

На правах рукописи

КАРИМОВ САФАРАХМАД МУНАВАРОВИЧ

**СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ, АЛГОРИТМИЗАЦИЯ
ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СОЧЕТАННЫХ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЩЕГО
СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА**

3.1.7. – Стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Душанбе – 2022

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный консультант: Ашуров Гаюр Гафурович - доктор медицинских наук, профессор

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

Амхадова Малкан Абдрашидовна - доктор медицинских наук, профессор, ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», кафедра хирургической стоматологии и имплантологии, заведующая кафедрой

Иванова Елена Владимировна – доктор медицинских наук, доцент, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», кафедра терапевтической стоматологии им. В.С. Иванова, профессор кафедры

Ведущая организация: Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022 года в «___» часов на заседании диссертационного совета 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 Бутаевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Патологические изменения, возникающие в органах и тканях ротовой полости относятся к числу наиболее актуальных проблем для современной стоматологии и медицины в целом, это обусловлено их широкой распространенностью среди жителей по всему миру и формированием хронических инфекционных очагов [Бажанова О.Е. с соавт., 2014; Алимский А.В., 2015; Авраамова Т.В., 2016; Abnet C.C. et al., 2015]. В случае не соблюдения гигиены ротовой полости могут возникнуть сложные патологии твердых тканей зубов и пародонтальных структур, что значительно усложняет их терапию, продолжительность которой значительно удлинится с соответственным увеличением финансовых расходов, а также ухудшает исход заболевания [Гринин В.М. с соавт., 2011; Дехнич С.Н. с соавт., 2012; Галкина Ю.В. с соавт., 2015].

В течение последних нескольких лет отечественные авторы больше стали уделять внимания исследованию вопросов влияния общего состояния организма на уровень распространенности и интенсивности кариеса зубов и заболеваний пародонта [Исмоилов А.А., 2014; Аминджанова З.Р. с соавт., 2015; Ашуров Г.Г. с соавт., 2015, 2016; Нуров Д.И. с соавт., 2015, 2016; Нуров Д.И., 2020]. Приходится констатировать, что выполненные научные работы имеют в основном однонаправленный характер и в них практически не представлена информация, посвященная вопросам единовременного системного анализа стоматологической заболеваемости органов и тканей полости рта. Недостаток знаний в указанном аспекте приводит к ошибкам в их лечении, ранней утрате зубов, вторичным деформациям зубных дуг и одонтогенным осложнениям челюстей.

Подробный анализ литературных источников [Адамкин О.И. с соавт., 2011; Козодаева М.В. с соавт., 2011; Льянова Д.К., 2012; Мороз П.В. с соавт., 2015] показывает, что местно возникающие механизмы развития стоматологических патологий и запущенные иммунологическими нарушениями образуют цепь влияющих друг на друга реакций, которые могут привести к воспалительно-деструктивному поражению органов и тканей ротовой полости.

При наличии стоматологической патологии всегда имеют место дисбиотические нарушения. В указанном аспекте с использованием метода полимеразной цепной реакции доказано, что развитие кариеса и пародонтита наиболее часто ассоциируется с увеличением количества персистенций в тканях и органах полости рта *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis*, *Treponema denticola*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* [Григоревич Э.Ш. с соавт., 2015; Vascones-Martinez A. et al., 2012]. Несмотря на наличие исследований в указанном аспекте, до сих пор не установлены патогенные микроорганизмы в разных суббиотопах полости рта у соматических больных с сочетанными стоматологическими заболеваниями. Использование данного метода среди обследованного контингента больных позволяет точно

изучить характер бактерий, содержащихся в десневой и ротовой жидкости, зубных отложениях, с определением ДНК данных бактерий.

Изложенное выше свидетельствует о том, что научные исследования, направленные на проведение одновременного анализа нескольких видов патологий органов и тканей полости рта в зависимости от соматического состояния организма у населения Республики Таджикистан, являются своевременными. Указанные обстоятельства определяют актуальность и значимость проведения настоящего исследования.

Степень разработанности темы исследования. По данным литературы [Асиятилов Г.А., 2009], в общем объеме ротовой жидкости 31% составляет секрет малых слюнных желез (МСЖ). Отмечено [Афанасьев В.В. с соавт., 2008], что протоки МСЖ могут выполнять функцию ворот энергии антигена полости рта, а поступление части ферментов в ротовую жидкость осуществляется из МСЖ. Анализ клинических данных показал стойкие нарушения функции МСЖ, обусловленные уменьшением их количества, морфологической перестройкой тканей, что подтверждает тесную связь функции МСЖ с желудочно-кишечным трактом [Давыдов Б.Н. с соавт., 2015]. Однако в сообщениях отечественных и зарубежных авторов мы не нашли отражения данных о топографии и количестве МСЖ верхней и нижней губы у лиц с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от общего состояния организма.

Заболевания слизистой оболочки полости рта и системные болезни имеют общие факторы риска такие, как плохая гигиена, нерациональное питание, курение и генетическая предрасположенность. Красный плоский лишай и лейкоплакия слизистой оболочки полости рта - частое предраковое заболевание, отличающееся торпидностью к лечению, частыми рецидивами и уровнем злокачественной трансформации в пределах от 0,4 до 6,5% [de Sousa F.A. et al., 2009; Berx G. et al., 2010; Georgacopoulou E.A. et al., 2012; Yong D.U. et al., 2015]. Экспрессия Е-кадгерина при атипичном красном плоском лишае и лейкоплакия слизистой оболочки полости рта варьировали от нормальной до едва выраженной с наибольшим снижением при атрофической и эрозивно-язвенной формах [Du Y. et al., 2015; Pigatti F.M. et al., 2015]. Проанализировав доступную литературу, следует отметить, что выполненные работы в указанном аспекте у пациентов с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от общего состояния организма отсутствуют, и решение этой задачи является одним из фрагментов настоящего исследования.

Цель работы. Повышение качества стоматологической помощи при одновременном анализе закономерностей развития кариозных и некариозных поражений, аномалий зубов и окклюзионных дефектов, патологии пародонта и слизистой полости рта в зависимости от общего состояния организма.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту сочетанной стоматологической патологии у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями и без таковых.

2. Оценить значение индекса хронioseптического очага инфекции у больных с сочетанной патологией органов и тканей полости рта.

3. Провести количественно-топографическую оценку малых слюнных желез губ у соматических больных и здоровых пациентов с сочетанной стоматологической патологией.

4. Оценить эффективность алгоритмизированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий при сочетанном проявлении хронического пародонтита и лейкоплакии слизистой оболочки полости рта у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией.

5. Провести скрининговую иммунологическую оценку среды полости рта у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией.

6. Исследовать условно-патогенные микроорганизмы и разные суббиотопы полости рта при сочетанном стоматологическом поражении в зависимости от общего состояния организма.

7. Разработать научно обоснованные алгоритмы профилактики и лечения сочетанных стоматологических заболеваний в зависимости от общего состояния организма.

Научная новизна исследования. Впервые проводилась единовременная оценка сочетанного поражения органов и тканей полости рта при разнонаправленных межсистемных нарушениях. Установлено соответствие стоматологического статуса соматических больных с сочетанными поражениями органов и тканей полости рта санационным критериям. Впервые стоматологические симптомокомплексы сочетанных форм патологических процессов в органах и тканях полости рта изучены с учетом их иммунологических, суббиотопических и межсистемных закономерностей.

Среди обследованного контингента больных впервые проводилась взаимодетерминирующая оценка между степенью тяжести сочетанных стоматологических поражений и наличием разнонаправленного межсистемного нарушения в организме. У лиц с неблагоприятным соматическим фоном устанавливались факторы риска, повышающие вероятность возникновения сочетанных патологических процессов полости рта для алгоритмизации лечения и профилактики стоматологической заболеваемости.

Впервые проводилась скрининговая иммунологическая оценка ротовой жидкости, иммунологической и колонизационной резистентности тканей и среды полости рта у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией. Были изучены ассоциированные закономерности иммунологических и дисбиотических нарушений в разные суббиотопы полости рта при сочетанном стоматологическом поражении в зависимости от общего состояния организма.

Теоретическая и практическая значимость работы. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» на тему

«Оптимизация диагностики и лечения сочетанных стоматологических заболеваний у соматических больных» (номер государственной регистрации 0121ТJ1143). Результаты проведенного исследования являются теоретической основой для разработки принципиально новых подходов к алгоритмизации лечения сочетанной стоматологической патологии в зависимости от общего состояния организма.

Установление взаимосвязей стоматологических заболеваний с разнонаправленными межсистемными нарушениями может быть определяющим при проведении системного анализа, алгоритмизации лечения и профилактики вышеупомянутых заболеваний полости рта в зависимости от общего состояния организма, способствуя разработке дополнительных рекомендаций по профилактике, прогнозу и комплексному лечению сочетанных стоматологических заболеваний.

Изучение особенностей развития сочетанных стоматологических заболеваний при разнонаправленных межсистемных нарушениях дает фундаментальную основу для разработки дифференцированных лечебно-профилактических программ органов и тканей полости рта. Полученные результаты способствуют не только разработке, апробации и внедрению основополагающих принципов системной профилактики сочетанных стоматологических заболеваний, но и установлению дополнительных рекомендаций по их прогнозу и комплексному лечению в условиях существования разнонаправленных межсистемных нарушений.

Результаты работы позволяют обосновать содержание мероприятий, направленных на более качественное и рациональное лечение сочетанной стоматологической патологии в зависимости от общего состояния организма. Одновременное установление уровня карисологического, некарисологического, аномального, пародонтологического и мукологического статусов в зависимости от общего состояния организма дает объективную основу для разработки дифференцированных лечебно-профилактических программ стоматологического характера.

Методология и методы исследования. Диссертация выполнена в соответствии принципами и правилами доказательной медицины. При выполнении данного исследования использовали комплексные методы, включающие: методику применения тромбоцитарной аутологичной плазмы в комплексной терапии генерализованного пародонтита у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией; методику выявления и подсчета функционирующих малых слюнных желез губ у больных с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от общего состояния организма; методику критериальной оценки хронioseптического очага инфекции полости рта у пациентов с сочетанной стоматологической патологией; методику определения выраженности признаков остеопороза в альвеолярной кости у больных с сочетанной патологией органов и тканей полости рта; методику определения секреторного иммуноглобулина А и сывороточных иммуноглобулинов А и G

в ротовой жидкости у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией; методику гистологического исследования забор биопсийного материала у пародонтологических больных с сочетанной стоматологической патологией; методику исследования микробной колонизации десны и содержимого пародонтальных карманов у пациентов с сочетанной стоматологической патологией; метод дифференциальной диагностики атипичного красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, лейкоплакии и плоскоклеточного рака той же локализации у больных с сочетанной стоматологической патологией.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Сводные данные по структуре интенсивности кариеса зубов, патологии пародонта, слизистой оболочки полости рта и показателей уровня оказанной кариенологической и пародонто-мукологической помощи у соматических пациентов с сочетанной стоматологической патологией свидетельствуют о значительных недостатках в оказании соответствующей помощи, в результате чего наблюдается серьезное неблагополучие в стоматологическом здоровье обследованных лиц.

2. Тяжесть поражения зубов, структурных единиц тканей пародонта и слизистой полости рта зависит от общего состояния организма: у соматических больных с сочетанной патологией полости рта отмечено большее число множественных поражений зубов, тяжелых форм пародонто-мукологической патологии и хроничесептических очагов стоматогенного характера, чем у соматически здоровых лиц с сочетанной стоматологической патологией.

3. У соматических больных с сочетанной стоматологической патологией наблюдаются типичные нарушения состояния зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта, требующие внедрения алгоритмизированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

4. Комплексная диагностика сочетанных стоматологических заболеваний в зависимости от общего состояния организма обеспечивает возможность уточнения механизмов патогенеза этих заболеваний и даёт обоснование алгоритмизированного комплекса лечебно-профилактической тактики.

5. Количественно-топографические показатели функционирования малых слюнных желез губ коррелируют с общим состоянием организма пациентов с сочетанной стоматологической патологией, и могут служить диагностическим маркером стадии соматического заболевания.

6. Установлена целесообразность сочетанного применения естественных факторов роста, средств с иммуностимулирующими, противовоспалительными, противомикробными и иммуномоделирующими свойствами в алгоритмизированном комплексе лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у пациентов с сочетанной патологией полости рта.

7. Использование алгоритмизированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера обеспечивает длительную ремиссию воспалительного процесса в пародонто-

мукологическом комплексе, стабилизацию деструктивного процесса в альвеолярной ткани и восстановление костной ткани межальвеолярной перегородки, а также приводит к позитивным сдвигам показателей местной иммунной защиты и микробной обсемененности полости рта по сравнению с исходными величинами у пациентов с сочетанной стоматологической патологией.

Достоверность и обоснованность результатов исследования. Достоверность полученных в ходе исследования данных, установленных научных фактов и закономерностей подтверждается использованием современных клинических, иммунологических, микробиологических и статистических методов исследования.

