

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК: 618.31+617.52-089+614.2+614.2.003+614:338.26+614.001.18

Абасния Сурайё Расуловна

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА
ТАШКЕНТА**

Диссертация

на соискание академической степени магистра

по специальности 5A720401- Стоматология

(терапевтическая стоматология)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор Мелькумян Т.В.

Ташкент-2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ	4
I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	8
1.1. Значение мультидисциплинарного подхода при лечении воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта.	8
1.2. Качество жизни стоматологических больных. Роль социального уровня, физической активности и мотивации людей в развитии и прогрессировании заболеваний пародонта.	15
1.3. Современные аспекты этиологии и лечения заболеваний пародонта.	20
II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
2.1. Клиническая характеристика больных.....	31
2.2. Методы исследования.....	34
2.2.1. Клинические методы.	34
2.2.2. Индексная оценка состояния тканей пародонта.	37
2.3. Рентгенологические методы исследования пародонта.....	41
2.4. Статистическая обработка полученных данных.....	41
III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	42
3.1. Клиническое состояние пародонта в норме и при патологии.	42
3.2. Терапевтическая эффективность традиционного метода терапии заболеваний тканей пародонта.....	55
3.3. Эффективность мультидисциплинарного подхода при лечении воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта.....	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.	60
ВЫВОДЫ.	64
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ..	65
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	66

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АОЗ	—	антиоксидантная защита
БШ	—	биологическая ширина
ГП	—	генерализованный пародонтит
ГПЛТ	—	генерализованный пародонтит легкой тяжести
ГПСТ	—	генерализованный пародонтит средней тяжести
ГПТС	—	генерализованный пародонтит тяжелой степени
ЗКПД	—	зоны прикреплённой десны
МГХ	—	мукогингивальная хирургия
МФЗ	—	мультифакторные заболевания
ПИ	—	пародонтальный индекс
ПК	—	пародонтальные карманы
ПМА	—	папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс
СРО	—	свободно-радикальное окисление
ФД	—	фенотип десны
DTMS	—	Dental Treatment Motivation Scale
ОHI-s	—	упрощенный индекс гигиены полости рта Грин и Вермиллиона
PBI	—	индекс кровоточивости десен

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Болезни пародонта до сих пор остаются распространённой патологией, в том числе в разных регионах нашей страны. По данным авторов у населения г. Ташкента распространённость её достигает 100%. Однако, реального изучения роли факторов, обусловивших такую высокую заболеваемость, проведено не было.

Развитие научно-технического прогресса, интенсификация производства и уровня жизни, разработка коммуникационных и информационных технологий способствуют повышению интенсивности миграционных процессов среди населения. По данным ежегодной официальной статистики по здравоохранению и организации медицинской помощи населению РУз, уровень миграции населения в разные регионы страны (в зависимости от климатических, географических условий, возможности трудоустройства, факторов оплаты и т.д.) постоянно нарастает. Так, в 2003-2004 годах в той или иной форме мигрировало от 5 до 10% населения, достигая в отдельных местах 12% от численности жителей региона. При этом достаточно быстрая смена географического региона проживания способствует развитию процессов дезадаптации организма, неизбежно проявляющихся в срыве нормальных физиологических функций и жизнедеятельности организма в целом. Это связано с тем, что уровень здоровья человека, как известно, находится в тесной зависимости от климато-географических, социальных, средовых факторов региона, характера питания и водопотребления, наличия экологических и профессиональных вредностей и т.д. .

Этиопатогенез заболеваний пародонта многогранен. И если роль местных факторов давно известна и не подлежит сомнению, то влияние системных, средовых причин иногда не учитывается в полной мере . Между тем, разработка комплекса профилактических мероприятий не может проводиться без учёта объективных характеристик среды обитания,

оказывающей существенное влияние на формирование здоровья, поскольку последнее есть результат взаимодействия организма с окружающей средой .

Большой научно-практический интерес представляет данная проблема в отношении болезней пародонта, поскольку роль разных социально-гигиенических и средовых влияний признаётся многими учёными весьма важной и определяющей в функционировании организма, в поддержании оптимальной работоспособности, в адаптации к воздействию неблагоприятных факторов и нормализации обменных процессов .

Всё вышеизложенное отражает актуальность данной научно-практической задачи, требует решения или уточнения многих неясных вопросов этой сложной медицинской проблемы и определяет необходимость данного исследования.

Цель исследования - научное обоснование совершенствования пародонтологической помощи взрослому населению г. Ташкента.

Задачи исследования:

1. Провести анализ клинического состояния тканей пародонта среди взрослого населения г. Ташкента, обращающихся в поликлинику терапевтической стоматологии ТашГСИ.
2. Оценить значение социального положения, курения и физического культурного развития в прогрессировании заболеваний пародонта.
3. Изучить уровень оказания пародонтологической помощи и оценить мотивацию обращения пациентов в частные стоматологические клиники.
4. Дать научное обоснование путей улучшения пародонтологической помощи взрослому населению Республики Узбекистан (РУ) в условиях рыночных отношений.

Материал и методы исследования:

Клинические методы исследования:

Анамнез: длительность б-ни, социальный уровень пациента (высокий- 3, средний- 2, ниж. Средний- 1 балл), его физическая активность (регулярная- 1, отсутствие- 0 баллов), курение (курит- 0, не курит- 1 балл), уровень мотивации - DTMS)

- Определение степени подвижности зубов (Flezar)
- Измерение глубины пародонтальных карманов (мм)
- Индексная оценка состояния тканей пародонта (OHI-S, PI, PMA, PBI)

Дополнительные методы исследования:

Панорамная рентгенография

Прицельная дентальная рентгенография

Статистические методы исследования (определение среднего значения, стандартного отклонения, корреляционной зависимости – индекс Пирсона, достоверности различий - p)

Научная новизна:

Изучены основные медико-биологические, социальные, психологические и информационные факторы, влияющие на формирование определенного уровня патологической пораженности пародонта среди обследованной категории пациентов.

Впервые определена мотивация обращения пародонтологических больных в частные стоматологии РУ.

Получены новые данные, доказывающие значение факторов социального положения, курения и физического культурного развития в прогрессировании патологии пародонта.

Разработан план социально - и профессионально- ориентированных мер, позволяющих осуществлять эффективные подходы к комплексной терапии заболеваний пародонта среди взрослого населения города Ташкента.

Практическая значимость: на основании проведённых исследований разработаны рекомендации по совершенствованию организации пародонтологической помощи населению. Проведённые исследования позволили определить эффективность организационной модели оказания пародонтологической помощи населению.

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

1.1. Значение мультидисциплинарного подхода при лечении воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта.

Здоровье человека является важнейшим показателем благополучия общества, а его охрана — приоритетной обязанностью государства. Профилактическая направленность медицины останется в состоянии теоретической проблемы до тех пор, пока в ее основу не будет положен принцип целостной оценки здоровья, которое является неотъемлемой частью физического развития человека, теснейшим образом связанного с его стоматологическим статусом [84], так как одним из важных составляющих здоровья человека является стоматологическое здоровье — состояние зубов и удерживающих их тканей (пародонта). В медицинской практике заболевания пародонта представляли и представляют до настоящего времени сложную мультидисциплинарную проблему.

Стоматологическое здоровье - это состояние, которое позволяет человеку функционально питаться и улучшить коммуникативные функции, восстановить эстетическую функцию полости рта и лица, повысить самооценку. На современном этапе развития общества оказание стоматологической помощи населению должно иметь конечной целью достижение и поддержание функционирующей, безболезненной, эстетичной и социально приемлемой ситуации в полости рта в течение всей жизни у большинства людей [50].

Междисциплинарная стоматология — это комплексный подход к борьбе с заболеваниями полости рта пациента, предполагающий совместную работу нескольких врачей различной специализации над постановкой диагноза, а также разработкой и осуществлением плана лечения. При этом в ряде случаев междисциплинарный подход требует участия специалистов не только различных областей стоматологии, но и

медицинской науки в целом. То есть зачастую стоматологи привлекают для консультаций или же проведения лечения таких докторов, как невролог, гнатолог, психолог, отоларинголог, ревматолог, хирург, дерматолог, даже аллерголог и диетолог.

Применение междисциплинарного подхода в стоматологии желательно практически при любом клиническом случае. Дело в том, что сопутствующие заболевания, наличие которых не всегда очевидно, могут свести на нет все усилия по устранению одной конкретной проблемы. Например, если пациент обращается с просьбой поставить пломбу, и врач ограничится стандартным устранением кариеса и установкой требуемой пломбы, долго она, скорее всего, не продержится. Этому могут поспособствовать пародонтит, незаметные под слоем налета или зубного камня кариозные образования, нарушения прикуса, в результате которых на запломбированный зуб приходится слишком большая нагрузка, и многое другое.

В настоящее время многие исследователи фокусируют свое внимание на ряде факторов, которые не вызывают заболевание как таковое, но способны влиять на его течение. К таким факторам относится и генетический статус (в частности, гены, кодирующие цитокины) человека, определенные аспекты которого создают предрасположенность к развитию пародонтита. Сейчас известно не менее 1500 генов, относящихся к различным генным сетям, для которых доказана ассоциация с мультифакториальными заболеваниями человека [20].

В последнее время исследователи стали выделять различные биотипы десны/пародонта, которые в публикациях нередко также называют фенотипом десны/пародонта [18]. Биотип десны влияет на индивидуальную гигиену полости рта. У пациентов с тонким биотипом десны слишком тщательные манипуляции зубной щеткой могут привести к микротравмам и рецессии десны [3]. Установлено, что пациенты с тонким

биотипом десны/пародонта находятся в группе риска развития пародонтальных проблем, особенно при проведении ряда хирургических и ортодонтических манипуляций. При этом подчеркивается, что определение биотипа десны до начала лечения у конкретного пациента, влияющее на характер проводимого ему вмешательства, является залогом его успешного завершения.

На сегодняшний день можно выделить три направления в стоматологии, способствующие грамотному составлению комплексного плана лечения и получению прогнозируемого результата:

- Первое - это диагностика. Нельзя не отметить при этом возможность использования компьютерного томографа в стоматологии. Его использование в стоматологии привело к увеличению точности постановки диагноза до 99%. Кроме того: аксиография, эндодонтический микроскоп, скрининг-тестирование и другие.

- Второе – решение функциональных вопросов с расширением возможностей ортодонтического лечения, развитием имплантации и внедрением новых технологий в ортопедии (безметалловые конструкции, телескопические протезы, одномоментная имплантация и т.д.).

- Третье - решение проблем красно-белой эстетики. Здесь надо отметить развитие микрохирургических методик в области зубов, коронок, имплантатов (мукогингивальная хирургия (МГХ), лазерная и пьезо-хирургия и т.д.)[36]

Всё вышеперечисленное сопровождается технологическим совершенствованием оборудования, инструментария и компьютеризации рабочего места врача.

Пародонтологическое лечение лежит в основе всего, обеспечивая достижение прогнозируемого и устойчивого результата. Главное, что необходимо для его получения, - взаимодействие пациента с врачом, его

согласие на сотрудничество и полноценное выполнение пациентом всех рекомендаций врача.

При составлении комплексного плана лечения определяется пародонтологический статус пациента. Уделяется внимание индексу гигиены, пародонтальным индексам, КПУ, фенотипу десны, наличие вредных привычек (в частности, курение), подробный сбор анамнеза (сопутствующие заболевания, аллергологическая предрасположенность, наследственность, наличие или отсутствие пародонтологического лечения ранее и т.д.).[45]

При обследовании заполняется индивидуальная карта пародонтологического статуса пациента, которая обновляется с определённой кратностью, соответствующей характеру заболевания (течению, степени и т.д.). Тем самым чётко прослеживается динамика заболевания и эффективность лечения, что позволяет правильно составить прогноз.[15]

Пародонтальный диагноз является маркером, определяющим этапы, методы лечения и кратность повторяющихся курсов, а также влияет на выбор ортопедической конструкции.[17]

Владение пациентом навыками индивидуальной гигиены, обучение в ходе лечения и контроль за соблюдением рекомендаций оценивается и контролируется гигиенистом стоматологическим или врачом-пародонтологом. Тем не менее, специалист любого стоматологического профиля уделяет внимание этому вопросу, отмечая степень гигиены пациента в карте, и при выявлении систематических нарушений вовремя направляет к гигиенисту или пародонтологу.[15]

В междисциплинарном общении ортопедов и пародонтологов учитывается (при рассмотрении местного статуса)[21]:

- фенотип десны(ФД);
- наличие или отсутствие зоны прикреплённой десны (ЗКПД) в области зубов и имплантатов;
- сохранение биологической ширины (БШ);
- тип кости;
- объём костного дефекта по ширине и высоте;
- наличие и глубина пародонтальных карманов;
- контролируемость пародонтальной инфекции (активность пародонтальных патогенов);
- степень подвижности зубов;
- дефекты фуркации;
- класс рецессии (классификация по Миллеру);
- сочетанные эндодонто-пародонтальные проблемы.

