

На правах рукописи

ОЛИМОВ АКБАРШО МАХМАДШОЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
СОСТОЯНИЯ ГОМЕОСТАЗА СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ
ГУБЫ И НЁБА**

3.1.7. – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ДУШАНБЕ-2022

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: Муллоджанов Гайратжон Элмуродович - доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: Олесова Валентина Николаевна – заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «ГНЦ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, кафедра стоматологии, заведующая кафедрой

Хушвахтов Додарджон Изатович - кандидат медицинских наук, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией, ассистент кафедры

Ведущая организация: ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022 года в «___» часов на заседании диссертационного совета Д 73.3.005.01 Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» по адресу: 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59

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

Автореферат разослан «___» _____ 2022 года

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

Хамидов Джура Бугаевич

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Расщелина верхней губы и нёба является самым распространенным пороком развития челюстно-лицевой области. Частота встречаемости порока варьирует в диапазоне от 1:600 до 1:1100 жизнеспособных новорожденных [Короленкова М.В., 2016; Марданов А.Э., 2016; Надточий Г.А., 2017; Millard D.R. et al., 2012]. Реабилитация пациентов с расщелиной губы и нёба представляет собой процесс, который происходит от рождения до взрослой жизни и включает в себя команду из многих специалистов [Богородицкая А.В. и соавт., 2015; Митропанова М.Н., 2018; Peat J.H., 2012; Greenhalgh K.I. et al., 2013].

С учетом изложенного выше следует отметить, что проблема врожденной расщелины губы и нёба остается по-прежнему актуальной. Несмотря на огромные успехи, которые были достигнуты хирургами-стоматологами в устранении таких дефектов, до настоящего времени остаются не полностью разрешенными вопросы оказания терапевтической стоматологической помощи таким больным. Изучение вышеизложенных вопросов позволит нам скорректировать план лечебно-превентивного воздействия, что приведет к эффективной реабилитации детей с расщелиной губы и нёба.

Степень разработанности темы исследования. В структуре врожденных пороков развития врожденная расщелина верхней губы и нёба является одним из наиболее распространенных и занимает одно из первых мест по тяжести среди анатомических и функциональных нарушений. В настоящее время достаточно полно разработан вопрос о восстановлении целостности и анатомической формы верхней губы и нёба [Блиндер Ж.А., 2017; Данилова М.А. и соавт., 2017; Александрова Л.И., 2018].

Анализ литературных источников показал, что необходим особый подход в лечении врожденной расщелины губы и нёба: индивидуальное планирование поэтапного ортодонтического лечения, выбор рациональных методов и средств в зависимости от возраста больного, вида расщелин, метода хейло-, уранопластики, выраженности имеющихся деформаций [Иванова М.Д., 2015; Delaire J., 2015; Liao Y.F. et al., 2016]. В целом, несмотря на огромное количество работ, посвящённых изучению врожденных расщелин губы и нёба [Богородицкая А.В., 2015; Соболева И. В., 2016; Markus A.F. et al., 2016], эта проблема до сегодняшнего дня остаётся актуальной. Так, до сих пор не проводилась структурная оценка врожденной патологии челюстно-лицевой области, не были проанализированы аномалии зубочелюстной системы именно при наличии врожденной расщелины губы и нёба. Не изучены исходные показатели кариесологического и пародонтологического статуса у детей с врожденной расщелиной губы и нёба.

Не проводилась клиническая оценка исходной величины минерализационного потенциала ротовой жидкости у детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области в зависимости от интенсивности кариеса зубов. Отсутствуют данные о приросте интенсивности кариеса зубов у детей с врожденными расщелинами губы и нёба в зависимости от уровня минерализационного потенциала смешанной слюны. Отсутствуют сведения о

состоянии гомеостатической активной ротовой жидкости среди обследованного контингента детей.

Целью исследования. Повышение качества стоматологического лечения и эффективности медицинской реабилитации детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области.

Задачи исследования:

1. Провести структурную оценку врожденных пороков и аномалии зубочелюстной системы у детей с несращениями верхней губы и нёба.

2. Изучить взаимосвязь между врожденными расщелинами губы и нёба и клиническими признаками дизэмбриогенеза стоматологического и соматического статуса у детского контингента.

3. Выявить показатели стоматологического статуса и провести клиническую оценку минерализационного потенциала смешанной слюны у детей с врожденными расщелинами губы и нёба.

4. Проанализировать состояние гомеостаза полости рта у детей с врожденными несращениями губы и нёба.

5. Оценить ближайшие и отдаленные результаты комплекса лечебно-профилактических мероприятий кариесологического и пародонтологического характера у детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области.

Научная новизна исследования. Впервые изучены и систематизированы варианты фенотипического расположения фрагментов челюсти у пациентов с расщелиной губы и нёба с использованием конусно-лучевого компьютерного томографа. Систематизирована частота встречаемости основных стоматологических заболеваний среди вышеупомянутого контингента детей.

Впервые обоснована необходимость проведения клинико-минерализационного исследования гомеостаза ротовой жидкости у детей и подростков с расщелиной губы и нёба. Проводилась динамическая оценка уровня кариесологической и пародонтологической помощи у пациентов с врожденной расщелиной губы и нёба. Оценивались результаты активной реализации комплекса реабилитационных мероприятий по улучшению кариесологического и пародонтологического статуса на пред- и послеоперационных этапах устранения дефектов этой зоны.

Теоретическая и практическая значимость работы. Теоретическая значимость представленного исследования заключается в том, что полученные данные определяют необходимость включения в алгоритм исследования пациентов с расщелиной губы и нёба гомеостатическое исследование ротовой жидкости. С практической позиции сведения, полученные в результате комплексного обследования состояния органов и тканей полости рта у детей с врожденными расщелинами губы и нёба, позволяют определить показатели стоматологической заболеваемости и оценить качество ранее оказанной стоматологической помощи детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

В процессе медицинской реабилитации детей с расщелиной губы и нёба проведение комплексного стоматологического лечения кариесологического и пародонтологического характера обеспечивает повышение эффективности

послеоперационного этапа лечения. Разработанные рекомендации с использованием клинико-рентгенологической и гомеостатической диагностики при медицинской реабилитации детей и подростков с расщелиной губы и нёба позволяют оптимизировать выбор тактики и способа комплексного консервативно-хирургического лечения. Оптимизация стоматологической помощи и реабилитационных мероприятий в зависимости от состояния гомеостаза и минерализационного потенциала ротовой жидкости у детей с врожденной расщелиной губы и нёба позволяет увеличить эффективность проведенного лечения.

Методология и методы исследования. Диссертация выполнена в соответствии принципами и правилами доказательной медицины. При выполнении данного исследования использовали комплексные методы, включающие: методику биохимического способа определения эмалевой резистентности у детей с расщелиной губы и нёба; методику определения пародонтального индекса у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области; методику определения распространенности и интенсивности воспалительных заболеваний пародонта у детей с врожденной патологией губы и нёба; методику клинического способа определения минерализационного потенциала ротовой жидкости у детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области; методику определения гомеостаза слюны на основании клинической оценки скорости реминерализации эмали у лиц с врожденными расщелинами губы и нёба.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний у детей с расщелиной губы и нёба.
2. Отдаленные результаты реализации алгоритма комплексного лечения основных стоматологических заболеваний у детей с врожденными несращениями губы и нёба.
3. Значение клинико-диагностических показателей гомеостаза полости рта в повышении эффективности реабилитационных мероприятий у детей с расщелиной губы и нёба.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обусловлена достаточным объемом выборки, четко сформулированными критериями включения/исключения, сопоставимостью исследуемых групп, постановкой соответствующих цели, задач, использованием необходимых методов исследования, современного оборудования, актуальных методов статистического анализа данных.

Внедрение результатов исследования. Методы и результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую практику и применяются на стационарном приеме в НМЦ МЗ и СЗН РТ. Методологический подход к разработке дифференцированных подходов и повышение эффективности комплексного лечения детей с врожденной расщелиной губы и нёба внедрены в практическую деятельность стоматологических учреждений г. Душанбе. Результаты исследования используются в лекциях и практических занятиях со студентами и ординаторами кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им.

Абуали ибни Сино, слушателями, ординаторами и аспирантами кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы были апробированы и получили одобрение на заседаниях проблемной комиссии по стоматологическим дисциплинам ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2019, 2021); годовых научно-практических конференциях ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (Душанбе, 2019, 2020, 2021). Материалы диссертационной работы также доложены на расширенном заседании профильных кафедр Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет» им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2021). Диссертационная работа апробирована на межкафедральной проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» по специальностям 3.1.7. - стоматология, 3.1.3. - оториноларингология, и 3.1.5. - офтальмология (2021).