Внедрение результатов исследования. Методы и результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую практику и применяются на стоматологическом приеме в государственных (УКЦ «Стоматология», ГСП, ОСП г. Худжанд) и негосударственных (ООО «Раддод», ООО «Smile», ООО «Стоматолог», ООО «ОилаДент») стоматологических учреждениях г. Душанбе. Методологический подход к разработке дифференцированных способов и повышение эффективности лечения сочетанных стоматологических заболеваний с учетом разнонаправленных межсистемных нарушений внедрены в практическую деятельность стоматологических учреждений гг. Душанбе и Худжанда. Результаты исследования используются на лекциях и практических занятиях со слушателями и ординаторами кафедры терапевтической и ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, а также на лекциях и семинарах, проводимых в ТГМУ им. Абуали ибни Сино со студентами, ординаторами и аспирантами.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы были апробированы и получили одобрение на годичных научно-практических конференциях ГОУ ИПОвСЗ РТ с международным участием (Душанбе, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021); ежегодных семинарах Национального патентно-информационного центра Республики Таджикистан (2018, 2019, 2021); годичных научно-практических конференциях ТГМУ им. Абуали ибни Сино (2020, 2021, 2022); годичной конференции Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы (ТО МАНВШ) (2021). Материалы диссертационной работы также доложены на заседаниях Межкафедрального экспертного совета ГОУ ИПОвСЗ РТ по стоматологическим дисциплинам (2020, 2021). Диссертационная работа апробирована на межкафедральном экспертном совете по стоматологическим дисциплинам ГОУ ИПОвСЗ РТ (2021).

Личный вклад соискателя. Все данные, приведенные в тексте работы, получены автором лично. Автором лично осуществлена постановка целей и задач исследования, произведен литературный поиск и подробно изложены вопросы разрабатываемой проблемы диагностики сочетанной стоматологической патологии в зависимости от общего состояния организма. Автором были осуществлены оценка кариозного, некариозного, пародонтологического и мукологического статуса, составление и заполнение разработанных для настоящей работы карт и анкет, проведение объективных клинико-индикационных,

рентгенологических и иммуно-микробиологических обследований. Кроме того, им произведены обработка полученного цифрового материала с использованием методов вариационной статистики, анализ и обобщение полученных данных, написаны научные работы по теме исследования, оформлена рукопись диссертации.

Публикации. По результатам диссертационного исследования опубликовано 61 печатная работа, из них 18 публикаций в научных журналах, которые включены в перечень Высшей аттестационной комиссии Министерства науки и высшего образования Российской Федерации для опубликования материалов диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а также 2 монографии, 13 учебно-методических изданий. Получены 5 рационализаторских предложений.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 233 страницах, состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, 4-х глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Текст диссертации иллюстрирован 40 рисунками, содержит 35 таблиц. Библиография включает 234 источника, из них 165 - отечественных и 69 - иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Обследованию подверглись 987 соматических (основная группа) и 456 больных без соматической патологии (контрольная группа) с сочетанной стоматологической патологией в возрасте от 20 до 60 лет и старше. Методика клинико-ретроспективного и рентгенологического исследования стоматологического статуса соответствовала рекомендациям профессора А.В. Алимского (2012). Для оценки состояния органов и тканей полости рта применялись специальные индексы: пародонтальный индекс (PI по Russel); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА в модификации Parma); индекс кровоточивости десневой борозды (Muhlemann, %); индекс гингивита GI (H. Loe, J. Silness, 1964), указывающий на локализацию и тяжесть гингивита; глубины зондирования (мм) для установления степени деструктивных изменений кости альвеолярного отростка.

Для выяснения общего состояния здоровья стоматологические пациенты с сочетанной стоматологической патологией были обследованы терапевтом, кардиологом, урологом, гастроэнтерологом, эндокринологом и оториноларингологом. При изучении общего состояния соматических больных с сочетанной стоматологической патологией выяснилось, что нарушения сердечно-сосудистой системы были у 218 (22,1%), заболевания носоглотки – у 262 (26,5%), легких и верхних дыхательных путей – у 111 (11,3%), почек – у 128 (12,9%), эндокринной системы – у 122 (12,4%) и желудочно-кишечного тракта – у 146 (14,8%) пациентов (рис. 1).

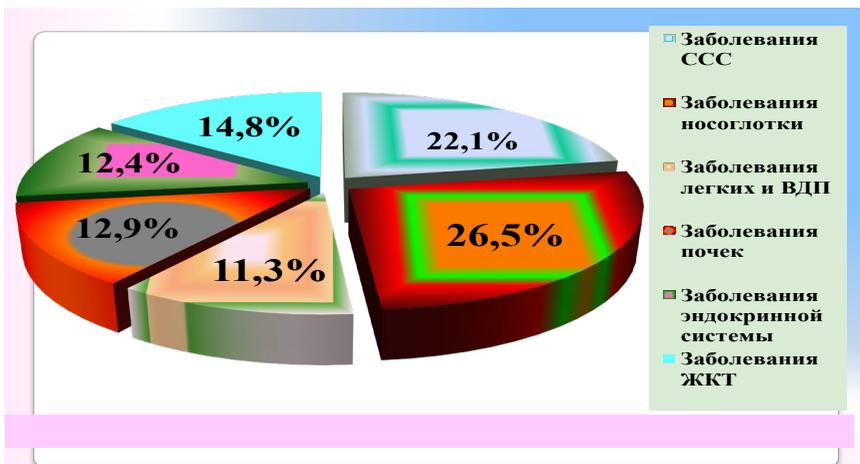


Рисунок 1. – Распределение соматических больных в зависимости от патологии внутренних органов и систем

Ретроспективно были проанализированы данные обследования 338 больных красным плоским лишаем, получавших стационарное лечение. В работе также были использованы 36 гистологически верифицированных биоптатов больных с атипичным красным плоским лишаем (аКПЛ), лейкоплакией слизистой оболочки полости рта и плоскоклеточным раком полости рта. В том числе 16 больных аКПЛ слизистой оболочки полости рта (в 6 случаях представленным эрозивно-язвенной, в 5 - гипертрофической, в 3 - экссудативно-гиперемической, в 2 – атрофической формами), 13 лейкоплакией, 7 плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта.

Клиническая часть исследования представляла собой анализ собственного материала. В период с 2018 по 2021 гг. из общего числа соматических больных с сочетанной стоматологической патологией (987 человек), было отобрано 280 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет и старше с целью реализации алгоритмизированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера. В обследованном контингенте женщин было больше (162; 57,9%), чем мужчин (118; 42,4%).

Основным критерием включения в исследование считалось одновременное наличие множественной патологии полости рта кариесологического и некариесологического, пародонто-мукологического характера среди обследованного контингента. Для установления диагноза, определения тактики лечения, объема восстановительно-реставрационной терапии, пародонтологического и мукологического вмешательства, анализа ближайших и отдаленных результатов была разработана карта, по которой всем больным проводили клиническое обследование, включающее сбор жалоб, анамнестических дан-

ных, оценку состояния челюстно-лицевой области в целом, зубных рядов, челюстей, слизистой оболочки полости рта.

Среди пациентов с сочетанной патологией полости рта разработан и внедрен дифференцированный алгоритмизированный комплекс лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера. При наличии кариесологических поражений реализована восстановительно-реставрационная терапия с использованием композитных материалов. Лечебно-профилактические мероприятия некариозных поражений, имея дифференцированный характер, включали в себя проведение восстановительно-реставрационной и реминерализующей терапии

У пациентов с сочетанной стоматологической патологией и наличием у них хронического очагового и генерализованного пародонтита средней и тяжелой степеней с целью повышения эффективности комплексного пародонтологического лечения нами предложено использование тромбоцитарной аутоплазмы, которая вводилась в область переходной складки хронического очага инфекции.

В комплекс пародонто-мукологического лечения также была включена антибактериальная терапия. В качестве иммунокорректирующей терапии остановили свой выбор на иммуностропном средстве «Ликопид». Среди обследованных лиц с целью антибактериальной профилактики использовали препарат цефтибутен в дозе 400 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Эффективность комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера оценивали по данным клинкорентгенологического, иммунологического обследования и динамике бактериальной обсемененности околозубных тканей.

Состояние местного иммунитета ротовой полости оценивали по содержанию в смешанной слюне секреторного иммуноглобулина А, сывороточных иммуноглобулинов А и G. Определение sIgA в слюне осуществлялось с помощью наборов реагентов sIgA-ИФА-БЕСТ-стрип методом иммуноферментного анализа. IgA и IgG в смешанной слюне определяли с использованием диагностических моноспецифических сывороток против IgA и IgG человека по методике радиальной иммунодиффузии.

Для контроля влияния комплексного лечения на микробиоценоз полости рта были проведены микробиологические исследования. Такое исследование включало выделение микрофлоры с поверхности слизистой оболочки околозубных тканей и идентификацию выделенных бактерий с использованием техники анаэробного культивирования. Взятие материала осуществляли до обработки (определение исходного микробиологического фона для контроля последующего устранения вирулентных штаммов) и после окончания курса стоматологического лечения.

Обработку результатов исследования проводили с использованием методов математической статистики. Во всех сериях опытов определяли среднее

арифметическое (M), ошибку среднего (m) и достоверность различий (P) средних величин оценивали с помощью критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении стоматологического статуса у обследованных пациентов с сочетанной стоматологической и соматической патологией (987 человек) зубочелюстные аномалии выявлены у 584 (59,2%) пациентов. Среди них с зубочелюстными аномалиями (584 человека) аномалии положения зубов обнаружены у 144 (24,7%) больных, скученность зубов – у 249 (42,6%), прогнатия – у 19 (3,3%), прогения – у 11 (1,9%), глубокое резцовое перекрытие – у 56 (9,6%), нарушение преддверия полости рта – у 23 (3,9%), аномальное приращление уздечек губы – у 82 (14,0%).

От общего количества обследованных лиц с аномалиями зубочелюстной системы (584 чел.) у 144 (24,7%) из них диагностировано дистальное соотношение первых моляров, тогда как мезиальное соотношение названных моляров обнаружено у 60 (10,3%) больных с сочетанной стоматологической и соматической патологией. Перечисленные соотношения зафиксированы соответственно у 17 (12,7%) и 6 (4,5%) пациентов с отсутствием у них внутрисистемных нарушений.

Одна из вышеназванных разновидностей соотношения моляров имела место у обследованных основной группы (с сочетанными стоматологическими и соматическими заболеваниями) - с аномалиями прикуса. Так, среди 584 наблюдаемых нами пациентов у 77 (13,2%) был выявлен дистальный тип прикуса, у 39 (6,7%) пациентов – мезиальный тип, у 34 (5,8%) пациентов – перекрестный тип, а у 25 (4,3%) пациентов был установлен открытый тип прикуса. Стоит отметить, что обе наблюдаемые группы пациентов были сопоставимы между собой по частоте встречаемости указанных выше аномалий.

При более тщательном анализе аномалий положения зубов в зависимости от общего состояния организма были выявлены определенные различия у лиц с сочетанной стоматологической и соматической, а также сочетанной стоматологической патологией при отсутствии у них разнонаправленных межсистемных нарушений. Полученные материалы приведены в таблице 1.

Таблица 1. – Распространенность аномалий положения зубов у больных с сочетанной стоматологической патологией при наличии и отсутствием разнонаправленных межсистемных нарушений

Соматическая патология	Аномалия положения зубов, %						
	вестибулярное	небное	мезиальное	тортоаномалия	трема	диастема	скученность
Имеется	6,7±1,1	6,5±1,1	3,3±0,6	5,1±0,9	8,2±1,2	7,1±1,1	17,9±1,8
Не имеется	6,6±0,8	6,2±1,0	2,9±0,6	4,7±0,8	7,9±1,2	6,7±1,1	16,4±1,7
В среднем	6,7±1,0	6,4±1,1	3,1±0,6	4,9±0,9	8,1±1,2	6,9±1,1	17,2±1,8

Из аномалий положения зубов наиболее чаще встречались скученность зубов (соответственно $17,9 \pm 1,8\%$ и $16,4 \pm 1,7\%$). У соматических больных и без наличия таковой несколько реже встречались тремы (соответственно $8,2 \pm 1,2\%$ и $7,9 \pm 1,2\%$) и диастемы (соответственно $7,1 \pm 1,1\%$ и $6,7 \pm 1,1\%$). Среди обследованных также выявлены пациенты с другими аномалиями положения зубов: вестибулярное (соответственно $6,7 \pm 1,1\%$ и $6,6 \pm 0,8\%$); небное (соответственно $6,5 \pm 1,1\%$ и $6,2 \pm 1,0\%$); мезиальное положение (в $3,3 \pm 0,6\%$ и $2,9 \pm 0,6\%$ случаев); тортоаномалия (в $5,1 \pm 0,9\%$ и $4,7 \pm 0,8\%$ случаев) (рис. 2).

