

С.А. Обидов, Г.Г. Ашуров, С.М. Каримов

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОГО НЕСРАЩЕНИЯ ГУБЫ И НЁБА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Ашуров Гаюр Гафурович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59; Тел.: +992988710992; Email: shakh92@mail.ru

Цель исследования. Изучить и выявить корреляцию между клиническими формами врожденного несращения губы и нёба и активностью кариозного процесса в период временного и сменного прикуса.

Материал и методы исследования. В исследовании продолжительностью 6 месяцев приняли участие 75 детей с разными клиническими формами врожденного несращения губы и нёба в возрасте от 5 до 12 лет. У всех обследованных детей были выявлены различные стоматологические патологии кариозного и пародонтологического характера.

Результаты исследования и их обсуждение. У детей с изолированным несращением верхней губы и мягкого нёба, имеющих I и II степени активности кариозного поражения, отмечен удовлетворительный уровень гигиены полости рта, легкая и средняя степени гингивита, а также незначительное отклонение pH среды полости рта в кислую сторону. У детей со сквозными несращениями губы и нёба при II и III степенях активности кариозного процесса зафиксированы неудовлетворительный уровень гигиены полости рта, тяжелая степень гингивита и достоверное отклонение pH слюны в кислую сторону.

Заключение. У пациентов со сквозными несращениями губы и нёба и максимальной активностью кариозного поражения, буферная система ротовой полости постоянно находится в активном режиме функционирования, что, в конечном итоге, обеспечивает стабильность данного параметра смешанной слюны.

Ключевые слова: несращение, губа, нёба, смешанная слюна, активность кариозного поражения, гигиена полости рта.

S.A. Obidov G.G. Ashurov, S.M. Karimov

ASSESSMENT OF THE DEGREE OF CARIOUS PROCESS ACTIVITY DEPENDING ON THE CLINICAL FORM OF CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

Department of Therapeutic Dentistry of the SEI "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan", Dushanbe, Tajikistan

Ashurov Gayur Gafurovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Therapeutic Dentistry Department, SEI "Institute of Postgraduate Education of the Republic in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"; 734026, Dushanbe, 59, I. Somoni St., Dushanbe; Tel: +992988710992; Email: shakh92@mail.ru

Aim. To study and identify the correlation between the clinical forms of congenital cleft lip and palate and the activity of the carious process during the periods of primary and transitional dentition.

Material and methods. The study, which lasted 6 months, involved 75 children aged 5 to 12 years with various clinical forms of congenital cleft lip and palate. All examined children were found to have various dental pathologies of a carious and periodontal nature.

Results and discussion. Children with isolated clefts of the upper lip and soft palate, exhibiting grade I and II carious activity, demonstrated a satisfactory level of oral hygiene, mild to moderate gingivitis, and a slight shift in oral pH toward acidity. In contrast, children with complete clefts of the lip and palate and grades II and III carious activity were found to have poor oral hygiene, severe gingivitis, and an insignificant shift in salivary pH toward acidity.

Conclusion. In patients with complete clefts of the lip and palate and the highest levels of carious activity, the oral cavity's buffering system operates in a consistently active mode, ultimately maintaining the stability of this parameter in mixed saliva.

Keywords: cleft, lip, palate, mixed saliva, The activity of carious lesions, oral hygiene.

Актуальность. Развитие стоматологии как науки и появление современных диагностических методов исследования позволяют своевременно выявлять и лечить различные заболевания полости рта, в том числе поражающие твердые ткани зубов [4, 5]. Однако изучение распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей, а также опыт, накопленный за годы развития стоматологии, показывает, что только повышение качества диагностических и лечебных мероприятий не позволяет остановить рост распространенности патологии органов и тканей полости рта [2, 3].

Ж.В. Вечеркина и соавт. [1] считают, что заболевания полости рта относятся к мультифакторным, однако основным этиологическим фактором является жизнедеятельность микроорганизмов. По мнению авторов, бактерии, как и другие существа, не могут воздействовать только на одну структуру, они влияют на всю среду своего обитания, которой в данном случае является полости рта. J.R. Martins et al. [6] отмечают, что при развитии заболеваний полости рта нарушаются многие физиологические процессы, но основной удар на себя принимают буферные системы слюны.