Личный вклад соискателя. Автором сформулированы концепция, цель исследования и его основные задачи, положения, выносимые на защиту, проведен самостоятельный аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме. Разработан дизайн исследования, осуществлен сбор материала и его статистический анализ. Обобщены данные, характеризующие анатомо-функциональное состояние тканей, расположенных в зоне врожденных пороков челюстно-лицевой области. Доля участия автора в анализе данных отечественной и зарубежной литературы составляет 100%, в математической обработке – более 90%, в обобщении и анализе полученных данных – 100%, в интерпретации и изложении полученных результатов – до 100%, в формулировании основных научных результатов диссертации и рекомендации к практическому использованию результатов – более 90%, профилактики и лечении обследованных – 100%. В целом личный вклад автора составляет более 90%.

Публикации. По результатам диссертационного исследования опубликовано 14 научных работ, из них 3 – в научных журналах, которые включены в перечень ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертационная работа описана на 160 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 24 таблицами и 34 рисунками. Перечень литературных указателей состоит из 157 источников, среди которых 114 работ на русском и 43 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В исследование были включены дети с ВРГН, которые в период с 1 января 2010 года по 31 декабря 2020 года находились на лечении в отделении детской челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра. Всего были исследованы данные 927 детей в возрасте до 16 лет. При этом отмечалось превалирование данных патологий среди мальчиков - 503 (54,3%) случая, а

девочки с врожденными расщелинами губы и нёба составили 424 (45,7%) пациента ($p < 0,01$) (табл. 1).

Таблица 1. - Повозрастное и гендерное распределение обследованных детей с врожденными расщелинами губы и нёба

Возраст, лет	Мальчики		Девочки		Всего	
	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%
1-5	50	5,4	36	3,9	86	9,3
6	47	5,1	41	4,4	88	9,5
7	49	5,3	40	4,3	89	9,6
8	46	5,0	37	4,0	83	8,9
9	47	5,1	35	3,8	82	8,8
10	49	5,3	43	4,6	92	9,9
11	47	5,1	41	4,4	88	9,5
12	44	4,7	41	4,4	85	9,2
13	48	5,2	39	4,2	87	9,4
14	39	4,2	38	4,1	77	8,3
15	37	3,9	33	3,6	70	7,6
Итого	503	54,3	424	45,7	927	100

Для оценки связи между минеральной насыщенностью состава слюны и показателями интенсивности зубного кариеса применялся экспресс-метод биохимического воздействия на зубную эмаль с изучением структурно-функциональной устойчивости зубной эмали (ТЭР-тест), определялись показатели прироста интенсивности зубного кариеса. Вышеуказанные показатели изучались с учетом интенсивности зубного кариеса, по результатам которых группы сравнения распределялись на компенсированные ($KПУз+kпз=1-3$), субкомпенсированные ($KПУз+kпз = 4-7$) и декомпенсированные ($KПУз+kпз=8$ и больше).

С целью изучения взаимосвязи между ВРГН и клиническими проявлениями нарушения эмбриогенеза нами были исследованы 76 детей в возрасте от 6 до 16 лет с разными формами названной патологии и 42 детей аналогичного возраста без подобного порока развития. Фенотипическое исследование внешних признаков морфодизплазий проводили в соответствии со специальной диагностической картой для клинического применения [Freitas J.A. et al., 2012]. Представленные в этом диагностическом перечне внешние клинические стигмы являются маркерами дизэмбриогенеза, указывающими на неполноценность соединительнотканых структур организма.

При наличии не более 3 стигм дизэмбриогенеза состояние соединительнотканых структур организма принимали за допустимую норму, от 4 до 6 стигм – за умеренную форму дисплазии соединительной ткани, от 7 до 9 – за выраженную форму соединительнотканной патологии, при визуализации 10 стигмах и более констатировали крайне выраженную дисплазию соединительной ткани.

Для изучения показателей интенсивности (КПУз+кпз) и уровня интенсивности зубного кариеса (УИК), а также оценки состояния пародонтальных тканей у детей с ВРГН в различные сроки были исследованы 150 пациентов в возрасте от 6 до 15 лет с данной патологией и 100 здоровых детей аналогичного возраста. Стоматологическое обследование пациентов проводилось по традиционной схеме: осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация, окрашивание «колор-тестом».

Распространенность кариеса зубов определяли по проценту лиц, имеющих кариес от общего числа обследованных лиц. Интенсивность кариеса определяли по индексу кпз, КПУз+кпз и КПУз. Исходный уровень гигиены ротовой полости оценивался путем определения упрощенного индекса гигиены ОНI-S (J.S. Green, J.K. Vermillion). Оценка пародонтологического статуса у детей проводилась путем определения индекса гингивита – GI (H. Loe, J. Silness), позволяющего определить степень воспаления десны с учетом изменения ее цвета и структуры, пародонтального индекса Расселя, а также кровоточивость при зондировании по индексу Мюллемана-Коуэлла.

Состояние гомеостаза слюны у детей с расщелинами верхней губы и нёба оценивали по скорости нестимулированного слюноотделения, состоянию кислотно-основного равновесия (КОР) в полости рта, теста эмалевой устойчивости (ТЭР-тест) и теста клинической оценки скорость реминерализации эмали (КОСРЭ-тест).

С целью изучения эффективности комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний для детей с врожденными расщелинами губы и нёба в клиническом исследовании, проводимом в течение года, участвовало 60 детей и подростков основной и 16 детей контрольной группы в возрастной категории 6-16 лет.

У детей с аномалиями развития челюстно-лицевой области, с целью разработки эффективной стоматологической профилактики, в течение 12 месяцев использовались методы первичной патогенетически обоснованной профилактики зубного кариеса зубов у пациентов с ВРГН. Одним из таких способов является применение фтористых соединений, иммунорегулирующих и антиоксидантных средств по предложенной нами схеме. С этой целью детям назначался курс лечебно-профилактических процедур, включающий аппликации в течение 3-х минут «Глуфторэдом» (двукратно, с интервалом в 5 дней), назначили препарата «Имудон» по 6 таблеток в день, которые рассасывались (без разжевывания) в ротовой полости с интервалом в 2 часа в течение 10 дней, и препарата «Мексидол» по 0,125-0,250 г ежедневно, курсом 10-14 дней. Названные курсы повторяли каждые 6 месяцев.

Все наблюдаемые нами дети основной группы (n=60) были выделены на 5 групп с учетом используемых способов первичной профилактики. В первую группу были включены 12 пациентов с ВРГН, у которых в качестве профилактических средств применялись фтористые средства (Глуфторэд). Во вторую группу вошли 12 пациентов, у которых в качестве профилактических средств применялись иммунокорректоры. В третью группу вошли также 12 пациентов, у которых в целях профилактики применялся

антиоксидант «Мексидол». В четвертую группу вошли 12 детей с комбинированным применением иммунокорректоров и антиоксидантов. В пятую группу вошли 12 пациентов с ВРГН, в профилактике у которых перорально применялся имудон и мексидол, а локально выполнялось фторирование зубов путем аппликации. В контрольной группе – 16 пациентов с ВРГН, первично не использовались профилактические средства.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и SPSS Statistics. С целью определения значимости различий между парными группами применялся критерий Стьюдента. Различия считались значимыми при уровне p ниже 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Полученные данные при обследовании пациентов с ВРГН свидетельствуют о том, что в 1-й возрастной группе (от одного года до 5 лет) детей с данными патологиями было 86 (9,3%), во 2-й возрастной группе их было 88 (9,5%), в 3-ей возрастной группе они составили 99 (9,6%) человек, а в 4-й группе они составили 83 (8,9%) человека. Усреднённые показатели в последующих возрастных группах соответствовали значениям 82 (8,8%), 92 (9,9%), 88 (9,5%), 85 (9,2%), 87 (9,4%), 77 (8,3%), 70 (7,6%).

Среди всех 927 детей с ВРГН изолированная форма несращения верхней губы наблюдалась в 244 (26,3%) случаях; сочетанные формы несращения верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба (КРВГАоМиТН) наблюдались в 311 (33,5%) случаях; а изолированная форма несращения нёба была отмечена в 372 (40,1%) случаях.

