

ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Надежда Александровна Васильева^{1*}, Альбина Ирековна Булгакова²,
Евгения Сергеевна Солдатова²

Стоматологическая поликлиника №5, г. Уфа, Россия;
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Поступила 25.07.2016; принята в печать 26.08.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-204

Цель. Оценка состояния стоматологического статуса у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Методы. Исследования стоматологического статуса проведены по клинико-anamnestическим данным у 269 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта в возрасте 18–65 лет. Среди обследованных были 75 (27,9%) человек с гингивитом, 54 (20,1%) — с пародонтитом лёгкой степени, 66 (24,5%) — средней, 74 (27,5%) — тяжёлой степени. Контрольную группу составили практически здоровые доноры в возрасте 18–52 лет (40 человек) с санированной полостью рта.

Результаты. Из анамнеза и результатов интервьюирования было установлено, что зубы чистят 2 раза в день 72% обследованных, 1 раз в день — 24%, не чистят — 4% пациентов. Наследственную отягощённость по заболеваниям пародонта среди родителей отметили 86% обследованных. Стоматологический статус характеризовался возрастанием значений всех стоматологических индексов с увеличением степени тяжести заболевания, независимо от половой принадлежности. Выявлена необходимость в коррекции глубины преддверия губ, тяжёлой, уздечек в 51,7% случаев у больных гингивитом и в 96,6% случаев у пациентов с заболеваниями пародонта. С увеличением степени тяжести пародонтита значения индекса КПУ (сумма кариозных, пломбированных, удалённых зубов) возрастали при гингивите в 1,5 раза, при пародонтите лёгкой степени — в 2,2 раза, средней — в 2,6 раза, тяжёлой степени — в 2,9 раза в сравнении с данными контрольной группы. Частичная адентия при гингивите в 3 раза выше у мужчин в сравнении с женщинами, а при пародонтите тяжёлой степени — в 1,6 раза выше у женщин, чем у мужчин.

Вывод. Стоматологический статус пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта характеризовался увеличением значений всех стоматологических индексов в сравнении с контрольной группой, что свидетельствует о типовом течении воспалительных заболеваний пародонта и снижении локальной иммунологической резистентности ротовой полости и организма в целом; своевременная коррекция локальных факторов (местной травмы), анатомо-топографических особенностей строения зубочелюстной системы и состояния мягких тканей полости рта позволит предупредить возникновение патологического процесса в тканях пародонта.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, стоматологический статус, интенсивность кариеса, пародонтологические индексы.

CHARACTERISTICS OF DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

N.A. Vasil'eva¹, A.I. Bulgakova², E.S. Soldatova²

¹Dental Polyclinic №5, Ufa, Russia;

²Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Aim. Evaluation of dental status in patients with inflammatory periodontal diseases.

Methods. The study of dental status was performed with the use of clinical and historical data from 269 patients with inflammatory periodontal diseases at the age of 18–65 years. Among examined patients there were 75 (27.9%) people with gingivitis, 54 (20.1%) with mild periodontitis, 66 (24.5%) with moderate and 74 (27.5%) with severe periodontitis. Control group consisted of practically healthy donors at the age of 18–52 years (40 people) with sanitized oral cavity.

Results. From history and interviewing it was found that 72% of the surveyed patients brush their teeth twice a day, 24% — once a day and 4% of patients do not brush their teeth. Family history of periodontal diseases among parents was recorded by 86% of participants. Dental status was characterized by the increase of the values of all dental indices with increasing disease severity regardless of gender. Need for correction of the depth of the vestibule, lips, cords, and bridles was identified in 51.7% of cases in patients with gingivitis and in 96.6% of cases of periodontal diseases. With increasing severity of periodontitis index (sum) of teeth with decay and fillings and removed teeth was increased by 1.5 times in gingivitis, by 2.2 times in mild periodontitis, by 2.6 times in moderate and by 2.9 times in severe periodontitis compared to control group. Partial adentia in gingivitis is 3 times more prevalent in males than in females and in severe periodontitis is 1.6 times more prevalent in females than in males.

