

На правах рукописи

**АБДУЛАЕВ
БЕХРУЗ АБДУЛАЕВИЧ**

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПОРНЫХ ЗУБОВ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОТЯЖЕННОСТИ ОККЛЮЗИОННЫХ
ДЕФЕКТОВ**

3.1.7. - стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ДУШАНБЕ - 2023

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

Научный руководитель: **Зарипов Акбар Рахмонович**
кандидат медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **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

Аминджанова Замира Рустамовна – кандидат медицинских наук, Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, научный сотрудник

Ведущая организация: ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2023 года в «___» часов на заседании диссертационного совета Д 73.3.005.01 Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» по адресу: 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59

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

Автореферат разослан «___» _____ 2023 года

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

Хамидов Джура Бутаевич

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Несмотря на многочисленные исследования, высокая распространенность эндодонтических осложнений остается важной проблемой ортопедической стоматологии [Бер Р. и соавт., 2010; Иорданишвили А.К. и соавт., 2015].

По сведениям Максимова О.П. [2011] эффективность и долгосрочное функционирование опорных зубов мостовидных протезов может ухудшиться, нередко довольно быстро, при развитии эндодонтического синдрома по 4 основным причинам: некачественно вылеченные опорные зубы после пульпита и периодонтита; после препарирования коронок опорных зубов под цельнолитые и металлокерамические протезы, вследствие ретракции десны возникает повреждение краевого пародонта, которое может прогрессировать в виде рецессии десны; отсутствие полного контакта опорных зубов с антагонистами в результате отсутствия зуба-антагониста; повышенная жевательная нагрузка после наложения зубного протеза, особенно при ее повышении.

Тяжелые нарушения функций опорного аппарата зубов могут возникать после образования такого эндодонтического осложнения, как анкилоза верхушечной части корня зуба, при значительных гранулёмах с разрушением периодонтальной мембраны и сращением костной ткани с дентином корня [Farzaneh M. et al., 2014].

Не менее важный эндодонтический аспект протезирования считается повышенная жевательная нагрузка на эти зубы, особенно после длительного отсутствия жевательной нагрузки перед протезированием из-за чего происходит редукция компенсаторных и резервных механизмов опорного аппарата зубов. Такое состояние чаще возникает при отсутствии зубов-антагонистов у опорных зубов или из-за неполного смыкания жевательных поверхностей мостовидных протезов [Imura N., 2017].

На важность наличия эндодонтических осложнений при протезировании указывает и тот факт, что зубы с очагом деструкции у верхушки корня, являются очагами хронической инфекции и способны вызвать очагово-обусловленные заболевания [Gardner F.M., 2012].

Несмотря на имеющиеся сведения, на сегодня не изучены особенности распространения и интенсивности эндодонтических осложнений опорных зубов в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов. Не в полной мере выяснены резистентности пародонта опорных зубов в зависимости от протяженности дефектов при наличии эндодонтических осложнений. Комплексный анализ клинико-рентгенологических показателей результатов ортопедического лечения пациентов с учетом протяженности дефектов зубных рядов позволяет дать научно обоснованное представление о влиянии протяженности дефекта на спектр осложнений и на прогноз эндодонтического лечения опорных зубов.

Изложенное выше определяет актуальность выбранной темы исследования и его методологию.

Степень разработанности темы исследования. Стоматологи-ортопеды чаще сталкиваются с вторичной окклюзионной травмой. К этому приводит поздняя обращаемость пациентов с дефектами зубных рядов, особенно в боковых отделах, низкий уровень санитарно-просветительной работы, отсутствие реальной диспансеризации [Fedi P.E. et al., 2013].

В последние годы качеству стоматологической ортопедической помощи уделяется все большее внимание [Коваленко А.Ю. и соавт., 2012; Трезубов В.Н., 2012; Behend D.A., 2012; Sailer I. et al., 2015]. Тем не менее, число неудовлетворительных результатов ортопедической помощи остается достаточно высоким [Малый А.Ю. и соавт., 2015].

Однако, доказательной клинико-рентгенологической информации по вопросам комплексного лечения эндодонтических осложнений опорных зубов в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов недостаточно. У пациентов с частичным отсутствием зубов не хватает данных о количестве эндодонтических осложнений опорных зубов в системе ортопедической конструкции после завершения ортопедического стоматологического лечения, а также, о возможных причинах и сроках их возникновения.

Цель исследования. Оптимизация ортопедического лечения и ведения пациентов с эндодонтической патологией опорных зубов в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективную оценку степень распространенности и интенсивности окклюзионных дефектов у населения Республики Таджикистан.

2. Изучить клинико-фотометрическое и рентгенологическое состояния ортопедического статуса в зависимости от возраста и протяженности дефектов зубных рядов.

3. Провести комплексный анализ эндодонтического состояния опорных зубов с целью разработки конкретных предложений по совершенствованию организации ортопедического стоматологического приёма.

4. Проанализировать эндодонтическое состояние опорных зубов в зависимости от групповой принадлежности и протяженности супраконструкционных элементов.

Научная новизна исследования. Впервые выявлены особенности распространения и интенсивности окклюзионных дефектов в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов у населения Республики Таджикистан. Проанализированы клинико-фотометрические и рентгенологические особенности изменения лицевых параметров в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов.

Впервые определена частота встречаемости ошибок эндодонтически леченых опорных зубов в зависимости от групповой принадлежности и протяженности межзубных элементов функционирующего протеза на основании многофакторного анализа эндодонтического и

пародонтологического статусов. Совершенствованы научно обоснованные рекомендации по применению алгоритма эндопародонтального лечения опорных зубов в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов и прослежены ближайшие и отдаленные результаты соответствующего лечения.

Теоретическая и практическая значимость работы. Значимость представленного исследования заключается в том, что полученные результаты по изучению состояния эндопародонтального комплекса опорных зубов позволяют определить причинные факторы, приводящие к высокой частоте соответствующих осложнений. Выявленные причины и их своевременное устранение способствуют повышению резистентности пародонта опорных зубов и приводят к долгосрочному функционированию ортопедических протезов.

Полученные данные по оценке эндопародонтального состояния опорных зубов с использованием различных методов позволяют объективно оценить характер эндопародонтальных нарушений в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов.

Методология и методы исследования. Диссертация выполнена в соответствии принципами и правилами доказательной медицины. Для оценки протяженности дефектов зубных рядов и клинического состояния ортопедического стоматологического статуса среди обследованного контингента больных применяли клинико-эпидемиологические, рентгенологические, фотометрические, субъективные и объективные методы обследования. Комплексное обследование ортопедического стоматологического статуса с целью определения протяженности окклюзионных дефектов осуществлялось по специальной методике, которое предусматривало изучение распространенности и интенсивности дефектов зубного ряда, наличие несъемных ортопедических конструкций полости рта, эндопародонтальное состояние опорных зубов с различными промежуточными супраконструкционными единицами, нуждаемость в повторном протезировании и эндопародонтальном лечении опорных зубов.

Субъективные методы обследования включали: определение состояния слизистой оболочки полости рта на основании ее цвета, консистенции, контуров. Особое внимание уделяли тканям пародонта опорных зубов. Объективные методы обследования подразделялись на общепринятые стоматологические и дополнительные. Первые включали в себя оценку эндопародонтального состояния эндодонтически вылеченных опорных зубов, определение индексов гигиены и гингивита на основании данных клинико-инструментального обследования полости рта пациента, вторые – применение рентгенологических методов обследования опорных зубов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Комплексная оценка частоты дефектов зубного ряда в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов у лиц, проживающих в различных административно-территориальных зонах проживания, позволили прогнозировать их нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи.

2. Использование клинико-рентгенологических ортопедических подходов в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов позволило разработать дифференцированные эндопародонтальные подходы к планированию ортопедического лечения окклюзионных дефектов.