Среди 311 пациентов с сочетанными формами (КРВГАоМиТН) наблюдалось превалирование неполных форм несращения – у 218 (70,1%) детей, полное несращение наблюдалось у 63 (20,3%) детей, а наличие скрытых расщелин было установлено у 30 (9,6%) детей. Также стоит отметить, что в данной группе детей в 210 (67,5%) случаях имелись односторонние формы несращения, тогда как двусторонние несращения были обнаружены у 101 (32,5%) ребенка. Среди детей с односторонними формами несращения отмечалось превалирование левосторонних расщелин - 133 (63,3%) ребенка, тогда число наблюдений с правосторонними расщелинами составило 77 (36,7%) случаев (рис. 1).

При сопоставлении клинических вариантов ВРГН у наблюдаемых нами 503 мальчиков и 424 девочек было установлено превалирование изолированной формы несращения нёба у 155 (30,8%) мальчиков и у 214 (50,5%) девочек. Таким образом, было установлено преобладание данной формы патологии среди девочек, чем среди мальчиков. Вне зависимости от пола, среди всех вариантов несращения нёба наблюдалось преобладание случаев несращения мягкого и твердого нёба - 116 (74,8%) случаев среди детей мужского пола и 166 (77,6%) случаев среди детей женского пола.



Рисунок 1. – Структурная оценка комбинированных расщелин верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба у детей

С целью комплексной оценки состояния зубочелюстной системы обследованные дети были разделены на следующие референтные когорты: дети с изолированной формой несращения верхней губы; с сочетанными вариантами патологии; с изолированной формой несращения нёба (табл. 2).

Таблица 2. – Распределение обследованных детей с врожденными расщелинами губы и нёба по когортам

Группа детей	Когорта
Первая группа	Дети с врожденной изолированной расщелиной верхней губы (n=30)
Вторая группа	Дети с комбинированными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба (n=26)
Третья группа	Дети с врожденной изолированной расщелиной нёба (n=20)
Контрольная группа	Дети с отсутствием врожденной расщелины губы и нёба (n=30)

Среди пациентов первой группы с изолированной формой несращения верхней губы чаще всего наблюдались комбинированные формы патологии (у 40,0% детей), врожденные окклюзионные дефекты наблюдались у 23,3% детей, врожденные дефекты зубов были отмечены у 20,0% детей, а пороки развития зубных рядов наблюдались у 6,7% детей. Произведенные расчеты показали, что в первой группе пациентов с врожденными расщелинами верхней губы аномалии зубочелюстного аппарата отмечены у 90,0% пациентов.

У детей третьей группы (с изолированной формой несращения нёба) равно как и в первой группе пациентов (с изолированной формой несращения верхней губы), отмечалось превалирование случаев с комбинированными

патологиями (35,0% детей). Среди этих детей в 20,0% случаев были выявлены врожденные окклюзионные дефекты, у 25,0% пациентов были установлены аномалии зубов, у 5,0% пациентов имелись врожденные дефекты зубных рядов, соответствие зубочелюстного аппарата возрастным изменениям отмечено у 15,0% пациентов.

С целью изучения особенностей аномалии зубов и зубных рядов было выполнено стоматологическое обследование 94 детей с ВРГН в возрастной категории от 12 до 15 лет, из которых у 36 детей имелась врожденная изолированная расщелина верхней губы (ВИРВГ), у 38 детей имелась врожденная изолированная расщелина нёба (ВИРН), у 20 детей была установлена комбинированная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба (КРВГАоТиМН).

В группе подростков с изолированной формой несращения верхней губы (ВИРВГ) в 9,0% случаев наблюдалось отсутствие верхне и нижнечелюстных резцов, клыков и премоляров. Скученность передневерхних или передненижних зубов наблюдалась у 54,5% детей. Увеличенный межзубной промежуток наблюдался в 25,2% случаев, увеличенный промежуток между резцами наблюдался в 8,4% случаях. Неправильное расположение верхнечелюстных резцовых зубов отмечалось в 36,6% случаях, нижнечелюстных резцов – в 42,7% случаях. Выраженное перекрытие резцов отмечалось у 10,4% подростков. Глубокий прикус был обнаружен у 7,2% пациентов. Изменение смыкания первых моляров по сагиттальной плоскости (II класс по Энгелю) на половину бугра было установлено в 31,0% случаев, а изменение смыкания на полный бугор наблюдалось в 28,2% случаев.

Изучая взаимосвязь между ВРГН и клиническими признаками дисплазии соединительной ткани, в ходе проведенного обследования среди 76 детей был выявлен высокий процент тяжелых форм данного порока развития. Так, изолированная форма несращения нёба наблюдалась в 30 (39,5%) случаях. Случаи с КРВГАоТиМН были отмечены у 26 (34,2%) пациентов, изолированная форма несращения верхней губы наблюдалась у 20 (26,3%) наблюдаемых 20 детей.

Для выявления клинических признаков дисплазии соединительной ткани у детей с расщелинами верхней губы и нёба с использованием диагностической карты авторов дальнего зарубежья [Freitas J.A. et al., 2012], состоящая из 32 маркеров дизэмбриогенеза, нами разработан модифицированный скрининговый фенотипический алгоритм, характеризующий частоту и характер дизэмбриогенеза клинического состояния соединительнотканых признаков стоматологического и общесоматического статуса в 43 стигмах. Предложенный алгоритм состоит из 19 стигм дизэмбриогенеза клинического состояния соединительнотканых признаков челюстно-лицевого и 24 - общесоматического характера.

Среднее число стигм кариозного и некариозного происхождения у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба и пациентов без подобного дефекта составило 76 (100%), 40 (95,2%) и 14 (18,4%), 2 (4,8%). Целый ряд стигм клинического (нарушение прикуса и височно-нижнечелюстных суставов)

и функционального (нарушение функции жевания, глотания и речи) характера ротовой зоны в группе сравнения встречался в минимальном количестве с колебаниями от 2,8% до 14,3%, в то время как у детей с врожденными пороками они фиксировались в 75-100% случаев.

При структуризации стигм в зависимости от формы ВРГН было установлено, что значительные фенотипические проявления соединительнотканной дисплазии (от 7 до 9 стигм) среди пациентов с изолированной формой несращения нёба наблюдались у 39,7% детей, среди пациентов со сквозной формой несращения (верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба) они наблюдались у 41,1% детей, среди пациентов с изолированной формой несращения верхней губы они наблюдались в 18,9% случаев. Такая же картина была зафиксирована при обнаружении крайне выраженные фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани (более 10 стигм) – соответственно 38,9%, 11,1% и 50,0%.

Суммарное значение индекса интенсивности кариеса временных и постоянных зубов у 10-11-летних детей с ВРГН составило $8,20 \pm 1,62$, превышая 1,3 раза, чем в контрольной группе. Хотя в возрастной группе лиц с ВРГН от 10 до 11 лет отмечалось более позднее прорезывание постоянных зубов, число неосложненных форм кариеса зубов (компонент «К+к») особо не отличалось от аналогичных показателей в контрольной группе ($3,96 \pm 0,75$ и $3,10 \pm 0,59$ соответственно).

Суммарное число осложненных форм кариеса, подлежащих удалению (компонент «Х»), у детей с врожденной патологией увеличивалось в 1,6 раза. В изучаемых группах зарегистрированы пломбированные ($0,04 \pm 0,03$ и $0,13 \pm 0,06$ соответственно) и удаленные ($0,58 \pm 0,09$ и $0,35 \pm 0,17$ соответственно) зубы.

У 14-15-летних подростков наблюдалось повышение всех показателей: интенсивность кариеса зубов по индексу КПУз увеличивалась в 1,4 раза ($p < 0,001$). В то же время число неосложненных форм кариеса постоянных зубов в основной группе в 1,3 раза меньше, чем в контрольной. Количество осложненных форм кариеса, подлежащие лечению, составило в основной группе $2,52 \pm 0,44$, а в контрольной - $1,17 \pm 0,32$. Число осложненных форм кариеса, подлежащих удалению (компонент «Х»), у подростков с врожденными заболеваниями оказалось в 1,5 раза выше, чем у подростков без названной патологии. То же самое зарегистрировано в отношении пломбированных (в 5,3 раза больше в контрольной группе) и удаленных (в 2,6 раза больше в основной группе) постоянных зубов.

Низкий уровень интенсивности кариеса (КПУз+кпз=1-3) в группе 6-7-летних детей с врожденной патологией в 1,1 раз ниже, чем в группе здоровых детей. Такая же тенденция наблюдается у лиц со средним (12,12% в контрольной группе против 11,01% в основной) и высоким уровнем интенсивности кариеса (11,11% и 9,23% соответственно). В этой же группе 6-7-летних детей с врожденной патологией случаи с очень высоким уровнем интенсивности зубного кариеса (КПУз+кпз=8 и >) оказались на 6,55% больше, чем в группе сравнения.