Conclusion. Dental status of the patients with inflammatory periodontal diseases was characterized by increased values of all dental indices compared to control group that demonstrates typical course of inflammatory periodontal diseases and decrease of local immunologic resistance of oral cavity and the organism in total; timely correction of local factors (local trauma), anatomical and topographical features of dentofacial system and status of oral soft tissues allows prevention of pathologic processes in periodontal tissues.

Keywords: inflammatory periodontal diseases, dental status, intensity of caries, periodontal indices.

Среди всех видов патологии пародонта воспалительной природы во всех возрастных группах самые частые заболевания — гингивит и пародонтит (65–98% популяции) [1–3]. Распространённость поражения пародонта в России составляет в 12–15 лет 34–40%, в 35–44 лет — 81%, а у людей старше 65 лет — 91% [4, 5]. В Республике Башкортостан воспалительно-деструктивные заболевания пародонта занимают второе место после кариеса по распространённости и частоте среди всех стоматологических заболеваний [6, 7].

Ведущие факторы в этиологии и патогенезе заболеваний пародонта — нарушения микробиоценоза полости рта, патология иммунной системы и автономной системы локального иммунитета.

Воспалительные заболевания пародонта характеризуются этиологической многофакторностью и этапностью прогрессирования патологического процесса, высокой частотой рецидивов, трудностью диагностики в начальной стадии, а в развившейся стадии — трудностями лечения [8, 9]. Воспаление может как ограничиваться десной (гингивит), так и поражать все структуры (пародонтит от лёгкой до тяжёлой степени) [4]. Клинические проявления варьируют от состояния практически полного здоровья тканей пародонта до деструкции и утраты зубов вследствие разрушения всех тканей пародонтального комплекса.

Результат лечения, характер течения и прогноз при воспалительных поражениях тканей пародонта зависят от факторов риска (изменяемых и неизменяемых) и стоматологического статуса, служащего показателем системной и локальной резистентности организма [2, 10, 11].

Цель исследования заключалась в оценке состояния стоматологического статуса у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Исследования проведены на кафедре пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России и ГБУЗ РБ «Стоматологическая поликлиника №5» (г. Уфа) у 269 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП) в возрасте 18–65 лет. В их числе были 75 пациентов с хроническим катаральным гингивитом и 194 больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) лёгкой, средней и тяжёлой степени тяжести. Контрольную

группу составили практически здоровые доноры в возрасте 18–52 лет (40 человек) с санированной полостью рта, не имевшие на момент обследования патологии тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Сбор анамнеза жизни и анамнеза заболевания проводили по анкетам историй болезней (медицинская карта стоматологического больного ф.043-у). Проводили оценку клинико-анамнестических данных:

- социальные данные (возраст, пол);
- длительность заболевания (от начала заболевания до первичного обращения к стоматологу);
- частота рецидивов;
- мотивация обращения;
- наследственная предрасположенность (по наличию заболеваний пародонта у родителей);
- данные о состоянии зубов и тканей пародонта;
- регулярность чистки зубов.

Выясняли наличие факторов местной травмы, провоцирующих активность микрофлоры и способствующих повышению механической нагрузки на пародонт (травматическая окклюзия, скученность и другие аномалии положения зубов, аномалии формы зубных рядов и прикуса), а также факторов, вызывающих ишемию тканей пародонта [короткие уздечки губ, нарушение прикрепления уздечек губ и тяжёлой слизистой оболочки переходной складки (их место прикрепления, выраженность, натяжение), мелкое преддверие рта].

Клиническое стоматологическое обследование проводили по общепринятой методике, включающей клинико-инструментальные и рентгенологические методы исследования ортопантограмм и прицельных рентгенограмм.

