегия выбора эффективной терапии катарально-дегенеративных поражений при красном плоском лишае требует комплексного анализа с учетом планиметрических показателей, параметров воспалительного фона, наличия экссудата, степени выраженности болевого синдрома и критериев стадийности поражения.

Многие исследователи оценивают качество оказания медицинской помощи пациентам с красным плоским лишаем, как неудовлетворительное (О.В. Медведева, 2021, Т.В. Семенова, 2019, И.М. Сон, 2018). Это обусловлено недостаточной теоретической подготовкой врачей-стоматологов, а также отсутствием специализированных стоматологических кабинетов в сельских местностях, способных оказать высококвалифицированную помощь (В.А. Евдаков, 2020, Л.Л. Квачахия, 2018, Е.В. Репринцева, 2018, Ф.З. Хасанов, 2017). В системе российского здравоохранения предусмотрено три уровня стоматологических медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь пациентам, однако алгоритмы маршрутизации, в зависимости от принадлежности к различным уровням, отсутствуют (Р.А. Хальфин, 2017, В.В. Шкарин, 2020). Перспективным направлением в стоматологии является применение цифровых технологий мониторинга и лечения пациентов (В.М. Леванов, Е.А. Голуб, А.И. Агашина, Е.П. Гаврилова, 2021). Повышение эффективности оказания стоматологической помощи взаимосвязано с внедрением телемедицины, что позволит повысить качество поддерживающей терапии и диспансерного наблюдения (Н.М. Багненко, 2016).

Следовательно, для совершенствования оказания стоматологической помощи необходима система, которая регламентируется схемой маршрутизации, в зависимости от различных уровней медицинской организации, с применением объективной, доступной и неинвазивной методики мониторинга и лечения эрозивно-язвенных поражений при красном плоском лишае слизистой оболочки рта, основанной на применении цифровых технологий и дифференцированного подхода.

Степень научной разработанности темы. Разработанные клинико-организационные принципы медицинского сопровождения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта направлены на повышение качества оказания стоматологической помощи и основаны на использовании современных цифровых технологий и дифференцированном подходе. Интерес многих исследователей посвящен вопросам объективной оценки патологических процессов на слизистой оболочке рта. Предлагаются планиметрические способы оценки размеров и площади эрозивно-язвенного очага (Комолов Р.В. с соавт., 2016, Невдах А.С., 2016). Но они не могут идентифицировать реальные границы воспаления по периферии очага, а также фазы развития воспалительно-деструктивного элемента поражения.

Разработанная методика мониторинга и лечения базируется на определении и оценке клинических параметров динамического течения патологического процесса, включая в себя комплексный анализ объективного состояния слизистой оболочки и технологию направленного транспорта лекарственного препарата в очаг поражения, что позволяет осуществлять наблюдение пациента с позиции дифференцированного подхода. Совершенствование организационной структуры стоматологической помощи пациентам с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта, основанное на внедрении трехэтапной системы маршрутизации, позволит повысить доступность и качество оказания медицинской помощи. Отсутствие объективных методов мониторинга, неэффективность терапии, нуждаемость организационной структуры стоматологической помощи в оптимизации обуславливают целесообразность разработки и внедрения системы мониторинга, лечения и маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта с учетом клинических и организационных особенностей.

Цель исследования: разработать и внедрить в практическое здравоохранение клинические и организационные мероприятия по мониторингу и маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта, направленные на совершенствование лечения и организации стоматологической помощи.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру и частоту встречаемости клинических форм красного плоского лишая слизистой оболочки рта в Волгоградской области.
2. Определить особенности мониторинга и маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта путем анализа результатов анкетирования врачей-стоматологов по вопросам оказания стоматологической помощи данным больным.
3. Разработать аппаратно-программный комплекс для мониторинга и лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта и оценить его эффективность.
4. Дополнить и систематизировать схему маршрутизации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта с использованием телемедицинских технологий в зависимости от уровня стоматологической медицинской организации.
5. Провести сравнительный анализ эффективности схемы маршрутизации и аппаратно-программного комплекса, данных клинического, лабораторного и функционального показателей воспалительного процесса у пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта с учетом различных методов мониторинга и лечения патологического процесса.
6. Разработать порядок диспансерного наблюдения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта в различных уровнях стоматологических медицинских организациях в зависимости от частоты рецидивирования патологии.
7. Обосновать и внедрить систему мониторинга и лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта, направленную на повышение качества оказания медицинской помощи, с позиции дифференцированного подхода.

Научная новизна. Проведена оценка мониторинга и маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта, выявляющая отсутствие объективных клинических параметров течения патологического процесса и несовершенство организационной структуры оказания стоматологической помощи данным больным.

Разработан аппаратно-программный комплекс для объективной оценки клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта и осуществления локальной доставки лекарственного препарата в патологический очаг.

Предложена трехэтапная схема маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта с применением телемедицинских технологий с учетом уровня медицинской организации, ориентированная на улучшение стоматологического здоровья и повышения доступности медицинской помощи.

По результатам сравнительных клинических, лабораторных и функциональных методов исследования доказана эффективность схемы маршрутизации и аппаратно-программного комплекса для мониторинга и лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта.

Получены функциональные данные, отражающие состояние локального кровотока и микроциркуляторные изменения слизистой оболочки в очаге поражения и в симметричной области у пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта.

Разработан порядок диспансеризации пациентов с красным плоским лишаем в зависимости от частоты рецидивирования патологии.

Впервые разработан и внедрен комплексный дифференцированный подход к мониторингу, лечению и маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта. Выявлены клинические и организационные особенности мониторинга и лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта.

Разработан способ диагностики и мониторинга эрозивно-язвенных поражений слизистой полости рта и устройство для его осуществления (приоритет на патент РФ №2022114570). Получены базы данных: «Состояние локального кровотока в очаге поражения у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями слизистой полости рта», свидетельство о регистрации базы данных №2022620813, 15.04.2022, «Состояние локального кровотока в очаге поражения у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями слизистой полости рта», свидетельство о регистрации базы данных №2022620865, 19.04.2022, «Диагностические показатели дифференциации зон воспаления патологических участков по данным электропроводимости слизистой полости рта», свидетельство о регистрации базы данных №2022621837, 26.07.2022, «Социологические показатели мониторинга и маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой полости рта по данным анкетирования врачей», свидетельство о регистрации базы данных №2022621838, 26.07.2022.

Теоретическая и практическая значимость работы. Дополнены и систематизированы клинические и организационные особенности мониторинга и лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта путем анализа полученных клинических показателей с помощью разработанного аппаратно-программного комплекса, определяющего маршрутизацию пациентов на соответствующий уровень специализированной помощи. Полученные данные об эффективности разработанного аппаратно-программного комплекса способствуют повышению качества мониторинга пациентов. Применение технологии направленного транспорта лекарственного препарата в очаг поражения при красном плоском лишае

слизистой оболочки рта с помощью электрофореза повышает качество оказания стоматологической помощи лечению эрозивно-язвенных поражений при данной патологии. Разработанная система предоставляет возможным осуществлять мониторинг и лечение эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта с учетом дифференцированного подхода, что позволяет расширить показания к ее применению в стоматологической практике.