В группе 8-9-летних детей с врожденной патологией оказалось больше лиц, чем в контрольной группе, имеющих высокий УИК – 23,82% (в контрольной группе 18,37%) и очень высокий УИК (соответственно 41,89% и 35,65%), и меньше, чем в контрольной группе, низкий (8,73% и 12,80% соответственно) и средний (16,02% и 20,35% соответственно) уровень интенсивности зубного кариеса. Статистически значимые различия в последующих двух возрастных группах наблюдаемых лиц с ВРГН не наблюдались, но при этом отмечается рост числа случаев с высоким и очень высоким уровнем интенсивности зубного кариеса.

Среди наблюдаемых подростков с ВРГН в возрасте 14-15 лет в 40,38% случаев был установлен очень высокий УИК, тогда как у пациентов контрольной группы отмечалось превалирование числа случаев со средним уровнем интенсивности зубного кариеса (у 35,06% подростков). Среди пациентов с ВРГН наблюдалось отсутствие интактных зубов ($KПУз+kпз=0$), среди наблюдаемых пациентов контрольной группы этот показатель также оказался низким (4,17%).

При комплексном стоматологическом обследовании детей с изолированной расщелиной верхней губы (первая группа) уровень гигиены полости рта по упрощенному индексу ОНI-S составил $1,6\pm 0,9$, во второй группе (с сочетанными вариантами несращения) – $2,2\pm 0,14$, в третьей (с изолированной формой несращения нёба) – $1,8\pm 0,10$, а в контрольной группе значение исследуемого индекса равнялось $1,4\pm 0,7$ (отличия данных 2-й группы существенны относительно 1-й и контроля). Уровень гигиены полости рта в контрольной, 1-й и 3-й группах оценен как неудовлетворительный, во 2-й группе – как плохой.

При изучении структуры индекса СРITN у детей с изолированной расщелиной верхней губы наиболее часто выявляемым признаком являлось наличие кровоточивости десен (СРITN 1), показатель которого в группе 6-9-летних детей составил $46,2\pm 2,33\%$, в группе 10-12-летних детей – $57,5\pm 3,19\%$, а в группе 13-15-летних детей этот показатель составил $37,2\pm 1,66\%$. Вторым по частоте выявления пародонтальным признаком оказался суб- и супрагингивальный зубной камень (соответственно $44,4\pm 2,25\%$, $36,2\pm 1,71\%$ и $41,3\pm 2,17\%$). В 1-й возрастной группе удельный вес пародонтальных сегментов с интактным пародонтом составил $9,42\pm 0,53\%$ при усредненном значении $6,37\pm 0,38\%$ и $3,91\pm 0,16\%$ соответственно во 2-й и 3-й возрастных группах.

У пациентов с КРВГАоМиГН пародонтальные сегменты с интактным пародонтом (СРITN 0) определялись в $6,05\pm 0,33\%$, $4,07\pm 0,17\%$ и $1,10\pm 0,04\%$ случаев соответственно у 6-9-, 10-12- и 13-15-летних школьников. В исследуемых возрастных группах самым значительным признаком являлась кровоточивость десен (СРITN 1) с вариацией от $27,0\pm 1,23\%$ до $78,2\pm 4,45\%$. Наличие субгингивальных и супрагингивальных минерализованных зубных отложений (СРITN 2) являлось вторым пародонтальным признаком по частоте выявления ($27,9\pm 1,26\%$, $15,5\pm 0,63\%$ и $41,9\pm 2,21\%$ соответственно у 6-9-, 10-12- и 13-15-летних школьников). Затем последовали пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм (соответственно $0,55\pm 0,03\%$, $2,23\pm 0,10\%$ и $25,9\pm 1,20\%$).

При кариесогенном воздействии на зуб большое значение имеет состояние минерального состава слюны. В связи с этим мы обследовали 76 зубов у добровольцев из числа пациентов с врожденным несращением губы и нёба, при этом с высокой степенью минерализационного потенциала слюны – 9 детей, со средним уровнем данного показателя – 12 детей, с низким уровнем – 21 ребенок и с очень низкой степенью – 34 ребенка (рис. 2).

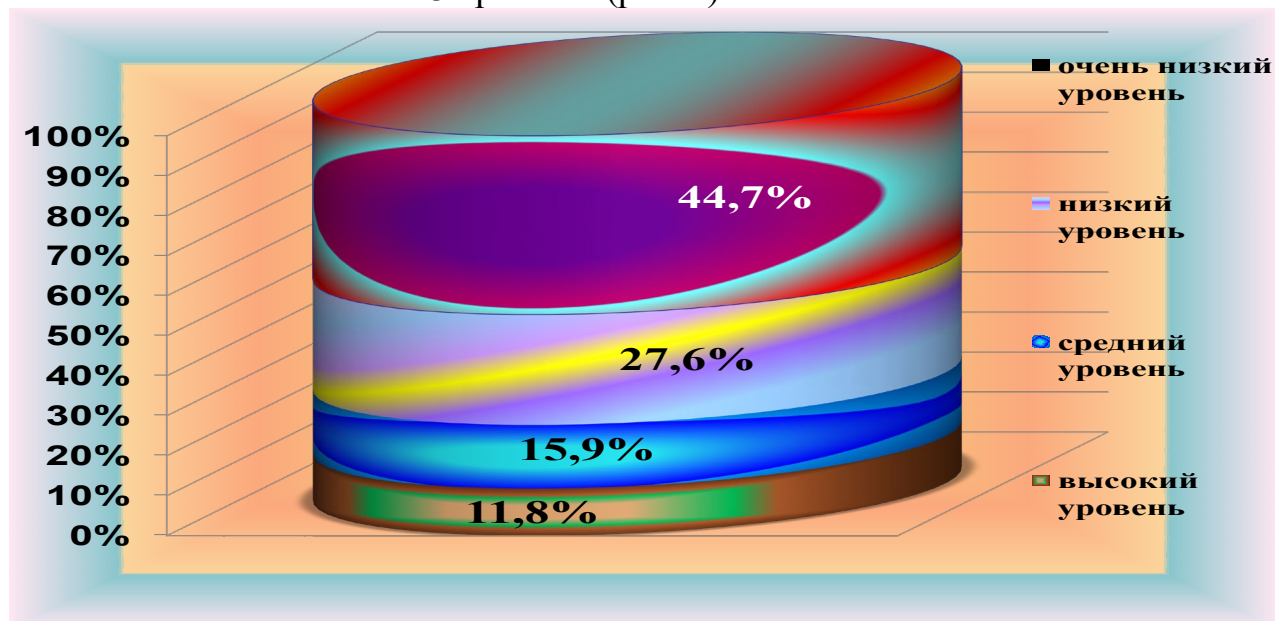


Рисунок 2. – Распределение зубов в зависимости от уровня минерализационного потенциала ротовой жидкости у детей с ВРГН

Исходные показатели минерализационного потенциала ротовой жидкости у наблюдаемых нами лиц с ВРГН оказались следующими. Среди обследованных детей с высокой минерализационной активности смешанной слюны в возрасте 6-7 лет эти показатели колебались от $0,72 \pm 0,06$ до $1,40 \pm 0,13$ баллов, при среднем их значении $1,12 \pm 0,09$ балла, среди детей в возрастной группе 8-9 лет средние показатели составили $1,47 \pm 0,11$ балла при их колебании от $1,04 \pm 0,08$ до $1,77 \pm 0,18$ баллов, среди детей в возрастной группе 10-11 лет средние показатели составили $2,08 \pm 0,21$ балла при их колебании от $1,75 \pm 0,14$ балла, а среди детей в возрастной группе 12-13 лет средние показатели составили $2,80 \pm 0,31$ при их колебании от $2,13 \pm 0,17$ до $3,01 \pm 0,46$ баллов (табл. 3).

Таблица 3. - Повозрастная характеристика минерализационного потенциала смешанной слюны среди обследованного контингента детей

Возраст, лет	Уровень минерализационного потенциала смешанной слюны			
	высокий	средний	низкий	очень низкий
6-7	$1,12 \pm 0,09$	$3,10 \pm 0,17$	$4,55 \pm 0,66$	$7,69 \pm 0,73$
8-9	$1,47 \pm 0,11$	$3,52 \pm 0,22$	$5,33 \pm 0,58$	$8,43 \pm 0,82$
10-11	$2,08 \pm 0,21$	$4,35 \pm 0,42$	$5,94 \pm 0,68$	$9,00 \pm 0,92$
12-13	$2,80 \pm 0,31$	$4,88 \pm 0,56$	$6,82 \pm 0,83$	$9,91 \pm 1,03$
14-15	$2,98 \pm 0,38$	$5,18 \pm 0,60$	$7,11 \pm 0,92$	$10,10 \pm 1,15$
В среднем	$2,09 \pm 0,22$	$4,21 \pm 0,39$	$5,95 \pm 0,71$	$9,03 \pm 0,93$

У наблюдаемых нами детей с низким уровнем интенсивности зубного кариеса ($KПУ_3+kпз = 1-3$) средний показатель интенсивности окраски зубной эмали составил 21,9%, у детей со средним уровнем интенсивности зубного кариеса ($KПУ_3+kпз = 4-7$) этот показатель составил 31,0%, а у детей с высоким ($KПУ_3+kпз=8$ и выше) уровнем интенсивности кариозного поражения он составил в среднем 47,1% (рис. 3).