3. Объем оказываемой ортопедической стоматологической помощи больным с эндопародонтальной патологией протетического генеза определяется не только клинической картиной, но и их рентгенологической характеристикой.

4. Ближайшие и отдаленные результаты протезирования у больных с эндопародонтальной патологией показали, что использование супраконструкционных элементов с малыми и средними промежуточными единицами существенно повысит функциональную ценность ортопедических конструкций.

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

Внедрение результатов исследования. Методы и результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую практику и применяются на стоматологическом приеме в государственных (УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГСП) и негосударственных (ООО «Раддод», ООО «Smile», ООО «Садаф», ООО «Евродент») стоматологических учреждениях г. Душанбе. Методологический подход к разработке дифференцированных путей и оптимизации ортопедического лечения пациентов с эндопародонтальной патологией опорных зубов в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов внедрены в практическую деятельность стоматологических учреждений г. Душанбе. Результаты исследования используются на лекциях и практических занятиях со студентами и ординаторами кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, слушателями, ординаторами и аспирантами кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы были апробированы и получили одобрение на заседаниях проблемной комиссии по стоматологическим дисциплинам ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2021, 2022); годовых научно-практических конференциях ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2021, 2022). Материалы диссертационной работы также доложены на расширенном заседании профильных кафедр Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет» им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2022). Диссертационная работа апробирована на межкафедральной проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» по специальностям 3.1.7. - стоматология, 3.1.3. - оториноларингология и 3.1.5.- офтальмология (2022).

Личный вклад соискателя. Автором сформулированы концепция, цель исследования и его основные задачи, положения, выносимые на защиту, проведен самостоятельный аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме. Разработан дизайн исследования, осуществлен сбор материала и его статистический анализ. Выработана оптимальная лечебно-диагностическая и профилактическая тактика. Промежуточные результаты исследования систематически проверялись и редактировались научным руководителем. Доля участия автора в анализе данных отечественной и зарубежной литературы – 100%, в формулировании основных научных результатов диссертации и рекомендаций к практическому использованию результатов – более 90%.

Публикации. По результатам диссертационного исследования опубликовано 12 научных работ, из них 4 публикации в научных журналах, которые включены в перечень ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, 2-х глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертационная работа описана на 137 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 18 таблицами и 15 рисунками. Библиографический перечень включает 164 источника, из них 98 на русском и 66 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. С целью изучения протяженности дефектов зубных рядов у населения Республики Таджикистан было проведено ретроспективное обследование ортопедического статуса в различных территориально-административных зонах Республики Таджикистан с использованием специально разработанной карты «Комбинированная карта ВОЗ для стоматологического исследования и определения нуждаемости в лечении». Расчет достоверного числа эпидемиологических наблюдений осуществлялся по формуле бесповторной репрезентативной выборки с учетом численности генеральной совокупности, которая составила 1264 карт пациентов основной группы в г. Душанбе (328 человек), Хатлонской (313 человек) и Согдийской (282 человек) областей и Районы республиканского подчинения (РРП) (341 человек).

Значение гендерного распределения обследованных лиц составило 51,3% и 48,7% соответственно для мужчин и женщин. В зависимости от возрастного фактора у обследованных лиц на основе массива ретроспективных данных процентное распределение оказалось недостоверным (табл. 1).

Для выявления закономерностей отображения корневых каналов опорных зубов в зависимости от протяженности ортопедического протеза были изучены 280 рентгенограмм у 186 пациентов в возрасте 20-50 лет. Ранее до протезирования дефектов зубных рядов всем пациентам проводилось

эндодонтическое лечение опорных зубов. От всех пациентов получено добровольное информированное согласие на обследование стоматологического характера. Стоматологическое обследование велось по специальной программе с углубленным изучением анамнестических данных.

Таблица 1. - Распределение обследованных лиц основной группы на основе массива ретроспективных данных карт осмотра полости рта в зависимости от возраста и пола

Возраст, в годах	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%
20-29	127	10,1	124	9,8	251	19,9
30-39	136	10,8	128	10,1	264	20,9
40-49	133	10,5	126	10,0	257	20,3
50-59	128	10,1	120	9,5	248	19,6
60 и >	124	9,8	118	9,3	244	19,3
Итого	648	51,3	616	48,7	1264	100

Примечание: % от итогового количества обследованных лиц в отдельности

В обследованную группу вошли стоматологические пациенты обоих полов с дефектами зубных рядов, которые были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили пациенты (72 человек) с малыми промежуточными супраконструкционными единицами (отсутствие 1-3 зубов); во 2-ю группу вошли обследованные пациенты (83 человек) со средней протяженностью (отсутствие 4-6 зубов) ортопедического протеза; 3-ю группу составили пациенты (31 человека) с большими промежуточными единицами ортопедических конструкций (отсутствие более 6 зубов). Распределение обследованных групп в зависимости от протяженности ортопедических протезов составило соответственно 38,7%, 44,6% и 16,7%.

Для определения особенностей строения лица и выявления корреляционных связей между клиническими и фотометрическими параметрами была выделена контрольная группа, включившая 57 человек обоих полов с ортогнатическим прикусом и интактными зубными рядами. Во 2-ю группу вошли 87 человека обоих полов с дефектами зубных рядов, которые были разделены на подгруппы: 1-ю подгруппу составили пациенты с малыми (отсутствие 1-3 зубов) и средними (отсутствие 4-6 зубов) дефектами зубных рядов (соответственно 29,9% и 44,4%); во 2-ю подгруппу вошли обследованные с большими (5,4%) дефектами зубных рядов (отсутствие более 6 зубов); 3-ю подгруппу составили пациенты с полной потерей зубов (3,8%) (рис. 1).



Рисунок 1. – Распределение ортопедических пациентов в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов

Статистическая обработка полученных данных проводилась по правилам общемедицинской статистики применительно к стоматологии с использованием программы Statistica. Графики и диаграммы в работе построены с использованием стандартных приложений «Microsoft Excel».

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Сведения о протяженности дефектов зубных рядов у населения г. Душанбе подтверждают факт ее вариабельности во всех обследованных возрастных группах. Полученные данные свидетельствуют о том, что в целом показатели распространенности дефектов зубных рядов разной протяженности имеет тенденцию к увеличению в зависимости от возрастного фактора. Выявлено повозрастное увеличение показателя окклюзионных дефектов от минимального значения распространенности у 20-29-летних лиц ($75,3 \pm 2,10\%$) до максимального в возрастной категории 60 лет и старше ($85,8 \pm 3,11\%$) (табл. 2).

Таблица 2. - Повозрастные показатели распространенности дефектов зубных рядов разной протяженности среди населения г. Душанбе

Возраст (в годах)	Общее кол-во дефектов, %	Протяженность дефектов зубных рядов, %		
		малые* дефекты (1-3 зуба)	средние* дефекты (3-6 зубов)	большие* дефекты (>6 зубов)
20-29	$75,3 \pm 2,10$	$66,8 \pm 1,94$	$8,5 \pm 0,16$	-
30-39	$78,0 \pm 2,44$	$48,1 \pm 1,34$	$22,0 \pm 0,87$	$7,9 \pm 0,23$
40-49	$80,6 \pm 2,51$	$22,3 \pm 0,98$	$39,7 \pm 1,16$	$18,6 \pm 0,37$
50-59	$84,2 \pm 2,64$	$12,7 \pm 0,25$	$44,5 \pm 2,04$	$27,0 \pm 0,35$
60 и >	$85,8 \pm 3,11$	$2,4 \pm 0,11$	$50,1 \pm 2,18$	$33,3 \pm 0,82$
В среднем	$80,8 \pm 2,56$	$30,5 \pm 0,92$	$33,0 \pm 1,28$	$17,4 \pm 0,36$

Примечание: * - абсолютное значение показателя протяженности к общему количеству окклюзионных дефектов

Значительный интерес, на наш взгляд, представляет совокупность утраченных зубов в количественном отношении, по результатам которых обследованные карты были разделены на подгруппы с малыми (отсутствие 1-3 зубов), средними (отсутствие 4-6 зубов) и большими (отсутствие более 6 зубов) дефектами зубных рядов. Как свидетельствуют данные таблицы, у 20-29-летних жителей г. Душанбе усредненное значение окклюзионных дефектов с малой и средней протяженности составило соответственно $66,8 \pm 1,94\%$ и $8,5 \pm 0,16\%$. В этой возрастной группе не были обнаружены дефекты зубных рядов с большой протяженности.