В практическую стоматологию внедрена неинвазивная, объективная и доступная методика мониторинга эрозивно-язвенных поражений при красном плоском лишае, а также способ адресной доставки лекарственного средства.

Предложена трехэтапная система организации стоматологической помощи пациентам с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта в зависимости от различных уровней медицинских учреждений, с применением телемедицины.

Связь с планом научно-исследовательских работ университета и отраслевыми программами. Диссертация выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет». Диссертационное исследование проведено в рамках научно-исследовательской работы ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России: НИОКТР АААА-А20-120091790009-0. Разработка и внедрение современных методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации пациентов разных возрастных групп с патологиями челюстно-лицевой области; АААА-А17-117062010055-4. Эффективность деятельности медицинских организаций. Анализ, оценка, определение путей повышения эффективности функционирования.

Методология и методы исследования. По характеру проведено прикладное, клинико-социологическое проспективное исследование с учетом принципов доказательной медицины. Используются библиографический, эпидемиологические, клинические, лабораторные, функциональные методы, социологический (анкетирование), аналитический, контент-анализ, статистические методы.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Мониторинг и лечение эрозивно-язвенных поражений при красном плоском лишае слизистой оболочки рта свидетельствуют об отсутствии объективных, неинвазивных и доступных диагностических и терапевтических методов, применяемых с позиции дифференцированного подхода.

2. Необходимость совершенствования организации стоматологической помощи пациентам с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта продиктована высокой распространенностью патологии и постоянным ростом числа обращений

пациентов, а также низкой доступностью медицинской помощи сельскому населению и возникновением трудностей при диагностике и лечении заболевания.

3. Предложенная комплексная объективная система мониторинга и лечения эрозивно-язвенных поражений при красном плоском лишае слизистой оболочки рта является точной, доступной и неинвазивной методикой, которая определяет дифференцированный пациент-ориентированный подход при клиническом ведении пациентов и обуславливает ее применение в практической стоматологии.

4. Оптимизация трехэтапной схемы маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта с учетом уровня медицинской организации с применением телемедицинских технологий позволяет повысить качество оказания стоматологической помощи путем улучшения уровня стоматологического здоровья и повышения доступности медицинской помощи.

5. Использование схемы маршрутизации и аппаратно-программного комплекса при мониторинге и лечении пациентов с красным плоским лишаем достоверно повышает эффективность клинического наблюдения и терапии больных по сравнению с традиционными методами.

Степень достоверности. Степень достоверности положений основана на достаточном количестве пациентов ($n = 114$), наличии группы сравнения и трех основных групп, применении современных лабораторных и функциональных методов (ЛДФ-метрия, иммунологическое исследование ротовой жидкости, определение воспалительных маркеров смешанной слюны), а также методов физиотерапии для осуществления технологии направленного транспорта лекарственного средства в очаг поражения, выполненных на сертифицированном, калиброванном медицинском оборудовании, использовании социологического исследования и методов статистической обработки полученных результатов с соблюдением принципов доказательной медицины. Выводы и практические рекомендации являются достоверными и обоснованными в связи с корректностью поставленных задач и вытекают из полученных результатов исследования.

Апробация. Результаты диссертационного исследования обсуждались на научных мероприятиях: «Медицинское образование XXI века: информационные компьютерные технологии при подготовке медицинских кадров», (Витебск, Беларусь, 2021); «Современные научные взгляды в эпоху глобальных трансформаций: проблемы, новые векторы развития» (Ростов-на-Дону, 2021); IX Международный молодежный медицинский форум «Медицина будущего – Арктике», (Архангельск, 2022); «Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы» (Саратов, 2022); «Коморбидность: междисциплинарный подход» (Барнаул, 2022); «Актуальные вопросы

современной медицинской науки и здравоохранения» (Екатеринбург, 2022); «80-ая Международная научно-практическая конференция молодых ученых и студентов» (Волгоград, 2022); «Научные достижения современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва, 2022).

Апробация работы осуществлена 30.08.2022 года на совместном заседании кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИНМФО ВолгГМУ, кафедры стоматологии ИНМФО ВолгГМУ, кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО ВолгГМУ.

Внедрение результатов исследования в практику. В клинической стоматологии рекомендованы алгоритмы мониторинга и лечения пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки рта с позиции дифференцированного пациент-ориентированного подхода.

Территориальным органам управления здравоохранения субъектов РФ рекомендовать совершенствовать порядок трехуровневой координации стоматологических учреждений с учетом разработанных схем маршрутизации для повышения качества оказания стоматологической помощи пациентам с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта.

Публикации. По теме работы опубликовано 18 печатных научных работ, из них 11 - в журналах, рекомендованных ВАК РФ для изложения основных положений кандидатских диссертаций, 4 статьи опубликованы в изданиях, входящих в базу данных Scopus, 1 - Web of Science. По результатам диссертационной работы получены 1 приоритет на патент РФ, 4 свидетельства о регистрации базы данных, издано 4 учебных пособий.

Личное участие автора в исследовании. Автором лично проведена разработка аппаратной и программной частей комплекса по диагностике и ведению пациентов с эрозивно-язвенными поражениями при красном плоском лишае слизистой оболочки рта, а также предложена критериальная балльная шкала, основанная на учете индивидуальных клинических показателей.

Самостоятельно проведен ретроспективный анализ по вопросам распространенности патологии, а также набор пациентов в группы исследования, выполнение клинической части работы с последующим диспансерным наблюдением в течение 12 месяцев. Соискателем лично разработана анкета для врачей-стоматологов и проведен социологический опрос среди специалистов различных медицинских учреждений г. Волгограда и Волгоградской области. Автором лично предложены схемы

маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта с учетом уровня медицинских организаций с применением телемедицинских технологий.

Соответствие диссертации паспортам научных специальностей. Научные положения диссертации соответствуют пунктам 5,9,10,11, 12 паспорта специальности ВАК 3.1.7. - Стоматология, пунктам 1,2,3 паспорта специальности ВАК 3.2.3. - Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 221 странице компьютерного текста, иллюстрирована 16 таблицами и 84 рисунками. Список литературы включает 264 источника литературы, из них 134 - на русском языке, 130 – на английском языке.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение содержит актуальность и степень научной разработанности темы, цель и задачи работы. Представлены основные научные положения, выносимые на защиту.

Первая глава включает в себя аналитический обзор литературы по вопросам мониторинга и лечения пациентов с КПЛ СОР, а также организации стоматологической помощи данным больным в Волгоградской области с выявлением проблемных организационных аспектов. Установлено, что вопросы оказания медицинской помощи пациентам с КПЛ СОР приобретают медицинский, организационный и социальный характер проблемы.

Вторая глава посвящена материалам и методам исследования.