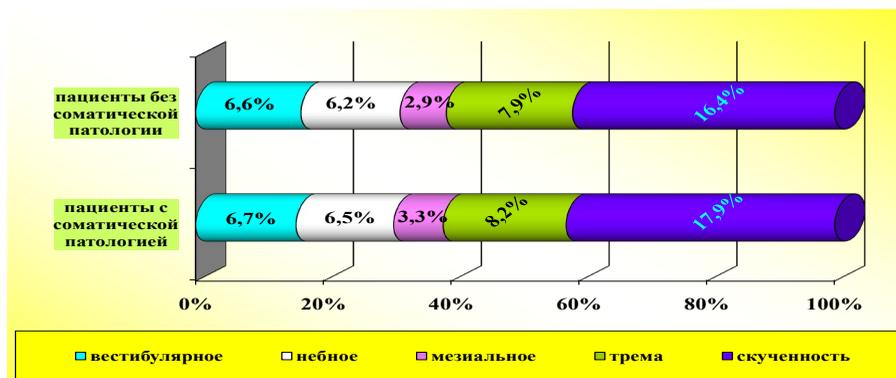


Рисунок 2. – Частота встречаемости аномалии положения зубов у больных с сочетанной стоматологической патологией при наличии и отсутствии разнонаправленных межсистемных нарушений

У больных с сочетанной стоматологической и соматической патологией на первом месте из аномалий числа и размера находилась такая патология, как адентия - $2,93 \pm 0,73\%$ в группе пациентов с соматической патологией и $2,12 \pm 0,61\%$ в группе пациентов без соматической патологии, что в среднем составляет $2,53 \pm 0,67\%$. Микроадентия встречалась у $1,85 \pm 0,54\%$ больных с сочетанной стоматологической и соматической патологией и $1,88 \pm 0,51\%$ у больных без соматической патологии. Гипердентию выявили только у лиц с соматической патологией ($1,31 \pm 0,05\%$), макроадентия также несколько чаще встречалась у больных с сочетанной стоматологической и соматической патологией ($1,88 \pm 0,57\%$), чем у лиц без внутрисистемного нарушения ($1,37 \pm 0,46\%$) при среднем значении $1,63 \pm 0,52\%$.

Во всех случаях у пациентов с сочетанными заболеваниями ротовой полости рта средние показатели индекса КПУз составили $16,4 \pm 0,39$. При этом отмечались некоторые различия в возрастных группах, так, в группах пациентов 20-29-, 30-39-, 40-49-, 50-59 лет и старше 60-лет данный индекс в среднем составлял $8,89 \pm 0,25$, $11,3 \pm 0,19$, $17,8 \pm 0,37$, $20,3 \pm 0,52$ и $23,7 \pm 0,63$ пораженных зубов, соответственно (табл. 2).

Таблица 2. - Повозрастные показатели интенсивности кариесологического поражения у лиц с сочетанной патологией полости рта в зависимости от общего состояния организма (в среднем на одного обследованного)

Пациенты	Интенсивность кариеса зубов (КПУз)					В среднем
	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и >	
ССиСп	11,4±0,28	15,0±0,26	19,5±0,40	22,2±0,61	26,2±0,70	18,9±0,45
ССбСн	6,38±0,22 p<0,01	7,65±0,12 p<0,001	16,1±0,33 p<0,001	18,4±0,42 p<0,001	21,1±0,55 p<0,001	13,9±0,33 p<0,001
Всего	8,89±0,25	11,3±0,19	17,8±0,37	20,3±0,52	23,7±0,63	16,4±0,39

Значительную информационную ценность для планирования и выбора тактики оказания стоматологической помощи представляют показатели, отражающие структуру поражения кариозным процессом зубов у пациентов с сочетанной патологией полости рта в зависимости от общего состояния организма. Согласно полученным данным, несмотря на то, что уровень интенсивности кариозного поражения зубов является средним, структуру КПУз у пациентов с соматическими заболеваниями в сочетании с патологиями полости рта нельзя считать благоприятной, что обусловлено, в первую очередь, большим числом удаленных зубов. В возрастной группе пациентов от 20 до 29 лет данный показатель находился в среднем на уровне 7,19±0,17, что составляет 63,1% в общей структуре КПУз (11,4±0,28).

Согласно полученным результатам, в возрастной группе пациентов 30-39-лет в общей структуре КПУз доля удаленных зубов составляет 73,3%, а при расчете на 1 больного их средний удельный вес составляет 11,0±0,22. В возрастных группах 40-49-, 50-59-летних больных и свыше 60 лет данные показатели соответствовали значениям 82,6% (19,5±0,40), 86,5% (22,2±0,61) и 83,2% (26,2±0,71).

Показатели по компонентам «К», «Р», «Х», «П» и «У» в группе 20-29-летних лиц с наличием соматических заболеваний в сочетании со стоматологическими заболеваниями соответствовали значениям 0,53%, 12,5%, 23,5%, 0,26% и 63,1%. Эти показатели в возрастной группе 30-39 летних пациентов с сочетанной патологией полости рта и наличием общесоматических заболеваний показатели вышеуказанных компонентов соответствовали значениям 4,67%, 0,20% и 73,3%

При изучении отдельных компонентов интенсивности зубного кариеса у пациентов возрастной категории 40-49 лет с заболеваниями ротовой полости в сочетании с общесоматическими патологиями удельный вес удаленных зубов составил 82,6%, при этом отмечались более высокие показатели по компонентам «Р» (7,28%) и «Х» (10,4%), чем в группе пациентов 50-59 лет, где эти показатели составили 3,51% и 9,95%, соответственно. В возрастной группе пациентов свыше 60 лет показатели по компонентам «Р», «Х» и «У» составили 1,18%, 15,6% и 83,2%, соответственно.

В целом, среднецифровые значения составляющих элементов интенсивности кариеса у соматических больных с сочетанной патологией полости рта для элемента «К» составили 0,32%, для элемента «Р» - 4,92%, для элемента «Х» - 15,1%, для элементов «П» и «У» соответственно 0,16% и 79,9% (рис. 3).

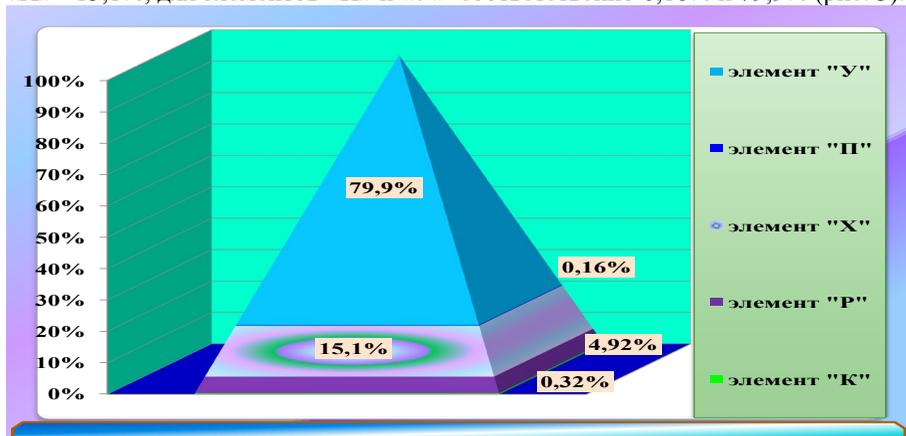


Рисунок 3. – Усредненное значение составляющих компонентов интенсивности кариеса зубов у соматических больных с сочетанной патологией полости рта

Среди обследованных групп пациентов были выявлены некариозные поражения зубов в виде клиновидных дефектов и гиперестезии зубов. Клинические исследования нами проведены по классической схеме. Проведенный анализ у 987 соматических больных с сочетанной стоматологической патологией (ССП) и у 456 больных ССП без внутрисистемного поражения показал, что значение распространенности клиновидных дефектов составляет соответственно 5,68% и 2,86%. Среди осмотренных пациентов распространенность гиперестезии зубов составила 73,8% и 33,2% соответственно.

Исходя из полученных данных становится очевидным, что с увеличением возраста, независимо от наличия внутрисистемной патологии, в определенной степени возрастает удельный вес некариозных поражений зубов. Так, у 20-29-летних соматических пациентов с сочетанной патологией полости рта усредненное значение клиновидного дефекта составляет 0,57%, у 30-39-летних пациентов этот показатель составил 0,70%, в группе пациентов 40-49 и 50-59 лет этот показатель соответствовал значениям 0,84% и 1,90%, а в возрастной группе пациентов свыше 60 лет - 1,67%.

Результаты исследования свидетельствуют о наличии корреляционной связи между клиновидными дефектами зубов и наличием сопутствующей патологии (рис. 4).

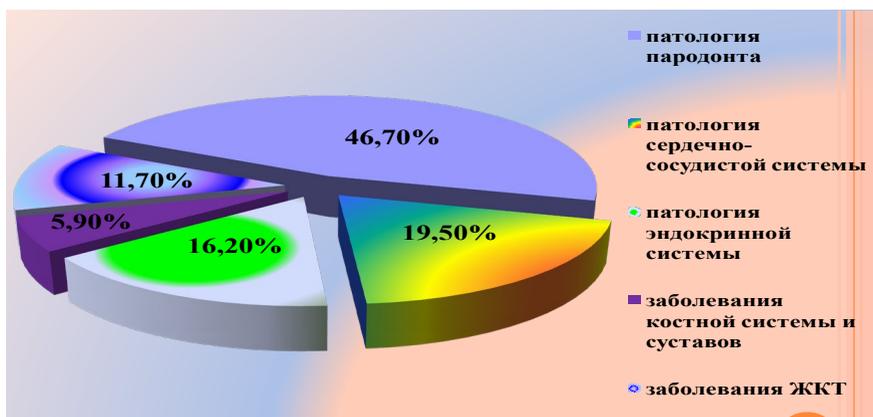


Рисунок 4. – Структура сопутствующей патологии, встречающейся у пациентов с клиновидными дефектами зубов

В 46,7% случаев у больных с наличием клиновидных дефектов наблюдались и заболевания пародонта, в 19,5% случаев у пациентов имелись патологии сердечно-сосудистой системы, несколько реже отмечалось наличие сопутствующих заболеваний эндокринной системы (16,2%), опорнодвигательного аппарата (5,9%) и пищеварительного тракта (11,7%).

Распространенность сочетанных заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта у пациентов в зависимости от общего состояния организма в литературе освещена мало. В связи с этим мы изучили распространенность одномоментного поражения пародонта и слизистой оболочки полости рта у взрослого населения в сочетании со стоматологической патологией при наличии и отсутствии внутрисистемного нарушения (табл. 3).

Таблица 3. - Распространенность сочетанного поражения пародонта и слизистой оболочки полости рта у соматических больных (в %)

Возраст, годы	Число обследованных	Гингивит	Пародонтит	Пародонтоз	Заболевания СОПР	Лиц с интактным пародонтом и СОПР
20 – 29	143	36,0±3,17	14,1±1,52	-	9,10±1,02	40,8±1,90
30 – 39	167	42,9±4,13	36,4±3,13	0,24±0,06	10,8±1,11	9,66±1,34
40 – 49	189	35,3±4,17	49,7±4,61	0,38±0,07	11,6±1,82	3,02±0,14
50 – 59	210	24,5±3,10	55,1±5,03	1,52±0,63	12,9±2,03	5,98±1,19
60 и >	278	8,15±1,33	50,7±4,77	-	15,8±2,18	25,4±3,18
Всего	987	29,4±3,18	41,2±3,81	0,71±0,25	12,0±1,63	16,9±1,55

В целом, у соматических больных усредненное значение распространенности гингивита, пародонтита, пародонтоза и патологии слизистой оболочки полости рта составило соответственно 29,4% (290 чел.), 41,2% (407 чел.), 0,71% (7 чел.) и 12,0% (117 чел.). Среди обследованных лиц значение интакт-

ного состояния пародонта и слизистой полости рта составило 16,9% (166 чел.) (рис. 5).

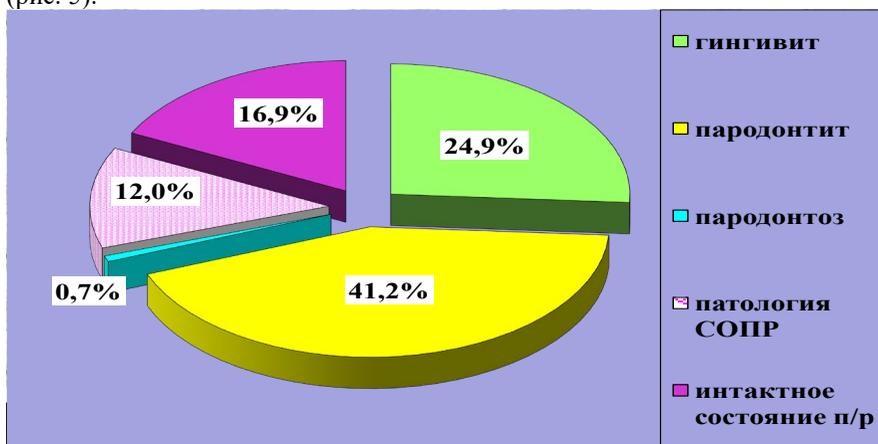


Рисунок 5. – Усредненное значение распространенности патологии пародонта и слизистой оболочки полости рта у соматических больных

У всех обследованных стоматологических пациентов без внутрисистемного нарушения в среднем частота гингивита, пародонтита, пародонтоза и патологии слизистой оболочки полости рта составила $25,6 \pm 2,05\%$, $30,7 \pm 3,09\%$, $1,84 \pm 0,50\%$ и $2,63 \pm 0,78\%$ при наличии интактного пародонта и слизистой полости рта со значением $39,3 \pm 3,70\%$.

