

*На правах рукописи*

**ДЖУРАЕВ ЖАМШИД ЭРКАБОЕВИЧ**

**РАЗРАБОТКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ  
ПОДХОДОВ И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
У ЛИЦ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ**

3.1.7. - стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**ДУШАНБЕ-2023**

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

**Научный руководитель:**

**Каримов Сафарахмад Мунаварович** – доктор медицинских наук, доцент

**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

**Ёраков Фарух Махмадович** – кандидат медицинских наук, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, кафедра терапевтической стоматологии, заведующий кафедрой

**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 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 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](http://www.ipovszrt.tj) и [www.vak.ed.gov.ru](http://www.vak.ed.gov.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года

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

**Хамидов Джура Бутаевич**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** К числу наиболее актуальных проблем в области стоматологии на сегодняшний день относятся вопросы улучшения методов диагностики и лечебно-профилактических мероприятий в отношении пародонтальных патологий. Актуальность данной проблемы обусловлена высокой частотой встречаемости заболеваний пародонтальных тканей у людей различной возрастной группы от 20 до 60 лет, достигая уровня 85-100% [И.К. Луцкая, 2010; М.М. Машильева, 2011; Г.Ф. Вольф с соавт., 2012; А.В. Алимский с соавт., 2014].

В этиопатогенезе развития воспалительного процесса в пародонтальных тканях большую роль играют инфекция и неудовлетворительная гигиена ротовой полости, в результате которых бактерии проникают в кровеносное русло, особенно в наиболее лабильных сосудистых участках [В.К. Леонтьев с соавт., 2013; В.Н. Царев с соавт., 2015].

Пародонтальное заболевание в редких случаях встречается в изолированном виде и при отсутствии других сопутствующих соматических заболеваний. По сведениям Г.Г. Ашурова с соавт. [2016], на одного пациента в возрасте до 30 лет с наличием хронического воспалительного процесса в пародонтальных тканях приходится 2,8 соматических заболевания, у пациентов в возрастной категории 30-39 лет этот показатель составляет 2,9, у пациентов в возрастной группе 40 лет и выше данный показатель составляет 4,5.

Взаимосвязь сопутствующих заболеваний и заболеваний пародонта в своих исследованиях подтвердили Амхадова М.А. и соавт. [2014], Ашуров Г.Г. и соавт. [2016], Исмоилов А.А. и соавт. [2010, 2011], которые сопоставили результаты стоматологического обследования пациентов с данными о протекании у них общих заболеваний. В этих исследованиях обнаружены хронические воспалительные процессы апикальной области и пародонтальных тканей у 87,6% пациентов с неблагоприятным соматическим фоном.

Многие ученые, проводившие исследования в данной области [М. Rosin et al., 2012; М.А. Houle et al., 2013], отмечают, что бактериальные токсины у пациентов с пародонтитами могут в довольно быстрый период времени привести к уменьшению уровня кровотока, способствовать агрегации кровяных клеток в микрососудах пародонтальных структур. Оценка состояния альвеолярного отростка считается информативным показателем реакции местных тканей на бактериальное влияние наряду с клиническими проявлениями воспалительного процесса в структурных единицах тканей пародонта [Г.М. Барер, 2012; А.И. Грудянов с соавт., 2016].

Несмотря на достигнутые успехи в вопросах изучения различных аспектов патогенеза хронического пародонтита, не до конца решенным является ряд вопросов, связанных с его терапией. В частности, существующие на сегодняшний день методы лечения хронического пародонтита, не в полной мере позволяют предотвратить дальнейшее его прогрессирование и достичь стойкой ремиссии [М.А. Амхадова с соавт., 2014; Г.Г. Ашуров с соавт., 2016].

Ввиду того, что ключевое звено на всех этапах развития пародонтальной патологии принадлежит воспалительным процессам [Л.М. Цепов с соавт., 2015; А.А. Исмоилов с соавт., 2017], одной из основных составляющих его лечения является противовоспалительная терапия, а именно применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). В ряде работ сообщается о положительном влиянии мелоксикама на течение экспериментального пародонтита у лабораторных животных [M.G. Newman et al., 2011; С. Cafiero et al., 2013] и единичных данных об улучшении клинических показателей при его использовании в терапии пациентов с хроническими пародонтитами [G. Hajishengallis, 2014].

**Степень разработанности темы исследования.** В настоящее время установлено, что низкий уровень индивидуальной гигиены полости рта является одной из основных причин возникновения и прогрессирования хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта. Исследования, направленные на изучение этиологии и лечения пародонтита, активно проводились и существуют как в нашей республике [А.А. Исмоилов с соавт., 2012; Г.Э. Муллоджанов с соавт., 2016; Г.Э. Муллоджанов с соавт., 2017], так и странах ближнего [П.В. Куприн, 2013; М.М. Нестерова, 2013; Л.Ю. Орехова с соавт., 2013] и дальнего [B.G. Kersten et al., 2014; B.S. Michalowich et al., 2014; K.A. Misch et al., 2016] зарубежья.

В настоящее время исследователи-пародонтологи проявляют большой интерес к изучению заболеваний тканей пародонта и большинство научных работ посвящено изучению этой темы среди больных с общесоматической патологией [А.А. Исмоилов, 2011; А.С. Адлейба, 2013; М.А. Амхадова с соавт., 2014; О.О. Янушевич с соавт., 2014]. На основании проведенных исследований ими доказано, что наличие неблагоприятного соматического фона и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта находятся в прямой диаметральной зависимости.

На основании литературного анализа приходится констатировать, что комплексная оценка пародонтологического статуса у пациентов с хроническими воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта в сочетании с зубочелюстной аномалией до сегодняшнего дня не получила однозначного ответа об определяющих факторах, инициирующих условия неполноценного функционирования пародонтального комплекса.

В связи с этим поиск способов повышения эффективности пародонтальной терапии у больных с воспалительно-деструктивным заболеванием пародонта, ассоциированным с аномалией зубочелюстной системы продолжает оставаться актуальной задачей. С позиций всего вышеизложенного, нам представилось перспективным провести клинико-ситуационной оценки пародонтологического статуса на фоне включения нестероидного противовоспалительного препарата и геля, содержащей гиалуроновую кислоту и компоненты с антимикробным и антиоксидантным действием в качестве адьювантной терапии.

**Цель исследования.** Клинико-рентгенологическая и гигиеническая оценка эффективности комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта у лиц с зубочелюстными аномалиями.

**Задачи исследования:**

1. Изучить влияние неблагоприятных факторов риска на состояние пародонтологического статуса у взрослого населения с заболеваниями пародонта при наличии зубочелюстных аномалий.
2. Определить структуру потребности в лечении заболеваний пародонта у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы.
3. Проанализировать частоту встречаемости зубочелюстной аномалии у больных с воспалительными заболеваниями пародонта.
4. Изучить клинико-рентгенологического состояния околозубных тканей при хроническом пародонтите различной степени тяжести у лиц с зубочелюстными аномалиями.
5. Повысить эффективность комплексного лечения пародонтологических заболеваний, ассоциированных зубочелюстными аномалиями, путем разработки диагностических и лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера.

**Научная новизна исследования.** Впервые в современных условиях проводилось комплексное изучение распространенности и интенсивности заболеваний пародонта у взрослого населения с зубочелюстными аномалиями, которое лежит в основу разработки научно-обоснованной программы стоматологической профилактики. Устанавливалась взаимосвязь между биометрическими показателями зубочелюстных аномалий и ранними доклиническими признаками патологии пародонта.

Доказано, что у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы чаще, чем у пациентов без ортодонтической патологии, наблюдаются воспалительные заболевания пародонта, рецессия, а также дефицит прикрепленной кератинизированной десны. Впервые на основании клинических исследований установлено, что значение гигиенических и пародонтологических индексов у пародонтологических больных со скученностью зубов выше, чем у аналогичных пациентов без ортодонтической патологии. На основании проведенных исследований доказано, что степень скученности зубов и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта находятся в прямой линейной зависимости.