Характеристика материала представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Программа исследования

№	Этапы	Первичный материал	Методы	Ед.
1	Анализ отечественных и зарубежных источников литературы по распространенности КПЛ СОР, особенностям мониторинга, лечения и маршрутизации данных пациентов.	130 источников зарубежной и 134 источников отечественной литературы	Библиографический	Источники литературы
2	1.Изучение распространенности КПЛ СОР за 2019-2021 гг. 2.Анализ проблемных вопросов оказания стоматологической помощи пациентам с КПЛ СОР. 3.Анализ доступности стоматологической помощи пациентам с КПЛ СОР г. Волгограда и Волгоградской области.	Медицинская карта стоматологического больного, форма 043у (n=1896) Анкеты 287 врачей-специалистов	Эпидемиологический Аналитический Математический, контент-анализ, социологический	Пациенты с заболеваниями СОР
3	1.Разработка аппаратно-программного комплекса (АПК) по мониторингу и лечению пациентов с КПЛ СОР с позиции дифференцированного подхода. 2. Корреляционный анализ параметров АПК и данных клинического, лабораторного и функционального исследования.	Результаты диссертационного исследования Первичная документация стоматологического больного	Аналитический Описательный Статистический	Пациенты с КПЛ СОР
4	1.Оценка эффективности мониторинга и лечения пациентов с КПЛ СОР в зависимости от уровня СтМО с учетом различных методов мониторинга и лечения. 2. Публикация результатов исследования.	Первичная документация стоматологического больного Результаты диссертационного исследования	Математический, описательный, статистический	Пациенты с КПЛ СОР

5	1. Оптимизация схемы маршрутизации пациентов с КПЛ СОР с применением телемедицинских технологий в зависимости от уровня СтМО. 2. Оценка эффективности маршрутизации пациентов с КПЛ СОР. 3. Разработка порядка диспансерного наблюдения пациентов с КПЛ СОР. 4. Обоснование и внедрение трехэтапной системы мониторинга, лечения и маршрутизации пациентов с КПЛ СОР. 5. Публикация результатов исследования.	Результаты диссертационного исследования	Аналитический Описательный	
---	---	--	-------------------------------	--

Клиническое исследование проведено на базе кафедры стоматологии ИНМФО ФГБОУ ВО «Волгоградского государственного медицинского университета» Минздрава России и в ГАУЗ «Волгоградская областная клиническая стоматологическая поликлиника».

Организационное исследование посвящено анализу оказания медицинской помощи пациентам с КПЛ СОР в стоматологических медицинских организациях (СтМО) региона, в зависимости от уровня оказания помощи. К СтМО 1 уровня относили стоматологические отделения, входящие в состав ЦРБ региона, стоматологические поликлиники городов Волгоградской области. В СтМО 2 уровня включены стоматологические поликлиники г. Волгограда, в которых предусмотрено оказание специализированной медицинской помощи пациентам с патологиями СОР. К СтМО 3 уровня отнесены Стоматологический клиничко-диагностический центр ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России и ГАУЗ «Волгоградская областная клиническая стоматологическая поликлиника», где осуществлялся междисциплинарный лечебно-диагностический подход высококвалифицированными специалистами у пациентов с заболеваниями СОР.

Частота встречаемости КПЛ в общей структуре заболеваемости СОР и частота выявления патологии в различных уровнях СтМО региона оценивались при помощи ретроспективного анализа медицинской документации (Медицинская карта стоматологического больного, форма 043/у). Социологическое исследование проводилось методом анкетирования врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-терапевтов по проблемным вопросам оказания стоматологической помощи пациентам с КПЛ СОР. В опросе приняли участие 287 специалистов (196 врачей-стоматологов-терапевтов и 91 врач-стоматолог), 97 работают в СтМО 1 уровня, 149 врачей-стоматологов – в учреждениях 2 уровня, 41 – в СтМО 3 уровня.

Пациенты с КПЛ СОР в возрасте от 45 до 59 лет (соответствует градации среднего возраста по классификации ВОЗ, 2021) были распределены на 3 группы с учетом лечения в СтМО различных уровней. Обследование и лечение пациентов проведено после получения информированного добровольного согласия на участие в клиническом исследовании по принципам биоэтики (справка о результатах этической экспертизы ЛЭК ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России №2022/135 от 06.05.2022).

В первую группу включены 32 пациента, которым мониторинг и лечение КПЛ СОР проводились в СтМО 1 уровня, 36 больным проведено обследование и терапия в СтМО 2 уровня, в СтМО 3 уровня – 46 человек. Был проведен анализ клинических, лабораторных и функциональных методов исследования. Клиническое обследование пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ СОР включало в себя использование основных (опрос, осмотр, пальпация) и дополнительных (аутофлуоресцентная стоматоскопия, интенсивность отека и гиперемии, уровень гигиены (ОНИ-S), интенсивность боли (ВРШ)) методов обследования. Контрольные осмотры проводились на 3, 7, 14, 21, 30 дни, а также спустя 3, 6, 9, 12 месяцев.

Для анализа особенностей микроциркуляторного русла СОР применяли ЛДФ-метрию при помощи аппарата ЛАКК-ОП (ООО НПП «ЛАЗМА»). Оценивали параметр микроциркуляции (М, пф.ед.), среднюю скорость кровотока (δ , пф.ед.), изменение состояния локального кровотока (К_л, %). Оценку состояния проводили в день обращения пациента, на 14 день, спустя 6 и 12 месяцев.

Провоспалительные IL-8, TNF α и противовоспалительные цитокины IL-10, иммуноглобулины sIgA, IgG, IgM как показатели мукозального иммунитета определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью лабораторных систем («Вектор-Бест», Новосибирск, Россия). Исследование С-реактивного белка (СРБ) ротовой жидкости проведено иммунотурбидиметрическим методом при помощи тест-системы «С-реактивный белок Ново» («Вектор-Бест», Россия) и фотометра КФК – 5М. Сбор ротовой жидкости проводили в день обращения, на 3, 7, 14, 21 и 30 дни лечения, а также спустя 3, 6, 9, 12 месяцев.

Кроме общепринятых методов, регламентированных протоколами лечения и клиническими рекомендациями, которые применялись в СтМО 1 и 2 уровней, предложена собственная оригинальная методика мониторинга и лечения эрозивно-язвенных поражений при КПЛ СОР. Для этого был разработан аппаратно-программный комплекс (АПК), состоящий из диагностического и лечебного модулей, которые созданы путем формирования печатной платы в среде EasyEDA 2021 с печатью на стереолитографическом трехмерном принтере Photon mono X, Anycubic (Китай).

Для получения референсных значений электропроводности, уровня СРБ, показателей местного иммунитета, ЛДФ-метрии была сформирована группа сравнения, включающая 30 пациентов аналогичной возрастной группы без патологии СОР.

Статистический анализ проводился с использованием программы Microsoft Excel, 2016 к системе MS Windows 10, Microsoft Corp. США в соответствии с общепринятыми методами медицинской статистики, а также с использованием пакета прикладных программ Stat Soft Statistica 13.0. Определялись средняя величина (М), среднее

квадратичное отклонение (σ), ошибка репрезентативности (m), оценка достоверности различий по группам с помощью критерия Стьюдента (t).