По аналогичной программе было проведено изучение распространенности дефектов зубных рядов разной протяженности в возрасте 30-39 лет. Детальная обработка полученных данных позволила установить определенные закономерности в распространении протяженности окклюзионных дефектов. Так, в этой возрастной группе абсолютное значение показателя малой протяженности дефектов зубных рядов составило $48,1 \pm 1,34\%$ при значении $22,0 \pm 0,87\%$ и $7,9 \pm 0,23\%$ соответственно для окклюзионных дефектов со средними и большими протяжениями.

У 40-49-летних пациентов окклюзионные дефекты с малой, средней и большой протяженностью составили соответственно $22,3 \pm 0,98\%$, $39,7 \pm 1,16\%$ и $18,6 \pm 0,37\%$. В возрасте 50-59 лет протяженность распространенности утраченных зубов с малой, средней и большой величиной соответствовала $12,7 \pm 0,25\%$, $44,5 \pm 2,04\%$ и $27,0 \pm 0,35\%$ при соответствующем значении $2,4 \pm 0,11\%$, $50,1 \pm 2,18\%$ и $33,3 \pm 0,82\%$ в возрасте 60 лет и старше.

Представляется также целесообразным проследить динамику изменения структурных показателей интенсивности окклюзионных дефектов разной протяженности среди стоматологических пациентов г. Душанбе. Показатель интенсивности дефектов зубных рядов малой протяженности в среднем составил $2,70 \pm 0,3$ единиц на одного пациента в возрасте 20-29 лет. Данный показатель у 30-39-летних пациентов оказался равным $3,40 \pm 0,3$ единиц, а в возрастных группах 40-49, 50-59 и старше 60 лет - $1,82 \pm 0,2$, $1,51 \pm 0,5$ и $0,62 \pm 0,2$ единиц в среднем на одного пациента соответственно. Из полученных данных приходится констатировать, что с увеличением возраста пациентов редукция интенсивности окклюзионных дефектов с малой протяженностью составляет $2,08 \pm 0,1$ единиц (табл. 3).

Интенсивность окклюзионных дефектов со средней протяженностью значительно увеличился с возрастом и составил $0,34 \pm 0,02$ единиц среди 20-29-летних пациентов г. Душанбе при среднецифровом значении $1,56 \pm 0,2$ ед., $3,23 \pm 0,5$ ед., $5,03 \pm 0,7$ ед. и $11,1 \pm 1,9$ единиц соответственно в возрастных группах 30-39, 40-49, 50-59 и 60 лет и старше, что свидетельствует об ухудшении показателей своевременной организации санации полости рта и ортопедической реабилитации стоматологических пациентов.

Изучение структуры показателя интенсивности дефектов зубных рядов показало, что у стоматологических пациентов г. Душанбе не менее преобладающим являются дефекты с большой протяженностью. В возрасте 30-39 лет они составляют $0,56 \pm 0,1$ единиц ($10,1\%$) на одного пациента, в

возрастных группах 40-49 и 50-59 лет – соответственно $1,51 \pm 0,1$ ед. (23,0%) и $3,18 \pm 0,2$ ед. (33,5%) при значении $8,65 \pm 1,1$ единиц (38,8%) в возрасте 60 лет и старше. В более старших возрастных группах (50-59 и старше 60 лет) при ретроспективном анализе комбинированных карт осмотра полости рта были обнаружены полные окклюзионные дефекты (беззубые челюсти) с соответствующими значениями $0,23 \pm 0,01$ ед. (2,3%) и $1,92 \pm 0,7$ ед. (8,6%).

Таблица 3. - Повозрастные показатели интенсивности дефектов зубных рядов разной протяженности среди населения г. Душанбе (на одного стоматологического пациента)

Возраст, лет	Интенсивность дефектов	Протяженность дефектов зубных рядов			
		малые* дефекты (1-3 зуба)	средние* дефекты (3-6 зубов)	большие* дефекты (более 6 зубов)	полные* дефекты (беззубые челюсти)
20-29	$3,04 \pm 0,5$	$2,70 \pm 0,3$	$0,34 \pm 0,02$	-	-
30-39	$5,52 \pm 0,6$	$3,40 \pm 0,3$	$1,56 \pm 0,2$	$0,56 \pm 0,1$	-
40-49	$6,56 \pm 0,8$	$1,82 \pm 0,2$	$3,23 \pm 0,5$	$1,51 \pm 0,1$	-
50-59	$9,95 \pm 1,4$	$1,51 \pm 0,5$	$5,03 \pm 0,7$	$3,18 \pm 0,2$	$0,23 \pm 0,01$
60 и ст.	$22,3 \pm 3,9$	$0,62 \pm 0,2$	$11,1 \pm 1,9$	$8,65 \pm 1,1$	$1,92 \pm 0,7$
В среднем	$9,47 \pm 1,4$	$2,01 \pm 0,3$	$4,25 \pm 0,7$	$2,78 \pm 0,3$	$0,43 \pm 0,14$

Примечание: * - абсолютное значение показателя протяженности к общей величине интенсивности окклюзионных дефектов

Также представилось целесообразным проследить за повозрастными показателями распространенности дефектов зубных рядов разной протяженности у стоматологических пациентов Хатлонской области (табл. 4).

Таблица 4. - Повозрастные показатели распространенности дефектов зубных рядов разной протяженности среди населения Хатлонской области

Возраст (в годах)	Общее кол-во дефектов, %	Протяженность дефектов зубных рядов, %		
		малые* дефекты (1-3 зуба)	средние* дефекты (3-6 зубов)	большие* дефекты (>6 зубов)
20-29	$78,2 \pm 2,40$	$68,3 \pm 2,02$	$9,9 \pm 0,38$	-
30-39	$80,9 \pm 2,52$	$49,2 \pm 1,14$	$23,1 \pm 0,98$	$8,6 \pm 0,40$
40-49	$83,5 \pm 2,59$	$23,4 \pm 0,71$	$40,8 \pm 1,57$	$19,3 \pm 0,31$
50-59	$87,1 \pm 2,98$	$13,8 \pm 0,25$	$45,6 \pm 2,40$	$27,7 \pm 0,33$
60 и >	$88,7 \pm 3,44$	$3,5 \pm 0,12$	$51,2 \pm 2,80$	$34,0 \pm 0,52$
В среднем	$83,7 \pm 2,79$	$31,6 \pm 0,85$	$34,1 \pm 1,63$	$18,0 \pm 0,31$

Как свидетельствуют данные таблицы 4, среднее значение распространенности окклюзионных дефектов в возрастных группах 20-29,

30-39, 40-49 лет соответствовало $78,2\pm 2,40\%$, $80,9\pm 2,52\%$, $83,5\pm 2,59\%$ при соответствующем усредненном значении $87,1\pm 2,98\%$ и $88,7\pm 3,14\%$ в возрастных группах 50-59 и старше 60 лет.

Ведущее место в повозрастной структуре окклюзионных дефектов малой протяженности занимают 20-29-летние пациенты ($68,3\pm 2,02\%$). Если в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет ее значение было $49,2\pm 1,14\%$ и $23,4\pm 0,71\%$, то в более старших возрастных группах (50-59 и старше 60 лет) - $13,8\pm 0,25\%$ и $3,5\pm 0,12\%$ соответственно.