Цель исследования. Изучить и выявить корреляцию между клиническими формами врожденного несращения губы и нёба и активностью кариозного процесса в период временного и сменного прикуса.

Материал и методы исследования. В исследовании продолжительностью 6 месяцев приняли участие 75 детей с разными клиническими формами врожденного несращения губы и нёба в возрасте от 5 до 12 лет. У всех обследованных детей были обнаружены различные стоматологические патологии кариозного и пародонтологического характера. Разделение участников в зависимости от клинической формы врожденной патологии челюстно-лицевой области было намеренным, для упрощения подсчетов и снижения возможных отклонений. Все дети являлись пациентами центра диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области Национального медицинского центра «Шифобахш», на базе которого проходило исследование.

В соответствии с методикой Т.Ф. Виноградовой были сформированы 3 группы детей с различной степенью активности кариозного процесса:

I – 25 детей с I степенью активности кариеса (компенсированная форма кариозного статуса);

II – 25 детей со II степенью активности кариеса (субкомпенсированная форма кариозного статуса);

III – 25 детей с III степенью активности кариеса (декомпенсированная форма кариозного статуса).

В зависимости от клинической формы врожденной патологии челюстно-лицевой области обследованные дети были разделены на 4 группы: 1-я группа — с изолированными несращениями верхней губы (24 человека); 2-я группа — с изолированными несращениями мягкого нёба (9 человек); 3-я группа — с изолированными несращениями мягкого и твердого нёба (35 человек); 4-я группа — со сквозными несращениями верхней губы, мягкого и твердого нёба (7 человек).

Стоматологический осмотр выполнили при помощи стандартного набора инструментов: зонда, пинцета, зеркала. В ходе осмотра определяли неосложненные кариозные зубы и осложненные формы кариеса. Интенсивность кариеса зубов у детей с врожденными расщелинами губы и нёба от 5 до 12 лет определяли с использованием стандартного индекса КПУз+кпз, характеризующий временный и сменный прикус, где К – количество постоянных зубов, пораженных неосложненным кариесом; Р – количество постоянных зубов, пораженных осложненным кариесом, подлежащих лечению; Х – количество постоянных зубов, пораженных осложненным кариесом, подлежащих удалению; П – количество пломбированных постоянных зубов; У – количество удаленных постоянных зубов; к – количество временных зубов, пораженных неосложненным кариесом; р – количество временных зубов, пораженных осложненным кариесом, подлежащих лечению; х – количество постоянных зубов, пораженных осложненным кариесом, подлежащих удалению; п – количество пломбированных временных зубов.

Гигиену полости рта среди обследованного контингента детей с врожденными несращениями губы и нёба оценивали с использованием упрощенного индекса гигиены полости рта (ОНИ-S). Также определяли некоторые физико-химические параметры ротовой жидкости: pH, буферную емкость. Смешанную слюну для исследования собирали с утра до еды и чистки зубов. Для определения pH-слюны мы использовали потенциометрический метод с помощью высокоточного прибора pH-150МИ (госреестр средств измерений №17659-98). pH ротовой жидкости измеряли в пробе объемом не менее 1 мл с электродом ЭСК-10305.

Статистические расчёты выполнены с использованием пакетов программ прикладной статистики (Statistica 6.0). При $p < 0,05$ нулевая гипотеза об

отсутствии различий между показателями отвергалась и принималась альтернативная гипотеза.

Результаты исследования и их обсуждение.

Среди обследованных детей с изолированными несращениями верхней губы ($n=24$) в 70,8% случаев была зафиксирована I степень активности кариеса (компенсированная форма кариозного статуса), в 20,8% случаев – II степень активности кариеса (субкомпенсированная форма кариозного статуса), в 8,4% случаев – III степень активности (декомпенсированная форма кариозного статуса) при соответствующем значении 17, 5 и 2 пациента. У детей с изолированными несращениями мягкого нёба ($n=9$) значение выявленной активности кариозного поражения составило соответственно 55,5% (5 чел.), 33,3% (3 чел.) и 11,1% (1 чел.) (рис. 1).

При изолированном несращении мягкого и твердого нёба ($n=35$) соотносительное значение обследованных лиц с I, II и III степенью активности кариозного процесса составило соответственно 25,4% (8 чел.), 58,8% (22 чел.) и 15,8% (5 чел.). Вместе с тем среди обследованных детей со сквозными несращениями верхней губы, мягкого и твердого нёба ($n=7$) обследованные оказались с активностью кариозного поражения II (14,3%, 1 чел.) и III (85,7%, 6 чел.) степени (рис. 2).