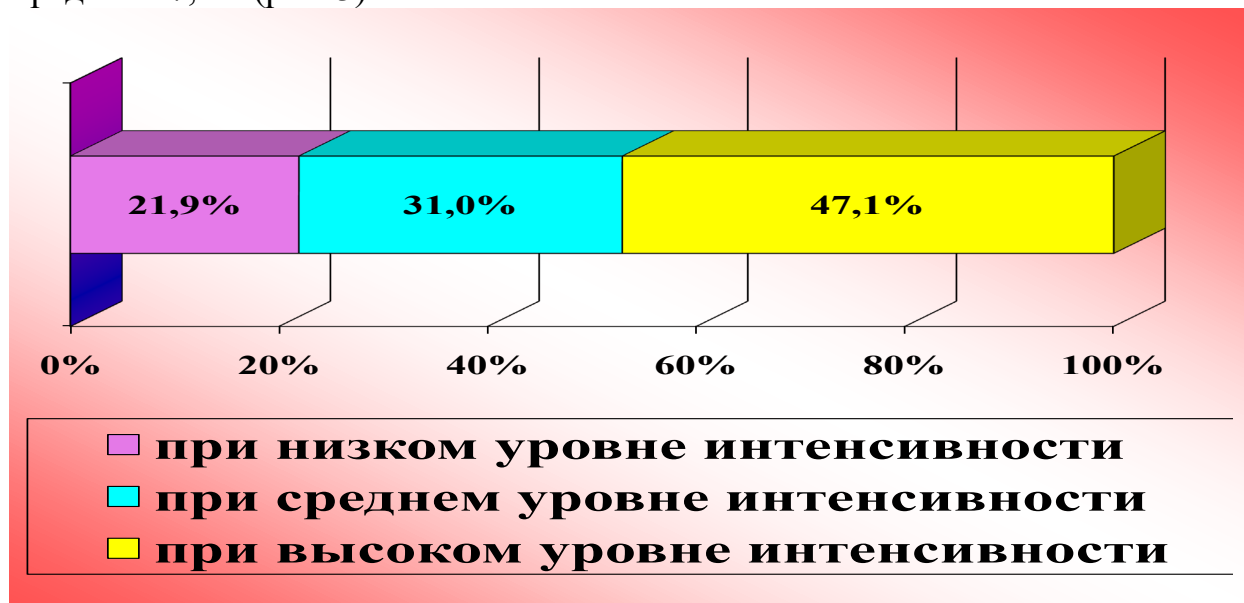


Рисунок 3. – Значение минерализационного потенциала ротовой жидкости у детей с ВРГН в зависимости от уровня интенсивности кариеса зубов, %

Показатели прироста интенсивности зубного кариеса среди детей 6-7 лет с ВРГН и с высоким уровнем минерализационной активности ротовой жидкости спустя 48 месяцев от момента первичного осмотра составили в среднем $0,26 \pm 0,02$, среди детей 8-9 лет эти показатели в данном периоде составили в среднем $0,40 \pm 0,03$, среди детей 10-11 лет они составили $0,34 \pm 0,06$, среди детей 12-13 лет они составили $0,41 \pm 0,07$, а среди детей 14-15 лет они составили $0,47 \pm 0,04$. В целом за весь трехлетний период наблюдения с 2018 по 2021 гг. показатели прироста интенсивности зубного кариеса у детей в данных возрастных группах соответствовали значениям $0,59 \pm 0,05$, $0,73 \pm 0,05$, $0,67 \pm 0,09$, $0,74 \pm 0,09$ и $0,80 \pm 0,05$, соответственно.

При сравнительном анализе показателей прироста интенсивности зубного кариеса в группе наблюдаемых детей в возрасте 6-7-лет со средним уровнем минерализационной активности смешанной слюны этот показатель оказался на $0,29 \pm 0,03$ ед. (49,15%) выше, чем у детей данного возраста с высоким уровнем минерализационного потенциала. Среди детей с ВРГН в возрасте 8-9 лет данная разница составила $0,17 \pm 0,06$ (23,29%), в группе детей в возрасте 10-11 лет - $0,04 \pm 0,01$ (5,97%), в группе детей 12-13 лет она составила $0,21 \pm 0,01$ (28,38%), а среди детей 14-15 лет данная разница составила $0,03 \pm 0,01$ (2,4%).

Следует отметить, что за весь трехлетний период наблюдения заметно увеличились показатели интенсивности зубного кариеса у пациентов с ВРГН и с низким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости. Например, в группе детей 6-7 лет с врожденным несращением губы и нёба данный показатель

повысился на $1,30 \pm 0,10$. В группе детей 8-9 лет он повысился на $1,25 \pm 0,12$, в группе детей 10-11 лет - на $0,78 \pm 0,08$, в группе детей 12-13 лет – на $1,09 \pm 0,10$, а в группе детей 14-15 лет данный показатель увеличился на $1,11 \pm 0,12$ единицы.

Показатели прироста кариозного поражения зубов у пациентов с ВРГН с высоким минерализационного потенциала ротовой жидкости в среднем составили $0,71 \pm 0,07$, у пациентов со средним уровнем $0,85 \pm 0,10$, а у пациентов с низким уровнем - $1,11 \pm 0,10$. Также было обнаружено, что показатели прироста интенсивности зубного кариеса у пациентов с врожденным несращением губы и нёба со средним и низким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости оказались на 22,5 и 66,2% выше, чем в группе пациентов с высоким уровнем.

Обнаружено, что у детей с расщелиной и гингивитом скорость десневой экссудации в дооперационном периоде в среднем на 33,1% выше, чем у детей с воспалением тканей десны в контрольной группе, на 35,9% через 2-3 месяца после операции и на 40,1% через год после нее. Такая же тенденция наблюдалась среди обследованных с расщелиной без воспаления тканей десны. Так, значение исследуемого показателя в дооперационном периоде у детей основной группы в среднем на 19,2% выше, через 2-3 месяца после операции на 17,8%, а спустя год после уранопластики на 20,6% выше, чем у детей контрольной группы с интактным пародонтом ($p > 0,05$).

В группе пациентов с ВРГН и низким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости шероховатость зубной эмали при исследовании участков протравления кислотой, оказалась более значительной, а скорость реминерализации зубной эмали меньше. Так, в первый день показатели интенсивности окраски участков протравления зубной эмали снизились до 55%, на 2-е сутки этот показатель уменьшился до 40%, на 3-и сутки интенсивность окраски снизилась до 35%, на 5-е сутки до 30%, а на 7-е сутки данный показатель составил 25%. Данные результаты свидетельствуют о том, что за данный период наблюдения отмечалось неполное восстановление пораженных деминерализованных участков зубной эмали у пациентов с ВРГН и низким уровнем минерализационного потенциала ротовой полости.

Максимальные показатели интенсивности окрашиваемой поверхности зубной эмали отмечались в группе пациентов с очень низким состоянием минерализационной способности ротовой жидкости. Так, на 2-е сутки интенсивность окрашивания шероховатых зон на поверхности зубной эмали у данных пациентов уменьшалась с 90% (при первоначальном исследовании) до 80%, на 5-е сутки этот показатель уменьшился до 70%, а к 7-м суткам он составил 60%. У данных пациентов реминерализация пораженных участков зубной эмали после протравления кислотой протекала медленно, и лишь спустя 20 суток в 12% случаев у наблюдаемых детей показатели интенсивности окрашивания пораженных участков эмали составили 10%.

От общего числа 927 наблюдаемых нами детей с ВРГН изолированная форма несращения верхней губы была обнаружена у 244 (26,3%) пациентов, сочетанные варианты патологии (КРВГАоМиТН) имелись у 311 (33,5%)

пациентов, а изолированная форма несращения нёба наблюдалась у 372 (40,1%) пациентов.