Основными моментами алгоритма ведения ортопедических пациентов с пародонтальным статусом будет проведение комплекса диагностических, профилактических и лечебных этапов до начала ортопедического лечения.

У пациентов с хорошей гигиеной, отсутствием осложнённого сопутствующими заболеваниями анамнеза, без развития пародонтальной патологии данный комплекс состоит из [52]:

- диагностический осмотр 1 раз в 6 месяцев;
- рентгенологический контроль 1 раз в год;
- обучение индивидуальной гигиене с подбором профилактических средств по уходу за полостью рта;

- комплекс профессиональной гигиены 1 раз в 6 месяцев;
- мониторинг.

У пациентов с гингивитом, вызванным нарушением микробной флоры, и с лёгкой и средней степенью пародонтита комплекс лечебных мероприятий дополняется [52]:

- скейлингом;
- антисептическими и медикаментозными обработками пародонтальных карманов (ПК);
- аппаратными методами поддерживающего лечения (аппарат Вектор, озонотерапия и т.д.);
- при наличии ПК до 5 мм проведение закрытых кюретажей;
- диагностика и мониторинг 1 раз каждые 3-6 месяцев;

Пациенты с тяжелыми формами пародонтита и анамнезом, осложнённым сопутствующими заболеваниями, проходят лечение каждые 3 месяца.

Комплекс дополняется:

- курсами антибиотикотерапии;
- открытыми кюретажами;
- другими хирургическими пародонтальными операциями.

Хирургическое пародонтологическое лечение (МГХ)- важный фактор как на этапе подготовки, так и в ходе самого ортопедического лечения.[19]

Разделяют следующие три большие группы:

- хирургическое лечение, направленное на устранение/уменьшение пародонтального кармана;

- регенеративная хирургия пародонта (её целью также стоит ликвидация пародонтального кармана, но в основе методы лечения, относящиеся к этой группе, принципиально отличаются от первой и по сути лечения и по результату на гистологическом уровне);

- мукогингивальная (МГХ) или коррегирующая хирургия.

Целью МГХ является создание благоприятного пародонтального окружения для зубов и реставраций, включая имплантаты. Благоприятным (здоровым) называют пародонтальный комплекс, способный противостоять жевательной нагрузке, гигиеническим процедурам, травмам инородными телами, обработке зуба под реставрацию, ортодонтическому лечению и воздействию подвижной слизистой губ и щёк. Эти вмешательства не предназначены для устранения карманов, но их можно комбинировать с методами, направленными на создание здорового пародонтального комплекса при заболеваниях пародонта. [19]

Задачами МГХ являются:

- создание адекватной зоны прикрепленной кератинизированной десны;
- устранение неблагоприятного воздействия анатомо-физиологических факторов;
- закрытие оголенных поверхностей корней;
- создание условий для восстановления межзубного сосочка;
- подготовка перед ортодонтическим лечением, особенно при перемещении зубов в сторону вестибулярной кортикальной пластинки;
- устранение последствий травмы реставрациями, расположенных под десной;
- удлинение клинической коронки зуба для протезирования;

- коррекция формы альвеолярного гребня для имплантации и протезирования.

Мукогингивальная хирургия стала одним из важнейших разделов хирургической пародонтологии, методы которой позволяют решать множество клинических задач в рамках междисциплинарного подхода.

Применение междисциплинарного подхода в стоматологии желательно практически при каждом клиническом случае. Так как сопутствующие заболевания, наличие которых не всегда очевидно, могут свести на нет все усилия по устранению одной конкретной проблемы.

1.2. Качество жизни стоматологических больных. роль социального уровня, физической активности и мотивации людей в развитии и прогрессировании заболеваний пародонта.

Заболевания пародонта занимают второе место по частоте и распространенности среди всех стоматологических заболеваний; функциональные расстройства зубочелюстной системы, обусловленные потерей зубов вследствие заболеваний пародонта, развивается в 5-6 раз чаще, чем при осложнениях кариеса и становятся одной из основных причин потери зубов у лиц молодого возраста (25-44). Причем они трудно поддаются лечению, которое проводится с участием специалистов различного профиля, является трудоемким и дорогостоящим. При этом специалисты сталкиваются с тяжелым клиническим течением и прогрессированием патологического процесса в тканях пародонта и, лишь 4-5 % людей имеют клинически здоровый пародонт и поддерживают адекватную гигиену полости рта [6; 27.]. Поэтому заболевания пародонта являются не только медицинской, но и социальной проблемой, которая отражается на качестве жизни пациентов [51].

Для определения эффективности мероприятий, направленных на улучшение и сохранение здоровья населения, в настоящее время стали использовать такой количественный показатель, как качество жизни [4].

Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры, и систем ценностей, в которых они живут, и в состоянии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [108].

С другой стороны, «качество жизни» - это совокупность черт и свойств личности и общества, условий жизни, здоровья, работы, питания, отдыха, состояния внешней среды [87; 94]. Понятие «качество жизни» имеет две стороны - внутреннюю, зависимую от самой личности человека, и внешнюю, обусловленную степенью развития общества, государства [50].

Исследование качества жизни - надежный и эффективный способ оценки общего благополучия человека. Изучение качества жизни - общепринятый в международной практике высокоинформативный, чувствительный и экономически обоснованный метод оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп [62; 96]. Он позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека - его физического, психологического и социального функционирования [79; 107]. Возможна оценка качества жизни одного человека, группы людей, различных слоев населения и общества в целом. В большинстве клинических исследований оценивают качество жизни, связанное со здоровьем («позитивное») [97; 100; 101].

Под качеством жизни в медицине понимают совокупность физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанного на его субъективном

восприятии. При этом следует иметь в виду, что качество жизни изменяется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов [62].

Оценка качества жизни, сделанная самим пациентом, ценный и надежный показатель его общего состояния. Результаты оценки качества жизни, проведенной таким образом, часто не совпадают с оценкой качества жизни, выполненной врачом [91; 93; 94]. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни, а также узнать отношение пациента к своему заболеванию и назначенному лечению [33]. Качество жизни, связанное со здоровьем, таким образом, характеризует, как физическое, эмоциональное, социальное, экономическое и духовное благополучие человека изменяется под влиянием заболевания и / или его лечения [80]. Следует отметить, что большинство исследователей рассматривают «здоровье - как полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания» [110]. Понятие «качество жизни» в полной мере применимо и к стоматологии.

Использование стоматологических критериев качества жизни в практике стоматолога особенно важно, т.к. позволяет комплексно оценить не только степень утраты собственно стоматологического здоровья, но и её психосоциальные и финансово-экономические последствия. Динамическая оценка качества жизни стоматологического пациента позволяет оценить адекватность проводимого стоматологического лечения и наряду с традиционными методами является полноценным показателем его эффективности [59; 91].

Для оценки стоматологического здоровья в терминах его влияния на качество жизни необходимо применять специальные стоматологические тесты, каждый из которых предназначен для измерения частоты, степени

влияния стоматологических проблем на функциональное и социально-психологическое благополучие [5].

Оценка качества жизни в стоматологии основана на заполнении специальных опросников (анкет). Практика использования общих опросников качества жизни для мониторингования степени утраты стоматологических параметров качества жизни и их восстановления в процессе лечения не всегда оправдана с методологической точки зрения. Ответы на вопросы заполняет врач-стоматолог или сам пациент. Обычно вопросы касаются того, как проблемы во рту сказываются на физическом самочувствии пациента, его способности полноценно питаться, общаться с другими людьми, выполнять социальные функции [33].

Критерии качества жизни широко используются в зарубежной стоматологии для оценки эффективности лечения заболеваний полости рта. Были проведены исследования по изучению качества жизни больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава [24], в области ортодонтии и терапевтической стоматологии. В работе Меньшиковой Ю. В. (2011) приведён пример положительной динамики качества жизни у больных с заболеваниями пародонта после проведённой консервативной терапии на основе применения опросника ОНПР-14.[70] Анализ проведённой информации выявил достоверное снижение индекса качества жизни через 6 месяцев после применения медикаментозной терапии по сравнению с исходными значениями.

В доступной научной литературе имеются первые результаты исследований качества жизни у больных с воспалительными заболеваниями пародонта [67], основанные на применении общих опросников (Ноттингемская система), которые свидетельствуют о нарушениях психологического статуса пациентов, особенно при тяжелых формах пародонтита, коррелирующих с показателями качества жизни.

В монографиях и учебно-методических пособиях достаточно полно и подробно описана роль микроорганизмов зубного налета, употребления табака в этиологии болезней пародонта, необходимость соблюдения гигиены полости рта, вопросы мотивации больного с заболеваниями пародонта. [60]

Роль курения в развитии болезней пародонта всесторонне изучается на протяжении многих лет. Научные исследования выявили очевидную связь между курением и распространенностью и интенсивностью болезней пародонта. Установлено, что курение является одним из основных факторов риска болезней пародонта. [90]

Точные механизмы, посредством которых курение влияет на ткани пародонта, не известны. Во многих клинических и эпидемиологических исследованиях выявлено значительно большее количество наддесневых зубных отложений у курящих по сравнению с некурящими. Однако в клинических исследованиях не было установлено каких-либо различий в скорости образования зубного налета у курящих и некурящих.

Высокая распространенность и интенсивность болезней пародонта у курящих может быть объяснена повреждением иммунного ответа. У курящих выявляется изменение уровня иммуноглобулинов и цитокинов, количества лимфоцитов и нарушение функции оральных нейтрофилов. Наряду с возможным специфическим эффектом паропатогенных бактерий и повреждением иммунного ответа, возможен цитотоксический эффект никотина на функцию фибробластов. [90]

Длительная работа с пациентами убеждает, что важной задачей стоматолога при лечении и профилактике стоматологических заболеваний является мотивация, обучение и инструктаж пациента. [98]

Мотивация — это побуждения, вызывающие активность пациента и определяющие направленность его действий. [81] Задача врача-

стоматолога сводится к тому, чтобы у пациента возникла стойкая потребность во внимательном отношении к своему здоровью вообще и к здоровью стоматологическому, в частности. Необходимо убедить человека в том, что благодаря регулярной и качественной гигиене полости рта и профилактическим осмотрам у стоматолога можно избавиться от зубной боли и необходимости иметь съемные протезы в старости. [35]

Таким образом, социально-культурные факторы, такие как плохие условия проживания, низкий уровень образования, отсутствие традиций, убеждений и культуры в поддержании стоматологического здоровья, рискованное поведение: отсутствие или недостаточная гигиена рта, нерациональное питание, злоупотребление сладостями, алкоголем, употребление табака составляют факторы риска развития и прогрессирования болезней пародонта.

1.3. Современные аспекты этиологии и лечения заболеваний пародонта.

Пародонт – комплекс тканей вокруг зуба, которые тесно связаны между собой и удерживают зуб в челюсти. Он состоит из десны, периодонта (ткани между корнем зуба и костной альвеолой), цемента и альвеолярных отростков челюстей (часть кости, в которой укреплены зубы).

Пародонтит – воспалительное заболевание тканей, окружающих зуб (пародонта), которое ведет к прогрессирующему их разрушению.

Пародонтит в наши дни понимается как хроническое деструктивно-воспалительное заболевание пародонтальных тканей, которое является реакцией на длительное присутствие инфекции с выраженным иммунным компонентом в значительной мере определяемым индивидуальными и генетическими факторами [14; 22; 58; 105; 109].

Общесоматические факторы, провоцирующие и детерминирующие развитие заболевания, включают системные иммунологические дисбалансы, минералдефицитные состояния, обменные трофические нарушения, патология внутренних органов, гормональный дисбаланс, токсические влияния на пародонт. [7; 22; 32; 37; 77].

Инфекционный фактор играет важнейшую роль в возникновении воспалительного процесса в пародонте. Контакт пародонта с микрофлорой полости рта осуществляется на поверхности слизистой оболочки десны. При этом особое значение придается плотному поддесневому налету. [104]

К числу микроорганизмов, вегетирующих в плотном десневом налете относятся более 30 видов патогенных анаэробных грамм-отрицательных микроорганизмов, среди которых ведущая роль принадлежит *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*. [12; 64; 95; 103].

Доказана этиологическая роль этих микроорганизмов в возникновении пародонтита, их связь с тяжестью поражения, установлены количественные уровни анаэробной микрофлоры при различной глубине поражения. [61; 86; 99].