В группе детей с изолированными несращениями верхней губы и I степенью активности кариозного процесса значение упрощенного индекса гигиены полости рта (ОНИ-S) варьировал от $1,50 \pm 0,16$ до $1,98 \pm 0,22$ при усредненном значении $1,70 \pm 0,17$, что соответствует удовлетворительному

уровню гигиены полости рта. В группе детей с изолированными несращениями верхней губы и при наличии у них II и III степени активности кариозного поражения значение названного индекса колебалась от $2,12 \pm 0,27$ до $2,98 \pm 0,36$ при усредненном значении $2,50 \pm 0,32$, что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены полости рта.

Среди обследованных детей с изолированными несращениями мягкого нёба и компенсированной формы кариозного статуса в 55,5% случаев значение упрощенного индекса гигиены полости рта составило $1,73 \pm 0,18$ (удовлетворительный уровень), при выявлении у них суб- (33,3%) и декомпенсированной (11,1%) форм кариозного статуса усредненное значение ОНИ-S составило $2,45 \pm 0,33$ и $2,80 \pm 0,35$, что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены полости рта.

У детей с изолированными несращениями мягкого и твердого нёба и I степенью активности кариозного поражения в 25,4% случаев значение упрощенного индекса гигиены полости рта составило $1,73 \pm 0,18$ (удовлетворительный уровень), при выявлении у них суб- (58,8%) и декомпенсированной (15,8%) форм кариозного статуса усредненное значение ОНИ-S составило $2,45 \pm 0,33$ и $2,80 \pm 0,35$, что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены полости рта.

Среди обследованных детей со сквозными несращениями верхней губы, мягкого и твердого нёба всего лишь в 14,3% случаев значение упрощенного индекса гигиены полости рта соответ-

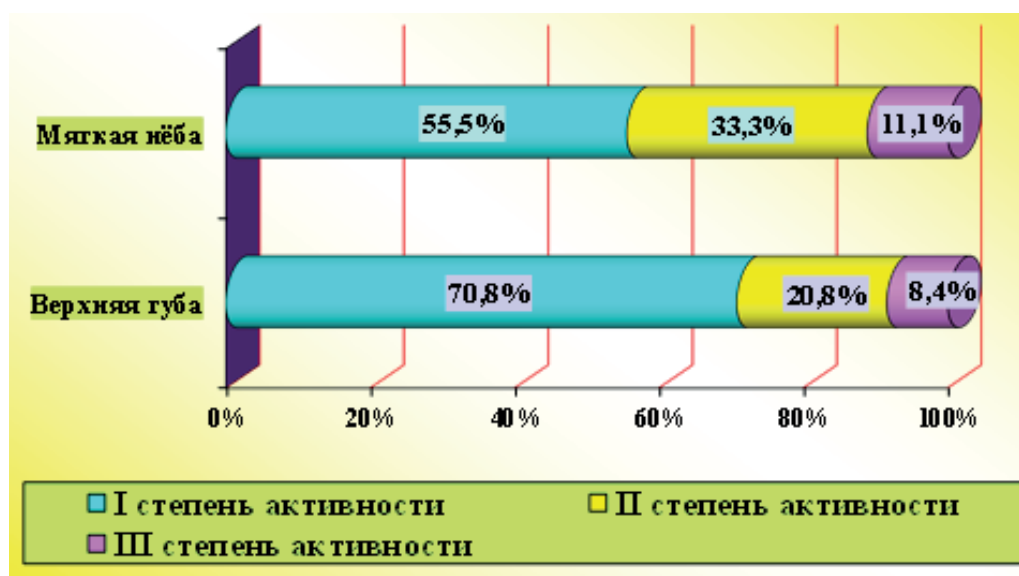


Рисунок 1. Степень активности кариозного поражения у детей с изолированными несращениями верхней губы и мягкого нёба