Дефекты зубных рядов средней протяженности у пациентов Хатлонской области оказались значительными. При этом наибольшим этот показатель был в возрастных группах 40-49 лет ($40,8\pm 1,57\%$), 50-59 и старше 60 лет (соответственно $45,6\pm 2,40\%$ и $51,2\pm 2,80\%$), а минимальным – у 20-29- и 30-39-летних пациентов ($9,9\pm 0,38\%$ и $23,1\pm 0,98\%$ соответственно). В целом по области окклюзионные дефекты большой протяженности не были зарегистрированы в возрасте 20-29 лет. В последующих возрастных группах дефекты зубных рядов с большой протяженностью достоверно нарастали до значения $8,6\pm 0,40\%$, $19,3\pm 0,31\%$, $27,7\pm 0,33\%$ и $34,0\pm 0,22\%$ соответственно в возрастных группах 30-39, 40-49, 50-59 и старше 60 лет.

У стоматологических пациентов Хатлонской области в отношении полных окклюзионных дефектов выявлена нижеследующая тенденция. В возрастных группах 20-29, 30-39 и 40-49 лет не были выявлены полные окклюзионные дефекты. В старших возрастных группах (50-59, 60 лет и старше) значение интенсивности полных окклюзионных дефектов составило соответственно $0,25\pm 0,1$ (2,4%) и $0,88\pm 0,3$ (3,8%).

Ретроспективный анализ карт осмотра полости рта у населения Согдийской области показал, что повозрастные показатели распространенности дефектов зубных рядов малой протяженности в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет составили соответственно $67,7\pm 2,02\%$ и $48,0\pm 1,12\%$ при соответствующем значении $22,2\pm 0,67\%$, $12,6\pm 0,71\%$ и $2,3\pm 0,10\%$ в последующих возрастных группах (40-49, 50-59, 60 лет и старше). Следовательно, по мере увеличения возрастного фактора наблюдается достоверная редукция распространенности исследуемого показателя. Так, показатель редукции распространенности дефектов зубных рядов с малой протяженностью был равен $65,4\pm 1,92\%$ (табл. 5).

Также наблюдались существенные изменения в повозрастной структуре показателей распространенности окклюзионных дефектов средней протяженности у стоматологических пациентов Согдийской области. Так, распространенность таких дефектов остается одним из наиболее высоких в возрастных группах 40-49, 50-59 и старше 60 лет, составляя $39,6\pm 1,51\%$, $44,3\pm 1,86\%$ и $45,3\pm 2,03\%$ соответственно. Наряду с этим показатель распространенности дефектов зубных рядов средней протяженности у 20-29- и 30-39-летних пациентов составил минимальную величину - $8,2\pm 0,35\%$ и $21,9\pm 0,94\%$ соответственно.

Таблица 5. - Повозрастные показатели распространенности дефектов зубных рядов разной протяженности среди населения Согдийской области

Возраст (в годах)	Общее кол-во дефектов, %	Протяженность дефектов зубных рядов, %		
		малые* дефекты (1-3 зуба)	средние* дефекты (3-6 зубов)	большие* дефекты (>6 зубов)
20-29	75,9±2,37	67,7±2,02	8,2±0,35	-
30-39	78,6±2,49	48,0±1,12	21,9±0,94	8,7±0,43
40-49	81,2±2,55	22,2±0,67	39,6±1,51	19,4±0,37
50-59	79,4±2,93	12,6±0,71	44,3±1,86	22,5±0,36
60 и >	86,4±3,11	2,3±0,10	45,3±2,03	38,8±0,98
В среднем	80,3±2,69	30,6±0,92	31,9±1,34	17,8±0,43

Примечание: * - абсолютное значение показателя протяженности к общему количеству окклюзионных дефектов

В ходе исследования были изучены также показатели распространенности окклюзионных дефектов большой протяженности, где визуализируется отсутствие более 6 зубов. Установлено, что у 20-29-летних пациентов клинические формы окклюзионных дефектов с большой протяженностью вообще не встречаются. Среди 30-39-летних пациентов Согдийской области окклюзионные дефекты большой протяженности диагностированы у 8,7±0,43%. Данные показатели соответственно составили 19,4±0,37% и 22,5±0,36% у 40-49- и 50-59-летних пациентов при усредненном значении 38,8±0,98% в группе лиц 60 лет и старше.

У стоматологических пациентов Районов республиканского подчинения изучение повозрастных показателей распространенности окклюзионных дефектов в зависимости от их протяженности показало, что у 20-29-летних лиц преобладающими являются дефекты с малой протяженностью (69,5±2,07%) при минимальном значении дефектов со средним количеством отсутствующих зубов (9,2±0,36%). У 30-39- и 40-49-летних пациентов показатели потери зубов с малым количественном отношении соответствовали 49,7±1,14% и 23,4±0,71% при соответствующих значениях 14,3±0,27% и 3,8±0,14% у 50-59-летних и пациентов 60 лет и старше.

Значительный интерес, на наш взгляд, представляют данные о частоте интенсивности дефектов зубных рядов у стоматологических пациентов Районов республиканского подчинения и ее тенденции к изменению с учетом их протяженности, тем более, что до настоящего времени этому вопросу в республике практически не уделялось достаточного внимания. В указанном аспекте нами установлено, что у пациентов интенсивный показатель окклюзионных дефектов с малой и средней протяженностью составил соответственно 20,6% и 46,2% при усредненном значении дефектов большой протяженности со значением 29,5%. Полные окклюзионные дефекты встречались лишь в 3,7% случаев (рис. 2).

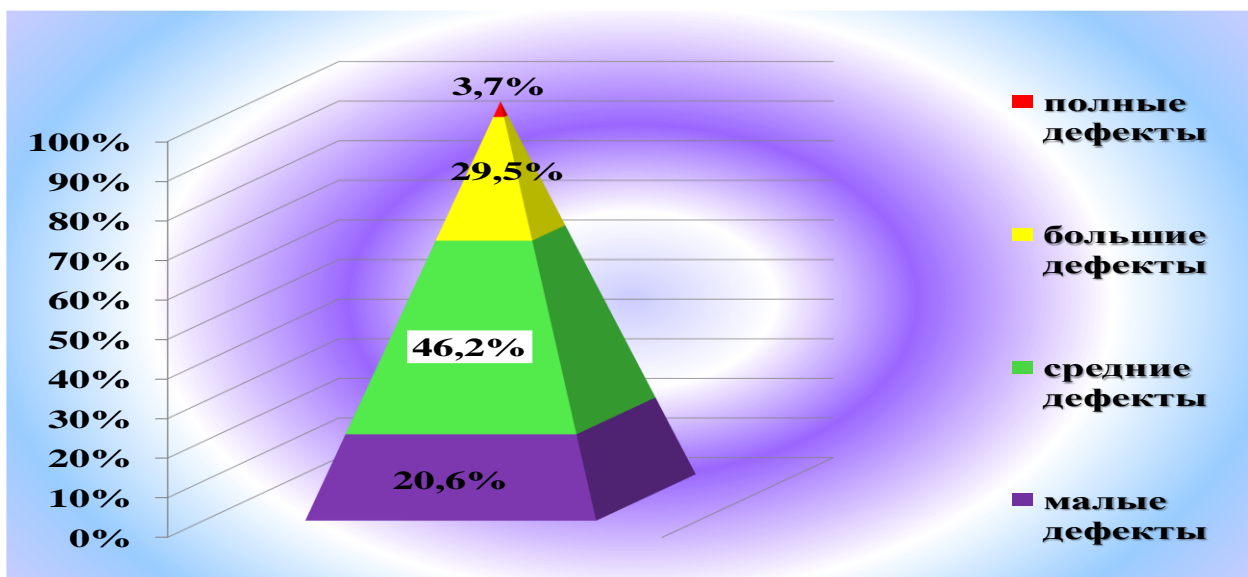


Рисунок 2. – Усредненные значения интенсивности окклюзионных дефектов разной протяженности у пациентов РРП

Полученные нами материалы позволяют существенно повысить эффективность зубного протезирования, осуществляемого на основе протяженности дефектов зубных рядов. В комплексе все это позволяет значительно совершенствовать оказание ортопедической стоматологической помощи и в дальнейшем полностью сократить риск инвалидизации жевательного аппарата у стоматологических пациентов.