Пародонтопатогенные микроорганизмы обладают широким спектром факторов вирулентности, под воздействием которых происходит стимуляция различных иммунокомпетентных клеток – макрофагов, полиморфноядерных лейкоцитов, вырабатывающих антибактериальные протеолитические ферменты, предназначенные для лизирования пародонтопатогенных бактерий, а в итоге активно поражающих ткани хозяина. [31; 73; 89]

Пародонтопатогенные микроорганизмы одновременно активно вырабатывают протеолитические ферменты (коллагеназу,

металлопротеиназы, цистеиновые протеиназы и др.), обладающие коллагенолитической способностью, токсичные для фибробластов и препятствующие их пролиферации и обновлению коллагена. [22;82;83]

Непосредственно деструкцию пародонтальных тканей при различных формах пародонтита можно разделить на деструкцию преимущественно белковых субстратов соединительной ткани и на деструкцию кости.[26; 37]

Противовоспалительная реакция на присутствие патогенных микроорганизмов приводит к образованию воспалительного инфильтрата, состоящего из нейтрофильных лейкоцитов, макрофагов и лимфоцитов. В воспалительной реакции участвуют также тромбоциты, эндотелиальные клетки сосудов, десневые фибробласты и др., выделяющие медиаторы воспаления.[42; 41; 43] В итоге в слюне и в десневой жидкости происходит накопление соединений, характеризующих локальную воспалительно-деструктивную реакцию.[66; 65; 88]

При развитии заболеваний пародонта воспалительного характера точкой приложения патогенных факторов является сосудистое русло, особенно его микроциркуляторная часть. Это проявляется в нарушениях антиагрегационных, антикоагуляционных и фибринолитических свойств эндотелия, увеличении частоты контактов между форменными элементами крови и плазмолеммой эпителиоцитов в виде локального внутрисосудистого свертывания крови, формировании микротромбогемморাগического синдрома. [10; 46; 47]

В итоге формируется спазм артериальных микрососудов и расширение посткапиллярных венул. Нарушаются все виды нормального тканевого обмена, взамен которого включаются примитивные способы выработки энергии с помощью перекисного свободно-радикального окисления. Они характеризуются образованием большого количества высокотоксичных продуктов — малонового диальдегида и

супероксиданиона. [27]. При патологии перекисное окисление липидов нарушает структуру и функции фосфолипидов и мембранный транспорт, окисляют аминокислотные остатки, изменяют конформации белков, инактивируют ферменты [66; 65]. Активация антиоксидантной системы снижает повышенное перекисное окисление липидов при многих заболеваниях. Истощение фонда антиоксидантной системы переводит перекисное окисление липидов в неуправляемое состояние [32]. В результате чего патологический процесс в пародонте нарастает.

Генерализованный пародонтит (Боровский Е.В., 2004г.) всегда начинается с катарального гингивита и характеризуется нарушением целостности зубодесневого соединения, разрушением связочного аппарата зуба, резорбцией костной ткани и образованием пародонтального кармана.

При объективном обследовании выявляются кровоточивость десен, отложение поддесневого зубного камня и налета, подвижность зубов, выделение гноя при надавливании зондом на край десны, положительная проба Шиллера. Однако основной признак пародонтита – пародонтальные карманы.

Степень тяжести пародонтита определяется в основном тремя ведущими симптомами – глубиной пародонтального кармана, степенью резорбции костной ткани и, как следствие, подвижностью зубов. Эти признаки принимаются за основу при выборе хирургического и ортопедического лечения.

При пародонтите легкой степени глубина пародонтального кармана достигает 3,5 мм, преимущественно в области межзубного промежутка, отмечается начальная степень деструкции костной ткани межзубных перегородок (разволокнение или исчезновение замыкающих пластинок, явления остеопороза, незначительное снижение высоты межзубных перегородок – менее 1/3), индуцированная кровоточивость.

Для пародонтита средней тяжести характерны увеличение глубины кармана до 5 мм, резорбция костной ткани межзубных перегородок от 1/3 до 1/2; патологическая подвижность зубов I-II степени, возможны смещения зубов, появление трем, травматическая окклюзия.

Для пародонтита тяжелой степени клиническая симптоматика включает: пародонтальный карман больше 5-6 мм, II-III степень патологической подвижности зубов, резорбция костной ткани на величину более 1/2 высоты межзубных перегородок, иногда полное рассасывание альвеолярной перегородки, смещение зубов, травматическая артикуляция, значительные тремы, дефекты зубных рядов.

При средней и тяжелой степени пародонтита часто наблюдаются гноетечение и абсцедирование.

Рентгенологическая картина пародонтита зависит от стадии процесса. Начальные стадии характеризуются остеопорозом и деструкцией замыкающих пластинок и межальвеолярных перегородок, в дальнейшем – усечением вершин перегородок. Важным рентгенологическим признаком быстротекущего пародонтита у взрослых служит появление обширных очагов деструкции, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерные фестончатые, «изъязвленные» края, видны отложения поддесневого зубного камня. Структура костной ткани в других отделах челюсти не изменена.

Воспалительные изменения при пародонтите могут протекать в трех основных направлениях. После разрушения кортикальной пластинки кости межзубной перегородки воспалительно-резорбтивный процесс распространяется, как правило, на губчатое вещество кости. Такое состояние рентгенологически определяется как усеченность (деструкция) вершины межзубной перегородки. Распространение воспаления к периодонтальной щели также сопровождается вначале резорбцией компактной пластинки кости, а затем и деструкцией губчатого вещества.

Однако резорбция идет вертикально, с образованием костных карманов и абсцессов. Третий путь распространения воспаления – к надкостнице – клинически проявляется образованием глубоких пародонтальных карманов (между десной и костью с вестибулярной или язычной поверхности альвеолярного отростка) с выделением гноя; возможно также абсцедирование. В дальнейшем происходит рассасывание костной ткани. [13]

Лечение заболеваний пародонта преследует комплекс целей, направленных на восстановление нормального гомеостаза тканей пародонта, которые достигаются путем уничтожения бактерий, ликвидации поврежденных тканей и обеспечение их регенерации.

Весь объем лечебных мероприятий делится на местные и общие [61; 75; 85].

К местным методам лечения относятся:

1. Профессиональная гигиена и санация полости рта;
2. Удаление зубного камня, налета;
3. Местное применение антимикробных препаратов и использование лекарственных средств, воздействующих на ведущие звенья воспаления.

За последние годы получены неопровержимые доказательства микробной природы заболеваний пародонта, поэтому при назначении лечения следует учитывать характер микрофлоры и назначать антибактериальные препараты с учетом ее чувствительности. [64]

Антимикробные лекарственные средства делятся на две большие группы – антибиотики и неспецифические антимикробные препараты.

Неспецифические антимикробные препараты включают большое количество агентов различной химической природы, обеспечивающих антибактериальный эффект при местном применении.

Антибактериальная терапия является необходимым условием эффективного лечения пародонтита [26; 78; 102].

При применении антибиотиков в пародонтологии должны учитываться их свойства:

- должен обладать высокой биосовместимостью и хорошей всасываемостью в желудочно-кишечном тракте;
- иметь определенную скорость утилизации;
- обладать способностью концентрации в десневой жидкости и др. [2; 30; 29]

По данным Американской академии пародонтологии, эффективность антибактериального лечения зависит от фармакокинетических характеристик препарата, а также местных факторов: накопления препарата в тканях, резистентности патогенов, феномена образования в налете биопленки, защищающей возбудителя, количества микробов, эффективности защиты макроорганизма, наличия патогенов в пародонтальных карманах, не подвергающихся лечению. [9; 11]

Применяются препараты с небольшим избирательным действием – препараты йода (1% водный раствор йодиола, 3% раствор йода), окислители (0,01% - 0,1% раствор перманганата калия, 3% раствор перекиси водорода), красители (этакридина лактат 0,01% - 0,1% раствор, 0,1% метиленовый синий, яблочный уксус и др.) [55; 92].

Для местного лечения показаны антибактериальные средства, воздействующие на аэробную и анаэробную флору. С этой целью в противовоспалительной терапии часто применяют препараты, в которых метронидазол является основным компонентом. Метронидазол может использоваться как самостоятельно, так и в комбинации с антибиотиками [28].

Широкое применение антибиотиков в различных областях медицины привело к развитию резистентности микрофлоры к антибактериальным препаратам, а также увеличению случаев токсических и аллергических реакций, особенно часто у лиц с различной фоновой патологией.

В связи с этим возникает необходимость поиска безвредных и эффективных лекарственных средств. Одними из таких лекарственных средств являются протеолитические ферменты. Среди них наиболее часто используются трипсин и химотрипсин, обладающие противовоспалительным и противоотечным действием, способные усиливать фагоцитарную активность лейкоцитов и ускорять процессы регенерации в соединительной ткани, а также потенцировать действие антибактериальных препаратов.[38]

Помимо ферментов животного происхождения, используются ферменты микробного происхождения, такие как террилитин, папаин лекозим («Флуко», Швейцария), а также препарат отечественного производства, полученный из дынного дерева, кукумазим. [1]

Поражение пародонта сопровождается хроническим воспалением костной и мягких тканей вследствие чего целесообразно включение в комплексное патогенетическое лечение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) [30; 40; 48].

Оптимальная последовательность применения противовоспалительных и антибактериальных препаратов является необходимым условием эффективного лечения[77].

НПВС оказывают мембраноподобное действие, ингибируют синтез простагландинов, снижают уровень свободных радикалов, оказывают воздействие на клетки, участвующие в воспалительных реакциях, низкая токсичность позволяет широко использовать НПВС в стоматологии [28].

В качестве корректоров системы СРО/АОЗ при воспалительных и воспалительно-деструктивных поражениях пародонта патогенетически обосновано применение антиоксидантов и антигипоксантов в комплексной терапии генерализованных пародонтитов. Препараты этой группы (*α*-токоферол, аскорбиновая кислота, цифторан, цифран, дибунол, эриксин, актовегин, мексидол и др.) ингибируют образование пероксидов и промежуточных продуктов СРО липидов, оказывают противовоспалительное и противоотёчное действие с одновременным выраженным улучшением клинического статуса, усиливают регенерацию [53; 57; 74; 75].

Положительно влияют на тканевой обмен препараты куриозин и клион (АО «Геден Рихтер», Венгрия). Эти препараты активизируют фагоцитоз и увеличивают пролиферативную активность клеток эпителия. [8]

При выраженной кровоточивости и явлениях застоя рекомендуют препараты калия, кальция, танина, витаминов А, С, В₁, Е, Р [34].

Нормализация микроциркуляции способствует скорейшему заживлению воспалительно-деструктивных поражений пародонта. Поэтому использование методов и средств, влияющих на микроциркуляторное русло, остается актуальным. С этой целью применяются препараты, улучшающие реологические свойства крови и снижающие адгезию форменных элементов на эндотелий (трентал, гирудин, троксевазин) [71]. Значительное улучшение состояния микроциркуляции отмечается после применения в комплексном лечении лазеров, жевательной тренировки [44].

Используемые в стоматологии различные антимикробные и атисептические препараты тотально воздействуют на все звенья биоценоза полости рта [37]. Поэтому применение в ходе лечения пародонта средств,

способствующих восстановлению нормальной микрофлоры полости рта и, в частности, тканей пародонта рассматривается как необходимое условие повышения эффективности лечения [25]. Одним из перспективных направлений в этой области является использование биопрепаратов, действующим началом которых являются представители нормальной микрофлоры. Применение в комплексном лечении заболеваний пародонта бактериальных препаратов позволяет корректировать состояние бактериоценоза, улучшить показатели местного иммунитета [49; 69].

Обнаружение биостимулирующей активности NO, содержащего газового потока положило начало новому способу лечения ран и воспалительных процессов NO – терапии [68; 76].

Эндогенный оксид азота применяется при лечении катарального гингивита и пародонтита, не вызывая повреждения интактных сосудов, активизирует кровоток.[23; 56].

Для лечения воспалительных заболеваний пародонта на всех стадиях и при любой степени тяжести заболевания широко используются физические факторы. Физиотерапия давно стала важным компонентом в комплексном воздействии на воспалительно-дистрофические процессы в пародонте. Например, при ощущении зуда в деснах назначают электрофорез танина. Для уменьшения явлений воспаления применяют медь и цинк. В качестве стимулирующей терапии, повышающей местные защитные тканевые процессы при хроническом воспалении, применяют электрофорез алоэ. Электрофорез йода (2-6% раствор йодида калия) у больных с заболеваниями пародонта проводят для интенсификации обмена веществ, воздействия на микрофлору. При нарушении микроциркуляции, снижении или повышении тонуса сосудов, явлениях венозного застоя в качестве тонизирующего средства назначают гидротерапию [72].

В настоящее время широко используется электрофорез витаминов С и В в сочетании с новокаином и микроволновой терапией при воспалительных заболеваниях в пародонте [17]. О положительном эффекте

электрофореза с гепарином сообщает Никитина Т.В. с соавторами (1974). Предложен также электрофорез с аминокaproновой кислотой, АТФ, лечебной грязью в сочетании с диатермией. С целью ликвидации воспаления в десне используют УВЧ-терапию. Улучшению периферического кровообращения способствует применение синусоидальных модулированных токов [16]. Противовоспалительное, рассасывающее, антиспастическое, болеутоляющее и местное бактерицидное действие оказывают токи надтональной частоты [16]. Стойкий клинический эффект отмечен у больных, получавших флюктуоризацию после местного лечения пародонтита. Имеются данные об использовании для лечебного фонофореза гидрокортизона, йодной настойки, галаскорбина, гепарина, трипсина, микроцида и других лекарственных веществ при пародонтите [39]. С целью устранения гипоксии и нормализации кровообращения в пародонте предложен вакуум-массаж [54] и гипербарическая оксигенация [63]. На улучшение обменных процессов, ультраструктурных характеристик десны влияет ряд физиотерапевтических методов и в частности - низкочастотное электромагнитное поле [17].