При структуризации воспалительно-дистрофических форм поражения пародонта у соматических больных (987 человек) изучаемая патология распределялась следующим образом: хронический гингивит обнаружен у $29,4 \pm 3,18\%$ (290 человек), из которых у $71,4\%$ (207 человек) - катаральный, у $20,0\%$ (58 человек) - гипертрофический, у $2,1\%$ (6 человек) - язвенно-некротический и у $6,5\%$ (19 человек) - атрофический гингивит. Хронический пародонтит отмечен у $41,2 \pm 3,81\%$ (407 человек) обследованных соматических больных с сочетанной патологией органов и тканей полости рта при структурном распределении выявленной патологии очагового (62 чел., $15,2\%$) и генерализованного (323 чел., $79,4\%$) характера. В остальных случаях ($3,7\%$, 15 человек) среди обследованных лиц не были зафиксированы воспалительно-дистрофические изменения в структурных единицах тканей пародонта.

У пациентов с легкой и среднетяжелой формой хронического пародонтита в сочетании с другими стоматологическими заболеваниями чаще наблюдались такие проявления, как отек десны и слизистой ротовой полости, появление застойной гиперемии диффузного характера, образование отдельных зубодесневых карманов глубиной не более 5 мм с наличием экссудата серозного или серозно-гнойного характера, формирование пародонтальных абсцессов. В группе пациентов с тяжелой формой данной патологии преобладали такие

проявления как гиперемия десны диффузного характера с наличием значительного отека (97,8%), образование множественных зубодесневых карманов глубиной свыше 5-6 мм с наличием экссудата серозно-гнойного характера, появление грануляций, формирование пародонтальных абсцессов, а также шаткость зубов II-III степени.

Показатели распространенности признаков поражения пародонтальных тканей согласно индексу нуждаемости в проведении терапии пародонтальных патологий у исследуемой категории пациентов в возрасте от 20 до 60 лет и выше приведены в табл. 4.

Таблица 4. - Распространённость пародонтальных признаков по индексу нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией

Структурные показатели индекса CPITN	Боковой отдел справа		Фронтальный отдел		Боковой отдел слева		В среднем	
	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%
CPITN = 0	268	38,1	205	29,1	234	33,2	236	33,5
CPITN = 1	486	69,1	462	65,6	470	66,8	473	67,2
CPITN = 2	459	65,1	634	90,0	452	64,2	514	73,1
CPITN = 3	36	5,1	32	4,6	34	4,8	34	4,8
CPITN = 4	0	0	0	0	14	2,0	2,0	2,0

Согласно представленным в таблице данным, среди пациентов с соматической патологией в сочетании с заболеваниями полости рта, наличие интактного пародонта (CPITN = 0) в правых и левых боковых участках обеих челюстей отмечалось в 38,1% (268 пациентов) и 33,2% (234 пациентов) случаев, а в 29,1% (205 пациентов) случаев наличие интактного пародонта наблюдалось во фронтальных участках. Несколько чаще наблюдалось наличие десневой кровоточивости – в 69,1%, 66,8% и 65,6% случаях, соответственно. Наличие зубных камней над и под десной в указанных сегментах челюстей также встречалось чаще – в 65,1%, 64,2% и 90,0% случаях, соответственно, что указывало на более выраженное поражение пародонтальных тканей.

Заметно реже наблюдались случаи наличия у данной категории пациентов пародонтальных карманов глубиной до 4-5 мм и свыше 6 мм (в 4,8% и 2,0% случаев), что по нашему мнению, может быть обусловлено удалением зубов с наличием глубоких зубодесневых карманов и перирадикулярных инфекционных очагов.

У пациентов с генерализованным воспалительным поражением пародонта наиболее часто наблюдались трещины в области губ и уголков рта, а также наличие десквамативного глоссита. Характер и выраженность патологических изменений в слизистой ротовой полости в основном зависели от характера и течения основного межсистемного заболевания. Наиболее выраженные пато-

логические изменения в слизистой ротовой полости отмечались у пациентов с тяжелой формой генерализованного пародонтита и сложными внутрисистемными расстройствами.

У лиц без межсистемного нарушения с сочетанной стоматологической патологией визуализировано незначительное количество исключенных пародонтальных сегментов в боковых отделах верхней челюсти справа и слева (соответственно 3,3% и 2,8%) при усредненном значении 0,4% во фронтальном сегменте верхней челюсти. Среднецифровое значение CRITN-X в соответствующих сегментах нижней челюсти составило 6,2%, 5,7% и 2,4%. Среди пациентов без сопутствующей соматической патологии пародонтальные сегменты с глубиной зубодесневых карманов 6 мм и более (CRITN=4) практически не обнаруживаются в соответствующих сегментах верхней и нижней челюстей.

У соматических больных с сочетанной стоматологической патологией значение индекса хронического очага инфекции колебалось от 11 до 38 единиц. Среди всех наблюдаемых нами пациентов (n=704) низкие значения индекса хронического очага инфекции (6,3%) отмечались у 44 больных с сочетанной патологией органов и тканей полости рта, 81 (11,5%) – среднее количество очагов хронической инфекции. Среди 235 пациентов были диагностированы высокие (33,4%) и у 344 больных очень высокие показатели индекса хронического очага инфекции (48,8%) стоматогенного характера.

Полученные нами результаты позволяют отметить, что высокие и очень высокие показатели индекса хронического очага инфекции стоматогенного характера у соматических больных с сочетанной патологией органов и тканей полости рта (соответственно 33,4% и 48,8%) являются следствием наличия разнонаправленных межсистемных нарушений. В то же время среди пациентов без наличия сопутствующих соматических заболеваний аналогичной возрастной категории средние и высокие показатели вышеуказанного индекса были отмечены в 27,0% и 5,7% наблюдениях.

Изменения структуры костной ткани рентгенологически были отмечены у 50,4% (498 человек) обследованных лиц (41,2%; 407 чел. и 9,2%; 91 чел. соответственно с пародонтитом и гингивитом). Из этого числа разрушение кортикальных пластинок наблюдалось у 39,6%, очаги пятнистого остеопороза гребней – у 27,2%, деструкция межальвеолярных перегородок – у 5,3% и остеосклероз – у 3,2% обследованных соматических больных с сочетанной стоматологической патологией.

При изучении локализации воспалительного процесса в тканях пародонта у больных с сочетанной стоматологической и общесоматической патологией выяснилось, что чаще всего поражается пародонт в области нижних фронтальных функционально-ориентированных групп зубов (от 66,7% до 84,7%), затем в области резцов верхней челюсти (от 49,4% до 51,7%) и первых моляров обеих челюстей (от 29,5% до 36,2%).

При проведении динамических клинико-рентгенологических исследований на протяжении от 1 до 3 лет среди 96 соматических пациентов с сочетанным хроническим очаговым и генерализованным воспалительным поражением пародонта было определено, что в 79 (82,3%) случаях у пациентов с предполагаемым изначально остеопоротическим поражением фронтальных участков на верхней и нижней челюстях, спустя 14 месяцев были обнаружены очаги остеопороза в данных участках. К данному периоду наблюдения у 42 (43,8%) пациентов с предполагаемым наличием остеопоротического процесса, наличие определённого остеопороза было установлено лишь во фронтальных участках нижней челюсти. У других 54 (56,2%) больных спустя 24 и более месяцев выявленные исходно косвенные признаки наличия остеопоротического процесса в альвеолярной кости перешли в определённую форму остеопороза.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что у соматически здоровых пациентов с сочетанной патологией органов и тканей полости рта количество малых слюнных желез на нижней губе составило $75,5 \pm 3,8$ и оказалось в 1,5 раза больше, чем на верхней ($51,1 \pm 3,8$; $p < 0,001$). На верхней губе подавляющее число желез отнесено к IV порядку (самым мелким диаметром пятен секрета) – $31,3 \pm 3,3$ (61,3%) и их было достоверно больше ($p < 0,01$), чем следующих за ними по количеству желез III порядка со средним диаметром пятен секрета – $18,2 \pm 2,2$ (35,6%) и высоко достоверно ($p < 0,001$) больше, чем желез II порядка с большим диаметром пятен секрета – $1,6 \pm 0,9$ (3,1%) (рис. 6).



Рисунок 6. – Количественная оценка малых слюнных желез на верхней губе в зависимости от диаметра пятен секрета у соматически здоровых пациентов с сочетанной стоматологической патологией

Такие же соотношения малых слюнных желез выявлены у соматически здоровых пациентов с сочетанной стоматологической патологией и на нижней

губе, где преимущество оставалось за железами IV порядка – $51,5 \pm 2,4$ (в 58,2% случаев), которых было больше, чем желез III порядка – $22,9 \pm 3,1$ с встречаемостью в 30,3% случаев ($p < 0,001$) и II порядка – $1,1 \pm 0,4$ (10,5%).

При количественно-топографической характеристике малых слюнных желез губ у соматически здоровых пациентов с сочетанной стоматологической патологией выяснилось, что если общее количество желез на нижней губе оказалось больше, чем на верхней губе, то такое соотношение не наблюдалось между железами различного порядка на верхней и нижней губах, за исключением желез IV порядка, которых на нижней губе больше ($51,5 \pm 2,4$), чем на верхней ($31,3 \pm 3,3$; $p < 0,001$), а среднее количество желез III и II порядка на нижней губе достоверно не различалось с таковым на верхней.

Аналогичное исследование малых слюнных желез количественно-топографического характера также организовано при наличии сочетанной стоматологической патологии у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями. Работа в указанном аспекте позволяет отметить, что среди обследованных лиц была зафиксирована обратная картина в количественном отношении малых слюнных желез на верхней и нижней губах. Так, количество малых слюнных желез на нижней губы оказалось в 1,3 раза меньше, чем на верхней (соответственно $45,3 \pm 2,1$ и $58,9 \pm 2,5$). При этом подавляющее число малых слюнных желез на нижней губе мы отнесли к IV порядку ($33,3 \pm 3,2$), за ним последовали по количеству малые слюнные железы III ($10,8 \pm 1,4$) и II порядка ($1,2 \pm 0,4$) при их процентном значении 73,4%, 23,9% и 2,7% соответственно (рис. 7).

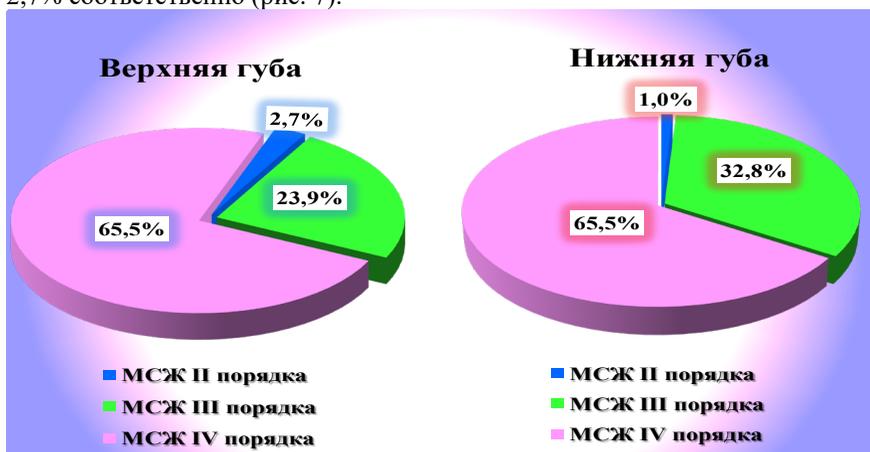


Рисунок 7. – Количественная оценка малых слюнных желёз на верхней и нижней губах в зависимости от диаметра пятен секрета у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией

Среди пациентов без соматической патологии и наличием сочетанной стоматологической патологии при пересчете количества малых слюнных желез на верхней и нижней губах на величину продуцируемого секрета установлено, что количество его на нижней губе ($13,6 \pm 0,6$ мг/мин) в 1,1 раза уменьшилось, чем таковое на верхней губе ($15,0 \pm 1,0$ мг/мин.; $p < 0,01$). У этих лиц на верхней губе железы IV и III порядка продуцируют почти одинаковое количество слюны – $7,3 \pm 0,4$ мг/мин (48,7%) и $7,2 \pm 0,3$ мг/мин (48,0 %), остальная часть выделительной функции ($0,5 \pm 0,1$ мг/мин; 3,3%) принадлежит железам II порядка.

Проанализировав ретроспективно данные обследования 338 больных с патологией слизистой оболочки полости рта в 2011 - 2020гг., получавших стационарное лечение, выяснили, что красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта выявлен у 81 (23,96%) пациента. При этом в 31 (38,27%) случаев среди данных пациентов была установлена гипертрофическая форма заболевания, в 23 (28,4%) случаях - пигментная форма заболевания, в 11 (13,58%) случаях установлена атрофическая форма заболевания, у 8 (9,88%) пациентов имелась фолликулярная форма данной патологии, в 3 (3,7%) случаях - усеченная, в 1 (1,23%) случае диагностирована буллезная форма, ещё в 1 (1,23%) случае - эритематозная форма, у 2 (2,47%) пациентов был установлен вульвовагинально-гингивальный синдром (ВГС), а в 1 (1,23%) случае был установлен синдром Гриншпана-Потекаева (рис. 8).