В третьей главе представлены результаты исследования распространенности КПЛ относительно общей структуры заболеваний СОР и клинических форм, возраста пациентов, проблемных вопросов при организации оказания помощи.

Отмечено, что лица среднего возраста наиболее подвержены заболеванию (выявлено у 262 пациентов, что составляет $69,3 \pm 0,32\%$ от числа больных КПЛ).

Отмечен прирост частоты обращений пациентов с эрозивно-язвенной формой (на $12,38\%$), что свидетельствует о необходимости совершенствования диагностических, лечебных и организационных подходов (рисунок 1).



Рисунок 1 - Распространенность форм клинических проявлений КПЛ СОР (%).

В результате ретроспективного анализа выявлено, что на долю обращений пациентов с эрозивно-язвенной формой в 2019 г. приходилось $34,26 \pm 0,59\%$ относительно общего количества КПЛ, тогда как в 2021 г. – $39,1 \pm 0,56\%$, что, вероятно, связано с развитием запущенных, осложненных случаев патологии. Это подтверждается количественным уменьшением числа обращений пациентов, у которых диагностируется типичная форма на $16,95\%$ (в 2019 г – $18,52 \pm 0,32\%$, в 2021 г – $15,38 \pm 0,27\%$).

Несмотря на организационную структуру медицинской помощи населению в регионе, проблема ее доступности пациентам с КПЛ СОР остается актуальной. Доля жителей региона, проживающих в населенных пунктах сельской местности с численностью менее 1000 человек, составляет $23,48\%$, оказание стоматологической помощи труднодоступно. Более 67% населения проживает в отдаленных муниципальных районах, что влияет на своевременное оказание помощи.

В результате анкетирования врачей-стоматологов, работающих в СтМО 1 уровня, было выявлено, $88,67 \pm 1,62\%$ используют только субъективные методы диагностики, $10,31 \pm 0,19\%$ применяют индексную оценку заболеваний СОР, $1,03 \pm 0,019\%$ - объективные цифровые методы (фотопротоколирование). Нуждаются в получении консультативно-диагностической помощи при ведении больных с патологией СОР

89,69±1,64% респондентов, а применяют телемедицинские технологии в своей практике только 3,09±0,57% специалистов.

Социологический опрос врачей-стоматологов, работающих в СтМО 2 уровня, получены следующие данные: 65,78±0,97% используют субъективные методы обследования, 32,21±0,48% применяют индексную оценку заболеваний СОР, 2,01±0,03% - фотопротоколирование. Нуждаются в получении консультативно-диагностической помощи при ведении больных с патологией СОР 71,14±1,09% респондентов, а применяют телемедицинские технологии в своей практике 19,46±0,29% специалистов.

Анонимное анкетирование врачей-стоматологов, работающих в СтМО 3 уровня, позволило отметить, что 41,46±1,17% применяют субъективные клинические методы при наблюдении пациентов с КПЛ СОР; 46,34±1,3% используют индексные шкалы; 12,2±0,34% - цифровые методы. Необходимость консультативно-диагностической помощи при ведении больных с патологией СОР отметили 43,9±1,23% респондентов, а применяют телемедицинские технологии 36,59±1,03% специалистов.

Результаты анкетирования позволили доказать, что оказание стоматологической помощи существенно различается в СтМО различных уровней Волгоградской области.

В **четвертой главе** представлены результаты разработки АПК, направленного на изучение параметров: размеры очага поражения с подсчетом площади при помощи внутриротовой камеры, соотношение типа тканей, границы перифокального воспаления при помощи электропроводности, интенсивность боли, экссудат.

Конструкция АПК содержит лечебный модуль, включающий в себя насадку для проведения лекарственного электрофореза, которая осуществляет дозирование силы тока от 0 до 0,5 мА/см². В качестве лекарственных веществ применялись 1% гидрокортизона ацетат (группа топических глюкокортикостероидов), а также масляный раствор витамина А (группа кератопластиков). Результатом работы диагностического модуля является определение электропроводности СОР, показатели которой представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Показатели электропроводности СОР на различных участках ((M ±m) (MOm).

Стадийность эрозивно-язвенного процесса	Слизистая оболочка языка	Слизистая оболочка щеки	Слизистая оболочка неба
Норма	1,83 ± 0,012	1,11 ± 0,009	1,7 ± 0,01
Альтерация	3,74 ± 0,011*	2,53 ± 0,009*	3,3 ± 0,008*
Экссудация	5,12 ± 0,013*	3,49 ± 0,009*	4,79 ± 0,014*
Пролиферация	2,55 ± 0,012*	1,89 ± 0,01*	2,43 ± 0,012*
Зона деструкции	8,07 ± 0,019*	4,11 ± 0,017*	7,81 ± 0,014*

* - статистическая значимость различий относительно нормированных показателей здоровых лиц, (p<0,05);

Вариабельность значений в различных зонах при одинаковых стадиях воспаления обусловлена гистологическим строением мукозального эпителия.

Разработан программный алгоритм, который позволяет в автоматическом режиме по фотографии зоны поражения (А – рисунок 2) вычислить площадь, морфологический состав (Б - рисунок 2), истинные границы воспалительного фона по результатам измерения электропроводности тканей (В, Г - рисунок 2).

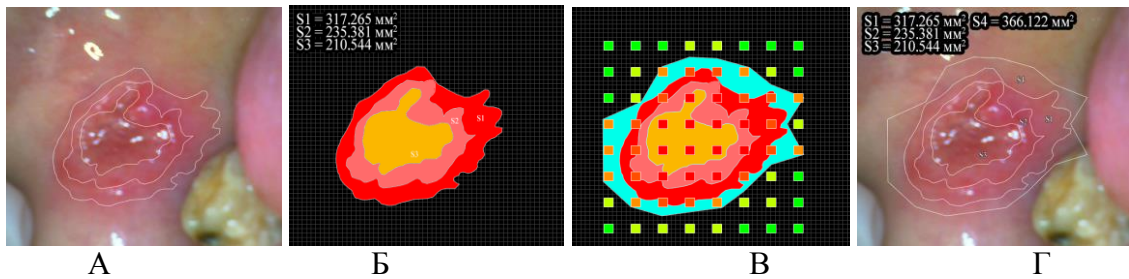


Рисунок 2 - Алгоритм работы программы анализа внутриротовых снимков. А – анализ морфологических зон, Б – определение площади, В - визуализация зоны скрытого воспаления, Г - цифровое определение истинных размеров эрозивно-язвенного поражения.

После автоматического расчета регистрируются следующие параметры: планиметрические размеры с определением границ воспаления, сроки наблюдения и прогноза, параметры для каждого электрода внутриротовой насадки. В результате получена доступная и неинвазивная методика мониторинга и лечения эрозивно-язвенных поражений при КПЛ СОР с позиции дифференцированного подхода.

Сравнительное клиническое исследование проведено для определения эффективности лечения КПЛ СОР в СтМО различных уровней, что отражено в **пятой главе**.

До лечения у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями при КПЛ СОР наблюдались следующие показатели: интенсивность отека и гиперемии равна $3,84 \pm 0,08$ баллов, при $p < 0,05$, выраженность болевого синдрома - $2,84 \pm 0,06$ баллов, при $p < 0,05$. Динамика изменения определяемых параметров представлена в таблице 3.