Стоматологический статус определяли по состоянию зубов и тканей пародонта в зависимости от степени тяжести заболевания по показателям индексов. Состояние тканей пародонта оценивали по индексам гингивита и пародонтита: индексу гигиены Грина–Вермильона, пародонтальному индексу Рассела, папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу Парма. Определяли интенсивность кариеса по индексу КПУ (сумма кариозных, пломбированных, удалённых зубов), необходимость в протезировании по индексу потери жевательной эффективности (ПЖЭ) с использованием стандартных методик. Визуальную оцен-

Распределение пациентов с заболеваниями пародонта по полу и возрасту

Группа, пол	Возраст, годы											
	16–25		26–35		36–45		46–55		56–65		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Контроль:												
мужчины	4	10	5	12,5	3	7,5	0	0	0	0	12	30
женщины	8	20	9	22,5	8	20	2	5	1	2,5	28	70
Гингивит:												
мужчины	16	21,3	13	17,3	0	0	0	0	0	0	29	38,6
женщины	24	32	18	24	4	5,3	0	0	0	0	46	61,4
Пародонтит лёгкой степени:												
мужчины	1	1,9	6	11,1	1	1,9	0	0	1	1,9	9	16,7
женщины	4	7,4	10	18,5	17	31,5	12	22,2	2	3,7	45	83,3
Пародонтит средней степени:												
мужчины	2	3	4	6,1	7	10,6	2	3	1	1,5	16	24,2
женщины	4	6,1	9	13,6	10	15,1	23	34,8	4	6,1	50	75,8
Пародонтит тяжёлой степени:												
мужчины	1	1,4	0	0	6	8,1	6	8,1	4	5,4	17	23
женщины	0	0	6	8,1	12	16,2	26	35,1	13	17,6	57	77

ку патологических состояний слизистой оболочки десны проводили по следующим клиническим критериям: изменения цвета (гиперемия, цианоз), рельефа (отёк ткани) и нарушения уровня прикреплённого эпителия.

Диагноз заболевания устанавливали в соответствии с нозологической Международной классификацией стоматологических болезней (на основе Международной классификации болезней 10-го пересмотра; Всемирная организация здравоохранения, 1997).

Статистическую обработку результатов проводили с использованием общепринятых стандартных методов. Определяли среднюю арифметическую величину (M), стандартную ошибку средней арифметической (m). Оценку значимости различий показателей проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ [12].

Среди пациентов были 198 (73,6%) женщин и 71 (26,4%) мужчина. Число больных с гингивитом составило 7 (27,9%), с ХГП лёгкой степени — 54 (20,1%), средней — 66 (24,5%), тяжёлой — 74 (27,5%) человека. Преобладали пациенты в возрасте 26–55 лет (192 человека, 71,4%; табл. 1).

Во всех группах больных преобладали женщины (от 75,8 до 83,3%). В контрольной группе преобладали лица в возрасте 26–45 лет (62,5%), в группе больных гингивитом — от 18 до 35 лет (94,7%), ХГП лёгкой степени — от 26 до 45 (63,0%), средней — 36–55 (63,5%), тяжёлой — 36 лет и старше (91,9%). Средний возраст больных с пародонтитом тяжёлой формы статистичес-

ки значительно превышал средний возраст контрольной группы.

По результатам наших исследований выявлено, что среди обследованных степень тяжести увеличивалась с возрастом. Во всех группах больных ВЗП женщины в 3 раза чаще посещали пародонтолога, чем мужчины. Средний возраст мужчин был ниже, чем женщин, и составил у мужчин при гингивите 24,7±1,9 года, у женщин — 27,1±1,8 года ($p > 0,05$), при лёгкой степени тяжести ХГП у мужчин — 35,7±2,1, у женщин — 43,7±1,7 года ($p < 0,01$), при средней степени тяжести ХГП у мужчин — 36,6±2,4, у женщин — 44,5±2,2 года ($p < 0,05$), при тяжёлой степени у мужчин — 47,7±2,6, у женщин — 49,4±2,6 года ($p > 0,05$), что указывает на более раннее формирование патологии пародонта у мужчин.