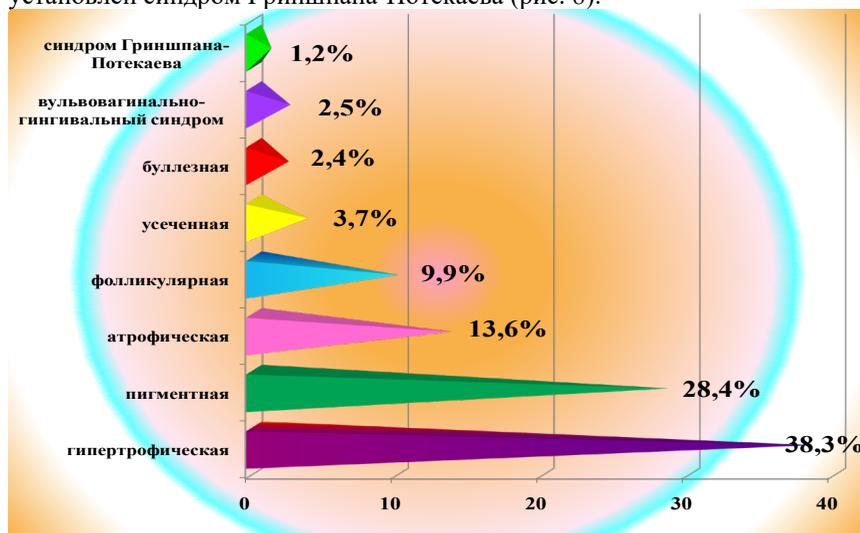


Рисунок 8. – Структуризация форм красного плоского лишая у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией, %

Результаты ретроспективного исследования показывают, что атипичная форма красного плоского лишая (аКПЛ) кожи в 45 (55,6%) случаях ассоции-

ровалась с КПЛ СОПР. Проведенная структурная оценка дала такие результаты: аКПЛ кожи в 10 (22,2%) случаях ассоциировался с типичной сетчатой формой КПЛ СОПР, а в 35 (77,8%) случаях - с атипичной формой КПЛ СОПР. При этом среди пациентов с атипичной формой КПЛ СОПР (35 пациентов), аКПЛ кожи в 17 (48,6%) случаях сочетался с гиперкератотическим, в 11(31,4%) - с эрозивно-язвенным, в 7 (20,0%) - с экссудативно-гиперемическим лишаем.

У стоматологических пациентов с сочетанной стоматологической патологией при аКПЛ СОПР во всех случаях наблюдалась экспрессия Е-кадгерина на мембранах пораженных клетках. При этом почти во всех случаях (в 1680 (98,8%) клетках) наблюдалось выраженное окрашивание клеточных мембран (рис. 9 и 10), и только в 20 (1,2%) клетках (у пациента с эрозивно-язвенной формой КПЛ и наличием диспластических изменений), экспрессия Е-кадгерина на мембранах пораженных клетках была менее значимой и была оценена как мембранно-редуцированная (частичное окрашивание клеточной мембраны).

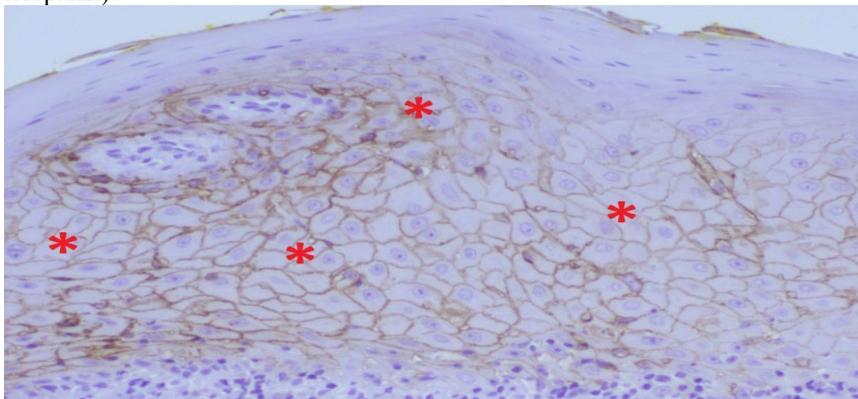


Рисунок 9. - Экссудативно-гиперемический красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта. Мембранная экспрессия Е-кадгерина (*). Иммуногистохимическая реакция с антителами к Е-кадгерину, ПАП-метод, докрашивание гематоксилином Майера, ув. X400

При веррукозной форме лейкоплакии наблюдалась экспрессия Е-кадгерин как на клеточной мембране, так и в клеточной цитоплазме, а в некоторых клетках наличие реакции не наблюдалось. Мембранный вариант экспрессии был отмечен в 3 наблюдениях, в 7 наблюдениях отмечалось сочетание мембранного варианта экспрессии с мембранно-редуцированным типом, в 1 наблюдении было отмечено наличие мембранного типа экспрессии в сочетании с мембранно-редуцированным типом и мембранно-цитоплазматическим вариантом экспрессии, ещё в 2 наблюдениях было отмечено наличие мем-

бранного типа экспрессии в сочетании с мембранно-редуцированным типом экспрессии при отсутствии иммунореактивности.



Рисунок 10. - Гиперкератотический красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта. Мембранная экспрессия E-кадгерина (*). Иммуногистохимическая реакция с антителами к E-кадгерину, ПАП-метод, докрасивание гематоксилином Майера, ув. X400

При исследовании начальных показателей уровня sIgA смешанной слюны у пациентов с легкими воспалительными поражениями пародонта в сочетании с другими стоматологическими и общесоматическими заболеваниями эти значения в группе лиц 20-29 лет составили $0,35 \pm 0,04$ г/л, в группе 30-39-летних пациентов - $0,37 \pm 0,03$ г/л, у 40-49-летних пациентов - $0,32 \pm 0,04$ г/л, у 50-59-летних пациентов - $0,35 \pm 0,04$ г/л, а у пациентов свыше 60 лет данный показатель составил $0,31 \pm 0,03$ г/л.

В группе пациентов со среднетяжелыми воспалительными поражениями пародонта в сочетании с другими стоматологическими и общесоматическими заболеваниями начальные показатели уровня sIgA смешанной слюны у 20-29-летних пациентов, а также у 30-39-, 40-49, 50-59-летних пациентов и свыше 60 лет соответствовали значениям $0,25 \pm 0,03$ г/л, $0,27 \pm 0,03$ г/л, $0,27 \pm 0,03$ г/л, $0,24 \pm 0,03$ г/л и $0,25 \pm 0,04$ г/л.

У пациентов с тяжелыми воспалительными поражениями пародонта в сочетании с другими стоматологическими и общесоматическими заболеваниями начальные показатели уровня sIgA смешанной слюны оказались несколько ниже, чем в других возрастных группах и составили, соответственно, $0,20 \pm 0,03$, $0,21 \pm 0,03$, $0,20 \pm 0,02$ и $0,21 \pm 0,03$ г/л.

Как свидетельствуют данные таблицы, у лиц с легкой степенью тяжести пародонтита исходное содержание уровня sIgA смешанной слюны по сравнению с пациентами, имеющими интактное состояние пародонта, в среднем было снижено в 1,6 раза. Значение исследуемого показателя у больных со средней и тяжелой степенью хронического пародонтита по сравнению с па-

циентами, имеющими интактное состояние пародонта, снизилось в 2,0 и 2,7 раза соответственно.

В группе пациентов с легкими формами воспалительного поражения пародонта в сочетании с другими стоматологическими заболеваниями и при отсутствии сопутствующих межсистемных расстройств среди 20-29- и 30-39-летних пациентов исходные показатели концентрации IgA в ротовой жидкости составили в среднем $0,43 \pm 0,05$ г/л и $0,40 \pm 0,04$ г/л, соответственно. В В группе 40-49-летних пациентов данной категории исходные показатели концентрации IgA в ротовой жидкости составили в среднем $0,37 \pm 0,04$ г/л, у группе 50-59-летних пациентов - $0,36 \pm 0,04$ г/л, а в возрастной группе пациентов свыше 60 лет данный показатель составил $0,34 \pm 0,04$ г/л.

При исследовании уровня концентрации IgA в ротовой жидкости у пациентов со среднетяжелыми воспалительными поражениями пародонта в сочетании с другими стоматологическими заболеваниями на фоне отсутствия внутрисистемных нарушений, эти показатели в соответствующих возрастных группах составили $0,36 \pm 0,04$ г/л, $0,36 \pm 0,04$ г/л, $0,34 \pm 0,03$ г/л, $0,30 \pm 0,03$ г/л и $0,28 \pm 0,04$ г/л, соответственно. В соответствующих возрастных группах пациентов с тяжелой степенью хронического пародонтита очагового и генерализованного характера данный показатель соответствовал значениям $0,27 \pm 0,03$ г/л, $0,27 \pm 0,03$ г/л, $0,25 \pm 0,02$ г/л, $0,24 \pm 0,03$ г/л и $0,23 \pm 0,03$ г/л.

Таким образом, сопоставительный анализ исходного уровня секреторного иммуноглобулина ротовой жидкости позволяет резюмировать, что у больных с сочетанной стоматологической и соматической патологией, страдающих легкой степенью тяжести пародонтита, по сравнению с лицами без общесоматической патологии, в среднем был снижен в 1,1 раза. Среднецифровое значение исследуемого показателя у больных со средней и тяжелой степенью хронического пародонтита по сравнению с лицами без соматической патологии снизилось соответственно в 1,3 раза. Следовательно, иммунологический анализ ротовой жидкости у пародонтологических больных с сочетанной стоматологической и соматической патологией констатирует о достоверно низких компенсаторных возможностях иммунологической защиты полости рта.

Во всех случаях у наблюдаемых лиц выполнялся бактериологический анализ с проведением анаэробного культивирования микроорганизмов, молекулярно-биологический анализ с использованием метода ПЦР, а также проводилось серологический анализ путем исследования уровня титра антител к антистрептолизину-О (ALSO) в слюне. У больных 1-й группы (33 человека с сочетанной стоматологической и соматической патологией), 2-й группы (30 человек с сочетанной стоматологической патологией без внутрисистемных нарушений), а также стоматологических пациентов контрольной группы (20 человек с интактным состоянием стоматологического статуса) показатели относительной частоты обнаружения пародонтопатогенных микроорганизмов имели статистически значимые различия.

Полученные результаты показали, что в первой группе наблюдаемых больных частота обнаружения генетических маркеров пародонтопатогенных микроорганизмов оказалась статистически значимо выше, чем в группе контроля. Так, от общего числа пациентов с сочетанной стоматологической и соматической патологией (33 человека) у 6-х (18,2%) из них выявили *A. Actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis* - у 20-ти (60,6%), *P. intermedia* - у 4-х (12,1%), *B. forsythus* - у 2-х (6,1%), *T. denticola* - у 1-го (3,0%) обследованного. Из 33 обследованных пациентов этой группы только у 8-ми (24,2%) не были обнаружены данные патогены.

У больных с сочетанной стоматологической патологией без межсистемного нарушения в организме у 11-ти (36,7%) из них выявили *A. Actinomycetemcomitans*, у 18-ти (60,0%) - *P. gingivalis*, у 17-ти (56,7%) - *P. intermedia*, у 22-х (73,3%) - *B. forsythus*, у 19-ти (63,3%) - *T. Denticola*.

Результаты сравнительного анализа говорят в пользу того, что у больных с сочетанной стоматологической и соматической патологией, а также с сочетанной стоматологической патологией без внутрисистемных нарушений частота обнаружения пародонтопатогенных микроорганизмов оказалась практически одинаковой лишь для одного вида бактерий - *P. gingivalis* (частота составили 60,6% и 60,0%, соответственно), который при этом не был обнаружен у лиц с интактным состоянием стоматологического статуса, и такое состояние нами признается как безусловный бактериальный агент, вызывающий воспаление в органах и тканях полости рта.

Полученные нами материалы позволяют отметить, что при одновременном наличии у больного с сочетанной стоматологической и соматической патологией частота обнаружения одного вида патогенных микроорганизмов оказалась значительно выше (37,5% случаев), чем в группе пациентов с сочетанными стоматологическими заболеваниями на фоне отсутствия внутрисистемных нарушений (11,6% случаев).

Из общего числа обследованных больных с сочетанной стоматологической патологией было отобрано 280 пациентов и среди них активно реализован алгоритмизированный комплекс лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера. Сравнивая исходные данные (до проведения восстановительно-реставрационной и санационной терапии) с отдаленными результатами (после нее) у больных с сочетанной стоматологической патологией было зарегистрировано достоверное изменение в структурных компонентах интенсивности кариеса зубов.

Нами производилась оценка эффективности применяемых способов терапии некариозных поражений (при наличии клиновидных дефектов, а также при наличии гиперестезии зубов), которая вычислялась в баллах традиционным способом по результатам термометрического и зондового исследования, по оценке реакции зуба на применяемые химические раздражители. Также исследовали порог электровозбудимости дентина, оценивали по балльной шкале реакцию зуба на воздушную струю.