Согласно полученным нами данным, среди обследованного контингента ортопедических стоматологических пациентов наблюдается несколько более высокая распространенность дефектов зубного ряда с малой протяженностью ($29,9 \pm 0,90\%$), нежели со средними ($44,4 \pm 1,26\%$), большими ($5,4 \pm 0,35\%$) дефектами зубных рядов, а также полное отсутствие зубов ($3,8 \pm 0,06\%$) (рис. 3).

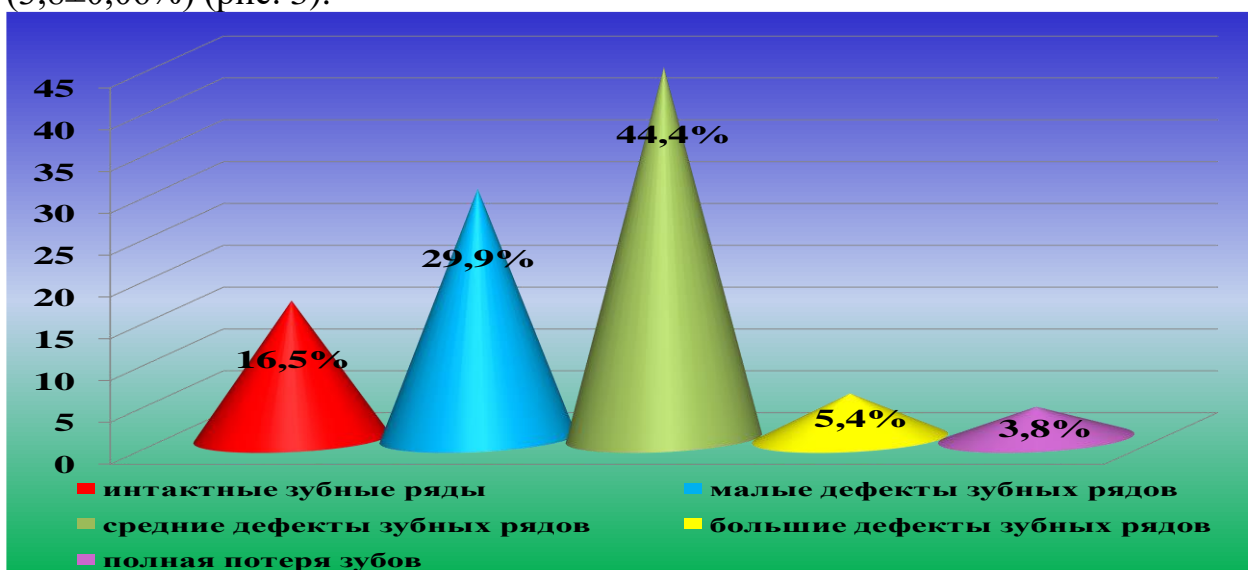


Рисунок 3. – Распределение стоматологических пациентов в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов (% к общему числу обследованных)

Приведенные данные свидетельствуют о чрезвычайно высокой потребности обследованных лиц в ортопедической стоматологической помощи. Изучая распространенность окклюзионных дефектов, приходится констатировать, что минимальная потребность в стоматологической ортопедической помощи наблюдалась в возрастной группе 20-29 лет ($74,2 \pm 2,06\%$), с максимальной вариацией от $76,9 \pm 2,40$ до $84,7 \pm 3,07\%$ во всех последующих обследованных группах.

Усредненное значение распространенности дефектов зубных рядов в зависимости от количества утраченных зубов составило $29,9 \pm 0,90\%$ у лиц с малой протяженностью, $44,4 \pm 1,26\%$ и $5,4 \pm 0,35\%$ - соответственно у пациентов со средними и большими дефектами зубных рядов. Из полученных данных следует, что довольно высока потребность обследованных в изготовлении несъемных зубных протезов со средними супраконструкционными элементами ($44,4 \pm 1,26\%$).

Из общего количество обследованных лиц (186 человек) у 76 человек (40,8%) причиной обращения была повторное протезирование окклюзионных дефектов, другой части пациентов обратились по поводу острой (36 человек, 19,4%) или ноющей боли (18 человек, 9,7%) в зубах, расположенных под ортопедическими коронками. Также выявлены удачно вылеченные опорные зубы у 56 пациентов (30,1%), корневые каналы зубов которых запломбированы до физиологической верхушки или с незначительным выведением пломбирочной пасты за верхушку, не имевших субъективных болевых ощущений после пломбирования (рис. 4).

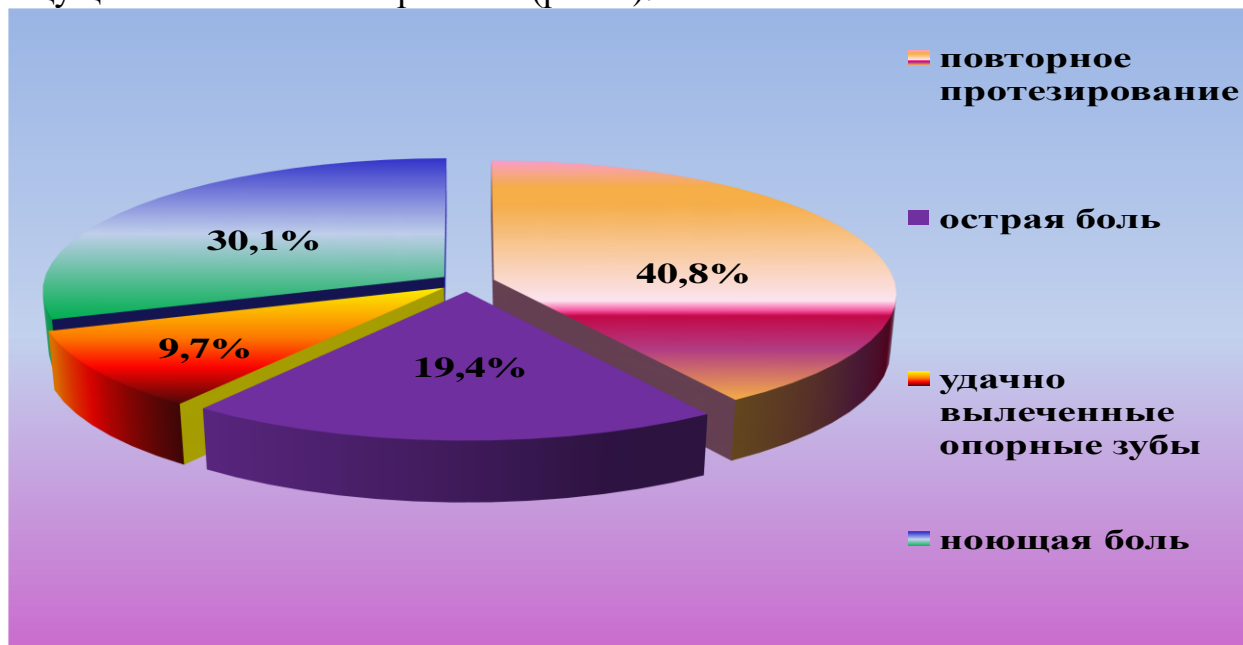


Рисунок 4. – Результаты анализа эндопародонтального состояния опорных зубов (% от общего количества обследованных пациентов)

На основании полученных данных обнаружено, что из общего количества обследованных (186 чел.) у 34 (18,3%) пациентов ортопедические протезы не удовлетворяли эстетическим требованиям. Кроме того, из 78 опорных зубов, покрытых ортопедическими коронками, в области 36 зубов

(46,2%) имелись воспалительные изменения десны (хронический локализованный гингивит), которые часто протекали безболезненно.