С целью определения устойчивости эмали постоянных зубов к кислотному воздействию и реализации комплексного лечения кариеса зубов было обследовано 40 детей с расщелинами верхней губы и нёба. Полученные нами данные указывают на то, что из 40 обследованных детей с расщелинами губы и нёба только у 5 (12,5%) установлен высокий уровень эмалевой резистентности, остальные 35 (87,5%) имели умеренные, низкие и очень низкие уровни кариесрезистентности. Так, у 8 (20,0%) обследованных лиц был выявлен умеренный уровень эмалевой резистентности, у 11 (27,5%) - низкий и у 16 (40,0%) – очень низкий уровень резистентности (рис. 4).

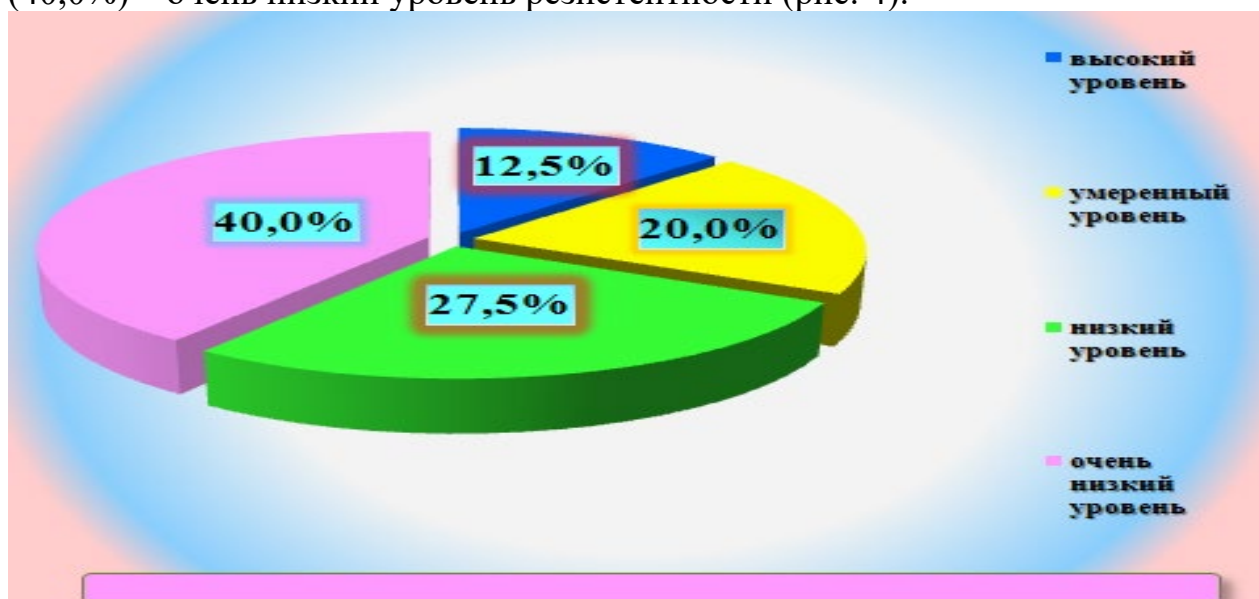


Рисунок 4. – Уровень устойчивости зубной эмали у пациентов с несращением губы и нёба

Частота проявления вторичного кариеса через 12 месяцев после наложения вышеназванных пломб достигла $14,4 \pm 1,5\%$, увеличивая в 2,2 раза по сравнению с предыдущим сроком наблюдения. Через 24 месяца наблюдения значение исследуемых показателей составило соответственно $28,7 \pm 2,9\%$ и 4,3 раза по сравнению с первоначальным сроком (6 мес.) наблюдения. В этих же сроках наблюдения нарушение краевой проницаемости ранее наложенных пломб составило $1,5 \pm 0,81\%$, $8,4 \pm 1,3\%$ и $22,3 \pm 2,7\%$ соответственно через 0,5, 1 и 2 года, увеличиваясь в 6 и 15 раз в последующие сроки наблюдения, по сравнению с первоначальным сроком (6 мес.) наблюдения.

В ходе тестирования было выявлено, что у младшей группы детей (до 10 лет) отмечалось положительное отношение к оказанию стоматологической помощи согласно результатам оценки по визуально-аналоговой шкале иллюстраций с различными эмоциональными рисунками. У 55,0% детей с ВРГН в возрастной группе 6-7 лет отношение к оказанию стоматологической помощи сопровождалось положительными эмоциями, у 18,9% детей данной возрастной группы эмоции были нейтральными, у 6,5% детей они

соответствовали грустным эмоциям, а в 19,6% случаев выбор картинок соответствовал негативным эмоциям (рис. 5).

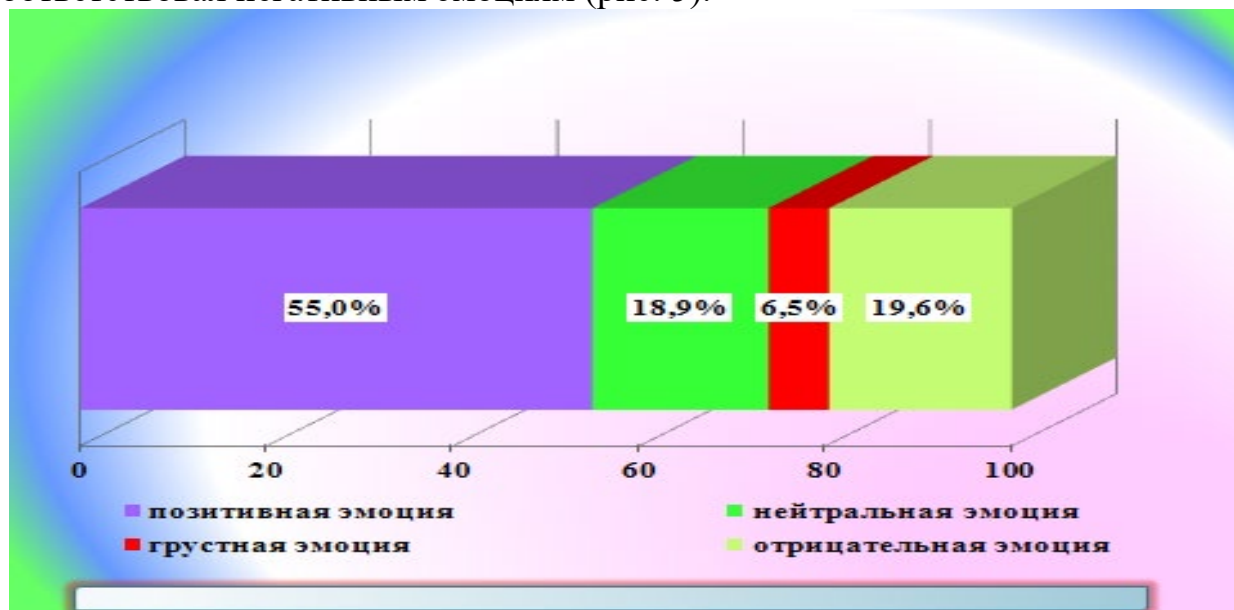


Рисунок 5. – Эмоциональное отношение детей с врожденными расщелинами губы и нёба до 10 лет к стоматологическому приему

В 60,6% случаев дети с ВРГН в возрастной группе 6-7 лет отвечали, что визит к стоматологу им понравился и не против повторного визита, в 24,7% случаях детям не понравился визит к стоматологу, а в 14,7% случаев у детей возникли сложности при ответе на данный вопрос.

Среди детей с ВРГН в возрастной группе 8-9 лет свое позитивное отношение к приему стоматолога отметили 64,7% пациентов, в 22,3% случаев их эмоции оказались нейтральными, в 11,8% они были грустными, а в 1,2% случаев у детей имелись отрицательные эмоции. Степень удовлетворенности от оказания стоматологической помощи была положительной у 64,7% детей, негативный ответ отметили 15,3% детей, а в 20,0% случаев у детей возникли сложности при ответе на данный вопрос. Подробное описание 8-9 летними детьми того, что на их взгляд оказалось позитивным, а что отрицательным для них во время оказания стоматологической помощи смогли привести 16,5% и 3,5% детей, соответственно.

В возрастной группе детей 10-12 лет высокую степень удовлетворенности при проведении стоматологической терапии со средним баллом 5 отметили 56,2% пациентов, со средним баллом 4 – 34,4% пациентов. В 9,4% случаях дети при оценке степени удовлетворенности от проведенной терапии выбрали оценку в 3 балла, что соответствовало низкому уровню. Подробное описание того, что на их взгляд оказалось позитивным, а что отрицательным для них во время оказания стоматологической помощи, дети в возрасте 10-12 лет смогли привести в 25,0% и 9,4% случаев, соответственно.