Таблица 3. Динамика клинических параметров течения КПЛ СОР по группам ($M \pm m$) (в баллах)

День наблюдения	Интенсивность отека и гиперемии			Интенсивность боли		
	СтМО 1	СтМО 2	СтМО 3	СтМО 1	СтМО 2	СтМО 3
1 день	$3,84 \pm 0,08$			$2,84 \pm 0,06$		
3 день	$3,66 \pm 0,012$	$3,57 \pm 0,083$	$3,04 \pm 0,056$	$2,79 \pm 0,064$	$2,53 \pm 0,054$	$1,43 \pm 0,026$
7 день	$2,83 \pm 0,065$	$2,44 \pm 0,057$	$2,13 \pm 0,039$	$2,63 \pm 0,061$	$2,09 \pm 0,044$	$1,13 \pm 0,021$
14 день	$2,18 \pm 0,05$	$2,01 \pm 0,047$	$0,96 \pm 0,018$	$2,02 \pm 0,047$	$1,77 \pm 0,038$	$0,63 \pm 0,012$
21 день	$1,79 \pm 0,041$	$1,58 \pm 0,037$	$0,19 \pm 0,004$	$1,65 \pm 0,038$	$1,48 \pm 0,031$	$0,22 \pm 0,004$
1 месяц	$1,51 \pm 0,035$	$1,22 \pm 0,029$	0	$1,18 \pm 0,029$	$1,15 \pm 0,024$	0

* - статистическая значимость различий относительно показателей до лечения, ($p < 0,05$);

Спустя месяц у пациентов СтМО 3 уровня достигнута стабилизация эрозивно-язвенного процесса, клиническая картина соответствовала типичной форме КПЛ. У 56,25% пациентов (18 человек), проходящих лечение в СтМО 1 уровня, и у 55,56% больных СтМО 2 уровня (20 человек) отмечено отсутствие эпителизации. Интенсивность боли в I и II группах снижена на 58,45% и на 59,51% относительно данных до начала лечения, отек и гиперемия стали менее выражены на 60,68% в I

группе и на 68,23% - во II. Динамика эрозивно-язвенного процесса у пациентов СтМО 3 уровня характеризовалась полной ликвидацией. Все вышесказанное свидетельствует о необходимости усовершенствования организации стоматологической помощи пациентам с эрозивно-язвенными поражениями при КПЛ СОР, в частности маршрутизации с привлечением консультативно-диагностической помощи высококвалифицированными кадрами, использованием высокотехнологичных методов мониторинга и лечения и применением телемедицинских технологий.

Шестая глава посвящена оптимизации схемы маршрутизации у пациентов с КПЛ СОР и разработке порядка диспансеризации пациентов с КПЛ СОР.

По результатам проведенного клинического исследования по выявлению эффективности мониторинга и лечения эрозивно-язвенных поражений при КПЛ СОР в стоматологических медицинских организациях различных уровней был разработан порядок диспансерного наблюдения по вышеуказанным группам. Пациенты с КПЛ СОР, включенные в группу Д-II, подлежат диспансерному наблюдению не менее 2 раз в год, с контрольными сроками посещений, равным 6 и 12 месяцев от первичного обращения. Больным красным плоским лишаем, распределенным в группу Д-III, наблюдение проводится не менее 4 раз в год, со сроками, равными 3, 6, 9, 12 месяцев от выявления патологии. Пациентам с частыми обострениями, отнесенным в группу Д-IV, составляется индивидуальный график диспансерного наблюдения, в зависимости от клинической ситуации, но не менее 6 раз в год. Разработанный порядок диспансерного наблюдения направлен на улучшение уровня стоматологического здоровья пациентов с КПЛ СОР, а также профилактику возникновения осложнений при течении патологии.

Трехэтапная система маршрутизации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта в зависимости от уровней СтМО и с включением в нее телемедицинских технологий представлена на рисунке 3.



Рисунок 3. Схема маршрутизации пациентов с КПЛ СОР.

Трехэтапная система включает в себя СтМО трех уровней, в которые обращаются пациенты с КПЛ СОР. При выявлении в СтМО 1 уровня типичной формы КПЛ СОР проводится лечение в соответствии с утвержденными протоколами и клиническими рекомендациями, при диагностировании других клинических форм или же при обострении типичной формы больной направляется в СтМО 2 уровня при помощи телемедицины.

В СтМО 2 уровня при типичной форме КПЛ СОР ведение пациента осуществляется по общепринятой методике, при верификации эрозивно-язвенных поражений применяются дополнительные методы обследования и привлекаются врачи-стоматологи смежных специальностей, это также проводится пациентам, направленным из СтМО 1 уровня. При выявлении ремиссии у пациентов, направленных из СтМО 1 уровня в СтМО 2 уровня, дальнейшее ведение осуществляется в СтМО 1 уровня согласно порядку диспансеризации. При неэффективности терапии у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями при КПЛ СОР, которые были направлены из СтМО 1 уровня или первично обратились в СтМО 2 уровня, проводится консультация высококвалифицированных специалистов из СтМО 3 уровня, с применением цифровых методов мониторинга и лечения с помощью телемедицины. Данный комплекс также осуществляется всем пациентам с эрозивно-язвенными поражениями при КПЛ, которые первично обратились в СтМО 3 уровня.

При диагностировании у пациентов, обратившихся в СтМО 3 уровня, типичной формы КПЛ СОР, тактика ведения заключается в применении общепринятой методики. При выявлении обострения типичной формы целесообразным является междисциплинарный подход с привлечением врачей-стоматологов смежных

специальностей из СтМО 3 уровня. При переходе воспалительно-деструктивного процесса в состояние ремиссии, дальнейшее наблюдение пациентов, направленных в СтМО 3 уровня из СтМО 1 и 2 уровней, осуществляется в соответствии с порядком диспансеризации в СтМО по месту жительства.

Для определения эффективности схемы маршрутизации проведено консультирование 38 пациентов с осложненными формами КПЛ СОР, направленных из СтМО 1 и 2 уровней, у которых не было достигнуто эпителизации в течение 30 дней лечения. Ведение больных осуществлялось с применением предлагаемой методики. Сравнительное клиническое, лабораторное и функциональное исследование проведено относительно показателей пациентов III группы, которые обратились в СтМО 3 уровня.

Уже на 3 день терапии наблюдалась положительная динамика, что доказывает эффективность трехэтапной системы маршрутизации (индекс боли достоверно ниже первоначальных значений ($2,56 \pm 0,05$ баллов, при $p < 0,05$), и равен $1,85 \pm 0,12$ баллов, отек и гиперемия стали меньше в 1,13 раз). Однако, динамика параметров меньше, чем у пациентов, обратившихся в СтМО 3 уровня, что связано с затяжным течением. Через 7 дней интенсивность боли снизилась в 1,49 раз, однако выше на 8,87% данных пациентов СтМО 3 уровня. Отек и гиперемия были ниже в 1,27 раз предыдущего срока и больше в 1,18 раз к данным III группы. Спустя 14 дней интенсивности боли составила $0,74 \pm 0,11$ баллов, что в 1,8 раз больше показателей пациентов СтМО 3 уровня. Спустя месяц у пациентов СтМО 1 и 2 уровней наблюдалась регенерация поражений, что также отмечено в группе больных СтМО 3 уровня (рисунок 4).