У пациентов основной группы, где применялся Нанофлюор, показатели электроодонтометрического исследования находились практически на одном и том же уровне на протяжении всего периода наблюдения, а у пациентов контрольной группы, где в лечении применялся Глуфторед, наблюдалось наличие тенденции к их увеличению спустя 3 и 6 месяцев. Подобная картина наблюдалась и при изучении в обеих группах других клинических признаков, которые влияют на интенсивность болей.

У больных с сочетанной стоматологической патологией результаты эффективности применяемых методов терапии хронического воспалительного поражения пародонта изучались спустя 15, 30 суток, а также спустя полгода и 1 год после ее начала. При активной реализации алгоритмизированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий пародонтологического характера наблюдается ликвидация отека и восстановление нормального цвета десневых тканей, значительное уменьшение десневой кровоточивости, прекращение выделения гнойного содержимого из зубодесневых карманов.

При сравнительном анализе результатов лечения между группами отмечается, что в основной группе у пациентов быстрее происходит восстановление нормального цвета пародонтальных тканей, их консистенции и конфигурации, которые наблюдаются уже во время 2-4 контрольного осмотра, прекращение кровоточивости – во время 3-4 динамического осмотра, а исчезновение болевых ощущений в деснах отмечалось во время 2-4 визита (в зависимости от выраженности хронического воспалительного процесса в пародонтальных тканях). У пациентов контрольной группы данные воспалительные проявления в пародонтальных тканях исчезали более медленно - в 2-2,5 раза.

У пародонтологических пациентов с сочетанными стоматологическими заболеваниями наблюдалось статистически значимое снижение показателей РМА, SBI, глубины введения зонда и индекса PI как в ближайшем периоде наблюдения (спустя 15 и 30 дней после начала лечения), так и в отдаленном периоде (спустя полгода и 1 год) (рис. 11).

У пародонтологических пациентов с сочетанными стоматологическими заболеваниями и внутрисистемными нарушениями также отмечались положительные изменения со стороны показателей индекса десневой кровоточивости спустя 15 дней после начала специализированного лечения ($18,86 \pm 4,52\%$), спустя 30 дней ($8,43 \pm 2,49\%$) и спустя полгода ($7,63 \pm 0,75\%$), тогда как к 12-месячному периоду наблюдения данный показатель несколько повысился - до $8,48 \pm 1,57\%$. Снижение данного показателя в сравнительной группе пациентов в указанные периоды наблюдения было более медленным, составляя $1,44 \pm 0,22\%$, $0,95 \pm 0,15\%$, $0,23 \pm 0,09\%$ и $0,42 \pm 0,04\%$.

До начала лечения показатели глубины зондирования зубодесневого кармана у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией составляли $6,90 \pm 0,09\%$. В ближайшие сроки наблюдений (на 15 и 30 суток) после проведенной терапии показатели глубины зубодесневого кармана находились практически на одном уровне ($6,17 \pm 0,09$ и $6,01 \pm 0,05$ мм, соответ-

ственно), а спустя полгода и 1 года после начала лечения эти показатели уменьшились до $2,00 \pm 0,05$ мм и $2,38 \pm 0,05$ мм, соответственно.

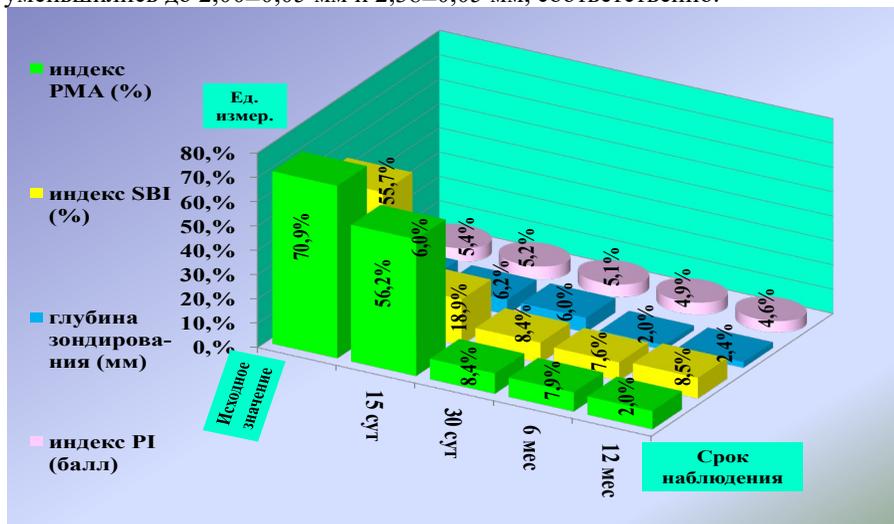


Рисунок 11. – Состояние динамики индексной величины тканей пародонта у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией

Средний исходный показатель пародонтального индекса (PI, Russel) у наблюдаемых пациентов данной категории до начала проведения комплексной терапии пародонтальной патологии составлял $6,38 \pm 0,11$ балла, а спустя полгода и 1 год после лечения эти показатели составили $6,03 \pm 0,15$ и $5,62 \pm 0,24$, соответственно. При этом в 17,5% случаев у данных больных, несмотря на используемые методы лечения хронического пародонтита, к 6-месячному сроку наблюдения отмечалось ухудшение состояния гигиены ротовой полости, вследствие чего возникла необходимость в дополнительной мотивации пациента и применения соответствующих лечебно-профилактических мероприятий. По всей видимости, это было обусловлено тем, что у соматических пациентов с сочетанными стоматологическими заболеваниями наблюдается формирование глубоких зубодесневых карманов с оголением цемента зубных корней, а на шероховатых участках зубного корня раньше образуются бактериальные бляшки и формируются зубные камни, что усугубляет течение воспалительно-деструктивных процессов в пародонтальных тканях.

В слюне обследованных пародонтологических больных с легкой формой пародонтита очагового и генерализованного характера и наличием сочетанных стоматологических и соматических заболеваний при оценке состояния иммунитета ротовой жидкости после проведения традиционной комплексной терапии (без применения тромбоцитарной аутологичной плазмы)

наблюдалась тенденция к количественному возрастанию секреторного иммуноглобулина А до $0,37 \pm 0,05$ г/л против исходного значения sIgA ($0,34 \pm 0,04$ г/л).

Сопоставительная оценка показывает, что у больных хроническим пародонтитом легкой степени тяжести с наличием сочетанной стоматологической и соматической патологий после лечебно-профилактических мероприятий с применением тромбоцитарной аутоплазмы содержание sIgA ротовой жидкости ($0,53 \pm 0,24$ г/л) было увеличено на 55,9% относительно исходных величин ($0,34 \pm 0,04$ г/л).

Данные исследования проводились и в группе пациентов со среднетяжелой формой хронического пародонтита с наличием сочетанной стоматологической и соматической патологий после лечебно-профилактических мероприятий без применения тромбоцитарной аутоплазмы вследствие чего содержание секреторного иммуноглобулина в ротовой жидкости увеличилось на 42,3% по сравнению с первоначальным уровнем. Вместе с тем, содержание sIgA в ротовой жидкости среди этих пациентов с включением в комплекс лечебно-профилактических мероприятий пародонтологического характера тромбоцитарной аутологичной плазмы увеличилось в 2 раза относительно исходных величин.

У больных с сочетанной стоматологической и соматической патологией, имеющих тяжелую степень хронического пародонтита, содержание секреторного иммуноглобулина А в ротовой жидкости увеличилось в 1,3 раза без применения плазмолифтинга и в 2,4 раза с включением в комплекс пародонтологического лечения тромбоцитарной аутоплазмы.

Результаты изучения содержания иммуноглобулинов в ротовой жидкости после лечения пародонтологических пациентов с сочетанной стоматологической патологией при отсутствии у них разнонаправленных межсистемных нарушений также свидетельствуют о том, что применение лечебно-профилактических мероприятий пародонтологического характера способствуют улучшению состояния органов полости рта, на что указывает значительное повышение количественного показателя sIgA в ротовой жидкости.

У больных с сочетанной стоматологической патологией и отсутствием у них полиорганных нарушений на фоне включения в комплекс пародонтологического лечения тромбоцитарной аутоплазмы при средней степени тяжести хронического пародонтита величина sIgA смешанной слюны возрастала на 60,6%, а при ее отсутствии на 18,2%. Среди этих пациентов при комплексном лечении тяжелой степени тяжести хронического пародонтита очагового и генерализованного характера с применением тромбоцитарной аутоплазмы количественное значение sIgA в ротовой жидкости возрастало в 2 раза, а без использования плазмолифтинга – в 1,6 раза.

У пациентов основной группы с сочетанной стоматологической патологией (при назначении антибактериального препарата цефтибутен) при оценке микробной обсемененности в области воспалительно-деструктивного пародонтита

донтального очага различной тяжести наблюдались некоторые различия между наблюдаемыми группами пациентов по динамическим показателям характера микрофлоры. Среди обследованного контингента в зоне воспалительно-деструктивных участков пародонтальных тканей в течение первых 24 часов выявлялось наличие пародонтопатогенного типа *A. actinomycetemcomitans* численностью $3,4 \pm 0,20$, спустя 72 часа численность данных бактерий несколько уменьшалась ($3,0 \pm 0,21$), а спустя 10 суток они уже не обнаруживались.

Исчезновение клинических проявлений воспалительных поражений пародонтальных тканей к 7 и 10 суткам наблюдения, заметное уменьшение к 3 суткам наблюдения общего числа таких патогенов, как *A. actinomycetemcomitans*, *P. Intermedia* с полным их исчезновением спустя 10 дней наблюдения, а также полное исчезновение другого патогена *Porphyromonas gingivalis* спустя 72 часа после начала применения антибактериального средства являются индикаторами эффективности санации очагов воспалительного поражения пародонтальных структур.

Во время первичного гистологического исследования пародонтальных тканей у пациентов с легкой формой хронического пародонтита наблюдались признаки гидропической дистрофии эпителиоцитов, отмечалась вакуолизация и увеличение размеров цитоплазмы, повышенная слущенность клеток рогового слоя. Также наблюдались значительный отек клеток и межклеточных промежутков по всей поверхности многослойного плоского эпителия и повышенная слущенность клеток рогового слоя.

У пациентов со среднетяжелыми формами пародонтита наблюдался акантоз с увеличением длины эпителиальных выростов. Отмечалась инфильтрация фиброзной соединительнотканной основы различной выраженности некоторыми клетками: нейтрофильная инфильтрация единичного характера, инфильтрация лимфоцитарными клетками, плазмócитами, макрофагами, эпителиоидными клетками, а также фибробластами.

При тяжелой форме воспалительного поражения пародонта у пациентов с сочетанными стоматологическими заболеваниями результаты гистологического исследования показали наличие признаков паракератоза, наблюдалась дезорганизация структурного строения эпителиальных слоев. Так, в зернистом слое наблюдалось замещение эпителиальных клеток гиалиновыми структурными единицами и липоцитами (по типу жировой дистрофии).

Результаты гистологического исследования биоптата у пациентов с легкой и среднетяжелой формой воспалительного поражения пародонта после проведения комплексной пародонтологической терапии с использованием тромбоцитарной аутоплазмы показали, что уже спустя 7 дней после начала лечения наблюдались некоторые морфофункциональные изменения. Отмечалось заметное улучшение состояния эпителия, уменьшение интенсивности отека клеток и межклеточных промежутков, а также уменьшение признаков десквамация клеток рогового слоя.

Спустя 10-13 дней после начала применения комплексной терапии с использованием плазмолифтинга у пациентов с тяжелой формой хронического воспалительного поражения пародонта наблюдалось образование новых сосудов. В инфильтративных участках отмечалось заметное снижение числа сегментоядерных лейкоцитов, лимфоцитарных клеток, и увеличение числа фибробластов и макрофагов.

Через 30 суток после начала лечения у пациентов с тяжелой формой хронического воспалительного поражения пародонта наблюдалось полное восстановление нормального структурного строения и состояния многослойного плоского эпителия. В пародонтальных тканях отмечалась максимальное новообразование сосудов. В зонах воспаления на фоне размножения клеток наблюдались признаки дифференцировки и трансформации отдельных клеток, а также отмечалось полное замещение воспалительного типа инфильтрации макрофагально-фибробластическим.

Согласно полученным результатам, мы пришли к заключению, что у больных тяжелой формой пародонта в результате проведения комплексной терапии пародонтологического характера и применения тромбоцитарной аутоплазмы происходит восстановление пораженной соединительнотканной основы за счет регенерации стромальных компонентов без формирования зон воспалительной инфильтрации.

Клиническое изучение препарата Мирамистин®, входящего в состав алгоритмизированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера, проводилось среди 32 пациентов (22 женского пола и 10 мужского пола) в возрасте от 20 до 60 лет с различными патологиями слизистой ротовой полости. У мукологических пациентов с сочетанными стоматологическими заболеваниями эффективность лечения оценивалась по следующим критериям: снижение воспалительного процесса (исчезновение гиперемии, отечности, болевого синдрома); степень выраженности морфологических изменений при поражении слизистой ротовой полости (исчезновение узелков, афт, эрозивных и язвенных дефектов и т.д.); продолжительность регенерации пораженной поверхности и период эпителизации.