Средняя продолжительность заболевания гингивитом составила 2,6 года, ХГП лёгкой степени — 6,7 года, средней — 8,3 года, тяжёлой — 13,5 года. Из анамнеза установлено, что большинство больных на начальные симптомы не обращали внимания, ранее не лечились и обратились к пародонтологу впервые уже со средней степенью (45,4%) и тяжёлой степенью (44,6%) развития пародонтита.

Продолжительность заболевания до 5 лет на момент обращения чаще отмечена у пациентов с гингивитом — 66,7%, 6–10 лет — у 66,6% больных ХГП лёгкой степени и 60,6% средней степени. У большинства пациентов с ХГП тяжёлой степени продолжительность заболевания составила более 10 лет (71,6%). Не выявлено ни одного пациента с гингиви-

Таблица 2

Общая характеристика обследованных больных с воспалительными заболеваниями пародонта

Признаки	Группы, абс. (%)				
	Контроль (n=40)	Гингивит (n=75)	Пародонтит лёгкой степени (n=54)	Пародонтит средней степени (n=66)	Пародонтит тяжёлой степени (n=74)
Мужчины	12 (30,0)	29 (38,7)	10 (18,5)	15 (22,7)	18 (24,3)
Женщины	28 (70,0)	46 (61,3)	44 (81,5)	51 (77,3)	56 (75,7)
Средний возраст, годы	32,6±4,2	26,3±2,0	38,6±1,8	42,5±2,3	49,2±2,3*
Средняя продолжительность заболевания, годы	0	2,6±0,8	6,7±0,9	8,3±0,7	13,5±1,1
Число курсов лечения в год:					
– 1 курс	0	55 (73,3)	35 (64,8)	30 (45,4)	33 (44,6)
– 2 курса	0	18 (24,0)	12 (22,2)	24 (36,4)	18 (24,3)
– 3 курса	0	2 (2,7)	5 (9,3)	6 (9,1)	12 (16,2)
– 4 курса	0	0	1 (1,9)	3 (4,5)	6 (8,1)
– 5 курсов	0	0	1 (1,9)	3 (4,5)	5 (6,8)
Длительность заболевания, годы:					
– 0,5–5	0	50 (66,7)	18 (33,3)	9 (13,6)	1 (1,3)
– 6–10	0	7 (9,3)	36 (66,6)	40 (60,6)	9 (12,2)
– 10–15	0	3 (4,0)	0	9 (13,6)	25 (33,8)
– 15–20	0	0	0	5 (7,6)	28 (37,8)
– более 20	0	0	0	3 (4,5)	11 (14,9)

Примечание: *различие с группой контроля статистически значимо ($p < 0,05$).

Таблица 3

Стоматологический статус обследованных пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта

Стоматологические индексы	Группы				
	Контроль (n=40)	Гингивит (n=75)	Пародонтит лёгкой степени (n=54)	Пародонтит средней степени (n=66)	Пародонтит тяжёлой степени (n=74)
ГИ, ед.:					
– мужчины	0	1,93±0,04	2,30±0,03	2,45±0,02	2,80±0,03*
– женщины	0	1,60±0,02	2,08±0,06	2,40±0,03	2,87±0,0
ПИ, ед.:					
– мужчины	0	1,85±0,03	2,17±0,02	2,86±0,06	7,73±0,93*
– женщины	0	1,64±0,08	2,25±0,06	2,77±0,45	4,90±0,67
РМА, %:					
– мужчины	0	23,25±1,32	38,1±1,01	48,89±1,32	72,02±2,09
– женщины	0	24,34±1,22	44,17±1,21	54,96±1,87	75,12±3,26
ПЖЭ, ед.:					
– мужчины	0	1,71±0,00	11,20±0,34	14,49±1,04	23,40±1,03*
– женщины	0	5,33±0,04	10,25±1,10	14,97±1,03	38,00±1,06
КПУ, ед.:					
– мужчины	5,50±0,65	7,90±0,87	10,90±0,93	14,70±0,93	14,50±0,04
– женщины	4,90±0,58	7,50±0,35	11,90±0,86	12,60±0,86	15,90±0,69