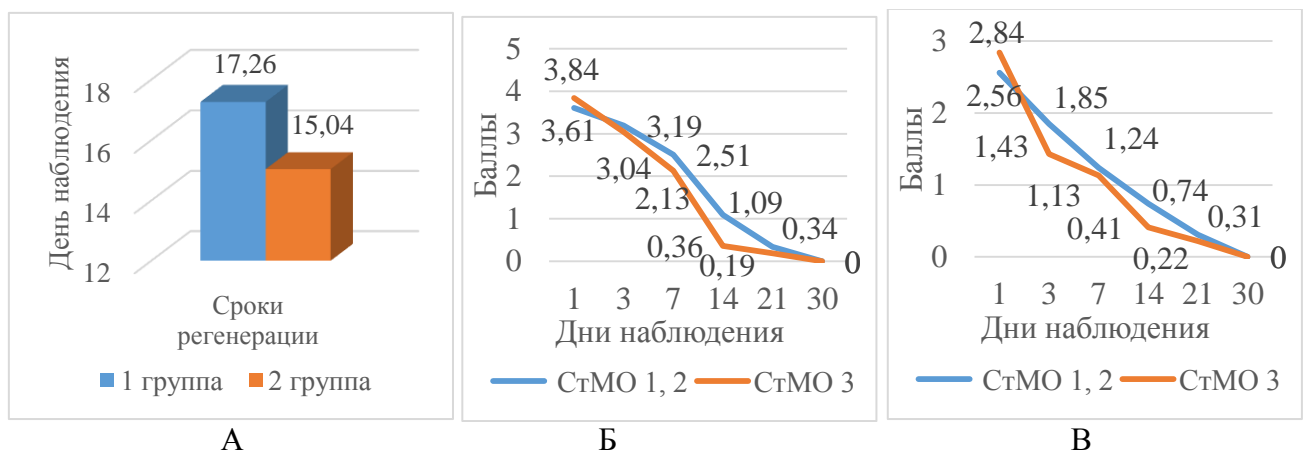


Рисунок 4А – Сроки регенерации эрозивно-язвенных поражений; Б – Динамика интенсивности отека и гиперемии; В – Динамика интенсивности боли

Проведен сравнительный анализ параметров микроциркуляции, определяемых при помощи ЛДФ-метрии. Выявлена положительная динамика у всех пациентов, однако показатели ее в СтМО 1, 2, 3 уровней были различны (таблица 4).

Таблица 4 - Динамика показателей микроциркуляции слизистой оболочки рта у пациентов по группам

	М (пф.ед.)		δ (пф.ед.)		Кv (%)	
	СтМО 1,2	СтМО 3	СтМО 1,2	СтМО 3	СтМО 1,2	СтМО 3

До лечения	$32,6 \pm 0,2$		$2,0 \pm 0,1$		$6,2 \pm 0,3$	
14 дней	$33,2 \pm 0,3^*$	$27,3 \pm 0,3^*$	$1,9 \pm 0,1^*$	$2,5 \pm 0,1^*$	$5,7 \pm 0,3^*$	$9,2 \pm 0,3^*$
6 месяцев	$30,1 \pm 0,2^*$	$26,2 \pm 0,2^*$	$2,0 \pm 0,1^*$	$3,0 \pm 0,1^*$	$6,6 \pm 0,3^*$	$11,4 \pm 0,4^*$
12 месяцев	$31,4 \pm 0,5^*$	$26,3 \pm 0,2^*$	$1,7 \pm 0,2^*$	$2,9 \pm 0,1^*$	$5,4 \pm 0,6^*$	$11,4 \pm 0,4^*$

* - статистическая значимость различий со значениями до лечения ($p < 0,05$).

По результатам анализа микроциркуляторных изменений в группах отмечена высокая эффективность мониторинга и лечения эрозивно-язвенных поражений при КПЛ СОР у пациентов с применением АПК.

Выявленное увеличение концентрации IL-8 ($51,4 \pm 0,27$ пг/мл), TNF α ($4,01 \pm 0,08$ пг/мл), СРБ ($0,85 \pm 0,03$ мг/л) доказывает наличие воспалительно-деструктивных явлений. Выявлена нормализация показателей при различных методах мониторинга и лечения пациентов. Отмечена высокая эффективность мероприятий у пациентов II группы (рисунок 5). Уровень Ig не имел достоверных различий.

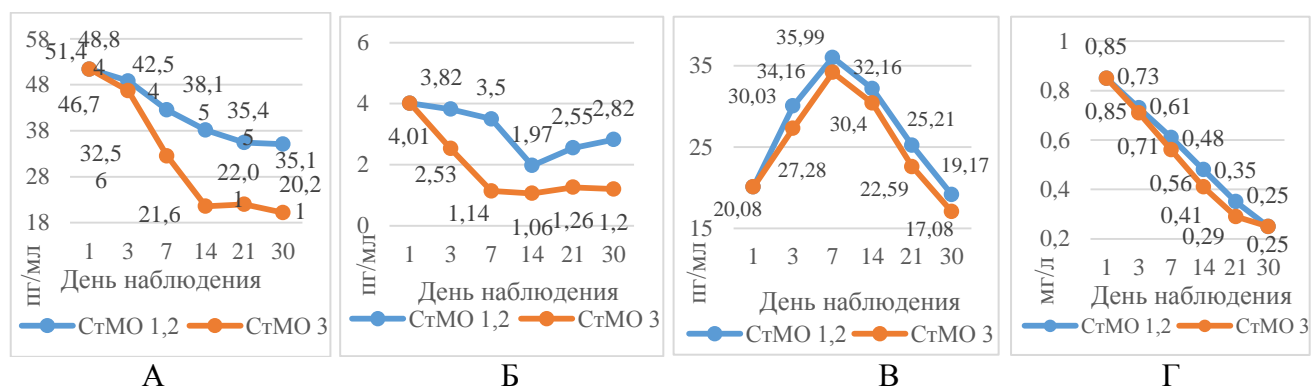


Рисунок 5 - Динамика концентрации показателей ротовой жидкости пациентов по группам А-IL-8, Б- TNF α (пг/мл), В - IL-10 (пг/мл), Г - СРБ (мг/л).

По результатам лабораторного исследования доказана эффективность трехэтапной системы маршрутизации и цифровых методов ведения. Статистическая значимость различий иммунологических показателей у пациентов СтМО 1 и 2 уровня характеризует затяжное течение, торпидность к терапии и стойкие нарушения. Разработаны алгоритмы диагностики, мониторинга и лечения пациентов.

Трехэтапная схема маршрутизации пациентов с КПЛ СОР показала эффективность оказания медицинской помощи с использованием имеющихся ресурсов здравоохранения. Она ориентирована на жителей г. Волгограда и Волгоградской области, в том числе проживающих в сельской местности.