Несмотря на многообразие средств и методов лечения, результаты лечения пародонтита не могут удовлетворить ни самих пациентов, ни специалистов. В настоящее время информированность пациентов и их требовательность значительно возросли, однако получить специализированную пародонтологическую помощь в полном объеме до сих пор достаточно трудно.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Клиническая характеристика больных.

Исследования проведены на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии ТашГСИ (зав. кафедрой – д.м.н., проф. Камилов Х.П.) в 2013-2015гг.

Для выполнения поставленных задач проведено обследование и лечение 83 пациентов с заболеваниями тканей пародонта: гингивитом, хроническим генерализованным пародонтитом легкой, средней и тяжелой степеней тяжести в возрасте от 35 до 54 лет.

Также проведено обследование 22 практически здоровых людей сопоставимого возраста, которые составили группу контроля.

Больные были распределены по возрасту в соответствии классификационной возрастной схеме, утвержденной ВОЗ в 1989 году.

Для постановки диагноза использовали терминологию и классификацию болезней пародонта, утвержденную на XVI Пленуме Правления всесоюзного общества стоматологов в г. Ереване(1983г.)

Всем больным проводился комплекс лечебных мероприятий, входящих в общую схему санации полости рта: удаление зубного налета, снятие над- и поддесневых зубных отложений, избирательное шлифование, коррекция имеющихся реставраций, антисептическая обработка. При этом, еще до начала лечения особое внимание уделялось соблюдению больными правил личной гигиены полости рта, наличию вредных привычек и парафункций.

Отметим, что в отношении удаления зубного налета, над- и поддесневых зубных отложений учитывались современные взгляды. На данный момент в пародонтологии наравне со старыми, классическими

методами, такими как, «scaling» и «root planning», появился новый - «periodontal debridement», основной целью которого является контроль над зубной бляшкой и удерживающихся на ней кальцинированных депозитов, достижение здорового состояния пародонта с минимальным ятрогенным ущербом как к мягким тканям, так и к цементу корня. При этом сохранение цемента корня является приоритетным. В связи с этим для удаления зубного налета использовалась воздушно-абразивная система «Prophy-Jet30», а кальцинированные зубные депозиты удаляли с помощью ультразвукового прибора магнотриктного действия «Cavitron Select» с частотой колебания наконечника 25 кГц.

Все больные делились на 4 группы:

- первая группа – больные хроническим катаральным гингивитом (n=28);
- вторая группа - больные хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести (n=29);
- третья группа - больные хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести (n=26);
- четвертая группа – группа контроля (n=22).

В зависимости от индивидуального клинического случая лечение проводилось с применением тактики междисциплинарного подхода с привлечением всех стоматологических направлений: терапевтическое, ортопедическое, ортодонтическое и хирургическое.

Больным проводилось традиционное лечение с использованием геля «Метрогил дента», содержащий в своем составе трихопол и хлоргексидин. Предварительно перед наложением пасты проводилась антисептическая обработка полости рта, гидромассаж пародонтальных зубодесневых карманов, после чего производили аппликации геля «Метрогил дента» под фиксирующую повязку многократного пользования с экспозицией 30 мин.

Таблица 2.1.

Распределение пациентов по возрасту.

Группа	35-39	40-44	45-49	50-54
I	9(31%)	8(27%)	7(24%)	4(18%)
II	6(19%)	8(29%)	9(31%)	6(21%)
III	4(15,38%)	4(15,38%)	8(30,769%)	10(38,46%)
IV	3(14%)	4(18%)	7(32%)	8(36%)
Всего	22	24	31	28

Фиксирующая повязка многоразового пользования (предложенная проф. Мелькумяном Т.В., 2005) изготавливалась из силикона конденсационного типа повышенной плотности и давала возможность равномерного распределения лекарственных веществ под действием гидравлических сил. Использование указанного вида повязки для местного применения гелей не требует сложных расчетов дозировки препарата в виду его равномерного распределения.

2.2. Методы исследования.

Комплексное обследование пациентов подразумевало проведение клинических, рентгенологических и функциональных методов диагностики.

2.2.1. Клинические методы.

Сбор анамнеза: длительность болезни, социальный уровень пациента (высокий- 3, средний- 2, ниже среднего- 1 балл), его физическая активность (регулярная- 1, отсутствие- 0 баллов), курение (курит- 0, не курит- 1 балл), уровень мотивации - DTMS).

DTMS -Dental Treatment Motivation Scale является шкалой, представляющий опросник из 15 вопросов, 7 из которых (1, 2, 5, 7, 10, 13 и 15) внутренние - свойственные и 8 (3, 4, 6, 8, 9, 11, 12 и 14) внешние – несвойственные для пациента.[106]

Оценка основных показателей пародонтологического статуса состояла из исследования десны, определения подвижности зубов, наличия кровоточивости десен, измерения глубины пародонтальных карманов, индексной оценки состояния тканей пародонта.

Состояние десны на язычной и вестибулярной поверхностях зубов верхней и нижней челюстей определялось с помощью визуального исследования, пальпации и зондирования, а также с помощью сжатого воздуха. Особое внимание обращали на цвет, архитектонику, консистенцию, наличие экссудата, болевую реакцию. Обращали внимание на высоту прикрепления уздечек губ и языка. Определяли глубину преддверия полости рта и правильность ее формирования.

Для оценки степени подвижности зубов использовали классификацию Fleszar T.J. et al.(1980). Подвижность зубов определяли вручную при попеременном надавливании на язычную и вестибулярную поверхности зуба нерабочими концами двух ручных инструментов.

Согласно данной классификации:

0 – зубы устойчивы.

I степень – слегка повышенная подвижность в вестибулярном и язычном направлениях (до 1 мм).

II степень – значительное увеличение подвижности в вестибулярном и язычном направлениях, но без нарушения функции (более 1 мм).

III степень – резко выраженная подвижность в вестибулярном и язычном направлениях (более 1 мм) с легко определяющимися вертикальными движениями с нарушением функции.

№	Treatment motivation items Вопросы мотивации лечения	Mean	SD
1.	I feel that I want to take responsibility for my own health Я чувствую, что я хочу взять на себя ответственность за собственное здоровье	4.03	1.317
2.	Others would be furious if I did not do it Другие пришли бы в ярость, если б я не сделал это	2	1.093
3.	I have carefully thought about it and believe it is very important for many aspects of my life Я внимательно думал об этом и считаю, что это очень важно для многих аспектов моей жизни	3.87	1.477
4.	My dentist asked me to do so Мой стоматолог попросил меня делать так	3.36	1.399
5.	I personally believe that it is the best thing for my dental health Я лично считаю, что это лучшая вещь для здоровья моих зубов	4.28	0.971
6.	I feel pressure from others to do so Я чувствую давление со стороны других, чтобы делать так	1.48	0.806
7.	I would feel guilty if I didn't do it Я чувствовал бы себя виноватым, если б я не делал это	2.34	1.508
8.	I want others to approve of me Я хочу, чтобы другие одобряли меня	2.37	1.146
9.	I want the dentist to think I am a good patient Я хочу, чтобы стоматолог думал, что я хороший пациент	2.91	1.555
10.	It is easier to do it rather than to think about it Легче сделать это вместо того, чтобы думать об этом	3.1	1.652
11.	I don't want others to be disappointed in me Я не хочу, чтобы другие были разочарованы во мне	2.2	0.886
12.	It improves my social acceptability Это улучшает мою социальную приемлемость	4.21	1.166
13.	I would feel bad about myself if I didn't do it Я бы чувствовал себя плохо, если я не делал это	2.74	1.358
14.	I want others to see I can do it Я хочу, чтобы другие видели, я могу сделать это	2.17	1.106
15.	It feels good to keep my oral cavity as clean as possible Вероятно это хорошо, содержать свою ротовую полость как можно более чистой	3.92	0.904
Intrinsic motivation Внутренняя мотивация		3.2	0.674
Extrinsic motivation Внешняя мотивация		2.81	0.67
Total motivation Общая мотивация		2.91	0.567

Для определения степени кровоточивости десен использовали папиллярный индекс кровоточивости PBI (papilla bleeding index), являющийся чувствительным индикатором тяжести воспаления. Проводится зондирование в области межзубного промежутка, после чего в течение 30 секунд осуществляется индексная оценка кровоточивости:

0 – нет кровоточивости.

I – наличие кровоточивости.

Индекс широко используется во всех пародонтологических клиниках для оценки тяжести и прогноза заболевания. Одновременно является наглядным методом для мотивации пациентов к хорошей гигиене полости рта и лечению.

Определение глубины пародонтальных карманов осуществлялось с помощью традиционного ручного пародонтального зонда, который до настоящего времени остается инструментом, широко используемым при диагностике заболеваний пародонта. Глубина пародонтального кармана при зондировании определялась от края десны. Измерение проводилось в миллиметрах. Зонд держался параллельно оси зуба. Проводилось не менее 6-8 измерений со всех сторон зуба. Во внимание принималась наивысшая оценка.

2.2.2. Индексная оценка состояния тканей пародонта.

Пародонтальные индексы позволяют оценивать глубину и распространенность патологического процесса, а также сопоставлять эффективность различных методов лечения. Индексная характеристика

состояния тканей пародонта в отличие от клинических методов диагностики является относительной.

В работе использованы:

1. Упрощенный индекс гигиены рта (ОHI-s) по Green, Vermillion (1964).

Индекс складывается из суммы индекса зубного налета и индекса зубного камня.

Исследуют вестибулярные поверхности 11, 16, 26, 31 и оральные поверхности 36, 46 зубов.

Значения индекса зубного налета (DI-s):

0 – нет налета;

1 – налет покрывает не более $1/3$ поверхности зуба;

2 - налет покрывает $2/3$ поверхности зуба;

3 - налет покрывает более $2/3$ поверхности зуба.

Индекс зубного налета (DI-s) определяется по формуле:

$DI-s = \text{сумма оценок каждого зуба} / 6$

Значения индекса зубного камня (CI-s):

0 – нет зубного камня;

1 – наддесневой камень определяется на $1/3$ поверхности зуба;

2 - наддесневой камень покрывает до $2/3$ поверхности зуба;

3 - наддесневой камень покрывает более $2/3$ поверхности зуба, наличие поддесневого зубного камня.

Индекс зубного камня (CI-s) определяется по формуле:

$CI-s = \text{сумма оценок каждого зуба} / 6$

$$OHI-s = DI-s + CI-s$$

При идеальном гигиеническом состоянии упрощенный гигиенический индекс полости рта не должен превышать 1,0; если индекс больше 1, то это является показателем плохого гигиенического состояния полости рта.

2. Пародонтальный индекс PI (Russel, 1956).

С помощью пародонтального индекса (PI) изучали распространенность и интенсивность поражения тканей пародонта. Индекс позволяет учесть наличие гингивита, подвижность зубов, глубину клинического кармана. У каждого зуба состояние пародонта определяли оценкой от 0 до 8, учитывая при этом степень воспаления десны, подвижность зубов, глубину пародонтального кармана.

Используются следующие оценки:

0 – воспаления нет;

1 – легкий гингивит (воспаление не охватывает зуб со всех сторон);

2 – гингивит – воспаление окружает зуб со всех сторон, без повреждения эпителиального прикрепления;

6 – гингивит с образованием клинического кармана, зуб не поврежден, нарушения жевательной функции зуба нет;

8 – выраженная деструкция тканей пародонта, потеря жевательной функции, зуб подвижен, может быть смещен.

Для расчета индекса полученные оценки складывались и делились на число имеющихся зубов по формуле:

$$PI = \frac{\text{сумма оценок каждого зуба}}{\text{число зубов}}$$

Значения индекса следующие:

0,1 - 1,0 – начальная и I стадия заболевания;

1,5 - 4,0 – наличие деструктивных изменений, характерных для II стадии заболевания;

4,0 – 8,0 – тяжелая, III стадия заболевания.

Выраженность и распространенность воспаления десны определили с помощью индекса РМА (Parma).

Критерии оценки индекса:

1 – воспаление десневого сосочка;

2 – воспаление маргинальной десны;

3 – воспаление альвеолярной десны.

Индекс вычисляется по формуле:

$$РМА = \frac{\text{сумма показателей каждого зуба}}{3(\text{количество зубов})} * 100\%$$

Для установления диагноза и оценки состояния тканей пародонта проводились следующие дополнительные методы исследования:

Вакуумная диагностика (по В.И. Кулаженко, 1960).