Впервые разрабатывался алгоритм комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы на фоне системного применения нестероидного противовоспалительного препарата мелоксикам в качестве адьювантной терапии, что позволяет улучшить стоматологическое здоровье,

нормализовать клинические, гигиенические и рентгенологические показатели пародонтологического статуса. Усовершенствована система рентгенологической оценки пародонтологических структур, позволяющая установить индивидуальный риск развития остеопоротического процесса в альвеолярной кости у больных с патологией пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Результаты проведённого исследования являются теоретической основой для разработки принципиально новых подходов к индивидуализации комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта у лиц с зубочелюстными аномалиями. Полученные данные могут быть использованы органами практического здравоохранения при организации лечения пародонтологических заболеваний, ассоциированных зубочелюстными аномалиями, путем разработки диагностических и лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера.

Полученные данные могут способствовать оптимизации введения пациентов с патологией пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями. Совокупность полученных результатов исследования дополняет сведения о механизмах патологических изменений в тканях пародонта у лиц с зубочелюстными аномалиями, а также восполняет пробел в пародонтологии и ортодонтии по указанной проблеме. Разработанные рекомендации с учетом объективных критериев клинико-гигиенической и рентгенологической диагностики при пародонтологическом лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями, позволяют обосновать выбор тактики и способа лечения, способствуют повышению качества пародонтологической помощи.

**Методология и методы исследования.** Диссертация выполнена в соответствии принципами и правилами доказательной медицины. При выполнении данного исследования использовали комплексные методы, включающие: методику определения упрощенного индекса гигиены (индекс ОНI-S); методику определения индекса налета контактных поверхностей (индекс API); методику определения индекса эффективности гигиены полости рта (индекс РНР); методику избирательного пришлифовывания зубов; методику определения индекса активности остеопорозных очагов альвеолярного отростка; методику активной реализации традиционных и профессиональных принципов гигиены полости рта.

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

1. Наличие зубочелюстной аномалии негативно влияет на состояние тканей пародонта, способствуя повышению распространенности и интенсивности воспалительных заболеваний пародонта.

2. Отдаленные результаты реализации алгоритма комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы.

3. Совершенствование системы рентгенологической оценки пародонтологических структур с целью определения детерминантов риска развития остеопоротического процесса альвеолярной кости у больных с патологией пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями.

4. Системное применение мелоксикама в составе комплексной терапии пародонтологических больных с аномалиями зубочелюстной системы улучшает клинически е результаты лечения, что проявляется в более выраженном противовоспалительном эффекте по индексным показателям, в виде уменьшении глубины пародонтальных карманов из-за торможении резорбтивных процессов в альвеолярной костной ткани как в ранние (1 месяц), так и поздние (1 год) сроки наблюдения.

**Достоверность и обоснованность результатов исследования** обеспечена представительностью выборки, обширностью первичного материала, тщательностью его качественного и количественного анализа, системностью исследовательских процедур, применением современных методов статистической обработки информации.

**Внедрение результатов исследования.** Методы и результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую практику и применяются на стоматологическом приеме в государственных (ОСП, ГСП) и негосударственных (ООО «Раддод», ООО «Smile», ООО «Садаф») стоматологических учреждениях г. Душанбе и г. Худжанда. Методологический подход к разработке дифференцированных подходов и повышение эффективности пародонтологического лечения у пациентов с зубочелюстными аномалиями внедрены в практическую деятельность стоматологических учреждений гг. Канибадама и Душанбе.

Результаты исследования используются в лекциях и практических занятиях со слушателями и ординаторами кафедры терапевтической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ, а также в лекциях и семинарах, проводимых в ТГМУ им. Абуали ибни Сино со студентами, ординаторами и аспирантами. Результаты научной работы также использованы в докладах на заседаниях межкафедральной экспертной комиссии ГОУ ИПОвСЗ РТ по стоматологическим дисциплинам (2019, 2020, 2021), на совместных заседаниях профильных кафедр ГОУ ИПОвСЗ РТ (2020, 2021).

**Апробация работы.** Основные положения диссертационной работы были апробированы и получили одобрение на заседаниях годичной научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ с международным участием (Душанбе, 2019, 2020, 2021); ежегодный семинарах

Национального патентно-информационного центра Республики Таджикистан (2021); ежегодной конференции Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы (2020). Материалы диссертационной работы также доложены на расширенном заседании профильных кафедр Государственного образовательного учреждения «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (Душанбе, 2022). Диссертационная работа апробирована на межкафедральном экспертном совете по стоматологическим дисциплинам ГОУ ИПОвСЗ РТ (2022).

**Личный вклад соискателя.** Автором определены цель и задачи исследования, проанализирована отечественная и зарубежная литература по изучаемой проблеме, предложены методологические подходы к проведению разных этапов клинического исследования. Личный вклад автора также состоит в самостоятельном выполнении всех этапов работы: сборе фактического материала, проведении клинико-рентгенологических и индикаторных, статистической обработке и анализе полученных данных, их систематизации и интерпретации, подготовке публикаций и докладов по материалам, полученным в процессе проведения научного исследования. Доля участия автора в накоплении научной информации более 80%, а в обобщении и анализе полученных результатов – до 100%.

**Публикации.** По результатам диссертационного исследования опубликовано 13 научных работ, в том числе 3 научных статей в журналах, входящих в перечень рецензируемых научных изданий Высшей аттестационной комиссии Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций. Получено 1 рационализаторское предложение.

**Объём и структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа изложена на 179 страницах. Работа иллюстрирована 31 таблицей, 13 рисунков. Список литературы состоит из 234 источников, в том числе 156 – литературные источники авторов СНГ и 78 – дальнего зарубежья.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом нами была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема, цель и задачи диссертации. Критерии включения пациентов: лица обоего пола в возрасте от 20 до 60 лет и старше для эпидемиологической оценки пародонтологического и ортодонтического статуса (578 человек); от 20 до 50 лет – для клинической оценки стоматологического статуса пациентов с хроническими очаговыми гингивитами и пародонтитами в сочетании с



зубочелюстными аномалиями (215 человек); отсутствие соматической патологии; информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Для достижения поставленных задач была проведена серия исследований, включающая несколько этапов. На первом этапе для оценки влияния зубочелюстной аномалии на состояние тканей пародонта было проведено эпидемиологическое исследование, в котором приняли участие 578 пародонтологических больных с аномалий зубочелюстной системы. Также проводилось клиническое исследование с целью изучения пародонтологического и ортодонтического статуса у 125 пациентов с патологией пародонта и аномалией зубочелюстной системы, а также 90 пародонтологических пациентов без ортодонтической патологии.

Затем для оценки эффективности препарата мелоксикам при лечении хронического очагового гингивита и пародонтита у пациентов с зубочелюстными аномалиями было проведено рандомизированное контролируемое исследование, в котором приняли участие 120 пациентов (52 мужчины и 68 женщины) с диагнозами «гингивит» легкой (15 человек), средней (34 человек) и тяжелой (29 человек) степени тяжести, а также «пародонтит» легкой (26 человек) и средней (16 человек) тяжести.

На втором этапе исследования для проведения клинкорентгенологических наблюдений пациенты, включенные в исследование, были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 60 человек, которым проводилась традиционная пародонтальная терапия с дополнением в терапии «Гиалудент №2», во 2-ю – 60 человек, которые после активной реализации пародонтального лечения принимали мелоксикам (по 7,5 мг 1 раз в день) в течение 14 дней, а также ежедневно в течение 14 дней на десневые сосочки и свободный край десны и в пародонтальные карманы каждого зуба с помощью специальной насадки наносили гель «Гиалудент №2».