ВЫВОДЫ

1. Выявлен прирост распространенности красного плоского лишая слизистой оболочки рта ($26,9 \pm 0,54\%$) за 2021 год, что статистически значимо выше показателя 2020 г. ($5,3 \pm 0,89\%$, $p < 0,05$), при этом $50,0 \pm 0,15\%$ обращений составляют пациенты с эрозивно-язвенной формой вышеуказанной патологии.

2. Результаты анкетирования свидетельствуют, что качество оказания стоматологической помощи пациентам с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта значительно различается в учреждениях городского и сельского уровней: $86,8 \pm 0,51$ % врачей-стоматологов, работающих в стоматологических медицинских организациях сельского уровня испытывают трудности в наблюдении и лечении пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта, что на 29,1% больше относительно изучения аналогичного показателя у врачей-стоматологов городского уровня ($57,7 \pm 0,23$ %), $p < 0,05$.

3. При применении аппаратно-программного комплекса у пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая процесс репаративной регенерации слизистой оболочки происходит более интенсивно, о чем свидетельствует статистически значимое уменьшение интенсивности боли в 1,8 раза на 14 сутки наблюдения относительно групп сравнения, сроки клинической стабилизации составляют $15,04 \pm 0,71$ день, что в 1,15 раза меньше по сравнению с изучением аналогичного показателя у пациентов, направленных из СтМО 1 и 2 уровней ($17,26 \pm 0,72$ дней). Клинические данные, полученные с помощью разработанной методики, подтверждены и согласуются с результатами иммунологических, цитологических и функциональных показателей.

4. Дополнена и систематизирована схема маршрутизации, основанная на применении комплексного консультативно-диагностического подхода с использованием телемедицинских технологий: у 56,25% пациентов СтМО 1 уровня и 55,56% больных СтМО 2 уровня наблюдалось затяжное течение, торпидность к терапии, проведение телемедицинской консультации которым способствовало снижению интенсивности отека и гиперемии на 60,68% у пациентов СтМО 1 уровня и 68,23% - 2 уровня, а также ликвидацией выраженности боли на 58,45% и 59,51%, соответственно, спустя 14 дней от начала внедрения.

5. Эффективность трехэтапной схемы маршрутизации и аппаратно-программного комплекса доказана результатами сравнительного клинического, лабораторного и функционального исследования: у пациентов, обратившихся в СтМО 3 уровня, эпителизация проходила на 12,9% быстрее больных СтМО 1-го и 2-го уровней. Статистическая значимость различий отмечалась при анализе результатов лабораторных и функциональных методов: признаки микроциркуляторных нарушений в течение диспансерного наблюдения были скомпенсированы на 83,9%, тогда как у больных, которым применялся общепринятый подход, динамика равна 14,8%.

6. Разработан и внедрен в практическое здравоохранение порядок диспансерного наблюдения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта в стоматологических медицинских организациях различных уровней, способствующий повышению качества оказания стоматологической помощи путем снижения интенсивности и частоты возникновения обострений на 41,3% с позиции профилактической направленности.

7. На основании анализа социологических, клинических, иммунологических, цитологических и функциональных данных разработана и внедрена комплексная система мониторинга, лечения и маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта, направленная на повышение качества оказания стоматологической помощи с позиции дифференцированного и пациент-ориентированного подходов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В клинической стоматологии

1. Мониторинг и лечение эрозивно-язвенных поражений при красном плоском лишае слизистой оболочки рта целесообразно осуществлять разработанным аппаратно-программным комплексом регулярно для контроля течения патологии и своевременной коррекции фармакотерапии.

2. При составлении плана лечения необходимо руководствоваться разработанным алгоритмом диагностики и мониторинга пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта.

3. Для повышения эффективности лечения рекомендуется проводить лекарственный электрофорез с препаратами, обладающими противовоспалительной и регенераторной активностью, в зависимости от клинической ситуации в полости рта. Выбор силы тока и экспозиции осуществляется по показателям аппаратно-программного комплекса при каждом посещении пациента.

В общественном здравоохранении и организации здравоохранения

1. Органам управления в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации рекомендовать совершенствовать порядок трехуровневой координации стоматологических медицинских организаций с учетом схемы маршрутизации, порядка диспансерного наблюдения, с позиции профилактической направленности для повышения качества оказания стоматологической помощи пациентам с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта.

2. Органам управления в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации рекомендовать выделить по нозологическим формам заболевания слизистой оболочки рта в отчетной документации, что даст возможность анализа качества оказания медицинской помощи, прогноза клинико-организационных показателей.

3. Руководителям стоматологических медицинских организаций рекомендовать проведение обучения врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-терапевтов по вопросам телемедицинских технологий оказания стоматологической помощи пациентам с заболеваниями слизистой оболочки рта не менее 1 раза в год, что позволит повысить доступность медицинской помощи для населения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Основные результаты проведенного диссертационного исследования открывают широкие перспективы для научного поиска в указанных направлениях. Перспектива дальнейшей разработки заключается в исследовании новых цифровых методов регистрации и мониторинга патологических поражений на слизистой оболочке рта для улучшения эффективности лечения. В практической стоматологии актуальным является дальнейшее совершенствование алгоритмов диагностики, мониторинга и лечения красного плоского лишая слизистой оболочки рта.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Дьяченко С.В. Эффективность комплексного купирования боли при лечении пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта / Л.М. Гаврикова, Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко // Российский журнал боли. – 2020. – Т.18. - № 5. - С. 18-19.
2. Дьяченко С.В. Оценка стоматологического статуса пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию (COVID-19) / Л.М. Гаврикова, Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко // Медико - фармацевтический журнал Пульс. - 2021. - Т.23. - № 10. - С. 50-55.
3. Дьяченко С.В. Сравнительный анализ эффективности лечения травматических поражений слизистой полости рта у пациентов с сопутствующей патологией / Ю.А. Македонова, С.В. Поройский, Л.М. Гаврикова, О.Ю. Афанасьева, С.В. Дьяченко, Е.С. Александрина // Пародонтология. – 2021. - Т.26. - № 3. – С. 229-233.
4. Дьяченко С.В. Применение метода конечных элементов в компьютерной симуляции для улучшения качества лечения пациентов в стоматологии: систематический обзор / Д.Ю. Дьяченко, С.В. Дьяченко // Кубанский научный медицинский вестник. - 2021. - Т.28. - № 5. - С. 98-116.
5. Дьяченко С.В. Эффективность телемедицинских технологий при лечении больных с заболеваниями слизистой полости рта / Ю.А. Македонова, Л.М. Гаврикова, С.В. Дьяченко, Д.Ю. Дьяченко // Вестник ВолгГМУ. 2021. - № 4 (80). - С. 76-81.
6. Дьяченко С.В. Опыт применения телемедицинских технологий при оказании стоматологической помощи пациентам, перенесшим COVID-19 / С.В. Дьяченко, Ю.А. Македонова, Л.М. Гаврикова // В сборнике: Медицинское образование XXI века: информационные компьютерные технологии при подготовке медицинских кадров. Сборник материалов Международной научно-практической конференции. УО «Витебский государственный медицинский университет». - 2021. - С. 147-149.
7. Дьяченко С.В. Анализ распространенности красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у жителей Волгограда / В.В. Шкарин, Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко // Медико - фармацевтический журнал Пульс. 2022. – Т.24. - № 4. - С. 143-148.