При использовании препарата у наблюдаемых нами мукологических пациентов была отмечена определенная его терапевтическая эффективность. На фоне проведенного лечения у всех пациентов с патологией слизистой оболочки полости рта улучшилось гигиеническое состояние. Так, при первичном обследовании значение используемых индексов (ОНИ-S-индекс и PdH-индекс) в среднем составило $2,31 \pm 0,15$ и $1,7 \pm 0,11$ соответственно. Среднее значение названных индексов через 7 дней после начала соответствующего лечения составило $1,17 \pm 0,24$ и $0,2 \pm 0,02$. Согласно произведенным расчетам эффективность реализации гигиенических мероприятий была равна соответственно 49,3% и 88,2%.

Субъективное мнение пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (6 чел.) свидетельствовало об улучшении (6,3%) и значи-

тельном улучшении (12,5%) их мукологического статуса. При хроническом рецидивирующем герпесе вышеназванные параметры субъективного мнения составили соответственно 3,1% (1 чел.) и 6,3% (2 чел.). У всех пациентов с неспецифическими поражениями слизистой ротовой полости травматического генеза (11 чел., 34,4%) после 7-дневного курса лечения Мирамистином наблюдалось полное исчезновение элементов поражения. Больные язвенно-некротическим стоматитом после 7-дневного использования препарата в равном количестве соотношений отметили значительное улучшение (3,1%) и полное исчезновение первичных и вторичных элементов поражения слизистой ротовой полости (3,1%).

После 7-дневного лечения Мирамистином у 6 (18,7%) пациентов наблюдалось некоторое улучшение, а у 12 (37,5%) пациентов отмечалось значительное улучшение (эффективность препарата оценена как высокая). От общего количества мукологических больных (32 чел.) у 14 (43,8%) пациентов зарегистрировано полное исчезновение элементов поражения слизистой полости рта (очень высокая оценка эффективности препарата).

Таким образом, предложенный нами алгоритмизированный комплекс лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у больных с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от общего состояния организма является объективной количественно-качественной характеристикой состояния органов и тканей полости рта. Активной реализацией названного комплекса позволила создать алгоритм структурно-функциональных изменений в тканях полости рта кариесологического, некариесологического и пародонто-мукологического характера.

ВЫВОДЫ

1. При проведении комплексного обследования пациентов с сочетанной стоматологической патологией у наблюдаемых с разнонаправленными межсистемными нарушениями было обнаружено максимальное значение интенсивности кариеса зубов ($18,9 \pm 0,45$ ед.) со стопроцентной распространенностью множественного характера. Значительную группу составили соматические пациенты с пародонтологическими (71,3±7,24%), мукологическими (12,0±1,63%) и некариозными (39,7±2,6%) поражениями, а также зубочелюстными аномалиями (59,2±4,53%). У стоматологических пациентов без внутрисистемного нарушения значение вышеперечисленных параметров составило: $13,9 \pm 0,33$ ед., $93,5 \pm 6,12\%$; $58,1 \pm 5,64\%$; $2,63 \pm 0,78\%$; $18,0 \pm 1,13\%$; $29,4 \pm 3,01\%$ соответственно.

2. У соматических больных с сочетанной стоматологической патологией значение индекса хроническо-инфекционного очага инфекции колебалось от 11 до 38 единиц. Из общего количества обследованных (704 чел.) низкие значения индекса хроническо-инфекционного очага инфекции (6,3%) имели 44 соматических больных, 81 (11,5%) – среднее количество очагов хронической инфекции, среди 235 (33,4%) пациентов были диагностированы высокие и у 344 (48,8%)

больных очень высокие показатели индекса хронioseптического очага инфекции стоматогенного характера. Значение вышеупомянутых показателей у 456 пациентов без соматической патологии оказалось таковым. Низкие значения индекса хронioseптического очага инфекции имели 245 (53,7%) больных с сочетанной стоматологической патологией, средние и высокие показатели индекса хронioseптического очага инфекции были зафиксированы соответственно у 123 (27,0%) и 26 (5,7%). Не обнаружены очень высокие показатели индекса хронioseптического очага инфекции среди данной категории больных, у 62 (13,6%) из них не были выявлены хронioseптические очаги инфекции в полости рта.

3. У соматически здоровых пациентов с сочетанной патологией полости рта количество малых слюнных желез на нижней губе составило $75,5 \pm 3,8$ и оказалось в 1,5 раза больше, чем на верхней ($51,1 \pm 3,8$; $p < 0,001$). На верхней губе подавляющее число желез отнесено к IV порядку (61,3%) и их было достоверно больше, чем следующих за ними по количеству желез III порядка (35,6%) и высоко достоверно ($p < 0,001$) больше, чем желез II порядка (3,1%). Среди обследованных лиц с межсистемным нарушением была зафиксирована обратная картина в количественном отношении малых слюнных желез на верхней и нижней губах. Так, количество малых слюнных желез на нижней губы оказалось в 1,3 раза меньше, чем на верхней (соответственно $45,3 \pm 2,1$ и $58,9 \pm 2,5$). При этом подавляющее число малых слюнных желез на нижней губе отнесли к IV порядку (73,4%), за ним последовали по количеству малые слюнные железы III (23,9%) и II порядка (2,7%).

4. Использование алгоритмизированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у больных с сочетанной патологией полости рта является высокоэффективным, обеспечивающим противовоспалительный, противоотечный, иммуномодулирующий, репаративный и противовирусный эффекты – неперенные составляющие патогенетического подхода в комплексном лечении пародонто-мукологической патологии среди обследованного контингента. Интегрированное использование препаратов с вышеупомянутыми свойствами значительно повышает результативность комплексной терапии сочетанных заболеваний полости рта за счет взаимно усиливающего эффекта, обеспечивая выраженную положительную клинико-рентгенологическую, иммуно-микробиологическую динамику и длительную стойкую ремиссию.

5. Использование комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у соматических больных с сочетанной патологией полости рта положительно влияет на иммунологический профиль ротовой жидкости. Это выражается в достоверном повышении концентрации секреторного иммуноглобулина А в смешанной слюне пародонтологических больных легкой (в 1,4 раза), средней (в 1,6 раза) и тяжелой (в 2 раза) степеней тяжести, по сравнению с показателями sIgA до лечения.

6. У соматических больных с сочетанной патологией полости рта сформирован дисбиотический сдвиг микробиоценоза полости рта в сторону преобладания пародонтопатогенов, свидетельствующий о том, что среди обследованных лиц неспецифические факторы защиты смешанной слюны депрессированы. Микробиологическое исследование в разных суббиотопах полости рта при сочетанном стоматологическом поражении, проводимое после активной реализации алгоритмизированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера свидетельствуют о значительном снижении бактериальной нагрузки на 10-е сутки по сравнению с первоначальными данными ($p < 0,05$), особенно выраженном у пародонтологических больных с легкой и средней степенями тяжести.

7. Алгоритмизированный комплекс лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у больных с сочетанной патологией полости рта обеспечивает хорошее состояние зубов, улучшение пародонтомукологического статуса, восстановление иммунологической защиты полости рта и снижение уровня микробной обсеменённости как пародонтопатогенными, так и стабилизирующими видами с последующей нормализацией состава микробиоценоза ротовой полости.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для эффективного планирования профилактики, лечения и диспансеризации больных с сочетанной стоматологической и общесоматической патологией необходимо учитывать этиотропные и патогенетические факторы риска (стоматологический комплаенс, хроническую локальную травму тканей пародонта и слизистой полости рта, местные факторы иммунологической защиты полости рта, биотип пародонта).

2. Необходимость общесоматической коррекции при лечении больных с сочетанной стоматологической патологией требует разработки и внедрения в практику здравоохранения организационных норм взаимного участия общих специалистов и стоматологов в решении этих клинических задач.

3. Для повышения доступности стоматологической помощи, удовлетворяющей потребность в ней больных с сочетанной стоматологической патологией, обеспечения оказания стоматологической помощи в лечебных учреждениях всех уровней она должна быть дифференцирована по видам в зависимости от типа соответствующего учреждения. На начальном этапе этого организационного процесса рекомендуется осуществление первичной профилактики основных стоматологических заболеваний, диспансерного наблюдения за состоянием органов полости рта больных.

4. В программу клинического обследования больных с сочетанной патологией полости рта следует включить рентгенологические и иммуномикробиологические исследования, что позволит получить объективные данные о соответствующем нарушении и внести коррективы в одномоментном лечении множественного поражения органов и тканей полости рта.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи, опубликованные в ведущих рецензируемых журналах,
рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего
образования Российской Федерации

1. Каримов, С.М. Динамика редукции и прироста структурных элементов интенсивности кариеса зубов у больных с сопутствующей соматической патологией / С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров // **Вестник Таджикского национального университета.** – Душанбе, 2015. -№ 1/1 (156). –С. 223-227.

2. Каримов, С.М. Распространенность и интенсивность кариеса зубов в зависимости от степени тяжести сопутствующей соматической патологии / С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров // **Вестник Таджикского национального университета.** – Душанбе, 2015. -№ 1/1 (156). –С. 232-235.

3. Каримов, С.М. Прирост распространенности и интенсивности кариеса зубов в зависимости от тяжести общесоматической патологии / С.М. Каримов, А.А. Исмоилов // **Вестник Таджикского национального университета.** – Душанбе, 2015. -№ ½ (160). –С. 261-264.

4. Каримов, С.М. Результаты клинко-микробиологической оценки гигиенического состояния полости рта у больных с сопутствующей патологией / С.М. Каримов, Халияров Х.М. // **Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения.** – Душанбе, 2016. -№ 3. –С. 34-36.

5. Каримов, С.М. Результаты сравнительной оценки краевой проницаемости композитных пломб на этапах оперативно-восстановительного лечения кариеса / С.М. Каримов, Ф.О. Садилов // **Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения.** – Душанбе, 2016. -№ 3. –С. 55-57.

6. Амнджанова, З.Р. Профилактика галитоза у стоматологических больных с учетом медико-социальных факторов / З.Р. Амнджанова, С.М. Каримов // **Вестник академии медицинских наук Таджикистана.** – Душанбе, 2017. -№ 4(24). –С. 5-7.

7. Каримов, С.М. Частота выявления пародонтопатогенных бактерий при патологии желудочно-кишечного тракта / С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров, С.М. Азимзода // **Вестник академии медицинских наук Таджикистана.** – Душанбе, 2017. -№ 4(24). –С. 8-11.

8. Каримов, С.М. Ситуационная оценка эмоционального состояния больных с онкологическими заболеваниями органов и тканей полости рта до и после применения лучевой терапии / С.М. Каримов, А.Г. Муллоджонова. С.Р. Расулов, Г.Г. Ашуров // **Здравоохранения Таджикистана.** -2019. -№ 2. -С. 57-62.

9. Ашуров, Г.Г. Эффективность разработанной схемы комплексного лечения стоматологической патологии, индуцированных радио- и химиотерапией у больных с онкологическими заболеваниями слизистой оболочки рта и языка / Г.Г. Ашуров, А.Г. Муллоджонова, С.Р. Расулов, С.М. Каримов // **Вестник**

Академии медицинских наук Таджикистана. -Душанбе, 2019. -№ 2 (30). -С. 119-125.

10. Каримов, С.М. Особенности индивидуально-типологического реагирования стоматологических пациентов с радиационно-индуцированной ксеростомией / **С.М. Каримов**, А.Г. Муллоджонова, С.Р. Расулов, А.Р. Зарипов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** – Душанбе, 2019. -№ 3. –С. 52-58.

11. Каримов, С.М. Эффективность разработанной схемы комплексного лечения стоматологической патологии, индуцированных радио- и химиотерапией у больных с онкологическими заболеваниями слизистой оболочки рта и языка / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров, А.Г. Муллоджонова, С.Р. Расулов // **Вестник Академии медицинских наук Таджикистана.** –Душанбе, 2019. -№ 2 (30). –С. 119-125.

12. Каримов, С.М., Результаты оценки состояния тканей пародонта у взрослого населения с аномалиями зубочелюстной системы / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров, Д.Э. Джураев, М.Ш. Султанов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** –Душанбе, 2019. -№ 4. –С. 9-14.

13. Каримов, С.М. Взаимное отягощение патологического состояния сочетанных стоматологических и соматических заболеваний / **С.М. Каримов**, С.М. Азимзода, А.А. Исмоилов, М.Ш. Султанов, Х.И. Ирсадиев // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** –Душанбе, 2019. -№ 4. –С. 106-111.

14. Каримов, С.М. Результаты эпидемиологического анализа распространенности заболеваний пародонта у лиц с сопутствующей соматической патологией / **С.М. Каримов**, А.С. Мирзоев, А.А. Исмоилов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** –Душанбе, 2020. -№ 1. –С. 39-42.

15. Каримов, С.М. Организационные аспекты изучения протяженности окклюзионных дефектов у населения Республики Таджикистан / **С.М. Каримов**, А.Г. Гаибов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.** -Душанбе, 2020. -№ 4. -С. 9-15.