С целью выявления распространенность патологии преддверия полости рта (мелкое преддверие, короткие уздечки губ, наличие множественных тяжей), сочетание ее с аномалиями прикуса (глубокий, открытый, перекрестный, прогения, прогнатия), расположения зубов (скученность, вне дуги, вокруг оси) и воспалительных заболеваний пародонта проведена оценка влияние анатомических параметров преддверия полости рта на развитие воспалительной патологии пародонта. С этой целью нами обследовано 120 пациентов с пародонтальной патологией в сочетании с аномалией зубочелюстной системы.

Клиническое стоматологическое обследование включало в себя оценку: гигиенического индекса Федорова-Володкиной; ГИ и индекса зубного камня Грина-Вермиллиона; пробы Шиллера-Писарева в модификации С. Парма; индекс налета контактных поверхностей по Large, индекс эффективности

гигиены полости рта по Podshadley et al.; определение пародонтального индекса и глубины пародонтальных карманов; уровня рецессии десны; индекса подвижности зубов; индекса кровоточивости десны; индекса CRITN; признаков травматической окклюзии; индекс активности остеопорозных очагов альвеолярного отростка.

Для оценки околозубных мягких тканей у больных пародонтитом в сочетании с зубочелюстной аномалией измеряли глубину преддверия полости рта модифицированным штангенциркулем от края маргинальной десны до наиболее высокой точки свода в области фронтального отдела нижней челюсти. Характер прикрепления уздечек оценивали визуально. Глубину зондирования пародонтальных карманов определяли градуированным зондом в шести точках каждого зуба (по три измерения с оральной и вестибулярной стороны).

Потеря клинического прикрепления десны оценивали как разность между глубиной кармана и расстоянием от края десны до эмалево-цементной границы. При наличии рецессии десны показатели глубины кармана при зондировании и рецессии суммировали. Подвижность зубов определяли, оказывая нагрузку на зуб в вестибулярно-оральном направлении ручками двух инструментов, выявляя три степени подвижности.

Перед включением в клиническое исследование всем пациентам проводили скрининговое обследование для верификации диагноза. Всем пациентам проводили первичную пародонтальную терапию, которая включала в себя: профессиональную гигиену полости рта; снятие зубных отложений; полирование корня; ирригацию пародонтальных карманов 0,2% хлоргексидином, наложение пародонтальной повязки Парасепт («Владмива», Россия); коррекцию травматической окклюзии; коррекцию реставраций, замену ранее наложенных пломб; поддерживающую пародонтальную терапию по показаниям в рамках стандартных протоколов лечения.

После первого этапа лечения пародонтологического характера пациенты были разделены на две группы по 60 человек. Пациентам 1-й группы проводили только стандартные перечисленные манипуляции с дополнением в терапии «Гиалудент №2». Пациентам 2-й группы дополнительно назначили нестероидный противовоспалительный препарат мелоксикам. Пациентов повторно осматривали через 2 нед±3 дня (1-й визит), через 1 мес±5 дней (2-й визит), через 3 месяц (3-й визит), через 6 месяцев (4-й визит) и через 12 месяцев (5-й).

Статистическая обработка материала производилась при помощи компьютерных программ Microsoft Excel, SPSS Statistics на основе созданной базы данных. Рассчитывали абсолютные и относительные частоты, среднее значение ошибку среднего и его 95% доверительные границы, а также медианы и пределы колебания показателя. Для проверки

гипотез о наличии статистической значимости отличий в группах был применен метод парных сравнений с использованием критериев Стьюдента. Рассчитывали точное значение  $p$  (различия считали достоверными при  $p < 0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Среди всех 578 наблюдаемых больных наличие хронического локализованного гингивита было выявлено у 313 (54,2%) пациентов, в 40 (6,9%) случаях у больных было установлено наличие хронического генерализованного гингивита, у 160 (27,7%) пациентов был диагностирован хронический локализованный пародонтит, в 51 (8,8%) случае диагностированный пародонтит носил генерализованный характер, а у 14 (2,4%) пациентов была установлена хроническая генерализованная форма пародонтоза.

В ходе изучения влияния полового фактора на частоту развития пародонтальных патологий, наличие такой связи не было обнаружено. Частота встречаемости гингивита (локализованной и генерализованной форм заболевания) была выше у женщин (56,9% и 57,5% наблюдений, соответственно), чем у мужчин (43,1% и 42,5% наблюдений, соответственно). Среди пациентов мужского пола чаще диагностировали локализованную и генерализованную формы пародонтита (54,4% и 52,9% наблюдений, соответственно).

Возраст подавляющего числа пациентов с локализованной и генерализованной формами гингивита, а также с локализованной формой пародонтита составлял 20-29 лет. Генерализованная форма пародонтита чаще встречалась среди 30-39 летних пациентов, а наличие пародонтоза чаще наблюдалось среди 40 летних пациентов и старше.

В ходе оценки состояния ротовой полости было установлено, что наличие мягких отложений на зубных поверхностях у пациентов с хронической локализованной формой гингивита наблюдалось в 35,6% случаев, у больных с генерализованной формой гингивита – в 27,9% случаев, у больных с локализованной формой пародонтита – в 32,6% случаев, у больных с генерализованной формой пародонтита – в 20,1% случаев, а у больных с пародонтозом – в 21,4% случаев.

Результаты проведения сравнительного анализа между уровнем образования и частотой развития пародонтальных патологий у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы было установлено, что локализованные формы гингивита чаще были диагностированы у пациентов со средне-специальным уровнем образования (53,9% случаев) и у пациентов с высшим уровнем образования (56,8% случаев). У пациентов со средним уровнем образования данный показатель составил 52,1% случаев. Наличие хронической генерализованной формы гингивита чаще обнаруживалось у пациентов со средним уровнем образования (28,4% случаев), а также у пациентов с высшим уровнем образования (27,3% случаев).

В ходе исследования установлено, что у пациентов с генерализованными

формами пародонтита и пародонтоза в большинстве случаев чистка зубов была нерегулярной. Так, число таких наблюдений среди больных с пародонтозом составило 41,9% случаев, среди больных с генерализованной формой пародонтита этот показатель составил 38,6% случаев. Нерегулярная чистка зубов отмечалась у 27,4% больных с локализованной формой гингивита, а также у 33,5% случаев у больных с локализованной формой пародонтита.

Рассмотрение вопроса потребности в пародонтологическом лечении требует предварительного структурного анализа заболеваний структурных единиц тканей пародонта. При оценке пародонтологического статуса у наблюдаемых больных с использованием индекса СРІТN было выявлено, что частота распространенности пародонтальных патологий у пациентов различных возрастных категорий составляла от 91,8% до 100,0%.

Результаты исследования показали, что в правых боковых участках верхнечелюстной кости наличие зубодесневых карманов глубиной 6 мм и более (СРІТN 4) не наблюдалось, при этом 10 (4,9%) больных отмечалось наличие зубодесневых карманов глубиной 4-5 мм (СРІТN 3). Наличие зубного камня (СРІТN 2) на данных участках верхней челюсти, а также десневой кровоточивости (СРІТN 1) было отмечено у 34,3% больных. Интактный пародонт (СРІТN 0) был отмечен в 9,3% случаев.

Во фронтальных участках верхнечелюстной кости наличие десневой кровоточивости было установлено у 80 (39,2%) пациентов. Наличие зубного камня на данных участках верхней челюсти было выявлено у 69 (33,8%) пациентов, наличие пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм выявлено у 9 (4,4%) больных, наличие пародонтальных карманов глубиной 6 мм и более не отмечалось, а у 6 (3,0%) пациентов пародонт являлся интактным.

Абсолютное число больных с десневой кровоточивостью в левых боковых участках верхнечелюстной кости составило 42 человека, с наличием зубных отложений – 116 человек, с наличием зубодесневых карманов глубиной 4-5 мм – 8 человек и с наличием данных карманов глубиной более 6 мм – 3 человека, в процентном соотношении данные показатели составили 20,6%, 56,8%, 3,9% и 1,5%, соответственно. Интактный пародонт был отмечен в 9 (4,4%) случаях.