8. Дьяченко С.В. Разработка схемы маршрутизации пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта / В.В. Шкарин, Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко // Медико - фармацевтический журнал Пульс. 2022. – Т.24. - № 4. - С. 131-137.
9. Дьяченко С.В. Цифровые технологии медицинского сопровождения пациента в реализации дополнительного профессионального образования врачей-стоматологов / Ю.А. Македонова, Л.М. Гаврикова, С.В. Дьяченко // В сборнике: Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы. Материалы IV международной научно-практической конференции. Саратов. - 2022. - С. 453-457.
10. Дьяченко С.В. Анализ мониторинга и маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта по данным анкетирования врачей-стоматологов / В.В. Шкарин, Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко, Л.М. Гаврикова, Д.Ю. Дьяченко // Медицинский алфавит. – 2022. - №7. – С. 47 – 54.
11. Дьяченко С.В. Оценка клинической эффективности диагностики и мониторинга воспалительно-деструктивных заболеваний слизистой полости рта с позиции пациент-ориентированного подхода / В.В. Шкарин, С.В. Дьяченко, Ю.А. Македонова, Л.М. Гаврикова, Д.Ю. Дьяченко, Л.В. Журавлев // Эндодонтия Today. – 2022. - Т.20. - №1. – С. 116-124.
12. Дьяченко С.В. Оценка эффективности системы комплексной диагностики и мониторинга воспалительно-деструктивных заболеваний слизистой оболочки полости рта с позиции качества жизни пациента / В.В. Шкарин, Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко, Л.М. Гаврикова // Главный врач Юга России. - 2022. - №3 (84). – С. 16 – 21.
13. Дьяченко С.В. Клинические методы мониторинга воспалительно-деструктивных поражений слизистой оболочки полости рта / Ю.А. Македонова, Л.М. Гаврикова, С.В. Дьяченко, Д.Ю. Дьяченко // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2022. - №2 (19). – С. 12 – 17.
14. Дьяченко С.В. Изучение распространенности заболеваний слизистой полости рта у пациентов, перенесших COVID-19 / С.В. Дьяченко, Ю.В. Плющенко, В.А. Сагаровская // Scientist (Russia). - 2022. - № 3 (21). - С. 10.
15. Dyachenko S.V. Development and Implementation of Digital Technologies in Dental Practice / Yuliya A. Makedonova, Ludmila M. Gavrikova, Maria V. Kabytova, Denis Yu. Dyachenko, Oksana N. Kurkina, Svetlana V. Dyachenko, Arten Yu. Tkalin, Lev V. Zhuravlev // Journal of International Dental and Medical Research. 2022. – Vol.15(2). – 635 – 643.
16. Dyachenko S.V. The Condition of the Oral Mucosa of Patients with Covid-19 / S.V. Dyachenko, Yu.A. Makedonova, L.M. Gavrikova, D.Yu. Dyachenko, I. Yavuz // International Journal of Dentistry and Oral Research. 2021. – Т.1(3). – 58 – 61.
17. Dyachenko S.V. Dental Status of geriatric patients with pre-existing co / S.V. Dyachenko, Yu.A. Makedonova, L.M. Gavrikova, D.Yu. Dyachenko // Archiv EuroMedica. 2020. - Т.10. - № 2. - С. 73-75.
18. Dyachenko S.V. Development and substantiation of the program for preventing oral complications in dental tourism settings / Y.A. Makedonova, O.N. Kurkina, S.V. Dyachenko, A.N. Osyko, D.V. Mikhilchenko // Journal of International Dental and Medical Research. 2020. - Т.13. - №3. - С. 991-995.

Патенты

1. «Способ диагностики и мониторинга эрозивно-язвенных поражений слизистой полости рта и устройство для его осуществления» / В.В. Шкарин, Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко // №2022114570 от 30.05.2022 г.

Учебные пособия

1. Дьяченко С.В. Проявление общесоматической патологии на слизистой полости рта / Ю.А. Македонова, Л.М. Гаврикова, О.Ю. Афанасьева, О.Н. Куркина, С.В. Дьяченко, Е.С. Александрина, С.В. Ставская // учебное пособие. – Волгоград. – 2021.
2. Дьяченко С.В. Реципрокные факторы риска: заболевания слизистой полости рта и сопутствующая патология / Ю.А. Македонова, Л.М. Гаврикова, О.Ю. Афанасьева, О.Н. Куркина, С.В. Дьяченко, Е.С. Александрина, С.В. Ставская, М.В. Кабытова // учебное пособие. – Волгоград. – 2021.
3. Дьяченко С.В. Интегративный диагностический подход к оказанию стоматологической помощи пациентам с заболеваниями слизистой оболочки рта / Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко, С.А. Варгина, Н.М. Корнеева, М.В. Кабытова, О.Ю. Афанасьева // учебное пособие. – Волгоград. – 2022.
4. Дьяченко С.В. Основные аспекты репаративной регенерации слизистой оболочки рта / Ю.А. Македонова, Л.В. Журавлев, С.В. Дьяченко, С.А. Варгина, М.В. Кабытова, Д.Ю. Дьяченко, Д.В. Михальченко, Я.П. Боловина // учебное пособие. – Волгоград. – 2022.

Свидетельства о регистрации базы данных

1. Дьяченко С.В. Состояние локального кровотока в очаге поражения у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями слизистой полости рта / Ю.А. Македонова, Е.С. Александрина, С.В. Дьяченко, Д.Ю. Дьяченко, Л.М. Гаврикова // №2022620865 от 19.04.2022.
2. Дьяченко С.В. Состояние локального кровотока в симметричной области у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями слизистой полости рта / Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко, Е.С. Александрина, Д.Ю. Дьяченко, Л.М. Гаврикова // №2022620813 от 15.04.2022.
3. Дьяченко С.В. Социологические показатели мониторинга и маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой полости рта по данным анкетирования врачей / В.В. Шкарин, Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко, Д.Ю. Дьяченко // №2022621838 от 26.07.2022.
4. Дьяченко С.В. Диагностические показатели дифференциации зон воспаления патологических участков по данным электропроводимости слизистой полости рта / В.В. Шкарин, Ю.А. Македонова, С.В. Дьяченко, Д.Ю. Дьяченко // №2022621837 от 26.07.2022.

Дьяченко Светлана Владимировна

КЛИНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОНИТОРИНГА И
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

3.1.7. – Стоматология

3.2.3. - Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история
медицины

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук Волгоград,
2022 г.

Подписано в печать _____

Формат 60x84/16. Печать цифровая. Бумага обычная.

Усл.печ.л.1,0. Тираж 100 экз.

Заказ № _____.

Типография