Определение стойкости капилляров десны основано на времени, в течение которого на ней образуются гематомы.

Использовали вакуумный аппарат, в котором наконечниками служат стеклянные трубочки с диаметром 6-7 мм. Через прозрачную стенку вакуумной трубки удобно следить за тем, как десна втягивается в трубку, меняет цвет, появляются отдельные кровоизлияния, которые сливаясь образуют вакуумную гематому.

По данным В.И. Кулаженко, в норме во фронтальном отделе челюстей гематомы образуются за 50-60 секунд. В других отделах время образования вакуумных гематом больше.

О динамике процесса судили по повторному исследованию стойкости капилляров десны.

2.3. Рентгенологические методы исследования пародонта.

Рентгенологические исследования позволяют говорить как о степени поражения кости, так и о характере процесса (остеопороз, атрофия, резорбция).

В работе использовали ортопантомографию и внутриротовые дентальные рентгеновские снимки.

Диагностическим критерием, позволяющим по рентгенограмме поставить диагноз «хронический генерализованный периодонтит средней степени тяжести» являлось наличие резорбции костной ткани альвеолярного отростка на 1/3-1/2 высоты межзубной перегородки.

Данные стоматологического обследования вносились в специальную пародонтологическую карту.

2.4. Статистическая обработка полученных данных.

Математическая обработка результатов исследований проводилась с помощью статистического пакета программ MICROSOFT- EXCEL. При обработке материала определялись средние значения – М, ошибка средней – m, корреляционная зависимость – индекс Пирсона, доверительный интервал – Р . При сравнении средних показателей между различными группами использовали t- критерий Стьюдента. Различия принимались достоверными при $P \leq 0,05$.

ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Клиническое состояние пародонта в норме и при патологии.

В результате сбора анамнеза было установлено, что давность последнего пародонтологического вмешательства у больных 1-ой, 2-ой, 3-ей группы составила 18, 16, 12 мес в среднем соответственно. При этом у пациентов 1-ой группы в 100 % случаев оно было терапевтическим, у 2-х пациентов - ортодонтическим при наличии прямых показаний у 15, у 2 пациентов – хирургическим при наличии показаний у 10.

У пациентов 2-ой группы терапевтическое вмешательство было осуществлено в 100% случаев, ортодонтическое вмешательство было показано 16 пациентам, но не было выполнено ни в одном отдельном случае, ортопедическое было выполнено в 3 из 9 показанных, и хирургическое в 3 из 13.

У больных 3-ей группы терапевтическую помощь получили 100% пациентов, ортодонтическую – 0 из 20 необходимых, ортопедическую – 2 из 12, и хирургическую – 5 из 26 пациентов, имеющих показания к данному вмешательству.

Таким образом, объем необходимого вмешательства у больных 1-ой группы был выполнен на 44,4%, у пациентов 2-ой группы – на 52,1%, в 3-ей группе – 45,3%. (табл.3.1)

таблица 3.1

Время проведения и анализ объема пародонтологического вмешательства во время последнего курса лечения у больных по группам

Показатель	1-ая группа (n=28)	2-ая группа (n=29)	3-я группа (n=26)	Группа контроля (n=22)
Давность проведения лечения(мес)	18±9,7	16±8,1	12±4,3	—
Терапевтическое вмешательство	28 – показание 28 – выполнение	29 –показание 29 – выполнение	26 – показание 26 – выполнение	—
Ортодонтическое вмешательство	15 – показание 2 – выполнение	16 – показание 0 – выполнение	20 – показание 0 – выполнение	—
Ортопедическое вмешательство	—	9 – показание 3 – выполнение	12– показание 2 – выполнение	—
Хирургическое вмешательство	10 – показание 2 – выполнение	13 – показание 3 – выполнение	26 – показание 5 – выполнение	—

В результате анамнеза установлены следующие параметры: длительность заболевания у 1, 2, 3 групп составила в среднем $6,3 \pm 2,4$, $5,3 \pm 1,8$, $8,6 \pm 3,2$ соответственно; социальный уровень составил в среднем $1,8 \pm 0,7$, $2,1 \pm 0,9$, $1,9 \pm 0,8$ при норме $2,1 \pm 1,0$; физическая активность составила в среднем $0,52 \pm 0,46$, $0,64 \pm 0,35$, $0,58 \pm 0,41$ при норме $0,61 \pm 0,37$; фактор курения составил в среднем $0,45 \pm 0,43$, $0,34 \pm 0,31$, $0,39 \pm 0,31$, в то время как в контрольной группе составил $0,52 \pm 0,42$. Так же вычислялся фактор мотивации внутренний и внешний. Фактор мотивации во всех группах был удовлетворительно низким. (табл.3.2)

таблица 3.2.

Данные сбора анамнеза

Показатель	1-ая группа (n=28)	2-ая группа (n=29)	3-я группа (n=26)	Группа контроля (n=22)
Длительность заболевания	6.3±2.4	5.3±1.8	8.6±3.2	-
Социальный уровень	1.8±0.7	2.1±0.9	1.9±0.8	2.1±1.0
Физическая активность	0.52±0.46	0.64±0.35	0.58±0.41	0.61±0.37
Курение	0.45±0.43	0.34±0.31	0.39±0.31	0.52±0.42
DTMS свойственный	2.9±0.72	3.2±0.81	3.3±0.67	3.2±0.56
DTMS несвойственный	2.5±0.43	3.1±0.78	3.9±0.53	2.3±0.41

Клинические проявления были весьма разнообразны и зависели от тяжести патологического процесса.

В группе с интактным пародонтом жалобы отсутствовали. При осмотре десневой край бледно-розового цвета, десна плотно примыкает к зубу, кровоточивость при зондировании отсутствует, пародонтальные карманы не определяются, рентгенологические изменения отсутствуют.

Объективно определяется наличие мягкого зубного налета и у некоторых пациентов наличие неприятного запаха изо рта, не связанного, по-видимому, с воспалением в пародонте.

Больные пародонтитом легкой степени предъявляли жалобы на боли при приеме твердой пищи, наличие неприятного запаха изо рта, кровоточивость при чистке зубов. При осмотре определяется гиперемия десневых сосочков, над- и поддесневые назубные отложения, пародонтальные карманы глубиной до 3 мм, подвижность зубов 1ой степени. На рентгенограмме определяется деструкция межзубной перегородки костной ткани челюсти до 1/3 длины корня.

Больные ГПСТ предъявляли жалобы на значительную кровоточивость десен при приеме пищи, боль, зуд и распирание в деснах, онемение зубов, чувство оскотины при приеме кислого; неприятный запах изо рта; боли при откусывании твердой пищи, наличие густой и вязкой слюны.

Для объективной оценки гигиенического состояния полости рта (табл.3.3.) нами использовался упрощенный индекс гигиены (OH1-S), который складывался из двух показателей: показателя зубного налета (DI-S) и показателя зубного камня (C1-S). Его значения превышали контрольные приблизительно в 8,2, 8,6, 9,2 раз ($P < 0,001$), что говорило об очень плохом уровне гигиены. При этом у 28 (26,7%) пациентов из анамнеза было выяснено, что данное состояние связано с характером питания и неимением возможности проведения гигиенических манипуляций во рту каждый раз

таблица 3.3.

Клиническое состояние тканей пародонта у больных 1, 2,3, и 4 групп

Индексы	1-ая группа (n=28)	2-ая группа (n=29)	3-ая группа (n=26)	Группа контроля (n=22)
Flezar	0,38±0,17	0,89±0,31	1,42±0,51	0,18±0,38
PPD (мм)	1,8±0,35	3,2±0,83	4,7±1,12	1,2±0,4
OHI-S	5,16±0,14	5,26±0,17	5,53±0,19	0,6±0,04
PBI	0,23±0,08	0,41±0,05	0,64±0,043	0,08±0,05
PMA	62,8±2,86	62,85±2,59	62,82±2,56	3,3±1,17
PI	4,15±0,24	4,14±0,26	4,15±0,26	0,09±0,03

таблица 3.4.

Корреляционные связи между изучаемыми показателями у здоровых лиц

Параметры	Fleszar	PPD	OHI-S	PBI	Социальный Уровень	Курение	Физическая активность
Fleszar	-	0.12	0.05	0.03	-0.04	0.11	-0.14
PPD	0.12	-	0.09	0.01	-0.03	0.08	-0.11
OHI-S	0.05	0.09	-	0.09	-0.13	0.51	-0.12
PBI	0,03	0.01	0.09	-	-0.07	0.12	-0.08
Социальный Уровень	-0.04	-0.03	-0.13	-0.07	-	-0.61	0.62
Курение	0.11	0.08	0.51	0.12	-0.61	-	-0.38
Физическая активность	-0.14	-0.11	-0.12	-0.08	0.62	-0.38	-

после приема пищи. Со слов остальных 55 (52,4%) было установлено пренебрежительное отношение к тщательности выполнения данных процедур.

Индекс РМА превышал контрольные показатели почти в 19 раз причем у всех больных наблюдалось выраженное воспаление межзубных сосочков и краевой части десны, а также выявлялись отдельные участки воспаления альвеолярной части десны.

Показатели пародонтального индекса (PI, Russel), наиболее характеризующего степень деструктивных изменений в пародонте, в отличие от контрольных, составляли в среднем 4,15; 4,14; 4,15 условных единиц, что превышало их в 46 раз ($p < 0,001$). При этом у 14 (16,9%) больных рентгенологически выявлялась резорбция альвеолярной кости на 1/3 длины корня, а у остальных 12 (14,5%) — она доходила до половины.

Функциональная стойкость капилляров (проба Кулаженко В.И., 1960 г) у 83 ($p < 0,001$) больных до лечения оказалась ниже нормальных показателей в 3 раза, чем у обследованных в контрольной группе. Это являлось еще одним подтверждением острого воспаления и застойных явлений в микроциркуляторном русле. Выделенные группы больных, с учетом планируемой терапии по рассматриваемым выше параметрам достоверно не различались.

При объективном обследовании выявились отек и гиперемия десен, изменение их конфигурации, явления цианоза межзубных десневых сосочков, изменение их формы, вздутие и неплотное примыкание к зубам.

Десны отечны, разрыхлены, легко кровоточат, отмечается повышенная чувствительность зубов к температурным и химическим раздражителям, большое количество над- и поддесневых назубных отложений. При пальпации десен выделяется серозное или серозно-гнойное отделяемое.

Зондирование позволяет определить пародонтальные карманы глубиной до 5,0 мм. При рентгенологическом обследовании обнаруживается

деструкция межзубных перегородок до $\frac{1}{2}$ длины корня, что обуславливает появление подвижности зубов I – II степеней.

При пародонтите тяжелой степени клинические проявления значительны: постоянная боль в деснах, не связанная с приемом пищи, неприятный запах изо рта, гиперестезия, затруднение откусывания и пережевывания пищи вследствие подвижности зубов, гноетечение, расшатанность зубов, появление щелей между зубами, у части больных вследствие расшатанности зубов наблюдается изменение речи.

При объективном осмотре – значительная деформация десны, грануляции, фиброз, застойная гиперемия. Десневые сосочки неплотно примыкают к зубам, большое количество зубного камня, над- и поддесневые назубные отложения, пальпация десен болезненна, отмечается выделение гноя. Подвижность зубов II-III степеней, пародонтальные карманы глубиной более 5,0 мм.

Рентгенологически определяется деструкция костной ткани у больных 3 группы, уменьшение высоты межальвеолярных перегородок более $\frac{1}{2}$ длины корня, иногда полное рассасывание корней.

У больных с заболеваниями пародонта с возрастанием тяжести патологического процесса в пародонте данные клинических методов обследования, величины индексных показателей гигиены, воспаления и деструкции пародонта, полученные с помощью балльных оценочных критериев, имели направленность к резкому увеличению по мере утяжеления патологического процесса в пародонте.

Таким образом, все выше изложенное подтверждало, что у пациентов с заболеваниями тканей пародонта имелись значительные нарушения клинικο-функционального состояния пародонта.

Наряду с оценкой степени изменений клинικο-функциональных параметров, характеризующих выраженность воспалительно-деструктивных изменений в пародонте, проводился корреляционный анализ (табл.3.4.). Интересно отметить, что у здоровых лиц была установлена относительно

высокая корреляция между уровнем гигиены, курением, физическим развитием и социальным уровнем, которые не имели даже средней корреляционной зависимости с пародонтальными индексами.

Изучение корреляционных связей (табл.3.4.1) между клинико-функциональными параметрами у пациентов с хроническим катаральным гингивитом была установлена относительная корреляционная зависимость между показателями уровня гигиены, курения, физической активности и социального уровня, которые коррелировали с показателем индекса кровоточивости.

У больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой (табл.3.4.2), средне и тяжелой степеней (табл.3.4.3) отмечена та же тенденция. При этом появилась относительная сильная корреляционная зависимость между показателями, характеризующими поведение пациентов, их социальный уровень и пародонтологическими показателями.