В возрастной группе детей 13-15 лет высокий уровень удовлетворенности от проведенного стоматологического лечения с оценкой в 5 баллов отметили все пациенты. Но при этом они оказались более критичными при оценке работы сотрудников регистратуры (5-балльную оценку поставили 96,2% детей, оценку

4-балльную оценку поставили 1,9% детей, а 3-балльную оценку выставили 1,9% детей), при оценке способов оформления врачебных кабинетов (5 баллов поставили 40,4% детей, 4 балла поставили 34,6% детей, 3-балльную оценку поставили 19,2% детей, 2-балльную – 1,9% детей, а 5,8% детей поставили единицу). Подробное описание того, что на их взгляд оказалось позитивным, а что отрицательным для них во время оказания стоматологической помощи, дети в возрасте 13-15 лет смогли привести в 23,1% и 7,7% случаев, соответственно.

Отдаленные результаты клинической оценки первичной патогенетически обоснованной профилактики зубного кариеса у пациентов с ВРГН имели следующие особенности. В первой группе детей, где проводилось апплицирование эмалевой поверхности Глуфторэдом, показатели прироста индекса КПУз+кпз не имели статистически значимых различий при сравнении с таковыми в контрольной группе ($p > 0,05$). Общий показатель уменьшения прироста интенсивности зубного кариеса через год после начала патогенетической терапии составил $1,34 \pm 0,24$ единиц на одного обследованного.

В двух последующих профилактических группах суммарное значение прироста интенсивности кариеса временных и постоянных зубов составило соответственно $1,64 \pm 0,23$ и $1,45 \pm 0,23$ единиц вновь пораженного зуба кариесом на одного обследованного. В этих профилактических группах в отдаленные сроки наблюдения редукция интенсивности кариеса временных и постоянных зубов составила соответственно 21,9% и 31,0% по сравнению с контрольной группой.

При пероральном применении имудона и мексидола у детей с врожденным несращением губы и нёба из четвертой группы показатели прироста интенсивности зубного кариеса составили в среднем $1,26 \pm 0,16$ единиц, что оказалось заметно меньше ($p < 0,01$), чем у наблюдаемых лиц в контрольной группе ($2,10 \pm 0,21$). Общий показатель прироста индекса КПУз+кпз у данных детей уменьшился на 40,0%.

У наблюдаемых детей пятой группы, где применялись комплексные меры по предупреждению развития зубного кариеса (локальное нанесение фторсодержащих средств на зубы с пероральным назначением иммунорегулятора имудона и антиоксиданта мексидола) показатели прироста индекса кариозного поражения зубов являлись минимальными и в среднем составили $0,59 \pm 0,20$, что статистически значимо ($p < 0,001$) меньше таковых показателей у наблюдаемых лиц из контрольной группы. У детей данной группы показатели интенсивности зубного кариеса уменьшились на 71,9% по отношению к таковым показателям в контрольной группе детей.

Результаты использования комплекса лечебно-профилактических мероприятий пародонтологического характера у детей с ВРГН в отдаленные сроки наблюдения в 43,6% случаев показали уменьшение показателей индекса гигиены ротовой полости до состояния «хорошее», составив в среднем по ОНI-S $1,10 \pm 0,21$. В 54,8% случаев наблюдалось уменьшение показателей индекса гигиены ротовой полости до состояния «удовлетворительное», составив в

среднем $2,23 \pm 0,35$ против первоначального состояния по данному индексу как «удовлетворительный» у 6,8% детей. В 93,2% случаев уровень гигиены ротовой полости по данному индексу соответствовал «плохому».

Во всех случаях у наблюдаемых нами детей исследовалась степень кариесогенности имеющегося на зубах налета с использованием красителя метиленового красного. После активной реализации комплекса мероприятий в 78,6% случаев визуализировали зубной налет с желтым или розовым окрашиванием, что свидетельствует о некариесогенности супрагингивального мягкого отложения. Следовательно, у всех детей с данными показателями отмечалось хорошее состояние гигиены ротовой полости на фоне активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий. В остальных (21,4%) случаях у детей обнаружили зубной налет красного цвета, что указывало на высокую кариесогенность и низкий уровень гигиены полости рта.

Таким образом, при активном внедрении комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера в отдаленные сроки наблюдения отмечалась тенденция снижения гигиенического состояния полости рта и активности воспалительного процесса в структурных единицах тканей пародонта у детей с ВРГН. Полученные результаты позволяют специалистам в области стоматологии дифференцированно избирать научно обоснованный способ профилактики основных стоматологических патологий у пациентов с пороками развития челюстно-лицевой области.

ВЫВОДЫ

1. Среди обследованных детей в структуре клинических форм врожденного порока развития верхней челюсти первое место занимала ИРН (40,1%), затем следовала КРВГАоТиМН (33,5%), на третьем месте – ИРВГ (26,3%). Среди обследованных детей было больше односторонних расщелин (71,7%), а среди односторонних расщелин верхней губы левосторонние преобладали над правосторонними расщелинами – 67,4% и 32,6% соответственно. У детей с врожденной ИРВГ наиболее распространенными оказались сочетанные аномалии (40,0% случаев), затем шли аномалии окклюзии и аномалии зубов (23,3% и 20,0% случаев соответственно), реже определялись аномалии зубных рядов (6,7% случаев). Патологией, наиболее частой среди детей с КРВГАоТиМН, были аномалии окклюзии (38,5% случаев), несколько реже (в 34,6% случаев) встречались сочетанные аномалии.

2. У детей с ВРГН практически все фенотипические стигмы дисплазии соединительной ткани челюстно-лицевого расположения выявлялись достоверно чаще, чем в контрольной группе. Так, короткие уздечки губ и языка у детей с врожденными пороками встречались в 17,5 (82,6%) раза чаще, чем в контрольной группе. Такие фенотипические признаки, как удлиненное узкое лицо, расположение волос бровей, антимонголоидный разрез и гипертелоризм глаз, приросшие мочки ушей, голубые склеры и миопия в основной группе детей варьировались от 7,9% до 56,6%, в то время как у детей без пороков развития, перечисленные фенотипические стигмы диагностированы от 9,5% до 23,8% случаев. При анализе частоты фенотипических признаков

общесоматического характера были получены нижеследующие результаты: такие признаки, как обилие веснушек и родинок, девиация мизинца кисти, гипермобильность суставов, II палец стопы длиннее или равен I пальцу и плоскостопие встречались больше (соответственно в 3,9%, 9,3%, 9,6%, 7,7% и 6,9% случаев), по сравнению с детьми без вышеназванных пороков.

3. Показатель интенсивности кариеса временных и постоянных зубов у детей с ВЧЛП варьировал от $7,40 \pm 1,52$ до $8,72 \pm 1,76$ единиц пораженного зуба. Распространенность воспалительных заболеваний пародонта у детей с ИРВГ, с КРВГАоТиМН, а также с ИРМТН составила соответственно $88,4 \pm 5,2\%$, $95,06 \pm 2,10\%$ и $92,2 \pm 3,6\%$. У 6-7-, 8-9- и 10-11-летних детей с высокой минерализационной активности смешанной слюны уровень реминерализующей способности ротовой жидкости составил соответственно $1,12 \pm 0,09$, $1,47 \pm 0,11$ и $2,08 \pm 0,21$ баллов при соответствующем значении исследуемого показателя $2,80 \pm 0,31$ и $2,98 \pm 0,38$ баллов у 12-13- и 14-15-летних подростков. В исследуемых группах детей с врожденными пороками развития верхней челюсти при средней активности минерализационного потенциала ротовой жидкости уровень реминерализующей способности смешанной слюны составило соответственно $3,10 \pm 0,17$, $3,52 \pm 0,22$, $4,35 \pm 0,42$, $4,88 \pm 0,56$ и $5,18 \pm 0,60$ баллов. Среди обследованных детей с врожденными пороками нами также были обнаружены низкие (соответственно $4,55 \pm 0,66$, $5,33 \pm 0,58$, $5,94 \pm 0,68$, $6,82 \pm 0,83$ и $7,11 \pm 0,92$ баллов) и очень низкие (соответственно $7,69 \pm 0,73$, $8,43 \pm 0,82$, $9,00 \pm 0,92$, $9,91 \pm 1,03$ и $10,10 \pm 1,15$ баллов) показатели минерализационного потенциала смешанной слюны.