У наблюдаемых пациентов доля встречаемости зубных отложений в правых боковых участках нижнечелюстной кости в общей структуре признаков пародонтальной патологии составила 42,2% случаев, а в левых боковых отделах - 48,0% случаев. В указанных участках наличие десневой кровоточивости отмечалось у 23,9% и 25,0% пациентов, соответственно. Наличие зубодесневых карманов глубиной 4-5 мм в правых боковых участках нижнечелюстной кости отмечалось у 1,5% пациентов, а в левых боковых участках также у 1,5% пациентов. Наличие более глубоких зубодесневых карманов в данных сегментах нижней челюсти не наблюдалось.

В боковых отделах справа и слева значение сегментарного показателя по кровоточивости дёсен составило соответственно 29,1% и 22,8%, во

фронтальном участке оно равнялось значением 29,7% при усредненном показателе 27,2%. Как и следовало ожидать значительно больше пациентов с зубными отложениями во фронтальном отделе (45,4%), нежели боковой отдел справа (38,3%). Такое положение дел можно объяснить тем, что во фронтальном участке верхней и нижней челюсти в большинстве случаев можно наблюдать аномальное расположение и скученность зубов.

Распространенность сегментов пародонта с патологическими карманами глубиной 4-5 мм составила 3,2% и 2,7% соответственно в боковом отделе справа и слева, во фронтальном участке – 3,9% при среднецифровом её значении 3,3%. В отношении пародонтальных сегментов с глубиной кармана 6 мм и более не выявлены статистически значимые различия ( $p>0,05$ ), их распространенность составила всего лишь 0,3%.

Структурная оценка распространенность признаков заболеваний пародонта по индексу СРІТN в зависимости от возраста обследованных лиц с аномалиями зубочелюстной системы свидетельствует о нижеследующем (табл. 1).

Таблица 1. - Общая распространенность индекса нуждаемости в лечении пародонтальных патологий при первичном осмотре пародонтологических пациентов с аномалией зубочелюстной системы

Возраст (в годах)	Общая распространенность СРІТN, %				
	СРІТN 0	СРІТN 1	СРІТN 2	СРІТN 3	СРІТN 4
20 – 29	25,1±3,92	43,7±4,62	34,3±2,17	1,45±0,19	-
30 – 39	15,1±2,67	45,5±4,53	45,6±3,97	3,17±0,32	0,36±0,12
40 – 49	14,2±1,41	44,9±3,56	55,9±4,56	4,25±0,43	0,72±0,25
50 – 59	12,1±1,10	34,3±2,18	51,4±4,25	4,06±0,57	0,33±0,14
В среднем	16,6±2,28	42,1±2,59	46,8±3,74	3,23±0,38	0,35±0,12

Обобщая данные проведенного нами исследования, можно заключить, что в группе 20-29 летних пациентов число лиц с интактным состоянием пародонтальных структур достигло 25,1±3,92%. В структуре признаков заболеваний пародонта распространенность кровоточивости десен и зубного камня составила соответственно 43,7±4,62% и 34,3±2,17%. Минимальное значение выявлено в отношении пародонтального кармана глубиной 4-5 мм, частота встречаемости которого в указанной возрастной группе пациентов составила 1,45±0,19%.

У 30-39 летних лиц с аномалиями зубочелюстной системы распространенность сегментов пародонта с десневой кровоточивостью составила 45,5±4,53%, наличие зубных отложений отмечалось у 45,6±3,97% пациентов, наличие зубодесневых карманов глубиной 4-5 мм отмечалось у 3,17±0,32% пациентов, а наличие зубодесневых карманов глубиной 6 мм и более было установлено у 0,36±0,12% пациентов.

Интенсивность здоровых сегментов пародонта в группе 40-49 летних пациентов составила 14,2±1,41%, в группе 50-59 летних пациентов -

12,1±1,10%. Интенсивность участков пародонта с десневой кровоточивостью в группе 40-49 летних пациентов составила 44,9±3,56%, в группе 50-59 летних пациентов - 34,3±2,18%.

У лиц с заболеваниями пародонта в сочетании с аномалиями зубочелюстной системы утрата зубодесневого соединения на расстоянии до 3 мм в правых боковых участках верхнечелюстной кости была выявлена в 73,5% (n=150) случаях, а в левых боковых отделах – в 75,4% (n=154) случаях. Утрата зубодесневого соединения на расстоянии 4-5 мм в правых боковых участках верхнечелюстной кости была выявлена в 9,3% случаях, а в левых боковых отделах - в 11,8% случаях. Чаще всего случаи с утратой зубодесневого соединения до 3 мм (73,5%) отмечались во фронтальных отделах верхнечелюстной кости, чем в боковых ее участках.

Среди 204 обследуемых пациентов с воспалительными поражениями пародонта на фоне зубочелюстных аномалий в 94 (46,1%) случаях у пациентов была диагностирована хроническая очаговая форма гингивита. У 26 (12,8%) больных была диагностирована хроническая генерализованная форма гингивита. Среди 68 (33,3%) больных с диагностированной хронической очаговой формой пародонтита. Наличие хронической генерализованной формы пародонтита наблюдалось у 16 (7,8%) больных (рис. 1).



**Рисунок 1. – Частота встречаемости пародонтита у пациентов с зубочелюстными аномалиями**

Нами поэтапно были подразделены 4 отдельные группы больных. В первую группу (группа контроля) вошли 35 человек с нормальным структурным состоянием области преддверия и зубных рядов. У пациентов контрольной группы индекс гигиены по Федорову-Володкиной в среднем составил 1,42±0,17. При этом у 21 (60,0%) пациента показатели указанного индекса соответствовали хорошему уровню гигиена, у 7

(20,0%) пациентов – удовлетворительному уровню, в 4 (11,4%) случаях показатели индекса гигиены соответствовали неудовлетворительному уровню, а в 3 (8,6%) случаях они соответствовали плохому уровню.

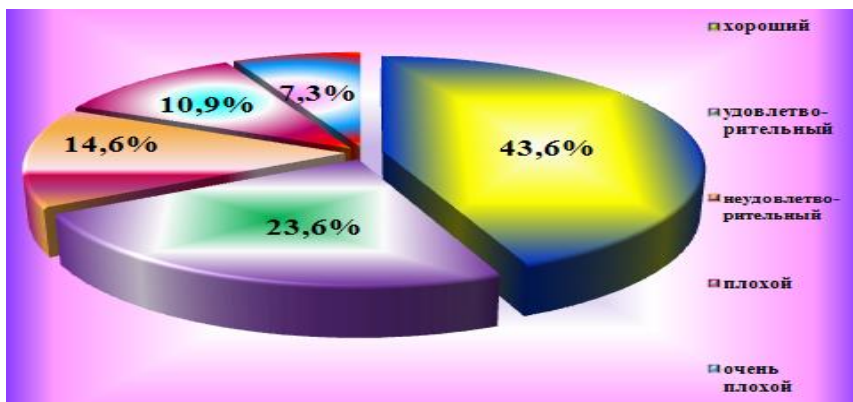
Ко второй группе наблюдения были отнесены 35 (17,2%) пациентов, у которых наблюдалась скученность зубов во фронтальных участках нижнечелюстной кости. Мелкое преддверие ротовой полости было обнаружено у 4 (11,4%) пациентов данной группы, наличие укороченной уздечки нижней губы было обнаружено у 10 (28,6%) пациентов. Показатели вышеуказанного индекса гигиены у пациентов второй группы составляли в среднем  $1,78 \pm 0,19$ . Данный показатель в 17 (48,6%) случаях соответствовал хорошему уровню гигиены, в 7 (20,0%) случаях он соответствовал удовлетворительному уровню, у 7 (20,0%) больных данный индекс соответствовал неудовлетворительному уровню, а у 4 (11,4%) больных он расценивался как плохой.