Что касается осложнений другого характера, то они имели место чаще, чем ответили пациенты. Так, если по жалобам 61 пациента в области опорных зубов воспалительные изменения десны, боль при накусывании, расшатывание зубов, боль в височно-нижнечелюстном суставе, скол керамической массы и расцементировка коронок в среднем соответствовали 23 (37,7%), 12 (19,7%), 11 (18,0%), 4 (6,6%), 6 (9,8%) и 5 (8,2%), то при клиническом обследовании явление протетического гингивита и пародонтита диагностировано у 25 (41,0%) пациентов, боль при постукивании в области опорных зубов – у 3 (4,9%), расшатывание опорных зубов вследствие функциональной травматической перегрузки - у 13 (21,3%), боль в височно-нижнечелюстном суставе – у 6 (9,8%), скол керамики – у 7 (11,5%), расцементировка коронок наблюдалась у 7 (11,5%) пациентов.

При визуализации рентгенологической картины 280 опорных зубов выяснилось, что 261 из них были депульпированными, а 19 – недепульпированными. У 186 осмотренных пациентов среди ранее леченых зубов качество пломбирования корневых каналов под опорными коронками по данным рентгенографии оказалось неудовлетворительным: корневые каналы были запломбированы не до верхушки или наблюдается отлом инструмента в канале. Так, анализ рентгенологических результатов эндодонтического лечения опорных зубов подтверждает, что из 261 ранее эндодонтически леченого зуба только у 111 из них (42,5%) каналы запломбированы до верхушки, а у 150 (57,5%), корневые каналы были запломбированы не до верхушки корня (рис. 5).

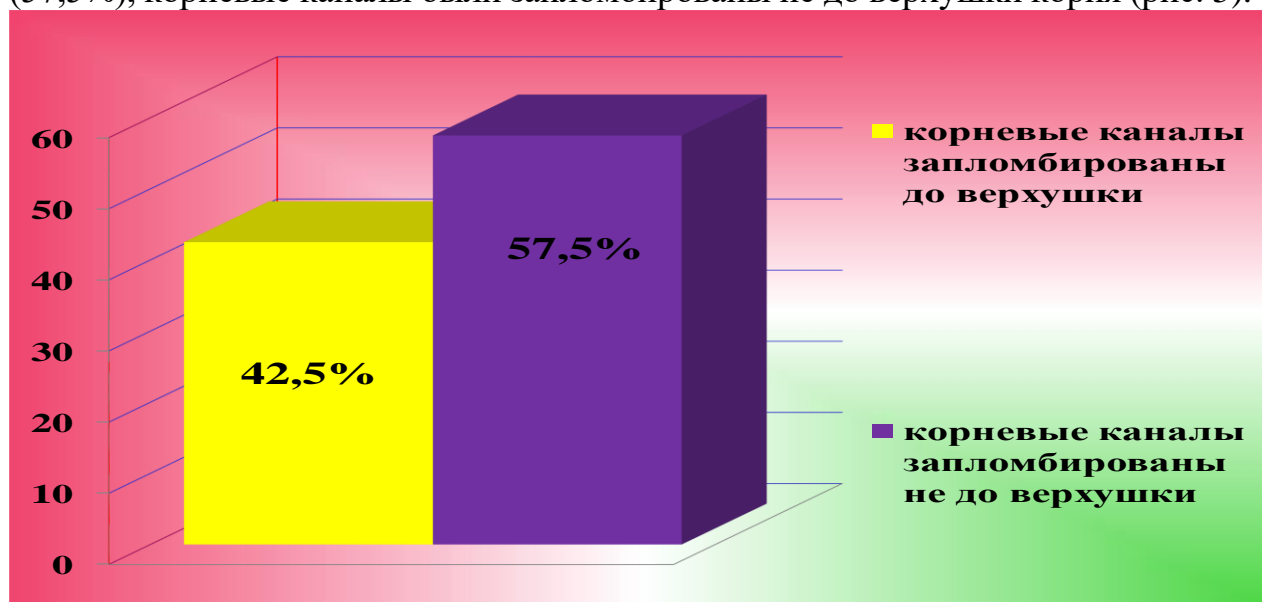


Рисунок 5. – Результаты анализа рентгенологического состояния эндодонтически леченого зуба, %

При обработке рентгенологических данных по качеству пломбирования каналов опорных зубов мы столкнулись с любопытным фактом: из 150 зубов с плохо запломбированными каналами 93 (62,0%) - однокорневые зубы и 57 (38,0%) - многокорневые. Полученный эндодонтический факт для нас

неожиданность по той простой причине, что однокорневые зубы обычно пломбируются более качественно. Объяснить указанный факт можно исключительно небрежностью специалистов, которые, надеясь на свой опыт, не считают необходимым провести рентгенологический контроль качества эндодонтического лечения опорных зубов до протезирования.

В общей сложности среди обследованных лиц с наличием ортопедических конструкций нами выявлена неудовлетворительная эндодонтическая obturation корневых каналов у 150 зубов, что составляет 57,5%, удовлетворительная obturation среди исследуемых опорных зубов составила 42,5%. По нашим данным, чаще всего подвергались эндодонтическому лечению корневые каналы опорных зубов в возрасте от 20 до 55 лет, женщин было 89 (47,8%), мужчин – 97 (52,2%).

Как свидетельствуют полученные результаты, показатель, характеризующий частоту лечения опорных зубов среди обследованного контингента больных, меняется следующим образом: 36, 25 зубов – по 6,5%; 46 зуб – 6,2%; 16, 26, 47 – по 5,7%; 37 – 4,1%; 27 – 5,5%; 17 – 5,5%; 24 – 4,4%; 14 – 3,7%; 44 – 3,6%; 35, 12 – по 3,5%; 45 – 3,4%; 23, 33 – 1,7%; 13 – 3,0%; 15 – 2,9%; 11 – 2,8%; 21, 34 – по 2,6%; 22 – 2,5%; 32 – 2,3%; 43 – 1,7%; 31, 41 – 0,8%; 42 – 1,1%.

На основании данных рентгенографии нами проведено изучение эндодонтического состояния опорных зубов под несъемные ортопедические конструкции. Из представленных данных следует, что из 280 опорных зубов были депульпированы 261 (87,6%), и лишь у 19 (12,4%) зубов пульпа была сохранена (рис. 6).