16. Каримов, С.М. Результаты оценки эмоционально-поведенческого состояния пациентов с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от уровня привычной двигательной активности / **С.М. Каримов**, Д.Т. Махмудов, И.У. Ибрагимов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.** –Душанбе, 2021. -№ 1. –С. 32-36.

17. Каримов, С.М. Влияние анатомических параметров преддверия полости рта на состояние пародонтальных структур у соматических больных с сочетанной патологией пародонта и зубочелюстных аномалий / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров, Д.И. Нуров // **Медицинский вестник национальной академии наук Таджикистана.** -Душанбе, 2021. -№ 2. -С. 43-47.

18. Каримов, С.М. Особенности функционирования малых слюнных желез губ у больных с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от общего состояния организма / **С.М. Каримов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** –Душанбе, 2021. -№ 3. - С. 47-53.

Статьи и тезисы в сборниках и материалах научных конференций

19. Каримов, С.М. Результаты проведенных эпидемиологических исследований по изучению распространённости зубочелюстных аномалий / **С.М. Каримов // Стоматология Таджикистана.** -Душанбе, 2009. -№ 1. -С. 32-34.

20. Каримов, С.М. Результаты клинического мониторинга аномалий зубов и их структурных показателей среди взрослого населения г. Душанбе: сб. науч. тр. / **С.М. Каримов // 58-я годовичная конференция «Внедрение достижений современной науки в медицину».** -Душанбе, 2010. -С. 288-289.

21. Каримов, С.М. Структурно-мотивационные аспекты изучения обращаемости больных с неблагоприятным соматическим фоном за стоматологической помощью / **С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров // Стоматология Таджикистана.** -Душанбе, 2011. -№ 2. -С. 5-9.

22. Каримов, С.М. Типовая характеристика индивидуального разнообразия функциональных показателей организма у больных с патологией пародонта / **С.М. Каримов // Научно-практический и теоретический журнал непрерывного последипломного образования ТИППМК.** -Душанбе, 2012. -№ 3. -С. 62-65.

23. Каримов, С.М. Структура распространенности аномалий зубов у взрослого населения / **С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров, Ф.М. Ёраков // Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров.** -Душанбе, 2013. -№ 2. -С. 12-14.

24. Каримов, С.М. Частота встречаемости вторичного кариеса у лиц с различным уровнем кариесрезистентности: сб. науч. тр. / **С.М. Каримов // Научно-практический и теоретический журнал непрерывного последипломного образования ТИППМК.** -Душанбе, 2014. -№ 1. -С. 31-34.

25. Каримов, С.М. Основные результаты проведенных исследований по изучению исходных показателей пародонтологического статуса у соматических больных / **С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров, Ф.М. Ёраков // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** -Душанбе, 2015. -№ 1. -С. 15-21.

26. Каримов, С.М. Основные показатели качества жизни у стоматологических пациентов с общесоматической патологией: сб. науч. тр. / **С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** -Душанбе, 2015. -С. 46-47.

27. Каримов, С.М. Скорость восстановления дефекта кислотной протравки эмали у стоматологических пациентов с учетом исходного состояния интенсивности кариеса зубов и общего состояния организма: сб. науч. тр. / **С.М.**

Каримов, Д.И. Нуров // Роль последипломного образования в развитии медицины Республики Таджикистан. - Душанбе, 2016. - С. 56.

28. Каримов, С.М. Результаты изучения распространенности зубочелюстных аномалий у взрослого населения Республики Таджикистан: сб. науч. тр. / **С.М. Каримов, Ш.Д. Мухиддинов** // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. - Душанбе, 2018. - С. 26-27.

29. Молочкова, Ю.В. Эпидемиологические особенности развития красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Ю.В. Молочкова, Т.Б. Семенова, В.А. Молочков, **С.М. Каримов** // Стоматология Таджикистана. – Душанбе, 2018. -№ 1. –С. 28-31.

30. Каримов, С.М. Состояние тканей пародонта у больных с патологией внутренних органов и систем: сб. науч. тр. / **С.М. Каримов, А.А. Исмоилов, Г.Г. Ашуров** // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2018. -С. 145-146.

31. Молочкова, Ю.В. Результаты гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае и лейкоплакии / Ю.В. Молочкова, А.Н. Хлебникова, В.А. Молочков, **С.М. Каримов** // Стоматология Таджикистана. –Душанбе, 2018. -№ 2. –С. 19-23.

32. Каримов, С.М. Структуризация неблагоприятных медико-социальных детерминантов, влияющих на пародонтологический статус при аномалиях зубочелюстной системы: сб. науч. тр. / **С.М. Каримов, Д.Э. Джураев** // Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний. -Душанбе, 2019. -С. 72-73.

33. Каримов, С.М. Оценка нуждаемости лиц с аномалиями зубочелюстной системы в лечении заболеваний пародонта / **С.М. Каримов, Д.Э. Джураев, К.А. Исмоилов** // Стоматология Таджикистана. -2019. -№ 1. -С. 8-11.

34. Каримов, С.М. Кариенологические и пародонто-мукологические изменения после реализации курса лучевой и химиотерапии / **С.М. Каримов, А.Г. Муллоджонова, С.Р. Расулов** // Стоматология Таджикистана. -2019. -№ 2. -С. 11-13.

35. Каримов, С.М. Комплексная оценка частоты и структуры кариеса зубов при пародонто-мукологической патологии у соматических больных / **С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров, Ф.А. Абдулов** // Стоматология Таджикистана. -2020. - № 2. -С. 29-35.

36. Каримов, С.М. Изменение структурных показателей интенсивности кариеса зубов и заболеваний пародонта у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий / **С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров** // Стоматология Таджикистана. -2020. -№ 2. -С. 45-49.

37. Каримов, С.М. Оценка отдаленных результатов интегрированного лечения генерализованного пародонтита у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией / **С.М. Каримов, С.Ш. Хакназаров, С.М. Акибаров** // Стоматология Таджикистана. -2020. -№ 2. -С. 53-57.

38. Каримов, С.М. Стимулирование процессов репаративной регенерации костной ткани при болезнях пародонта / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров, О.А. Алиева // Стоматология Таджикистана. -2020. -№ 2. -С. 61-65.

39. Каримов, С.М. Ассоциированные параллели в развитии сочетанной патологии полости рта и желудочно-кишечного тракта / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров, Ф.М. Ёраков // Стоматология Таджикистана. -2020. -№ 2. -С. 66-69.

40. Каримов, С.М., Оценка отдаленных результатов лечения генерализованного пародонтита у больных с зубочелюстными аномалиями: сб. науч. тр. / **С.М. Каримов**, Д.Э. Джураев, А.А. Исмоилов // Материалы XXVI научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ «Новые направления развития медицинской науки и образования». -Душанбе, 2020. -С. 65-66.

41. Каримов, С.М. Структура потребности в лечении заболеваний пародонта у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы: сб. науч. тр. / **С.М. Каримов**, Д.Э. Джураев // Стоматология вчера, сегодня, завтра. -Минск, 2020. -С. 200-205.

42. Каримов, С.М. Результаты количественно-топографической оценки малых слюнных желез губ у пациентов с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от общего состояния организма / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров // Вестник Международной академии наук высшей школы. -Душанбе, 2021. -№ 3. -С. 26-32.

43. Исмоилов, А.А. Оценка эффективности лечения вирусных заболеваний слизистой оболочки полости рта у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией / А.А. Исмоилов, **С.М. Каримов** // Вестник Международной академии наук высшей школы. -Душанбе, 2021. -№ 3. -С. 32-36.

44. Ашуров, Г.Г. Клинико-рентгенологическая характеристика хронического пародонтита у пациентов с сочетанной стоматологической патологией / Г.Г. Ашуров, **С.М. Каримов** // Наука и инновация. -Душанбе, 2021. -№ 2. -С. 64-68.

45. Исмоилов, А.А. Результаты структуризации зубочелюстных аномалий у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией / А.А. Исмоилов, **С.М. Каримов**, Д.Э. Джураев, З.Р. Аминджанова // Наука и инновация. -Душанбе, 2021. -№ 2. -С. 68-72.

46. Каримов, С.М. Корреляционная оценка индекса хроническо-инфекционного очага инфекции полости рта и признаков остеопороза альвеолярного отростка у больных с сочетанной стоматологической патологией / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров, Г.Э. Муллоджанов // Наука и инновация. -Душанбе, 2021. -№ 2. -С. 73-78.

47. Махмудов, Д.Т. Результаты комплексного анализа эмоционально-поведенческих особенностей пациентов с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от уровня привычной двигательной активности: сб. науч. тр. / Д.Т. Махмудов, **С.М. Каримов** // Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2021. -С. 144-145.

Монографии

48. Ашуров, Г.Г. Патология полости рта у больных с неблагоприятным соматическим фоном / Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов, **С.М. Каримов**. – Душанбе, 2016. -319 с.
49. Ашуров, Г.Г. Комплексное обоснование тактики восстановления окклюзионного соотношения зубов / Г.Г. Ашуров, **С.М. Каримов**. – Душанбе, 2020. -400 с.

Учебно-методические издания

50. Ашуров, Ф.Ф. Чанбаҳои муосири муолиҷаи эндодонти / Ф.Ф. Ашуров, **С.М. Каримов**, А.А. Исмоилов // Дастурамали методӣ. – Душанбе, 2016. -45 с.
51. Ашуров, Ф.Ф. Пешгири ва табобати бемориҳои пародонт / Ф.Ф. Ашуров, А.А. Исмоилов, **С.М. Каримов** // Дастурамали методӣ. – Душанбе, 2016. -37 с.
52. Каримов, С.М. Болезни зубов и пародонта / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов // Учебное пособие. – Душанбе, 2017. -70 с.
53. Каримов, С.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов // Учебное пособие. – Душанбе, 2017. -58 с.
54. Каримов, С.М. Масъалаҳои муҳими стоматологияи муолиҷавӣ / **С.М. Каримов**, А.А. Исмоилов, Ф.Ф. Ашуров // Дастурамали методӣ. – Душанбе, 2017. -49 с.
55. Исмоилов, А.А. Бемориҳои кариесӣ ва ғайрикариесии дандонҳо (усули пешгирӣ ва табобати онҳо) / А.А. Исмоилов, **С.М. Каримов**, Ф.Ф. Ашуров // Дастурамали методӣ. – Душанбе, 2017. -42 с.
56. Каримов, С.М. Современные технологии реставрации зубов / **С.М. Каримов**, А.А. Исмоилов, Г.Г. Ашуров // Методическое пособие. – Душанбе, 2018. -51 с.
57. Ашуров, Г.Г. Профилактика основных стоматологических заболеваний / Г.Г. Ашуров, **С.М. Каримов**, А.А. Исмоилов // Методическое пособие. – Душанбе, 2018. -46 с.
58. Исмоилов, А.А. Лечение и профилактика одонтогенных очагово-обусловленных заболеваний / А.А. Исмоилов, **С.М. Каримов**, Г.Э. Муллоджанов, Г.Г. Ашуров // Методическое пособие. – Душанбе, 2019. -55 с.
59. Каримов, С.М., Аломатҳои синдроми адами масунияти организм дар ковокии даҳон / **С.М. Каримов**, Ф.Э. Муллоҷонов, А.А. Исмоилов, Ф.Ф. Ашуров // Дастурамали методӣ. – Душанбе, 2020. -52 с.
60. Исмоилов, А.А. Унсурҳои иллатноки пардаи луоби ковокии даҳон / **А.А. Исмоилов**, С.М. Каримов, Ф.Э. Муллоҷонов, Ф.Ф. Ашуров // Дастурамали методӣ. – Душанбе, 2020. -52 с.
61. Каримов, С.М. Бемориҳои ковокии даҳон, пешгирӣ ва усули табобати онҳо / **С.М. Каримов** // Дастурамали таълимӣ. – Душанбе, 2021. –100 с.

Удостоверения на рационализаторские предложения

62. Каримов, С.М. Способ клинико-рентгенологической оценки результатов репрограммирования макрофагов в комплексной терапии эндодонто-пародонтального и эндо-периапикального поражения № 000234. Выдано от 29.03.2019 г. / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров, Ш.Д. Мухидинов, Ш.О. Тагаева.

63. Каримов, С.М. Способ выявления и подсчета малых слюнных желез губ у больных с сочетанной стоматологической патологией № 000373. Выдано от 20.05.2021 г. / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров.

64. Каримов, С.М. Способ использования естественных факторов роста в комплексной терапии пародонтита у больных с сочетанной стоматологической патологией № 000375. Выдано от 20.05.2021 г. / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров.

65. Каримов, С.М. Способ определения выраженности признаков остеопороза в альвеолярной кости у больных с сочетанной патологией органов и тканей полости рта № 000376. Выдано от 20.05.2021 г. / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров.

66. Каримов С.М. Способ оценки хронического очага инфекции полости рта у пациентов с сочетанной стоматологической патологией № 000378. Выдано от 20.05.2021 г. / **С.М. Каримов**, Г.Г. Ашуров.