4. Результаты определения гомеостатической активности смешанной слюны свидетельствуют о том, что скорость нестимулированного слюноотделения у детей с ВРГН в среднем в 1,4 раза меньше, чем у здоровых. Зафиксирована тенденция к снижению буферной емкости смешанной слюны по кислоте у детей с ВРГН по сравнению с таковой у здоровых: на 42,2% в дооперационном периоде, на 71,0% через 2-3 месяца после операции и на 17,7% через год после нее. Буферная емкость слюны по щелочи в дооперационном периоде у детей основной группы была в 1,8 раза меньше, чем у их сверстников из контрольной группы. Через 2-3 месяца после уранопластики значение данного показателя оказалось в 1,5 раза меньше, чем у контрольной группы, а через год после операции буферной емкости слюны по щелочи практически достигал уровня такового у детей без врожденной расщелины верхней губы и нёба. У детей с расщелиной и гингивитом скорость десневой экссудации в дооперационном периоде в среднем на 33,1% выше, чем у детей с воспалением тканей десны в контрольной группе, на 35,9% через 2-3 месяца после операции и на 40,1% через год после нее.

5. Результаты активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий кариесологического характера у детей с ВПЧЛО свидетельствуют о том, что редукция прироста кариеса временных и постоянных зубов была на 35,7% выше по сравнению с первой профилактической группой, на 50,0% - по сравнению со 2-й, на 40,9% и 31,9%

- соответственно по сравнению с третьей и четвертой профилактической группой. Среди обследованных детей с ВРГН исходные признаки воспаления десны стопроцентно подтверждались показателями индексной оценки кровоточивости. В отдаленные сроки наблюдения значение $0,67 \pm 0,07$ («легкое воспаление пародонтальных структур») были диагностированы у 67,3% пациентов с признаками воспаления тканей пародонта, у остальных пациентов (32,7%) диагностировались признаки, соответствующие критериям «среднее воспаление» ($1,97 \pm 0,32$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо формирование единой базы данных о детях с врожденной патологией орофацеальной области с целью приведения системы реабилитации таких детей в Республике Таджикистан в соответствии с современными требованиями.

2. Для оптимизации профилактических и реабилитационных мероприятий у детей с ВНВГН следует разработать: схему и алгоритм ориентировочной основы действий специалистов и участников на этапах медико-социальной адаптации; рекомендации по профилактике врожденных аномалий, специфичных для республики; подготовить клинико-ситуационный анализ уровня реабилитации детей с врожденными несращениями губы и нёба, проживающих в республике; хирургическое лечение должно проводиться в строгом регламенте и только сертифицированными специалистами – детскими челюстно-лицевыми хирургами, с фиксацией этапных результатов лечения по стандартной схеме.

3. Результаты проведения первичной патогенетической профилактики кариеса зубов необходимо учитывать при организации стоматологической помощи детям с пороками и аномалиями развития челюстно-лицевой области. Такое направление в подходах к первичной профилактике кариесологического характера может служить основанием для внедрения первичной патогенетической профилактики кариеса зубов.

4. Систематические профилактические мероприятия у детей с ВРГН до операции должны быть направлены на поддержание удовлетворительного уровня гигиены полости рта, предупреждение алкалоза и сохранение резерва адаптационных механизмов, регулирующих кислотно-основного равновесия в полости рта. После оперативного лечения эта профилактика должна быть усилена, что требует более тщательного, чем считалось ранее, контроль над характером питания и уровнем гигиены полости рта.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Олимов, А.М. Зубочелюстные аномалии и деформации, обусловленные врождёнными расщелинами губы и нёба / А.М. Олимов, А.З. Абдурахмонов, С.С. Субханов // **Здравоохранение Таджикистана.** – Душанбе, 2011. -№ 2. -С. 33-35.

2. Олимов, А.М. Врожденная расщелина губы и неба: учебно-метод. рекомендации / **А.М. Олимов**, Субханов С.С. А.Х. Абдурахимов, А.З. Абдурахмонов. -Душанбе. 2011.- 48 с.

3. Олимов, А.М. Протокол лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба: сб. науч. тр. / **А.М. Олимов**, С.С. Субханов, А.Х. Абдурахимов // Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. –Худжанд, 2014. –С. 122-124.

4. Олимов, А.М. Хирургическое лечение больных с расщелинами альвеолярного отростка верхней челюсти: с. науч. тр. / **А.М. Олимов** // Медицинская наука: достижения и перспективы. –Душанбе, 2016. –С. 302.

5. Олимов, А.М. Аналитический подход к изучению стоматологического статуса у больных с врожденной расщелиной губы и неба / **А.М. Олимов**, Г.Э. Муллоджанов // Стоматология Таджикистана. -2019. -№ 1. -С. 85-90.

6. Олимов, А.М. Дифференцированный подход к лечению патологии твердых тканей зубов в зависимости от уровня кариесрезистентности у детей с врожденными аномалиями губы и неба / **А.М. Олимов**, Г.Э. Муллоджанов // Стоматология Таджикистана. -2019. -№ 2. -С. 18-21.

7. Олимов, А.М. Возможности улучшения качества карисологического лечения у детей с расщелиной губы и неба / **А.М. Олимов**, Г.Э. Муллоджанов, М.Р. Гурезов // Вестник Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы. -Душанбе, 2020. -№ 1. -С. 34-38.

8. Олимов, А.М. Результаты определения гемостатической активности смешанной слюны у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба до и после оперативного устранения врожденных дефектов: сб. науч. тр. / **А.М. Олимов** // Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования. –Душанбе, 2020. –С. 429-430.

9. Олимов, А.М. К вопросу о состоянии зубоальвеолярного комплекса верхней челюсти у пациентов с расщелиной губы и неба / **А.М. Олимов**, Г.Э. Муллоджанов, М.Р. Гурезов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** -Душанбе, 2020. -№ 2. -С. 73-78.

10. Олимов, А.М. Ассоциации врожденной расщелины верхней губы и неба с клиническими признаками дисплазии соединительной ткани у детей / **А.М. Олимов**, Г.Э. Муллоджанов, Г.Г. Ашуров // Наука и инновация. -Душанбе, 2020. -№ 2. -С. 10-17.

11. Олимов, А.М. Комплексный подход к лечению кариеса постоянных зубов с разной степенью эмалевой резистентности у детей с расщелиной губы и неба / **А.М. Олимов**, Г.Э. Муллоджанов, Г.Г. Ашуров, Ф.М. Ёраков // Наука и инновация. -Душанбе, 2020. -№ 2. -С. 21-24.

12. Муллоджанов, Г.Э. Результаты клинической оценки исходной величины минерализационного потенциала ротовой жидкости у детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области в зависимости от интенсивности кариеса зубов / Г.Э. Муллоджанов, Г.Г. Ашуров, **А.М. Олимов**, Н.Г. Тураев // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** –Душанбе, 2021. -№ 3. -С. 62-66.

13. Мухиддин, Н.Д. Результаты структурной оценки врожденной

расщелины верхней губы и нёба у детей Республики Таджикистана / Н.Д. Мухиддин, Г.Э. Муллоджанов, **А.М. Олимов** // Наука и инновация. -Душанбе, 2021. -№ 1. -С. 105-110.

14. Муллоджанов, Г.Э. Результаты изучения распространенности врожденной расщелины губы и нёба у детей: сб. науч. тр. / Г.Э. Муллоджанов, **А.М. Олимов** // Материалы годичной конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. - Душанбе, 2021. -С. 153-154.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВАК – Высшая аттестационная комиссия

ВИРВГ - врожденная изолированная расщелина верхней губы

ВИРН - врожденная изолированная расщелина нёба

ВНВГН – врожденное несращение верхней губы и нёба

ВРГН – врожденная расщелина губы и нёба

ВЧЛП - врожденная челюстно-лицевая патология

ГСП – городская стоматологическая поликлиника

ИПОвСЗ – Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

ИРВГ - изолированная расщелина верхней губы

ИРН – изолированная расщелина нёба

КОСРЭ – клиническая оценка скорость реминерализации эмали

КРВГАоТиМН – комбинированная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба

МЗ и СЗН – Министерство здравоохранения и социальной защиты населения

МЧК - межчелюстная кость

НМЦ – Национальный медицинский центр

ООО - общество с ограниченной ответственностью

РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс

ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет

ТЭР- тест эмалевой резистентности

УИК – уровень интенсивности кариеса

УКЦ – учебно-клинический центр

ЧЛО – челюстно-лицевая область

ЦНС – центральная нервная система

СРITN – community periodontal index treatment needs

ОHI-S – oral hygiene index-simplified (упрощенная гигиена полости рта)

PBI – papilla bleeding index

WHO - World Health Organization