Примечание: *различие с группой контроля статистически значимо ($p < 0,05$); ГИ — индекс гигиены Грина–Вермилльона; ПИ — пародонтальный индекс Рассела; РМА — папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс Парма; ПЖЭ — потеря жевательной эффективности; КПУ — сумма кариозных, пломбированных, удалённых зубов.

том с продолжительностью заболевания более 15 лет и выше.

С увеличением степени тяжести пародонтита увеличивается число курсов лечения до 4–5 в течение года у больных ХГП лёгкой, средней и тяжёлой степени (1,9; 4,5 и 8,1% больных соответственно; табл. 2).

На наш взгляд, полученные результаты

обусловлены недостаточной осведомлённостью населения о деструктивных последствиях ВЗП, что приводит к низкой мотивации (на начальные симптомы в начальной стадии не обращают внимания), позднему первичному обращению, высокой частоте факторов риска (изменяемых и неизменяемых).

Из анамнеза и интервьюирования уста-

новлено, что зубы чистят 2 раза в день 72% обследованных, 1 раз в день — 24%, не чистят — 4% пациентов. Наследственную отягощённость по заболеваниям пародонта среди родителей отмечали 86% обследованных, из вредных привычек по анкетным данным курят 75% мужчин и 5,2% женщин.

Мотивацией обращения к пародонтологу больных хроническим катаральным гингивитом были в основном начальные признаки в виде кровоточивости дёсен (59,26%) и зубного камня (33,33%), эстетического дискомфорта (26,75%), галитоза (34,3%). С увеличением степени тяжести ХГП изменилась и мотивация обращения за пародонтологической помощью: кроме начальных признаков, появились жалобы на боль, периодическую припухлость вокруг одного, а чаще нескольких зубов, стойкие изменение цвета и формы дёсен, зубоальвеолярное удлинение, потерю одного или нескольких зубов, расхождение и подвижность одного или нескольких зубов, снижение качества жизни.

При проведении клинического исследования стоматологического статуса были получены следующие результаты. Стоматологический статус больных ВЗП характеризовался возрастанием значений всех стоматологических индексов: индекса гигиены Грина–Вермильона, пародонтального индекса Рассела, папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса Парма, КПУ ПЖЭ. Появилась необходимость в протезировании с увеличением степени тяжести заболевания, как у мужчин, так и у женщин, что свидетельствует о типовом течении ВЗП независимо от половой принадлежности (табл. 3). Отклонение показателей оценочных индексов от нормы свидетельствует о локальных и системных факторах риска, обуславливающих снижение иммунологической резистентности ротовой полости и организма в целом.

Характеристика тканей пародонта по индексам гингивита и пародонтита в сравнении с данными больных гингивитом показала, что по индексу гигиены полости рта Грина–Вермильона при пародонтите лёгкой, средней и тяжёлой степени показатели возрастали в 1,2; 1,3 и 1,6 раза соответственно; по пародонтальному индексу — в 1,3; 1,6 и 3,7 раза; по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу Парма — в 1,7; 2,2 и 3,1 раза соответственно.

Анализ структуры стоматологической патологии показал, что у больных ВЗП во всех группах выявлялись высокие показате-

ли поражённости твёрдых тканей зубов кариесом (наличие локальных очагов) по индексу КПУ, при этом статистически значимых различий по поражённости зубов кариесом среди мужчин и женщин в обследованных группах не обнаружено. Клиническая характеристика пациентов с ВЗП показала, что с увеличением степени тяжести пародонтита значения КПУ при гингивите возрастали в 1,5 раза, при пародонтите лёгкой степени — в 2,2 раза, при средней степени — в 2,6 раза, при тяжёлой — в 2,9 раза в сравнении с данными больных контрольной группы (см. табл. 3).