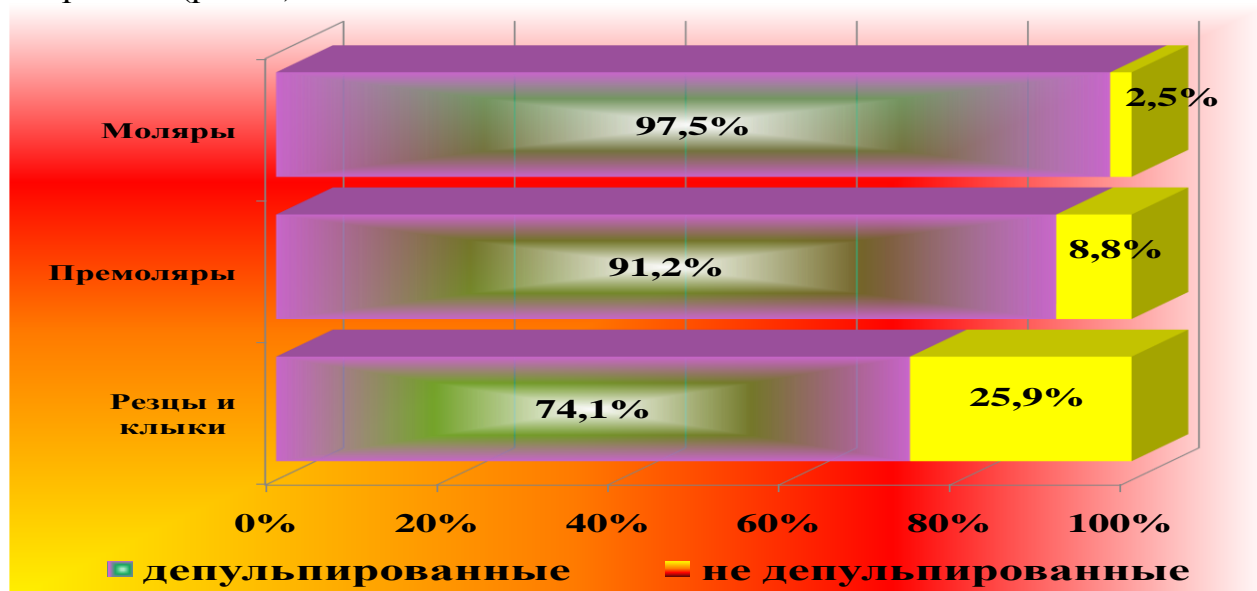


Рисунок 6. – Витальное состояние опорных зубов в зависимости от их групповой принадлежности

В нашу задачу также входило изучение качества пломбирования корневых каналов зубов под несъемные ортопедические конструкции. Как следует из представленных данных, из 261 депульпированных зубов, находящихся под ортопедическими конструкциями, у 148 зубов (56,7%)

проведенное эндодонтическое лечение оказалось качественным. Такой эндодонтический качественный показатель лечения в зависимости от функционально-ориентирующих групп опорных зубов был зарегистрирован у 17 зубов (85,0%) фронтальной группы, у 60 (72,3%) премоляров и 71 (44,9%) моляра.

При детальном изучении качества пломбирования зубов, находящихся под ортопедическими протезами, было выявлено, что самый низкий процент полноценной obturации каналов отмечался при депульпировании моляров (44,9%), тогда как лучше всего пломбировались корневые каналы зубов фронтальной группы (85,0%).

На верхней челюсти из 13 эндодонтически леченых фронтальных опорных зубов корневые каналы были запломбированы до верхушек 8, что составляло 61,5%. В 3 зубах (23,1%) уровень пломбирования составил 2/3 длины корневого канала, в 2 зубах (15,4%) – ½ и менее длины. На нижней челюсти в 7 фронтальных опорных зубов корневые каналы были запломбированы до верхушки в 71,4% случаев, на 2/3 и менее ½ длины корневого канала – соответственно в 14,3% случаев.

Вышеизложенная картина была обнаружена при качественном анализе пломбирования корневых каналов опорных премоляров. Так, на верхней челюсти из 49 премоляров, находящихся под ортопедическими конструкциями, каналы 5 опорных зубов (10,2%) были obturированы на 2/3 длины корня зуба, в 67,4% случаев каналы оказались запломбированными до верхушек. В этой же зоне в 2,0% случаев отмечалось выведение пломбировочного материала за верхушку корня, в 20,4% случаев (в 10 зубах) каналы опорных премоляров были запломбированы на ½ и менее длины корня зуба.

То же самое можно отнести к премолярам нижней челюсти, находящиеся под ортопедическими конструкциями. Из 34 премоляров 22 зуба были с качественной obturацией корневых каналов, что составило 64,7%, 2 зуба (5,9%) - с выведением пломбировочного материала за верхушку, 3 зуба (8,8%) – с obturацией на ½ и менее длины корня и 7 зубов (20,6%) - с пломбированием каналов на 2/3 длины корня.

В процессе исследования опорных моляров нижней челюсти из 87 зубов в 44 зубах (50,6%) наблюдалась частичная obturация корневых каналов (в 36,8% случаев на 2/3, в 13,8% случаев – на ½ и менее длины корня), у 41 зуба корневые каналы были запломбированы до верхушки, что составило 47,1%. В 2 зубах, что составляет 2,5%, наблюдалось выведение пломбировочного материала за верхушку корневого канала.

В задачи нашего исследования также входило дать сравнительную характеристику заполнения корневых каналов моляров, находящихся под ортопедическими конструкциями, где не все корневые каналы obturированы до верхушек. Работая в указанном направлении, при изучении рентгеновских снимков 71 моляра верхней челюсти, имеющих хотя бы один частично запломбированный корневой канал, были получены следующие результаты: наиболее высокий процент качественной obturации

(58,3%) отмечался в небных каналах; медиально-щечные каналы были запломбированы до верхушки в 9,5% случаев; в 27,3% случаев дистально-щечные каналы имели полную obturацию. В 52,1% случаев щечные корневые каналы опорных моляров были запломбированы на $\frac{1}{2}$ и менее своей длины.

Таким образом, результаты исследования свидетельствовали о том, что наиболее часто эндодонтические изменения зубов, служащих супраконструкционными опорами, диагностируются при наличии ортопедических протезов со средней и большой протяженностью. Анализ рентгенограмм показал, что в большинстве случаев отмечалась неадекватная obturация корневых каналов в депульпированных зубах, находящихся под несъемными ортопедическими конструкциями.

ВЫВОДЫ

1. При ретроспективной оценке протяженности дефектов зубных рядов у населения республики выявлено повозрастное увеличение данного показателя от минимального значения распространенности у 20-29-летних лиц ($75,3 \pm 2,10\%$) до максимального в возрастной категории 60 лет и старше ($85,8 \pm 3,11\%$). Показатель интенсивности дефектов зубных рядов малой протяженности в среднем составил $2,70 \pm 0,3$ единиц на одного пациента в возрасте 20-29 лет. Данный показатель у 30-39-летних пациентов оказался равным $3,40 \pm 0,3$ единиц, а в возрастных группах 40-49, 50-59 и старше 60 лет - $1,82 \pm 0,2$, $1,51 \pm 0,5$ и $0,62 \pm 0,2$ единиц в среднем на одного пациента соответственно.

2. Среди обследованного контингента больных наблюдается более высокая распространенность дефектов зубного ряда с малой протяженностью ($29,9 \pm 0,90\%$), нежели со средними ($44,4 \pm 1,26\%$), большими ($5,4 \pm 0,35\%$) дефектами, а также полное отсутствие зубов ($3,8 \pm 0,06\%$). Значение распространенности дефектов зубных рядов в зависимости от количества утраченных зубов составило $29,9 \pm 0,90\%$ у лиц с малой протяженностью, $44,4 \pm 1,26\%$ и $5,4 \pm 0,35\%$ - соответственно у пациентов со средними и большими дефектами зубных рядов. С увеличением протяженности окклюзионных дефектов рентгенологические изменения затрагивали костные структуры челюстно-лицевой зоны, привели к атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти, тело и ветви нижней челюсти становились тоньше, угол нижней челюсти – более тупым.

3. Анализ фотометрических параметров показал, что при наличии малых и средних дефектов зубных рядов достоверно значимые изменения корреляционных связей наблюдаются лишь между рентгенометрическими параметрами, характеризующими зубоальвеолярные структуры. Гнатические и высотно-глубинные лицевые структуры при столь малой протяженности дефектов зубных рядов не изменяются статистически достоверно и не приводят к заметным изменениям конфигурации лица. В подгруппе пациентов с большими дефектами зубных рядов степень влияния этих

дефектов на конфигурацию лица оказалось зависимым от протяженности дефекта, его локализации, а также от того, какое количество пар зубов-антагонистов остается для поддержания межальвеолярной высоты.