Пациенты с мелким преддверием ротовой полости были включены в третью группу наблюдаемых больных, число которых составило 23 (11,3%) человека. Из них у 11 (47,8%) пациентов был установлен ортогнатический прикус. Наличие скученности зубов во фронтальных участках челюсти у пациентов данной группы было отмечено в 4 (17,4%) случаях. Показатели индекса гигиены у 8 (34,8%) пациентов соответствовали хорошему уровню, у 9 (39,1%) пациентов они соответствовали удовлетворительному уровню, у 4 (17,4%) пациентов уровень гигиены расценивался как неудовлетворительный, а у 2 (8,7%) пациентов как плохой.

В четвертую группу были включены 55 (27,0%) пациентов, у которых имелась укороченная уздечка на нижней губе. У 24 (43,6%) пациентов этой группы показатели индекса гигиены соответствовали хорошему уровню, у 13 (23,6%) пациентов – удовлетворительному уровню, у 8 (14,6%) пациентов они соответствовали неудовлетворительному уровню, у 6 (10,9%) больных – плохому уровню, а в 4 (7,3%) случаях индекс гигиены расценивался как очень плохой. В данной группе больных показатели индекса гигиены составили в среднем  $1,88 \pm 0,11$ . У 32 (58,2%) пациентов была диагностирована хроническая локализованная форма гингивита (рис. 2).

В ходе проведения сравнительного анализа общего числа пациентов с пародонтальными заболеваниями и наличием аномалий зубочелюстной системы отдельно в каждой наблюдаемой группе было установлено, что чаще всего воспалительные поражения пародонтальных тканей наблюдались у пациентов с мелким преддверием ротовой полости. При изучении возрастных характеристик было установлено, что чаще всего случаи с мелким преддверием ротовой полости наблюдались среди 30-39

летних пациентов – в 34 (16,7%) случаях. Среди 40-49 летних пациентов эта частота составила 11,3% случаев (n=23), в группе 20-29 летних пациентов этот показатель составил 9,8% (n=20) случаев, а в группе 50-59-летних пациентов – 5,4% (n=11) случаев.



**Рисунок 2. – Характеристика состояния гигиены ротовой полости у пациентов с пародонтальными патологиями в сочетании с зубочелюстными аномалиями и с наличием короткой уздечки губ**

Показатели гигиенического состояния у пациентов с мелким преддверием ротовой полости в большей степени свидетельствовали о недостаточно удовлетворительном уровне (хороший уровень гигиены был отмечен только в 34,8% случаев, в то время как у пациентов со скученностью зубов данный показатель составил 48,0% случаев), это может быть обусловлено невозможностью выполнения полноценных движений зубной щетки при чистке зубов. При корреляционном анализе полученных результатов нами выявлена зависимость между размерами прикрепленной десны и глубиной преддверия полости рта.

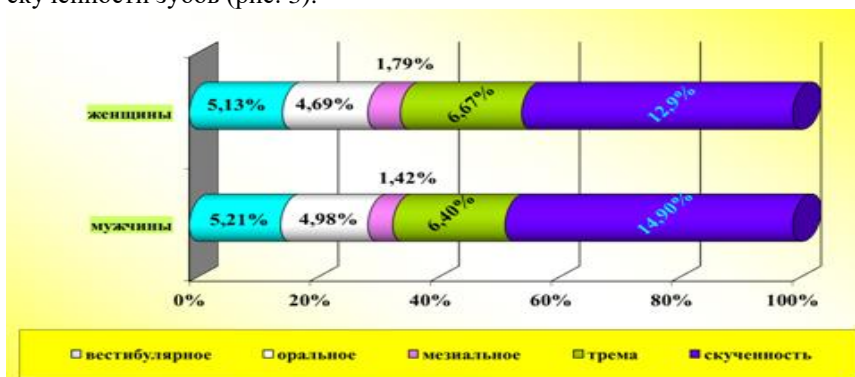
В ходе изучения структурных особенностей органов и тканей ротовой полости у 204 пациентов с аномалиями зубочелюстной системы наличие признаков воспалительного поражения пародонта наблюдалось в 80,4% (n=164) случаев, что отражает показатели встречаемости нарушений зубочелюстной системы. У 107 (65,2%) пациентов был установлен нормальный (ортогнатический) прикус либо же его переходный вариант без наличия зубных аномалий зубов или нарушений зубных рядов. Во всех случаях у данных пациентов наблюдалось нейтральное соотношение первых постоянных моляров. Также, у 80 (48,8%) пациентов был выявлен I класс мезио-дистального соотношения зубов, расположенных в боковых отделах челюстей.



Среди всех 164 наблюдаемых больных с зубочелюстными аномалиями в 46,3% (n=76) случаев были обнаружены аномалии отдельных зубов, при этом у 3 (1,8%) больных были выявлены аномалии количества зубов, у 7 (4,3%) больных выявлены аномалии размеров зубов, а у 78 (47,6%) больных были установлены аномалии положения зубов.

Частота встречаемости диастем составила  $5,40 \pm 1,08\%$ , а частота встречаемости трем составила  $6,54 \pm 1,20\%$ . В 24 ( $14,6 \pm 2,79\%$ ) случаях у исследуемых пациентов были выявлены другие нарушения положения зубов: вестибулярное положение зубов наблюдалось в  $5,17 \pm 0,92\%$  случаев; оральное положение зубов наблюдалось в  $4,84 \pm 1,04\%$  случаев; мезиальное положение отмечалось у  $1,61 \pm 0,61\%$  пациентов; тортоаномалия обнаружены у  $3,09 \pm 0,83\%$  пациентов. Стоит отметить, что тортоаномалии чаще встречались у пациентов мужского пола ( $3,57 \pm 0,88\%$  случаев), чем у пациентов женского пола ( $2,61 \pm 0,78\%$  случаев).

В общей структуре нарушения положения зубов преобладали случаи скученности зубов (рис. 3).



**Рисунок 3. – Характер распространенности аномалии положения зубов у больных с воспалительными заболеваниями пародонта**

Из общего количества пациентов с зубочелюстными аномалиями (164 чел.) такая патология была обнаружена у 26 обследованных лиц при частоте ее встречаемости  $15,9 \pm 1,74\%$ . Нам удалось также обнаружить гендерного различия частоты скученность зубов среди обследованного контингента ( $14,9 \pm 1,80\%$  и  $12,9 \pm 1,67\%$  соответственно у мужчин и женщин).

Как следует из полученных данных, у  $41,6 \pm 4,90\%$  пациентов было диагностировано сочетание нарушений положения зубов с дистальной формой прикуса, у  $40,0 \pm 7,75\%$  пациентов - с мезиальной формой прикуса, у  $60,0 \pm 8,28\%$  пациентов - с перекрестной формой прикуса, у  $54,8 \pm 6,32\%$  пациентов - с глубоким вариантом прикуса, а у  $61,3 \pm 8,75\%$  пациента - с

открытой формой прикуса. Нарушения положения зубов у пациентов с нейтральным соотношением моляров было отмечено в  $39,4 \pm 1,99\%$  наблюдений. Аномалия величины зубов сочеталась с дистальным прикусом в  $3,96 \pm 1,94\%$  случаев, с мезиальным - в  $2,50 \pm 3,79\%$ , с перекрестным - в  $2,86 \pm 4,04\%$ , с глубоким прикусом – в  $3,23 \pm 2,24\%$  случаев. Нарушение размеров зубов у пациентов с нейтральным соотношением моляров было отмечено в  $1,66 \pm 0,52\%$  случаев.