Полученные данные показали, что у больных ВЗП выявлялись несколько более высокие показатели интенсивности кариеса зубов, и они были выше у мужчин, чем у женщин ($\chi^2=2,92$, $p > 0,05$), что свидетельствует о низком стоматологическом здоровье обследованных больных. Анализ структуры КПУ выявил преобладание пломбированных зубов во всех возрастных группах у мужчин и женщин. Однако с возрастом и прогрессированием степени тяжести ВЗП происходило снижение доли пломбированных зубов по поводу неосложнённого кариеса и увеличение доли удалённых и депульпированных, что свидетельствует о сниженной резистентности общих и локальных факторов защиты организма.

По результатам нашего исследования установлено, что частичная адентия по индексу ПЖЭ при гингивите у мужчин в сравнении с женщинами увеличена в 3 раза, при ХГП лёгкой и средней степени статистически значимых различий нет, а при тяжёлой степени индекс ПЖЭ у женщин был в 1,6 раза больше в сравнении с мужчинами. Необходимость в протезировании по индексу ПЖЭ увеличивалась с прогрессированием степени тяжести заболевания: при пародонтите лёгкой степени — в 3,1 раза, средней — в 3,9 раза, тяжёлой в — 8,8 раза в сравнении с данными больных с гингивитом.

К локальным факторам местной травмы, провоцирующим возникновение и развитие ВЗП, создающим условия для скопления и активизации микрофлоры, относятся микрофлора зубного налёта, плохая гигиена полости рта, анатомо-топографические особенности строения зубочелюстной системы и состояние мягких тканей полости рта.

Исследование состояния мягких тканей пародонта показало, что у больных ХГП чаще отмечались определённые анатомические особенности: аномальное при-

крепление уровня уздечек, тяжёлой и мелкое преддверие полости рта, при которых нарушается физиологическое состояние тканей пародонта, возникают ишемия и анемизация десневых сосочков, что при несвоевременной хирургической коррекции способствует перемещению их к верхушкам корней зубов, прогрессированию воспаления в тканях пародонта, увеличению степени тяжести пародонтита.

При изучении состояния мягких тканей пародонта больных ХГП установлены следующие клинические особенности: мелкое (аномальное, 0–5 мм) преддверие, поддерживающее воспаление, выявлено у 19 (35,2%) из 54 больных ХГП лёгкой степени, у 21 (31,8%) из 66 больных средней и у 19 (25,6%) из 74 больных тяжёлой степени. Данные аномалии не оказывают существенного влияния в молодом возрасте, а действуют опосредованно за счёт затруднения гигиены полости рта, что способствует образованию мягкого зубного налёта, формированию зубных отложений и зубного камня, развитию ишемии тканей пародонта и воспаления с образованием пародонтальных карманов в глубоких слоях тканей пародонта, приводящих к деструкции костной ткани с последующим удалением интактных зубов.

При оценке состояния мягких тканей у пациентов с ВЗП установлена необходимость в коррекции глубины преддверия губ, тяжёлой, уздечек в 51,7% случаев с гингивитом и 96,6% с пародонтитом.

При оценке состояния патологии прикуса у пациентов установлена необходимость в коррекции: при гингивите прогнатический прикус зарегистрирован у 16,7% пациентов против 49,6% при ХГП, глубокий — у 15% с хроническим катаральным гингивитом против 34% с ХГП, прямой — с гингивитом у 3,3% против 4,2% с ХГП, открытый — у 1,7% обследованных лиц с хроническим катаральным гингивитом.