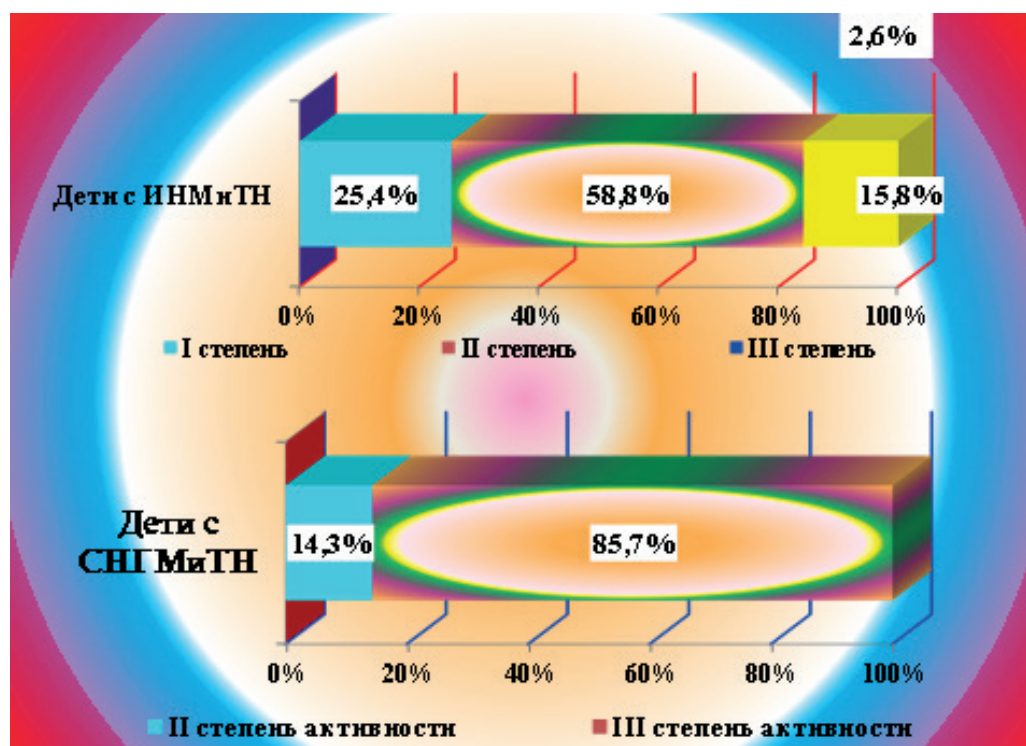


Рисунок 2. Степень активности кариозного поражения у детей с изолированными несращениями мягкого и твердого нёба и сквозными несращениями губы, мягкого и твердого нёба

ствовало удовлетворительному уровню, в остальных случаях (85,7%) значение названного индекса соответствовало неудовлетворительному уровню. Полученные данные позволяют отметить, что среди обследованных детей установлены статистически достоверно значимые различия показателя ОН-5 между группами ($p < 0,05$), что подтверждает зависимость упрощенного индекса гигиены полости рта от клинической формы несращения губы и нёба, и активности кариозного процесса.

При определении папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса среди обследованных детей мы получили следующие результаты. В группе детей с изолированными несращениями верхней губы и I степенью активности кариозного процесса усредненное значение индекса РМА составило 2,8% с вариацией от 0 до 12,5%, что соответствует легкой степени гингивита. Среди этих же детей со II и III степенью активности кариозного процесса значение индекса РМА в среднем составило $65,26 \pm 2,54\%$ и $87,02 \pm 2,93\%$ соответственно, что соответствует средней и тяжелой степени гингивита. В соответствии с полученными данными, межгрупповые различия статистически достоверно значимы ($p < 0,05$), а это позволяет сделать вывод о зависимости между степенью выраженности воспаления в краевом пародонте, активностью

кариозного процесса и клинических форм врожденной несращения губы и нёба.

Полученные данные показывают неоднородность клинической картины врожденной расщелины губы и нёба в группах с различной активностью кариозного процесса и позволяют сделать вывод о более неблагоприятном течении декомпенсированной формы кариеса по сравнению с компенсированным и субкомпенсированным течением.