При первичном обращении у больных с легкой формой хронического пародонтита в сочетании с зубочелюстными аномалиями отмечались жалобы на появление кровоточивости из десен во время чистки зубов, серозные выделения из зубодесневых карманов, указывая на периодичность обострения заболевания 1 раз в полгода. У больных со среднетяжелой степенью воспалительного поражения пародонтальных тканей, помимо указанных симптомов, отмечалось выделение гнойного содержимого из пародонтальных карманов, появление неприятного запаха из полости рта, подвижность зубов, их смещение. У пациентов с тяжелой формой воспалительного процесса в пародонтальных тканях отмечалось развитие пародонтальных абсцессов, повышенная подвижность зубов.

У пациентов с легкой формой заболевания показатели глубины зубодесневых карманов варьировались от 1,8 мм до 4,0 мм, при среднем значении  $3,9 \pm 0,07$  мм. Значение пародонтального индекса в среднем составило  $3,98 \pm 0,03$  баллов. Степень индекса подвижности зубов равнялась значению  $0,87 \pm 0,05$ . Удельный вес индекса кровоточивости десневой борозды варьировал в пределах от  $36,5 \pm 3,07$  до  $45,5 \pm 4,33$ , составляя в среднем  $40,3 \pm 4,21$  баллов.

При рентгенологическом исследовании больных с легкой формой хронического воспалительного процесса в пародонтальных тканях на фоне наличия зубочелюстных аномалий было установлено наличие характерных для хронической патологии признаков – умеренная выраженность остеопороза в области межзубных перегородок (менее 30% от длины зубного корня), некоторое увеличение ширины периодонтальной щели в области боковых участков зубного корня. В 11 (20,0%) случаях у больных данной группы было выявлено наличие зубных субгингивальных отложений.

У пациентов со среднетяжелой формой хронического пародонтита в сочетании с аномалией зубочелюстной системы усредненные значения интердентального гигиенического индекса, пародонтального индекса, индекса кровоточивости десневой борозды, подвижность зубов составили соответственно  $62,4 \pm 1,33\%$ ,  $3,99 \pm 0,12$  баллов,  $57,3 \pm 5,30\%$  и  $1,92 \pm 0,07$ . Показатели глубины пародонтальных карманов у больных со среднетяжелой формой хронического пародонтита составляли в среднем  $3,9 \pm 0,07$  мм.

При проведении клинического осмотра у больных с тяжелой формой хронического воспалительного поражения пародонта в сочетании с зубочелюстной аномалией, отмечались жалобы на наличие десневой кровоточивости, появление неприятного запаха из ротовой полости, а также на подвижность зубов, их выпадение и повышенную чувствительность в районе шейки зубов. В 80% случаев длительность течения патологии у данных больных составляла в среднем 9-10 лет с периодичностью случаев обострения заболевания по 5-6 раз в течение 12 месяцев.

Результаты исследования свидетельствуют об ухудшении индексных показателей оценки состояния пародонтальных тканей по мере усугубления тяжести течения хронического пародонтита. Данные сведения могут оказаться полезными при установлении механизмов развития хронического воспалительного процесса в пародонте, а также могут помочь при выборе обоснованной тактики лечения.

Среди 78 пациентов с пародонтальными и ортодонтическими заболеваниями с целью изучения выраженности остеопоротического процесса в альвеолярной кости было проведено рентгенологическое исследование, при котором только в 53 (67,9%) случаях были обнаружены чёткие признаки остеопороза в виде очагов просветления, свидетельствовавшие об определенном остеопорозе. В остальных 32,1% (n=25) случаев были обнаружены только косвенные признаки остеопороза в виде уменьшения толщины костных балочек, увеличение ширины ячеистых пространств, снижение чёткости контуров костной ткани, которые позволили предполагать наличие вероятного остеопороза.

В 46 (59,0%) случаях у больных с диагностированным определённым остеопорозом при рентгенографии в зонах резорбции верхушек межзубных альвеолярных перегородок были обнаружены участки избыточного скопления кальция; а у других 41,0% (n=32) больных наблюдалась только утрата чёткости периферических контуров костной ткани.

В ходе динамического контроля (от 1 до 3 лет) больных с различными формами хронического пародонтита, протекающего на фоне аномалий зубочелюстной системы, было установлено, что у 67 (85,9%) пациентов с установленным вероятным остеопорозом (с отсутствием избыточного скопления кальция), наблюдаемым изначально в области фронтальных зубов обеих челюстей, спустя 14 месяцев наблюдения отмечалось появление рентгенологических признаков определяемого остеопороза, очаги которого располагались в области ранее установленного вероятного остеопороза. Кроме того, у больных с установленным вероятным остеопорозом на участках только фронтальных зубов нижнечелюстной кости, к данному периоду наблюдения, признаки появления определённого остеопороза наблюдались только у 29 (37,2%) пациентов.

Но при этом, спустя 48 месяцев наблюдения и более у остальных 49 (62,8%) пациентов наблюдались признаки перехода вероятного остеопороза в определённый.

Результаты рентгенологического исследования свидетельствуют о том, что всех больных с воспалительными поражениями пародонта на фоне развития зубочелюстных аномалий, у которых определяются признаки вероятного остеопоротического процесса в области альвеолярной кости, необходимо включать в группу пародонтологического риска. При этом мы полагаем, что к группе с наиболее высоким уровнем пародонтологического риска следует отнести больных с обнаруженными признаками остеопороза в области аномалийных изменений нижнечелюстной кости, при котором не наблюдается избыточное скопление кальция в периферийных участках костной ткани вследствие скученности зубов. А к группе с минимальным риском следует отнести пациентов с обнаруженными признаками остеопороза в области фронтальных отделов костной ткани межзубных альвеолярных перегородок верхнечелюстной кости.

В ходе динамического исследования наблюдаемых больных выраженности резорбтивных изменений костной ткани альвеолы была минимальной в группе пациентов с определённым остеопорозом на фоне избыточного скопления кальция в периферийных участках межзубных альвеолярных перегородок (спустя 24 месяца высота перегородок составляла в среднем  $0,5 \pm 0,07$  мм, а спустя 36 месяцев –  $0,8 \pm 0,09$  мм). При этом в группе больных с определённым остеопорозом лишь в области зубов нижнечелюстной кости данные показатели оказались выше ( $1,1 \pm 0,2$  мм и  $1,5 \pm 0,2$  мм, соответственно).

Спустя 12 месяцев наблюдения в 85,7% случаев у лиц с наличием участков избыточного скопления кальция не отмечалось уменьшение показателей высоты межзубных альвеолярных перегородок, спустя 18 месяцев наблюдения такая картина отмечалась у 81,6% пациентов, а спустя 36 месяцев – у 79,5% пациентов. По данным рентгенологического исследования можно определить уровень вероятности развития остеопороза и получить прогностическую оценку относительно вероятности прогрессирования резорбтивного процесса в костной ткани у больных данной категории.

В ходе проведения исследования у наблюдаемых пациентов были определены два варианта клинического течения хронического воспалительного процесса в пародонтальных тканях. У 36 пациентов (из них 16 мужского пола), возраст которых составлял в среднем  $43,8 \pm 2,07$  лет, наблюдалось активное течение пародонтита с формированием зубодесневых карманов (I вариант). У 42 пациентов (из них 18 мужского пола), возраст которых в среднем составлял  $39,8 \pm 2,49$  лет, при

рентгенологическом исследовании определялись признаки, свидетельствующие о неактивном течении заболеваниями с вероятностью обострения и длительного периода ремиссии (II вариант).

После выполнения рандомизированного контролируемого исследования пациенты, соответствующие друг другу по возрасту, полу и степеням тяжести пародонтальной и ортодонтической патологии, с диагнозами «пародонтит», «гингивит», «зубочелюстная аномалия» (120 человек) были разделены на 2 группы по 60 пациентов в каждой. Первую группу составили пациенты, у которых применялась классическая схема пародонтального лечения с дополнительным использованием в терапии геля «Гиалудент №2». Вторую группу составили пациенты, у которых с целью проведения адьювантной терапии использовался препарат мелоксикам, а также использовался гель «Гиалудент №2».