4. Значение частоты эндодонтического лечения опорных зубов в 1 и 2 сегментах верхней челюсти составило соответственно 8,3% и 9,5%, в 3 и 4 сегментах этой зоны оно соответствовало 5,4% и 14,7%. На нижней челюсти значение исследуемого показателя составило соответственно 16,3%, 24,1%, 20,3% и 1,4%. Из 261 ранее эндодонтически леченого зуба, служащего опорами для ортопедической конструкции, в области 166 зубов (63,7%) визуализирован протетический катаральный гингивит, в 28,7% случаев встречался хронический гипертрофический гингивит. В 7,6% случаев клинико-рентгенологически был подтвержден хронический постпротезный пародонтит. На рентгенограмме определялась деструкция костной ткани межзубных перегородок: отсутствие компактной пластинки, резорбция вершин межзубных перегородок до 1/3 их величины и очаги остеопороза.

5. На верхней челюсти из 49 премоляров, находящихся под ортопедическими конструкциями, каналы 5 опорных зубов (10,2%) были obturированы на 2/3 длины корня зуба, в 67,4% случаев каналы оказались запломбированными до верхушек, в 2,0% случаев отмечалось выведение пломбировочного материала за верхушку корня, в 20,4% случаев каналы опорных премоляров были запломбированы на 1/2 и менее длины корня зуба. В процессе исследования опорных моляров нижней челюсти из 87 зубов в 44 зубах (50,6%) наблюдалась частичная obturация корневых каналов (в 36,8% случаев на 2/3, в 13,8% случаев – на 1/2 и менее длины корня), у 41 зуба корневые каналы были запломбированы до верхушки, что составило 47,1%. Из 208 зубов, покрытых супраконструкционными протезами, протетический гингивит и пародонтит были обнаружены в области 74 опорных зубов со средней протяженностью ортопедического протеза (35,6%) и 134 (64,4%) – с большой протяженностью.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Изучая клиническую ситуацию окклюзионных дефектов в зависимости от их протяженности, врачи-ортопеды могут обосновать и даже в определенной степени прогнозировать свою работу по применению зубных протезов с разной конструкцией. Полученный материал можно взять за основу для совершенствования ортопедической стоматологической помощи в различных территориально-административных зонах Республики Таджикистан.

2. Для совершенствования ортопедической стоматологической помощи рекомендуем до протезирования зубов освоить и совершенствовать современные технологии прохождения корневых каналов опорных зубов, их химической обработки и герметизации с использованием соответствующих пломбировочных материалов, а также пародонтологические аспекты протезирования.

3. С целью проведения качественной обработки и гарантированной obturации корневых каналов рекомендуем создание полноценного доступа к корневым каналам, особенно в случаях их сложного строения, что в отдаленные сроки протезирования является причиной развития одонтогенных осложнений протетического генеза.

4. В эндодонтической практике традиционные рентгенологические методы предоставляют ограниченную информацию о топографии и качестве obturации корневых каналов зубов, служащих в дальнейшем опором ортопедической конструкции. В связи с чем рекомендуем применение КЛКТ, что значительно повышает информативность врача-стоматолога о трудностях, с которыми он может встретиться при выполнении эндодонтических манипуляций до протезирования.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Абдулаев, Б. А. Влияние коморбидных заболеваний на распространенность стоматологических заболеваний ортопедического профиля: сб. науч. тр. / **Б.А. Абдулаев** // Сборник научно- практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участие. –Душанбе, 2017. -С 336

2. Абдулаев, Б.А. Результаты изучения распространенности дефектов зубных рядов при планировании ортопедической стоматологической помощи / **Б.А. Абдулаев, С.К. Сабуров** // **Вестник Авиценны**. –Душанбе, 2018. -Том 20, № 1. -С.73-76.

3. Абдулаев, Б.А. К вопросу об изучении распространенности дефектов зубного ряда в зависимости от их протяженности / **Б.А. Абдулаев, С.К. Сабуров, А.Р. Зарипов** // **Стоматология Таджикистана**. –Душанбе, 2018. -№ 1. –С. 5-9.

4. Абдулаев, Б.А. Особенности клинико-рентгенологической картины эндодонтического состояния опорных зубов в зависимости от протяженности ортопедических протезов / **Б.А. Абдулаев, С.К. Сабуров** // **Вестник Академии медицинских наук Таджикистана**. –Душанбе, 2018. -Том VIII, № 3(27). -С. 297-301.

5. Абдулаев, Б.А. Оценка качества ортопедических конструкций несъемных зубных протезов в зависимости от материала изготовленного протеза: сб. науч. тр. / **Б.А. Абдулаев** // Научно-практическая конференция молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. –Душанбе, 2018. -С 5-6.

6. Абдулаев, Б.А. Рентгенологическая оценка эндодонтического лечения опорных зубов в системе ортопедических конструкций / **Б. А. Абдулаев** // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения**. –Душанбе, 2018. -№ 3. -С. 5 - 7.

7. Абдулаев, Б.А. Результаты изучения протяженности дефектов зубных рядов у населения Республики Таджикистан / **Б. А. Абдулаев, С. К. Сабуров, А. Р. Зарипов** // **Стоматология Таджикистана**. –Душанбе, 2018. -№ 2. –С. 5-11.

8. Абдулаев, Б.А. Оценка эффективности внутриканального лечения эндодонтических осложнений зубов, служащих опорами ортопедических конструкций / **Б.А. Абдулаев**, Х.С. Шарипов, А.Р. Зарипов // Стоматология Таджикистана. – Душанбе, 2020. -№ 1. -С. 34-37.

9. Абдулаев, Б.А. Результаты изучения протяженности окклюзионных дефектов / **Б.А. Абдулаев**, А.А. Исмоилов, Н.И. Мирзоев // Стоматология Таджикистана. – Душанбе, 2020. -№ 1. -С. 44-50.

10. Махмудов, Д.Т. К вопросу об аналитической оценке состояния пародонтологического статуса опорных зубов в зависимости от воссоздания геометрической формы пришеечного уступа и ретракции десны / Д.Т. Махмудов, Х.С. Шарипов, **Б.А. Абдулаев**, А.Р. Зарипов // Стоматология Таджикистана. – Душанбе, 2022. -№ 1. -С. 79-82.

11. Абдулаев, Б.А. К вопросу об эндодонтическом состоянии опорных зубов в зависимости от групповой принадлежности и протяженности супраконструкционных элементов / **Б.А. Абдулаев**, А.А. Исмоилов, А.Р. Зарипов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения**. – Душанбе, 2022. -№ 3. -С. 5-12.

12. Исмоилов, А.А. Распространенность и интенсивность окклюзионных дефектов в зависимости от их протяженности у населения Республики Таджикистан / А.А. Исмоилов, **Б.А. Абдулаев**, А.Р. Зарипов // Стоматология Таджикистана. – Душанбе, 2022. -№ 2. -С. 50-57.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГСП – Городская стоматологическая поликлиника

ГУП – Государственное унитарное предприятие

ИЗНоз – индекс зубного налета опорного зуба

ИЗКоз – индекс зубного камня опорного зуба

ИПОвСЗ – Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

ИГсоп – индекс гигиена супраконструкции опорного протеза

ИЗКсоп – индекс зубного камня супраконструкции опорного протеза

ИЗНсоп – индекс зубного налета супраконструкции опорного протеза

КЛКТ – конусно-лучевой компьютерный томограф

КОЕ – колонообразующая единица

РРП – районы республиканского подчинения

ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет

У – удаленные зубы

Х – зубы, подлежащие удалению

ЦНИИС – Центральный научно-исследовательский институт стоматологии

ЭПП – эндодонто-пародонтальное поражение

О-Н Index – индекс гигиены полости рта