Следует выделить высокую степень прямой зависимости между нарастанием значений пародонтального индекса и ростом значений индекса РМА ($r=+0,82$; $p<0,01$). Отмечалось наличие заметной прямой связи между нарастанием индекса РМА и ОНІ-s ($r=+0,62$; $p<0,01$), при этом прослеживалась высокая отрицательная связь с уменьшением времени образования гематом ($r=-0,76$; $p<0,01$); просматривалось присутствие умеренной отрицательной связи между нарастанием параметра ОНІ-S и снижением времени образования гематом ($r=-0,46$; $p<0,05$).

Таким образом, проведенный корреляционный анализ указывает на наличие тесных связей между клинико-функциональными параметрами, характеризующими состояние деструктивно-воспалительных изменений в пародонте.

таблица 3.4.1

Корреляционные связи между изучаемыми показателями у больных хроническим катаральным гингивитом

Параметры	Fleszar	PPD	OHI-S	PBI	Социальный Уровень	Курение	Физическая активность
Fleszar	-	0.42	0.13	0.17	-0.1	0.18	-0.22
PPD	0.42	-	0.14	0.17	-0.11	0.2	-0.33
OHI-S	0.13	0.14	-	0.48	-0.55	0.59	-0.38
PBI	0.17	0.17	0.48	-	-0.46	0.51	-0.39
Социальный Уровень	-0.1	-0.11	-0.55	-0.46	-	-0.65	0.59
Курение	0.18	0.2	0.59	0.51	-0.65	-	-0.41
Физическая активность	-0.22	-0.33	-0.38	-0.39	0.59	-0.41	-

таблица 3.4.2

Корреляционные связи между изучаемыми показателями у больных ХГПЛТ

Параметры	Fleszar	PPD	ОHI-S	PBI	Социальный Уровень	Курение	Физическая активность
Fleszar	-	0.34	0.11	0.14	-0.11	0.39	-0.41
PPD	0.34	-	0.18	0.19	-0.13	0.41	-0.46
ОHI-S	0.11	0.18	-	0.46	-0.58	0.62	-0.35
PBI	0.14	0.19	0.46	-	-0.51	0.59	-0.42
Социальный Уровень	-0.11	-0.13	-0.58	-0.51	-	-0.63	0.59
Курение	0.39	0.41	0.62	0.59	-0.63	-	-0.45
Физическая активность	-0.41	-0.46	-0.35	-0.42	0.59	-0.45	-

таблица 3.4.3

Корреляционные связи между изучаемыми показателями у больных хгп ср/тяж. ст. тяж.

Параметры	Fleszar	PPD	OHI-S	PBI	Социальный Уровень	Курение	Физическая активность
Fleszar	-	0.44	0.17	0.22	-0.15	0.43	-0.46
PPD	0.44	-	0.25	0.32	-0.33	0.48	-0.62
OHI-S	0.17	0.25	-	0.51	0.62	0.73	-0.43
PBI	0.22	0.32	0.51	-	-0.58	0.66	-0.54
Социальный Уровень	-0.15	-0.33	0.62	-0.58	-	-0.68	0.63
Курение	0.43	0.48	0.73	0.66	-0.68	-	-0.59
Физическая активность	-0.46	-0.62	-0.43	-0.54	0.63	-0.59	-

3.2. Терапевтическая эффективность традиционного метода терапии заболеваний тканей пародонта.

Традиционный метод терапии подразумевал: санацию полости рта, включающую снятие над- и поддесневых зубных отложений, массаж десен, избирательную шлифовку, с последующей антисептической обработкой и введением в пародонтальные карманы под изолирующую фиксирующую повязку геля « Метрогил дента » (начиная с 4 дня).

Клинические исследование включали перечень следующих показателей: упрощенного индекса гигиены (ОHI-S), папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА), пародонтального индекса (PI, Russel), функциональной стойкости капилляров (ФСК, Кулаженко В.И.).

Показатель упрощенного индекса гигиены по завершению курса лечения (10-11 день) в среднем снизился от $5,16 \pm 0,14$ до $1,33 \pm 0,1$ ($p < 0,001$). При этом у 55 (66,7%) он приближался к нормативным значениям, а у остальных 28 (33,3%) пациентов оставался высоким, что вероятнее всего было связано с недостаточным соблюдением правил личной гигиены полости рта, а также наличием неблагоприятных местных факторов, способствующих отложению зубного налета. Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА, Parma) после проведенного традиционного лечения, в среднем по группе, снизился до $40,5 \pm 3,5$ против $62,8 \pm 2,8$ на исходе лечения ($p < 0,001$), при этом оставаясь значительно выше контроля. Причем у 51 (61,1%) больных сохранялось воспаление отдельных десневых сосочков, а у остальных 32 (38,9%), также отмечалось воспаление маргинальной части десны.

Показатель пародонтального индекса (PI, Russel) после проведенного традиционного лечения достоверно снизился в 2 раза по сравнению с исходными значениями ($p < 0,001$), но также оставался существенно выше контрольных показателей ($p < 0,001$). При этом, у 51 (61,1%) больных присутствовало воспаление характерное катаральному гингивиту средней

степени тяжести, у 32 (38,9%) болезненность при пальпации альвеолярной части десны в области отдельных групп зубов, а у 14 (16,7%)-серозно-гнойные выделения из ПЗДК.

Функциональная стойкость капилляров после проведенной традиционной терапии в среднем возросла до $40,1 \pm 3,1$ сек ($p < 0,001$), тем самым не достигнув контрольных значений ($p < 0,001$).

После проведенного традиционного лечения наблюдалось значительное улучшение состояния десневого края. У 46 (55,6%) пациентов десна приобрела более плотную консистенцию, стала бледно-розового цвета. Прекратилась экссудация из патологических зубодесневых карманов, глубина которых уменьшилась в среднем на 2 мм. При направлении сжатого воздуха в зубодесневой карман наблюдалось незначительное отклонение десневого края. У 42 (50,0%) пациентов практически исчезла кровоточивость. Подвижность зубов значительно уменьшилась. В то же время у 32 (38,9%) пациентов десна оставалась отечной, неприкрепленный десневой край легко отклонялся от поверхности зуба под действием сжатого воздуха, имела место кровоточивость при зондировании патологического зубодесневого кармана.

Fremitus -проверка зубов верхней челюсти у всех больных данной группы была отрицательной, что говорило об успешно проведенном избирательном пришлифовывании.

3.3. Эффективность мультидисциплинарного подхода при лечении воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта.

Современная стоматология так же сильно отличается от стоматологии десятилетней давности, как и медицина в целом. Если еще несколько лет назад в Республике Узбекистан мало кто вообще знал о существовании таких врачей, как, например, гнатолог или стоматолог-гигиенист, сегодня каждая серьезная клиника считает своим долгом как минимум сотрудничать, а в идеале — иметь в штате профессионалов узкоспециализированных

профилей. Все это делает возможным применение такого, без преувеличения, жизненно-важного подхода к лечению заболеваний полости рта, как междисциплинарная стоматология.

Для полноценного решения стоматологических проблем пациента необходимо проведение комплексного лечения.

Пародонтологу как врачу, участвующему в планировании комплексной реабилитации пациента, осуществляющему подготовку полости рта к протезированию, временное шинирование, коррекцию мягких тканей около зубов и имплантатов, мониторинг гигиены полости рта и состояния пародонта, консультирование пациента по уходу за зубами и зубными реставрациями, диспансеризацию пациента - целесообразно брать на себя роль куратора для пациента и координатора действий врачей других стоматологических специальностей.

Междисциплинарное взаимодействие приводит к получению благоприятных и долгосрочных результатов.

Всем больным лечение проводилось с применением тактики междисциплинарного подхода и привлечением специалистов всех стоматологических направлений: терапевта, ортопеда, ортодонта и хирурга.

Динамика клинико-функциональных показателей оценивалась по схеме традиционной группы(табл.3.5.)

На фоне проводимой терапии состояние пришеечной части десны значительно улучшилось. Она стала более плотной, эластичной, маргинальный край приобрел бледно-розовый цвет. У больных 3-й группы выделений из патологических зубодесневых карманов, практически, не наблюдалось. Отклонение свободного края десны от поверхности зуба под действием сжатого воздуха было незначительным. У 46 (55%) человек исчезла кровоточивость. В отношении подвижности зубы стали

устойчивыми. Фремитус-проверка зубов верхней челюсти была отрицательной. Однако, следует отметить, что у 17 (20%) пациентов наблюдались выделения серозно-гнойного экссудата из присутствующих у них немногочисленных ПЗДК, у 29 (35%) человек имела место гиперемия маргинальной десны, больше обусловленная местными неблагоприятными факторами.

Обследование 23 (90%) пациентов 3-ей группы показало улучшение состояние ПЗДК. При зондировании параметр глубины карманов в среднем составил 2,6 мм.

Больные 1-й группы по завершении терапии имели улучшение индекса ОНІ-s в 3,44 раз, что составило в целом по группе $0,82 \pm 0,52$ и максимально приблизило его к показателю группы контроля.

Показатель ОНІ-s у пациентов 2-ой группы, представляющий собой сумму параметров DI-S и CI-S, улучшился в 3,39 раза, в сравнении с исходным показателем и составил 0.96 ± 0.65 . При этом у 20 (70%) пациентов его значения приближались к нормативным.

Больные 3-ей группы по завершении терапии имели улучшение индекса ОНІ-s в 4,57 раз, что составило в целом по группе 0.84 ± 0.67 и максимально приблизило его к показателю группы контроля.

Индекс РМА (Parma), характеризующий состояние десны, у пациентов 1-ой группы снизился в 4,55 раза и оказался на отметке $18,67\% \pm 2,21$. У больных 2-ой и 3-ей группы этот показатель снизился в 7,7 и 8,04 раза и составил 5.03 ± 4.87 и 7.24 ± 2.85 соответственно.

Для оценки качества проведенного лечения у больных 1, 2-ой и 3-ей групп, показатель PI (Russel) имел наиболее важное значение, в сравнении с другими индексами.

У пациентов 2-ой группы отмечалось снижение пародонтального индекса в 4,1 раза в целом. У больных 3-ей группы снижение PI произошло в 3,27 раза.

Таблица 3.5.

Клиническое состояние тканей пародонта у больных после лечения

Индексы	1-ая группа (n=28)	2-ая группа (n=29)	3-я группа(n=26)	группа контроля (n=22)
Flezar	0.18±0.17	0.29±0.31	0.62±0.51	0.28±0.38
PPD (мм)	1.4±0.35	2.2±0.83	2.7±1.12	1.3±0.4
ОHI-S	0.82±0.52	0.96±0.65	0.84±0.67	0.5±0.04
PBI	0.12±0.08	0.17±0.05	0.24±0.043	0.09±0.05
PMA	4.1±2.21	5.03±4.87	7.24±2.85	3.4±1.17
PI	0.32±0.19	0.88±0.31	1.15±0.26	0.09±0.03

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Самой тяжелой и распространенной патологией пародонта является хронический генерализованный пародонтит (ХГП), который протекает годами, с периодами ремиссий и обострений, часто приводит к значительному нарушению функций зубочелюстной системы из-за резорбции костной ткани, гибели удерживающего аппарата зубов и выпадению или удалению последних.

Ни для кого из стоматологов не составляет большого секрета, что причина заболеваний пародонта характеризуется многофакторностью, и потому терапия соответствующих нозологий должна быть комплексной.

В общем и целом междисциплинарная стоматология — это комплексный подход к борьбе с заболеваниями полости рта пациента, предполагающий совместную работу нескольких врачей различной специализации над постановкой диагноза, а также разработкой и осуществлением плана лечения. При этом в ряде случаев междисциплинарный подход требует участия специалистов не только различных областей стоматологии, но и медицинской науки в целом. То есть зачастую стоматологи привлекают для консультаций или же проведения лечения таких докторов, как невролог, гнатолог, психолог, отоларинголог, ревматолог, хирург, дерматолог, даже аллерголог и диетолог. Для целостности картины необходимо упомянуть, что междисциплинарный подход предполагает как минимум забор общих анализов крови, а иногда и рентгенологические исследования, не ограничивающиеся полостью рта, а затрагивающие также, например, позвоночник.

Применение междисциплинарного подхода в стоматологии желательно практически при любом клиническом случае. Дело в том, что сопутствующие заболевания, наличие которых не всегда очевидно, могут свести на нет все усилия по устранению одной конкретной

проблемы. Например, если пациент обращается в клинику с просьбой поставить пломбу, и врач ограничится стандартным устранением кариеса и установкой требуемой пломбы, долго она, скорее всего, не продержится. Этому могут поспособствовать пародонтит, незаметные под слоем налета или зубного камня кариозные образования, нарушения прикуса, в результате которых на запломбированный зуб приходится слишком большая нагрузка, и многое другое.