При первичном осмотре во всех группах уровень гигиены полости рта согласно индексу Грина-Вермиллиона был неудовлетворительным ( $2,75 \pm 0,33$  и  $3,30 \pm 0,61$  соответственно в 1-й и 2-й групп). У  $55,0 \pm 3,6\%$  обследованных оценка гигиены ротовой полости соответствовала «очень плохому» уровню, у  $24,2 \pm 2,4\%$  пациентов она соответствовала «плохому» уровню, а «средний» уровень гигиены полости рта определен только у  $20,8 \pm 3,3\%$  больных.

При рентгенографии в зависимости от проставленного диагноза определялись определенные изменения: небольшая деструкция с сохранением кортикальной пластинки альвеолярного отростка при легкой степени хронического гингивита до нарушения кортикальной пластинки при средней и тяжелой степени гингивита, а также неравномерная вертикальная деструкция межзубных перегородок в зависимости от тяжести хронического пародонтита (уровень деструкции до  $1/3$  длины зубного корня свидетельствовал о I степени тяжести хронического пародонтита, до  $1/2$  - о II и до  $2/3$  - о III степени).

Реализация первичной пародонтальной терапии дали нижеследующие результаты. Значение ГИ в первой группе лиц улучшилось в 1,2 раза по отношению к исходным показателям, а во второй группе - в 1,8 раза (соответственно  $1,88 \pm 0,45$  и  $3,30 \pm 0,61$ ). В первой группе пациентов наличие зубного налета и камня составило соответственно  $1,14 \pm 0,38$  и  $0,42 \pm 0,15$  против исходных значений (соответственно  $2,00 \pm 0,33$  и  $1,44 \pm 0,67$ ), уменьшая в 1,8 и 3,4 раза соответственно. Во второй группе эти показатели уменьшились соответственно в 2,0 и 21,2 раза.

Для выявления степень эффективности терапии воспалительных заболеваний пародонта была проведена сопоставительная оценка значений индикационных показателей до лечения и в отдаленные сроки наблюдения (6 и 12 месяцев) среди обследованных групп пациентов.

Результаты исследования показали, что у больных первой группы спустя полгода после проведения комплексной пародонтальной терапии наблюдается определенный лечебный эффект. Так, показатель ГИ достоверно снизился с  $2,75 \pm 0,33$  в начале исследования до  $2,34 \pm 0,40$  после исследования, эффективность лечения составила 14,9%; индекс зубного налета и камня достоверно снизились соответственно с  $2,00 \pm 0,33$  и  $1,44 \pm 0,67$  в начале до  $1,40 \pm 0,58$  и  $0,57 \pm 0,13$  после лечения при эффективности проведенного лечения 30,0% и 60,4% ( $p < 0,05$ ) соответственно; индекс РМА также снизился с  $67,60 \pm 15,97\%$  в начале исследования до  $57,85 \pm 14,71$  после лечения, эффективность составила 14,4; показатели ИК и ИПз достоверно снизились с  $2,11 \pm 0,62$  и  $0,61 \pm 0,06$  соответственно в начале исследования до соответствующего значения  $1,40 \pm 0,95$  и  $0,48 \pm 0,12$  при эффективности пародонтологического лечения 33,7% и 21,3 соответственно.

Результаты исследования показали, что комплекс проводимых лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с легкой степенью тяжести хронического пародонтита, развившегося на фоне зубочелюстных аномалий, показал значительный противовоспалительный эффект. Так, уже к 4-5 визиту к врачу у данных пациентов отмечалось исчезновение болевого синдрома, покраснения, отека и кровоточивости десен. В более отдаленном периоде было установлено значительное улучшение всех индикационных показателей, как в первой, так и во второй группе больных.

Спустя 12 месяцев после проведения комплексной терапии выполнялись контрольные ортопантомографические исследования. Результаты данного исследования свидетельствовали о снижении активности деструктивного процесса в костной ткани пародонта у пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами хронического пародонтита. Однако, полное стихание процессов деструкции отмечалось только у 76,7% больных с легкой формой пародонтологического нарушения, 64,3% - в группе больных с наличием средней формы воспалительного процесса, 27,6% - в группе больных с тяжелой формой хронического пародонтита.

Таким образом, базовый уровень пародонтальных индексов в группах лиц с наличием легкой, средней и тяжелой формами хронического пародонтита в сочетании с аномалией зубочелюстной системы статистически различался. В ходе исследования пародонтологического статуса у пациентов с наличием аномалий зубочелюстной системы наблюдаются статистически значимые различия между группами. Так, у пациентов с легкой и среднетяжелой степенью патологии показатели изучаемых индексов в различные периоды наблюдения оказались заметно

лучше, чем у пациентов с тяжелой степенью хронического пародонтита в сочетании с зубочелюстной аномалией.

## **ВЫВОДЫ**

1. Изучая влияние неблагоприятных факторов риска на состояние пародонтологического статуса у пациентов с пародонтальной патологией в сочетании с зубочелюстной аномалией, мягкие зубные отложения выявлены у 31,8% больных с хроническим гингивитом, у 26,4% пациентов с пародонтитом. В 66,5% случаев минерализованные зубные отложения выявлены при гингивите и в 71% случаев при пародонтите. При анализе влияния уровня образования на риск развития пародонтальных патологий выявлено, что локализованные формы гингивита чаще были диагностированы у пациентов со средне-специальным уровнем образования (53,9% случаев) и у пациентов с высшим уровнем образования (56,8% случаев). В большинстве случаев больные с гингивитом и пародонтитом чаще употребляли смешанную (твердую и мягкую) пищу. Мягкую пищу часто употребляли лица с генерализованной формой пародонтита, что по всей видимости было обусловлено появлением болевых ощущений при употреблении пищи. Наличие вредных привычек (курение) было отмечено у 41,3% больных с генерализованным гингивитом и у 42,2% больных с генерализованным пародонтитом, тогда как эти показатели у больных с локализованными формами данных патологий составляли соответственно 24,6% и 31,5% случаев.

2. Во фронтальных участках верхнечелюстной кости наличие десневой кровоточивости (СРІТN 1) было установлено у 39,2% пациентов. Наличие зубного камня (СРІТN 2) на данных участках верхней челюсти выявлено у 33,8% пациентов, наличие пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм (СРІТN 3) выявлено у 4,4% больных, наличие пародонтальных карманов глубиной 6 мм и более (СРІТN 4) не отмечалось. Абсолютное число больных с десневой кровоточивостью в левых боковых участках верхнечелюстной кости составило 42 (20,6%) человека, с наличием зубных отложений – 116 (56,8%) человек, с наличием зубодесневых карманов глубиной 4-5 мм – 8 (3,9%) человек и с наличием данных карманов глубиной более 6 мм – 3 (1,5%) человека. Интактный пародонт был отмечен в 4,4% случаев.

3. У лиц с аномалиями зубочелюстной системы нейтральное соотношение первых моляров достигло уровня 68,9%, дистальное соотношение встретилось у 22,0% осмотренных, мезиальное – у 8,54% пациентов. Одна из этих разновидностей соотношения сочеталась с нижеследующими аномалиями: 11,6% - с дистальным прикусом; 4,9% - с мезиальным прикусом; 4,3% - с перекрестным прикусом; 3,7% - с открытым прикусом. От общего количества выявленных пациентов с

зубочелюстными аномалиями в 46,3% случаев были обнаружены аномалии отдельных зубов, при этом у 3,9% больных были выявлены аномалии количества зубов, у 6,6% больных выявлены аномалии размеров зубов, а у 89,5% больных были установлены аномалии положения зубов.