При ВЗП у больных были отмечены отклонения от нормального анатомического строения зубочелюстной системы (87,8% обследованных). С возрастом и увеличением степени тяжести заболевания происходит потеря одного или несколько зубов, то есть частичная вторичная адентия, связанная с удалением зубов по поводу осложнённого кариеса или заболеваний пародонта, приводящая к дефектам зубных рядов с последующим смещением и зубоальвеолярным удлинением, то есть приобретённым нарушением строения зубочелюстной системы

(так называемые вторичные деформации зубных рядов).

По результатам нашего исследования выявлено, что при средней степени ХГП у 3,0% больных, а при тяжёлой у 17,6% прикус изменён за счёт вторичной травматической окклюзии, эти пациенты нуждаются в ортодонтическом и ортопедическом лечении. С возрастом и увеличением тяжести ХГП необходимость в протезировании увеличивается в 3 раза в сравнении с гингивитом и не зависит от гендерной принадлежности.

Аномалии развития зубочелюстной системы, нарушение окклюзии зубных рядов, ранняя утрата зубов из-за осложнений кариеса нарушают основную опорную функцию пародонта и приводят к развитию в его тканях деструктивных процессов, а в результате — к нарушениям жевательной функции. Своевременная коррекция выявленных локальных факторов местной травмы позволяет предупредить возникновение патологического процесса в тканях пародонта.

Следовательно, в развитии ВЗП, большое значение имеют факторы риска наследственного и ненаследственного характера, а также связанные с особенностями образа жизни, недостаточным стоматологическим обслуживанием, низкой осведомлённостью населения о воспалительно-деструктивных последствиях факторов местной травмы, отсутствием своевременного обращения и лечения у пародонтолога.

ВЫВОДЫ

1. Анализ стоматологического статуса пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта характеризовался увеличением значений всех стоматологических индексов в сравнении с контрольной группой, что свидетельствует о типовом течении воспалительных заболеваний пародонта и снижении локальной иммунологической резистентности ротовой полости и организма в целом.

2. Своевременная коррекция выявленных локальных факторов местной травмы, анатомо-топографических особенностей строения зубочелюстной системы и состояния мягких тканей полости рта позволит предупредить возникновение патологического процесса в тканях пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булгакова А.И., Медведев Ю.А., Зубаирова Г.Ш. *Иммунологические аспекты пародонтита. Патогне-*