В тех же случаях, когда пациенты обращаются в клинику с просьбой восстановить эстетику улыбки, нарушенную сколами, истиранием эмали, оголением шейки зуба и тому подобными проблемами, без применения междисциплинарного подхода попросту не обойтись. Ведь здесь важно не только исправить недостатки методами эстетической реставрации, но и устранить причины их появления, которые чаще всего кроются в целом комплексе заболеваний, как то нарушения прикуса, искривления зубных рядов, бруксизм и прочие.

Применение междисциплинарного подхода в стоматологии порой творит настоящие «чудеса». Например, избавляет пациентов, обратившихся за помощью с банальным кариесом, от систематических головных болей, мучающих годами. Это становится возможным, если при комплексной диагностике специалисты обнаруживают, например, нарушения в работе височно-нижнечелюстного сустава, или ВНЧС. Эти на первый взгляд незаметные нарушения способны провоцировать как повышенную истираемость эмали и щелчки челюстью, так и изнуряющие головные боли.

Другое, казалось бы, неизлечимое заболевание, избавиться от которого помогает междисциплинарная стоматология, — это бруксизм, или неконтролируемый скрип зубами как во сне, так и в состоянии

бодрствования. Также к проблемам, решаемым при комплексном междисциплинарном подходе в стоматологии, относятся такие серьезные нарушения здоровья, как неврология тройничного нерва, отторжение имплантатов, воспаление гайморовых пазух, или синусит.

Ассоциации факторов, как местных, так и системных приводят к изменениям в опорном аппарате зубных рядов, которые, как правило, с возрастом приобретают необратимый характер.

Многочисленными исследованиями показано, что бактериальная бляшка является одной из главных причин, практически постоянным компонентом «ассоциаций», вызывающих заболевания пародонта. Установлены положительные корреляции между тяжестью болезней пародонта и возрастом, наличием зубной бляшки, кальцинированными зубными отложениями, хронической гипоксией, снижением факторов неспецифической резистентности, что в определенной степени находит отражение в проведенных нами исследованиях.

Научные труды последних лет стимулировали возникновение новых принципов относительно нехирургического лечения болезней пародонта, которые в определенной степени отличаются от классического традиционного подхода (таблица).

В процессе обследования 105 больных с заболеваниями пародонта в возрасте от 35 до 54 лет, с оценкой клинико-функционального статуса пародонта выявлены тесные ассоциации между обострением заболевания и нарушениями неспецифической резистентности.

Для полноценного решения стоматологических проблем пациента необходимо проведение комплексного лечения.

Междисциплинарное взаимодействие приводит к получению благоприятных и долгосрочных результатов.

Старые (классические) и новые (современные) принципы инструментальной пародонтологии

Классические принципы	Современные принципы
Обязательное удаление адсорбированного налета с поверхности зубов, как профилактика болезней пародонта.	Удаление налета считается только косметической процедурой.
Полировка коронковой и открытой корневой частей зуба проводится с целью достижения гладкой поверхности.	Полировка имеет незначительный терапевтический эффект и имеет нежелательные последствия как для твердых тканей зуба, так и для десен.
Профессиональная полировка – как метод удаления зубной бляшки.	Тщательное выполнение гигиенических норм с помощью зубных щеток, флоссов считается достаточным для контроля над зубной бляшкой и не имеет отрицательных последствий в сравнении с традиционной профессиональной полировкой.
Предварительная полировка зубов перед нанесением фтор-лака улучшает его усвоение поверхностными слоями эмали.	Полировка не улучшает усвоение фтор-лака поверхностными слоями эмали.
Токсины микробов абсорбируют в структуру цемента, тем самым, изменяя его	Токсины микробов адсорбированы на поверхности цемента и легко удаляются.
Удаление цемента корня необходимо для достижения выздоровления.	Цемент корня должен быть сохранен.
Здоровое состояние тканей пародонта тканей возможно только после удаления всех зубных отложений.	Нормальное состояние тканей пародонта можно наблюдать и при зубных отложениях.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ клинического состояния тканей пародонта среди взрослого населения г. Ташкента, обращающихся в поликлинику терапевтической стоматологии ТашГСИ, выявил в 37,6% случаев наличие гингивита, в 32,6% - ХГП легкой степени тяжести, и в 29,8% - ХГП средне-тяжелой степени тяжести
2. Было установлено, что низкий социальный уровень жизни, курение и отсутствие регулярной физической активности способствуют увеличению частоты обострений хронически протекающих заболеваний пародонта
3. Также было выявлено нормальное состояние тканей пародонта у пациентов контрольной группы с невысоким социальным уровнем жизни, курящих и не получающих регулярную физическую нагрузку
4. Из-за низкого уровня мотивации пациентов с патологией тканей пародонта и отсутствии междисциплинарного подхода в отношении планируемого лечения, качественную пародонтологическую помощь получает низкий процент взрослого населения г. Ташкента.
5. Реализация комплекса предложенных мер, учитывающих социальные, медицинские и экономические аспекты, позволит повысить качество и эффективность оказываемой пародонтологической стоматологической помощи взрослому населению г. Ташкента.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В процессе планирования пародонтотерапии в каждом отдельном случае необходимо оценивать уровень внутренней и внешней мотивации пациента по шкале (DTMS) с обязательным анализом результатов предыдущего курса проведенного лечения и устранения его недостатков.

2. Лечение и диспансерное наблюдение за больными с патологией пародонта необходимо проводить с применением междисциплинарного подхода. Кратность обращения за специализированной стоматологической помощью должна составлять не менее 2-х раз в год.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адилова Ш.Т. Результаты лечения хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести отечественным ферментом кукумазимом//Стоматология 1999 №4 с.27-29.
2. Алимов А.С., Бекметов М.В., Алимова М.Т. Обезболивающая микросомальная паста с 5% лидокаином в комплексном лечении заболеваний пародонта у кардионеврологических больных// Стоматология 2001№4 с.8-9.
3. Бакалян В. Л. Влияние ширины кератинизированных тканей на долгосрочность результатов лечения пародонтита // Стоматологический журнал. 2013. - № 1. С. 56—58.
4. Барер Г. М., Гуревич К. Г., Смирнягина В. В., Фабрикант Е. Г. Использование стоматологических измерений качества жизни // Стоматология для всех. – 2006. № 2. – С. 4-7.
5. Барер Г. М., Зорян Е. В., Агапов В. С. Рациональная фармакотерапия в стоматологии // М., 2006. – С. 235-245.
6. Безрукова И. В. Быстро прогрессирующий пародонтит. Этиология, клиника, лечение: Автореф. дис... д-ра наук. – М., 2001. – 40 с.
7. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита//М: ООО «Мед. информ. агенство», 2002 с.127.
8. Бекжанова О.Е. Применение куриозина и клиона при лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести// Stomatologiya-2001 №4 с.9-11.
9. Бекжанова О.Е., Зуфаров О.О. Результаты лечения хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести бетадином// Новые технологии в стоматологии: Материалы международного форума, посв. году здоровья- Ивано-Франковск; Алматы, 2002-с.29-33.
10. Белокопытова В.В., Кречина Е.К. Изменение гемодинамических механизмов микроциркуляции в тканях десны при воспалительных

- заболеваниях пародонта// Материал 1-го Всерос. симп. «Применение лазерной доплеровской флоуметрии в медицинской практике» М.,2002 с.160.
11. Белоусов Н.Н., Буланов В.И. Проблемы обследования и диагностики при заболеваниях пародонта//Стоматология 2004, №2 с.19-20.
 12. Бицермайстер С.Д. Микробиологическая диагностика заболеваний тканей пародонта//Новое в стоматологии 2003 №7 с.27-30.
 13. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология//Москва 2004 с. 568-570.
 14. Булгакова Е.Б. Влияние состояния местного иммунитета десны и ротовой полости на течение хронического генерализованного пародонтита//Новое в стоматологии.-2001.-№10.-с.90-93.
 15. Бякова С.Ф., Новожилова Н.Е., Хазина Е.В., Оспанова Г.Б. Комплексный подход к лечению взрослых пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта (обзор) // Ортодонтия. -2006. – № 4. – С.50—55.
 16. Васильева Е.В. Лазерная терапия и фотофорез в комплексном лечении темпоромандибулярного болевого дисфункционального синдрома: Дисс. . канд. мед. наук Москва, 2002.- 152 с.
 17. Воложин А.И., Порядин Г.В., Казимирский А.Н. Иммунологические нарушения в патогенезе хронического генерализованного пародонтита // Стоматология. – 2005. – № 3. – С.4—7.
 18. Генетический паспорт — основа индивидуальной и предиктивной медицины / Под ред. В. С. Баранова. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2009. — 528 с.
 19. Герасимов С.Н., Бородачев С.Н Комплексное ортодонтическое и хирургическое лечение пациента с пародонтией// Институт стоматологии. – 2006. – № 3. – С.49—51.
 20. Глотов О. С., Глотов А. С., Баранов В. С. Список генов-кандидатов, для которых показана ассоциация с мультифакторными заболеваниями (МФЗ) и нарушениями жизненно важных функций организма // Генетический

паспорт — основа индивидуальной и предиктивной медицины — СПб.: Изд-во Н-Л, 2009. — С. 105—133.

21. Глухова, Ю.М., Кирютина А.И. Клиническое обоснование диагностического и лечебного комплекса для больных с зубочелюстными аномалиями, осложненными заболеваниями пародонта// Институт стоматологии. – 2012. – № 1. – С.62—64.
22. Горбачева И.А., Кирсанова А.И., Орехова Л.Ю. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита //Стоматология.-2001.-№1.-С.-26-34.
23. Гордеева Н.Б. Морфофункциональные изменения в тканях десны при катаральном гингивите у подростков и их коррекция оксидом азота//Автореф.дис. ...к.м.н.-М., 2002-22с.
24. Горожанкина Е. А., Мамедов Ф. М. Качество жизни пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС // Медицинская консультация. – 2002. – № 2. – С. 1-3.
25. Греков Л.М., Морозов В.Г., Николаев А.И. Комплексный подход к диагностике и лечению хронического генерализованного пародонтита// Стоматология 2001 №1 с.35-41.
26. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А. Болезни пародонта//М., МИА 2004 -123 с.
27. Грудянов А. И. Пародонтология: избранные лекции // М.: ОАО «Стоматология», 1997. – 33 с.
28. Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Овчинникова В.В. Обоснование оптимальной концентрации препарата метрогил-дента при лечении воспалительных заболеваниях пародонта//Стоматология 2002 №1 с.44-47.
29. Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Фоменко Е.В. Применение таблетированных форм пробиотиков «Бифидумбактерина» и «Ацилакта» в комплексном лечении заболеваний пародонта// Стоматология 2002 №1 с.39-43.

30. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Серебрякова Л.Е. Зависимость показателей перекисного окисления в слюне от тактики применения диклоран-желе при пародонте// Стоматология 2002 №24 с.31-34.
31. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Серебрякова Л.Е. Фагоцитарная активность нейтрофилов десневой крови при пародонтите//Стоматология 2007 спец.вып. с.43.
32. Грудянов А.И., Чупахина Н.В. Влияние перфторана на перекисное окисление липидов и антиоксидантную активность слюны у больных пародонтитом//Стоматология 2005 №1 с.16-19.
33. Гуревич К. Г., Фабрикант Е. Г. Здоровье. Качество жизни в стоматологии. Зубной протез и здоровье // Сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. – М.: МГМСУ, 2004. – 20 с.
34. Данилевский Н.В., Борисенко А.В. Заболевания пародонта//Киев,2000 с.462.
35. Демьяненко Е.А. Роль мотивационной работы в профилактике стоматологических заболеваний//Стоматол.журнал-2006- №1 – с.67-68.
36. Денисова Ю.Л. Современные методы комплексного лечения пациентов с болезнями периодонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями// Stomatologist 3-2012 с.37-43.
37. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии//М., 2001-125с.
38. Ежова Е.Т. Клинико-функциональное обоснование применения препарата «Эмпаркол» в комплексном лечении пародонтита//Автореф. дис. ...к.м.н.-Казань, 2001-22с.
39. Зазулевская Л.Я., Коган Г.В. Экспериментальные аспекты лазерной терапии пародонтита.// Здоровоохранение Казахстана. — 1985. № 6. — С. 39-42.