4. При рентгенологическом исследовании у пациентов с пародонтальными и ортодонтическими заболеваниями в 67,9% случаев были обнаружены очаги определенного остеопороза. В остальных 32,1% случаев были обнаружены только косвенные признаки остеопороза в виде уменьшения толщины костных балочек, увеличение ширины ячеистых пространств, снижение чёткости контуров костной ткани. В 59,0% случаев у больных с диагностированным определённым остеопорозом при рентгенографии в зонах резорбции верхушек межзубных альвеолярных перегородок были обнаружены участки избыточного скопления кальция; а у остальных 41,0% больных наблюдалась только утрата чёткости периферических контуров костной ткани. Результаты рентгенологического исследования свидетельствуют о том, что всех больных с воспалительными поражениями пародонта на фоне развития зубочелюстных аномалий, у которых определяются признаки вероятного остеопоротического процесса в области альвеолярной кости, необходимо включать в группу пародонтологического риска.

5. В отдаленные сроки наблюдения эффективность пародонтологического лечения у пациентов 1-й группы составила минимальную величину для таких индикационных показателей как РМА (4,8%), ИПз (4,9%), ПК (8,1%), ГИ (10,6%) и РІ (11,8%). Сравнительно высокая эффективность пародонтологического лечения отмечена при изучении ИК, ОНІ-S DI, ОНІ-S CI и РД (соответственно 17,1%, 31,5%, 53,5% и 68%). Через 12 месяцев после начала пародонтологического лечения улучшение состояния пародонта было более значимым у пациентов 2-й группы. Как следует из полученных данных, эффективность проведенного лечения пародонтологического характера оказалась значимо достоверной для таких клинических показателей как ОНІ-S DI, ИПз, ОНІ-S CI и ИК (соответственно 45,7%, 55,8%, 85,8% и 96,9%).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Выявленные особенности течения воспалительных заболеваний пародонта могут быть учтены при разработке программ профилактики и лечения патологии пародонта у пародонтологических больных, ассоциированным зубочелюстными аномалиями.

2. Органам здравоохранения обратить внимание на неудовлетворительное состояние стоматологического здоровья у пародонтологических больных с аномалией зубочелюстной системы, организовать статистический учет распространенности стоматологических заболеваний



среди этого контингента. Обратить особое внимание на организацию доступности своевременной качественной пародонтологической помощи среди названного контингента больных.

3. Учитывая неудовлетворительную гигиену ротовой полости и низкую мотивацию у пациентов с пародонтальными патологиями в сочетании с зубочелюстными аномалиями, следует применять профессиональную гигиену ротовой полости в плановом порядке в соответствии с графиком по вызову стоматолога, контроль гигиены полости рта и мотивирование к ее соблюдению.

4. При планировании стоматологической службы у пародонтологических больных с зубочелюстными аномалиями приоритетным направлением следует считать профилактику, так как это впоследствии позволяет снизить затраты на лечение зубов и тканей пародонта.

5. Для консервативного лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с аномалией зубочелюстной системы можно рекомендовать использование нестероидного противовоспалительного препарата мелоксикам в сочетании с препаратом «Гиалудент №2», учитывая простоту применения, большую клиническую эффективность и стабильность получаемых результатов.

#### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Джураев, Ж.Э. Нуждаемость в пародонтологическом лечении у взрослого населения с зубочелюстными аномалиями: сб. науч. тр. / **Ж.Э. Джураев** // Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний. -Душанбе, 2019. -С. 55-56.
2. Каримов, С.М. Структуризация неблагоприятных медико-социальных детерминантов, влияющих на пародонтологического статуса при аномалии зубочелюстной системы: сб. науч. тр. / С.М. Каримов, **Ж.Э. Джураев** // Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний. -Душанбе, 2019. -С. 72-73.
3. Ашуров, Г.Г. Результаты оценки состояния тканей пародонта у взрослого населения с аномалиями зубочелюстной системы / Г.Г. Ашуров, **Ж.Э. Джураев**, С.М. Каримов, М.Ш. Султанов // **Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения**. Душанбе, 2019. № 4. С. 9-14.
4. Ашуров, Г.Г. Определение структуры потребности в лечении заболеваний пародонта у лиц с аномалиями зубочелюстной системы: сб. науч. тр. / Г.Г. Ашуров, М.Р. Гурезов, **Ж.Э. Джураев** // Материалы XXV годичной конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2019. -С. 100-101.
5. Гурезов, М.Р. К вопросу о влиянии неблагоприятных медико-социальных факторов на состояние пародонтологического статуса у лиц с зубочелюстными аномалиями: сб. науч. тр. / М.Р. Гурезов, **Ж.Э. Джураев**, С.М. Каримов // Материалы XXV годичной конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2019. -С. 21-22.

6. Амхадова, М.А. Влияние неблагоприятных медико-социальных факторов на состояние пародонтологического статуса взрослого населения с зубочелюстными аномалиями / М.А. Амхадова, Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов, С.М. Каримов, **Ж.Э. Джураев** // **Российский стоматологический журнал**. -Москва, 2019. -№ 3-4. -С. 140-143.
7. Юсупов, З.Я. К вопросу о значении гигиены полости рта в комплексной программе профилактики стоматологических заболеваний / З.Я. Юсупов, **Ж.Э. Джураев**, З.Р. Аминджанова, Г.Г. Ашуров // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения**. -Душанбе, 2020. -№ 3. -С. 103-110.
8. Джураев, Ж.Э. Оценка нуждаемости лиц с аномалиями зубочелюстной системы в лечении заболеваний пародонта / **Ж.Э. Джураев**, С.М. Каримов, К.А. Исмоилов. // **Стоматология Таджикистана**. -2019. -№ 1. -С. 8-11.
9. Джураев, Ж.Э. Оценка отдаленных результатов лечения генерализованного пародонтита у больных с зубочелюстными аномалиями: сб. науч. тр. / **Ж.Э. Джураев**, С.М. Каримов, А.А. Исмоилов // **Материалы XXVI научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ «Новые направления развития медицинской науки и образования»**. - Душанбе, 2020. -С. 65-66.
10. Каримов, С.М. Структура потребности в лечении заболеваний пародонта у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы: сб. науч. тр. / С.М. Каримов, **Ж.Э. Джураев** // **Стоматология вчера, сегодня, завтра**. -Минск, 2020. -С. 200-205.
11. Ашуров, Г.Г. Результаты определения индекса активности остеопорозных очагов альвеолярного отростка у больных с воспалительно-деструктивным заболеванием пародонта, ассоциированным с аномалией зубочелюстной системы / Г.Г. Ашуров, **Ж.Э. Джураев**, С.М. Каримов // **Вестник Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы**. - Душанбе, 2020. -№ 2. -С. 24-30.
12. Джураев, Ж.Э. Медико-социальная значимость воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта / **Ж.Э. Джураев**, Н.А. Баева, Н.Н. Назарова, Б.Б. Абдулов // **Стоматология Таджикистана**. -2020. -№ 1. -С. 72-75.
13. Джураев, Ж.Э. Степень влияния анатомических параметров преддверия полости рта на состояние пародонтальных структур у больных с воспалительными заболеваниями пародонта в сочетании с зубочелюстной аномалией / **Ж.Э. Джураев**, С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров, Д.Т. Махмудов // **Стоматология Таджикистана**. -2022. -№ 2. -С. 5-9.

#### **Удостоверение на рационализаторское предложение:**

1. **Ж.Э. Джураев** Способ оценки пародонтологического статуса в зависимости от уровня физической активности стоматологических пациентов / **Ж.Э. Джураев**, Г.Г. Ашуров, Д.Т. Махмудов. Выдано от 19.06.2019г., № 000278.

Разрешено в печать 28.02.2023. Сдано в печать 06.03.2023.  
Формат 60x84 1/16. Объем 1,5 п.л. Бумага офсетная.  
Печать офсетная. Гарнитура Times New Roman.  
Тираж 100 экз. Типография ООО «Ориёнгандж»