- нез, методы лечения. Монография. Уфа. 2012; 125 с. [Bulgakova A.I., Medvedev Yu.A., Zubairova G.Sh. *Immunologicheskie aspekty parodontita. Patogenez, metody lecheniya*. Monografiya. (Immunologic aspects of periodontitis. Pathogenesis, treatment methods. Monograph.) Ufa. 2012; 125 p. (In Russ.)]
2. Грудянов А.И., Зорина О.А., Кулаков А.А. и др. Количественная оценка микробиоценозов полости рта при заболеваниях пародонта. *Пародонтология*. 2011; 16 (2): 18–21. [Grudyanov A.I., Zorina O.A., Kulakov A.A. et al. Quantitative assessment of microbiocenoses of oral cavity in periodontal diseases. *Parodontologiya*. 2011; 16 (2): 18–21. (In Russ.)]
3. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Чеминава Н.Р. и др. Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста (обзор литературы). *Пародонтология*. 2014; 19 (2): 3–5. [Orekhova L.Yu., Kudryavtseva T.V., Chemina N.R. et al. Problems of dental health of young people (review of the literature). *Parodontologiya*. 2014; 19 (2): 3–5. (In Russ.)]
4. Улитовский С.Б., Алексеева Е.С., Васянина А.А. Проблемы пародонтологии и пути их решения. *Пародонтология*. 2015; 20 (3): 33–36. [Ulitovskiy S.B., Alekseeva E.S., Vasyanina A.A. Problems of periodontology and ways of their solution. *Parodontologiya*. 2015; 20 (3): 33–36. (In Russ.)]
5. Янушевич О.О., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э. *Пародонтит XXI век*. М.: МГМСУ. 2012; 366 с. [Yanushevich O.O., Dmitrieva L.A., Revazova Z.E. *Parodontit XXI vek*. (Periodontitis XXI century.) Moscow: MGMSU. 2012; 366 p. (In Russ.)]
6. Булгакова А.И., Васильева Н.А., Солдатова Е.С., Бортоновска Ю.В. Использование комплекса зубная паста Parodontax с фтором и ополаскиватель для полости рта Parodontax без спирта в лечении воспалительных заболеваний пародонта. *Актуал. пробл. стоматол. Урала*. 2016 (3): 13–15. [Bulgakova A.I., Vasil'eva N.A., Soldatova E.S., Bortnovska Yu.V. Use of the complex of toothpaste Parodontax with fluorine and mouthwash Parodontax without alcohol in the treatment of inflammatory periodontal diseases. *Aktual'nye problemy stomatologii Urala*. 2016 (3): 13–15. (In Russ.)]
7. Булгакова А.И., Солдатова Ю.О., Зубаирова Г.Ш. Клиническая характеристика состояния полости рта у лиц с табакозависимостью. *Мед. вестн. Башкортостана*. 2014; 9 (1): 60–63. [Bulgakova A.I., Soldatova Ju.O., Zubairova G.Sh. Clinical characteristics of oral cavity status in patients with tobacco addiction. *Medicinskij vestnik Bashkortostana*. 2014; 9 (1): 60–63. (In Russ.)]
8. Блашкова С.Л., Мустафин И.Г., Халиуллина Г.Р. Диагностические критерии риска развития воспалительных заболеваний пародонта у лиц, находящихся на ортодонтическом лечении. *Пародонтология*. 2015; 20 (3): 57–60. [Blashkova S.L., Mustafin I.G., Khaliullina G.R. Diagnostic criteria for the risk of inflammatory periodontal diseases in patients undergoing orthodontic treatment. *Parodontologiya*. 2015; 20 (3): 57–60. (In Russ.)]
9. Гильмияров Э.М., Левина Н.М. Нарушения гигиены полости рта как фактор риска гипертрофического гингивита у беременных. *Аспирантский вестн. Поволжья*. 2014; (2): 193–197. [Gil'mijarov E.M., Levina N.M. Disorders of oral cavity hygiene as a risk factor of hypertrophic gingivitis in pregnant women. *Aspirantskij vestnik Povolzh'ja*. 2014; (2): 193–197. (In Russ.)]
10. Вольф Г.Ф., Хэссел Т.М. *Пародонтология. Гигиенические аспекты*. Пер. с англ. под ред. Г.И. Ронь. М.: Медпресс-информ. 2014; 300 с. [Wolf H.F., Hassell T.M. *Periodontology. Color atlas of dental hygiene*. New York: Thieme; 2006. 351 p. Russ. ed.: Vol'f G.F., Hjesell T.M. *Parodontologija. Gigenicheskie aspekty*. Transl. from Eng. ed. by G.I. Ron'. Moscow: Medpress-inform. 2014; 300 p.]
11. Тарасова Ю.Г., Рединова Т.Л. Степень зависимости клинических показателей и качества жизни у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в Удмурдской Республике. *Пародонтология*. 2012; 17 (1): 73–78. [Tarasova Ju.G., Redinova T.L. Degree of dependence of clinical values and quality of life parameters in patients with chronic generalized periodontitis in the Udmurtia Republic. *Parodontologija*. 2012; 17 (1): 73–78. (In Russ.)]
12. Платонов А.Е. *Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы*. М.: изд-во РАМН. 2000; 52 с. [Platonov A.E. *Statisticheskij analiz v medicine i biologii: zadachi, terminologija, logika, komp'juternye metody*. (Statistical analysis in medicine and biology: goals, terminology, logics, computer-based methods.) Moscow: izd-vo RAMN. 2000; 52 p. (In Russ.)]