40. Зеленская А.В., Гаража Н.Н. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием индометацина// Стоматология-2001 №1 с.58-60.
41. Казарина Л.Н., Кузин В.Б., Элларян Л.К. Влияние геля «Метрогил-дента» и лечебной зубной пасты «Мексидол дент актив» на показатели состояния пародонтита и перекисного окисления липидов у лиц с хроническим генерализованным гингивитом// Стоматология-2007 №4 с.19-23.
42. Казарина Л.Н., Окулова Ю.В. Динамика биохимических показателей у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом под влиянием КВЧ-терапии// Стоматология-2007 с.22-25.
43. Камилов Х.П. Диагностическое и прогностическое значение определения липопероксидации и активности ферментов антиоксидантной защиты в слюне при хроническом пародонтите: Метод. рек.-Т.,2002-12с.
44. Камилов Х.П. Клинико-патогенетические аспекты комбинированной лазеротерапии больных с пародонтитами// Автореф. дис. ...к.м.н.-Т.,2002-25с.
45. Камилов Х.П., Юсупалиходжаева С.Х., Шаумарова Ш.М., Тахирова К.А., Нурматов Х.М., Камулбаева Ф.К., Абасния С.Р., Иргашев Ш.Х. Современные методы лечения заболеваний пародонта.// Узбекистан тиббиёт журнали №1 2014.с.69-72.
46. Киричук В.Ф., Парфенова С.В., Булкина Н.В. Значение гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов в нарушении микроциркуляторного звена гемостаза у больных хроническим генерализованным пародонтитом//Рос.стом.журнал 2007 №5 с.17-20.
47. Киричук В.Ф., Широков В.Ю. Тромборезистентность эндотелия сосудистой стенки у больных хроническим генерализованным пародонтитом и ее динамика при комбинированной КВЧ-терапии//Стоматология 2004 №3 с.26-29.

48. Колобкова Л.Н., Николаев И.В. Применение ксидифона в комплексе мер профилактики воспалительных заболеваний пародонта// Стоматология-2007 №2 с.24-27.
49. Куттубаева К.Б., Зурдинов А.С. Изучение антиоксидантных свойств биологически активной добавки (БАД) «Green Magic» в эксперименте и использование ее в комплексной терапии заболеваний пародонта// Новое в стоматологии 2001 №2 с. 91-95.
50. Леонтьев В. К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология для всех. 2/3 1999. – С. 30-34.
51. Леонтьев В. К. Экологические и медикосоциальные аспекты основных стоматологических заболеваний// Междисциплинарный научный и прикладной журнал «Биосфера». -2010. - №1 - С. 230-236.
52. Леонтьев В.К. , Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний // – М.: Медицинская книга, 2006.– С.69.
53. Лепилин А.В., Шоломов И.И., Ноздрин В.Б. Перспективы применения нейтропротектора кортексина в пародонтологии// Рос.стом.журнал 2007 №4 с.40-42.
54. Макахлен А. М. Диагностика и лечение катарального гингивита с применением лазерной терапии.// Дисс.канд. мед. наук: 14.00.21/ Воронежская гос. мед. академия Воронеж, 1998.- С.137.
55. Манухина Е.Б., Мащина С.Ю., Власова М.А. Роль свободного и депонированного оксида азота в адаптации к гипоксии сердечно-сосудистой системы//В кн.: Регион. кровообр. и микроцир. 2004№3 с.4-11
56. Михайличенко Л.А., Собонцева Е.Т. Влияние экзогенного оксида азота на микрососуды щечного мешка хомячка после ультрафиолетового облучения//Стоматология 2003 №5 с.12-15.
57. Михалева Л.М., Шаповалов В.Д., Бархина Т.Г. Хронический пародонтит. Клиническая морфология и иммунология// М.: «Триада-фарм»,2004-126с.

58. Модина Т.Н., Османова Г.Б. Принципы планирования комплексного лечения взрослых пациентов с быстро прогрессирующим пародонтитом//Клин. стоматология-2001- с.52-56
59. Насыров Р. Т., Маннанова Ф. Ф., Новикова Л. Б. Качество жизни у стоматологических больных с дефектами зубов и зубных рядов в процессе их реабилитации // Уральский медицинский журнал. – 2009. – № 5. – С. 58-64.
60. Некрылов В.А., Чесноков П.Е., Клименко Г.Я. Медико-социальная характеристика стоматологических больных (по материалам углубленного социологического исследования)// Врач-аспирант, №4(53), 2012. – С.57-64.
61. Николаева Е.Н., Царев В.И. Опыт разработки стандартного метода молекулярно-генетической диагностики и оценки эффективности лечения заболеваний пародонта//Dental forum 2004 №1 с.20-24.
62. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по использованию качества жизни в медицине.// – СПб: Издательский дом «Нева»; М: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002. – 320 с.
63. Орехова Л.Ю., Левин М.Я., Софронов Б.Н. Соотношения гуморальных и клеточных аутоиммунных процессов при воспалительных заболеваниях пародонта.//Пародонтология. 1997. - №4. - С. 14-15.
64. Пашин Д. В. Факторы риска возникновения основных стоматологических заболеваний // Институт стоматологии. 2006. - №2. - С. 30-32.
65. Петрович Ю.А., Лемецкая Т.И., Пузин М.Н. Интегральный коэффициент, характеризующий свободно-радикальное окисление и антиоксидантную защиту и новый «остаточный» коэффициент, отражающий результативность применения антиоксидантов при пародонтите// Стоматология 2004 №6 с.17-22.
66. Петрович Ю.А., Сухова Т.В. Результаты и перспективы применения мексидола в стоматологии//Стоматология 2004 №6 с. 17-22.

67. Плужникова М. М. Изучение взаимосвязи воспалительных заболеваний пародонта и основных показателей качества жизни: Дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2002. – 158 с.
68. Покровский В.И., Виноградов Н.А. Оксид азота и его функциональные и патофизиологические свойства// Тер. арх. 2005 №1 с.82-83.
69. Рединова Т.Л., Кузнецова В.Ю. Эффективность прерывности нормобарической гипоксической стимуляции в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта// Стоматология 2003 №2 с.22-24.
70. Смирнягина В.В., Барер Г.М., Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. Русскоязычная версия опросника ОНП-14 у пациентов с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит средней степени»// Материалы XIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство», посвященного врачу России XXI века. Москва, 2006, С. 456.
71. Соколов Д.И., Кузнецов С.А., Котов А.Ю. Цитокиновая регуляция экспрессии адгезионных молекул ICAM-1 и продукции IL-8 эндотелиальными клетками// Мед. иммунология 2000-Т.2 №1 с.25-33.
72. Фридрих Р.Б. Разработка показаний, методов и оценка результатов низко- и высокоинтенсивной лазерной терапии пародонтита. //Дисс. . докт. мед. наук. Воронеж.-1999.- С.171.
73. Ханс-Петер Мюллер Пародонтология//Львов 2004 с.256.
74. Хасанова Л.Э. Эриксин в комплексном лечении генерализованного пародонтита средней тяжести// Автореф. дис. ...к.м.н.-Т.,2004-17с.
75. Хышиктуев Б.С., Островская В.Ф. Влияние димефосфана на показатели гемодинамики тканей пародонта у больных пожилого возраста с пародонтитом//Стоматология для всех 2007 №2 с.30-32.
76. Царев В.Н., Николаева Е.Н., Максимовский Ю.М. Применение полимеразной цепной реакции для диагностики и контроля эффективности лечения генерализованного пародонтита// Рос.стом.журнал 2002 №3 с.40-48.

77. Цепов Л.М., Николаева Е.Н. Нерешенные вопросы этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта// Стоматология.- 2001№1-2 с.28-31.
78. Шмагель К.В., Беляева О.В., Черенков В.А. Современные взгляды на иммунологию пародонта// Стоматология-2003 №1 с.61-64.
79. Allen P. F., McMillan A. S., Locker D. An Assessment of the responsiveness of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial // Comm Dent Epidemiol. 2001; 29: 175-182.
80. Bowling A. Measuring health // A Review of Quality of Life Measurement Scales. 3rd ed, Open University Press; 2005; Buckingham. – P. 7-9.
81. Brand V.S., Bray K.K., MacNeill S., Catley D., Williams K. Impact of single-session motivational interviewing on clinical outcomes following periodontal maintenance therapy.// Int J Dent Hyg 2013 - 11: 134-141.
82. D'Attilio M., Di Maio F. Gingival endothelial and inducible nitric oxide synthase levels during orthodontic treatment: a cross-sectional study// Angle Orthod 2004 Vol.74 №6 p.851-858.
83. Di Paola R., Mazzon E. Rosiglitazone reduces the evolution of experimental periodontitis in the rat// J. Dent. Res. 2006 Vol.85 №2 p.156-161.
84. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: World Health Organization, 2003 WHO Technical Report Series, № 916.
85. Escocard R.D., Kanashiro M.M., Peteretski J.H. Neutrophils regulate the expression of cytokines, chemokines and nitric oxide synthase/ nitric oxide in mice injected with Bothrops atrox venom//Immunobiology 2006 T. 22 №2 p. 37-46.
86. Gonzales J.R., Rabel A., Kalcher S.G., Mund S. Microbiological study on the prognosis of immediate implant and periodontal disease//MKG 2006 Vol.10 №1p.7-13.
87. Heydecke G., Locker D., Awad M. A., Lund j. P., Feine J. S. Oral and general health-related quality of life with convertional and implant dentures // Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31: P. 161-168.

88. Hormia M., Owaribe K., Virilanen I. The dento-epithelial junction: cell adhesion by type I hemidesmosomes in the absence of a true basal lamina//J. Periodontal. 2001 Vol.72 p. 786-797.
89. Ito A., Difalco P., Urciuolo V. The aesthetic and functional restoration in the case of partial edentulism in young patients//Minevra stomatologica-2005 Vol.54№5 p.281-292.
90. Johnson, N. V. Tobacco and oral disease // Brit. Dental J. 2000 / V. 189. №4. P. 200-206.
91. Judit A. Jones, Michelle BOrner, Avron Spiro III and Nancy R. Kressin. Tooth loss and dentures: patients' perspectives // Boston, USA: International Dental Journal 2003: 53; P. 327-334.
92. Kinane D.F. Periodontal disease in children and adolescents: introduction and classification//Periodontology 2000-2001 Vol.26 p.7-15.
93. Lobbezoo F., Visscher C. M., Naeiji M. Impaired health status, sleep disorders, and pain in the craniomandibular and cervical spinal regions // Eur J Pain 2004; 8: P. 23-30.
94. Locker D. Oral health and quality of life // Oral Health Prev Dent 2 (Suppl 1), 2004. – P. 247-253.
95. Muller H.P. Modeling mucosal dimensions after implantation of a bioabsorbable membrane for surgical root coverage//Clin Oral Investig 2008 Vol.15 p.79-83.
96. Naito M., Nakayama T., Fukuhara S. Quality of life assessment and reporting in randomized controlled trials: a study of literature published from Japan // Health Quality Life Outcomes 2004; 2. – P. 31.
97. Naito M., Yuasa H., Nomura Y., Nakayama T., Hamajima N., Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review // Journal of Oral Science. – 2006. – Vol. 48, № 1. – P. 1-7.
98. Oruba Z., Pac A., Olszewska-Czy I., Chomyszyn-Gajewska M. The significance of motivation in periodontal treatment: the influence of adult

- patients' motivation on the clinical periodontal status.// Community Dent Health 2014 - 31: 183-187.
99. Persson G.R., Salvi G.E., Heitz-Mayfield L.J. Antimicrobial therapy using a local drug delivery system (Arestin) in the treatment of periimplantitis. I: Microbiological outcomes.//Clinical oral implants research 2006 Vol.17 №4 p.386-393.
 100. Petersen P. E. Priorities for research for oral health in the 21st century-the approach of the WHO global oral health programme // Community Dentistry Health. – 2005. – 22. – P. 71-74.
 101. Petersen P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO Global Oral Health Programme // Community Dentistry and Oral Epidemiology 2003; 32 Suppl. 1: P. 3-24.
 102. Popkov V.L., Filchukova I.A., Lapina N.V. Activity of nitric oxide synthase and concentration of nitric oxide metabolites in the gingiva under experimental pathological conditions// Bull Exp Biol Med 2005 Vol.140 №4 p.391-393.
 103. Rezaie A., Ghorbani F. Alterations in salivary antioxidants, nitric oxide, and transforming growth factor-beta 1 in relation to disease activity in Crohn's disease patients//Ann NY Acad Sci. 2006 Vol.1091 p.110-122.
 104. Schroeder H.F., Zistgartur M.A. The gingival diseases: the architecture of periodontal protection//Periodontol 2000 Vol.13p.91.
 105. Segulier S., Godean G., Brousse N. Immunohistological and morphometric analysis of intra-epithelial lymphocytes and Langerhans cells in healthy and diseases human gingival tissues//Arch. Oral. Boil.-2000-Vol.45-p.441-452.
 106. Sripriya Nagarajan, Chakravarthy Reddy and Rampalli Viswa Chandra Motivation in Periodontal Therapy: Assessment Using Novel Dental Treatment Motivation Scale (DTMS)//J Dentistry 2014, 4:10.
 107. Steele J. G., Sanders A. E., Slade G. D., Allen P. F., Lahti S., Nuttall N., Spencer A. J. How do age and loss affect oral health impacts and quality of life?

- // A study comparing two national samples. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: P. 107-114.
108. The WHOQL Group. "What Quality of Life" // World Health Forum. – 1996. – P. 354-356.
109. Wimmer G. Copping with stress: its influence on periodontal disease// J.Periodontal-2002- Vol.75-p. 1343-1351.
110. World Health Organization. Cancer pain relief // Geneva: WHO, 1986. – P. 526.