В ходе дальнейшего исследования для более точного понимания процессов ре- и деминерализации, у детей с различной формой врожденного несращения губы и нёба и степенью активности кариозного процесса, нами были изучены лабораторные показатели кальциевого баланса смешанной слюны. При определении водородного показателя (pH) смешанной слюны у детей с разной степенью активности кариозного процесса и разными клиническими формами врожденной патологии челюстно-лицевой области нами получены нижеследующие данные. Так, у детей с компенсированной формой кариозного статуса (I степенью активности кариеса зубов) и изолированными несращениями верхней губы значение pH слюны в среднем составило $6,07 \pm 0,10$ с колебаниями от $6,02 \pm 0,11$ до $6,14 \pm 0,14$, что свидетельствует о незначительном отклонении в сторону закисления среды. Вместе с тем у детей с суб- и декомпенсированной фор-

мами кариозного статуса (II и III степенью активности кариеса) усредненное значение pH слюны составило $6,46 \pm 0,15$ и $6,78 \pm 0,22$ соответственно с соответствующими вариациями от $6,23 \pm 0,16$ до $6,88 \pm 0,27$ и от $6,56 \pm 0,20$ до $6,92 \pm 0,32$.

Среди обследованных детей с компенсированной формой кариозного статуса при наличии изолированного несращения мягкого нёба значение pH слюны в среднем составило $6,26 \pm 0,14$, тогда как у детей с суб- и декомпенсированной формами кариозного статуса усредненное значение pH слюны составило $6,67 \pm 0,19$ и $6,89 \pm 0,25$ соответственно. Другая картина в сторону увеличения pH ротовой жидкости получена у лиц с изолированными несращениями мягкого и твердого нёба и при обнаружении у них компенсированной ($6,74 \pm 0,21$), суб- ($6,88 \pm 0,25$) и декомпенсированной ($6,93 \pm 0,28$) форм врожденного несращения верхней губы и нёба. Полученные данные свидетельствуют о выраженном отклонении в сторону закисления слизистой полости рта, ускоряющее прогрессивное развитие кариозного процесса.

У детей со сквозными несращениями верхней губы, мягкого и твердого нёба, независимо от уровня компенсации кариозного статуса, значение pH слюны в среднем составило $6,99 \pm 0,36$ с колебаниями от $6,66 \pm 0,39$ до $7,07 \pm 0,45$ что свидетельствует о выраженном отклонении в сторону закисления слизистой полости рта, ускоряющее прогрессивное развитие кариозного процесса. При этом среди данной группы детей межгрупповые различия оказались статистически незначимыми. Данное состояние говорит о крайне активной работе буферных систем смешанной слюны, которые, на наш взгляд, обеспечивают стабильность pH слюны ротовой жидкости у детей с суб- и декомпенсированной формами кариозного статуса и сквозными несращениями верхней губы, мягкого и твердого нёба. Тем не менее, среди указанного контингента детей определенные различия все же имеются. Обнаруженный нами факт говорит в пользу того, что буферные системы у детей со сквозными несращениями губы и нёба, при наличии у них II и III степени активности кариозного поражения, работают на максимальном пределе.

Выводы

1. В результате исследования изменений клинических и лабораторных параметров гомеостаза полости рта у детей с врожденными несращениями губы и нёба, в зависимости от активности кариозного процесса, были выявлены следующие закономерности: у детей с изолированными не-

сращениями верхней губы и мягкого нёба при I и II степени активности кариозного поражения наблюдались удовлетворительный уровень гигиены полости рта, легкая и средняя степень гингивита, а также незначительное отклонение в сторону закисления среды полости рта.

2. У детей со сквозными несращениями губы и нёба, при выявлении у них II и III степени активности кариозного процесса, зафиксирован неудовлетворительный уровень гигиены полости рта, тяжелая степень гингивита и недовольное отклонение pH слюны в кислую сторону.

3. Результаты нашего исследования говорят в пользу того, что у пациентов со сквозными несращениями губы и нёба и максимальной активностью кариозного поражения, буферная система ротовой полости постоянно находится в активном режиме, что, в конечном итоге, обеспечивает стабильность данного параметра смешанной слюны. Это связано с тем, что у названных групп пациентов буферная система ротовой жидкости работает на пределе своих возможностей.

ЛИТЕРАТУРА

(п. 5 см. в REFERENCES)

1. Вечеркина Ж.В. Этиологические аспекты кариеса зубов и его профилактика / Ж.В. Вечеркина, А.А. Смолина, Т.А. Попова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2020. - №2. - С. 79-86.
2. Кудрина К.О. Стоматологическая заболеваемость детей 12 лет, проживающие на территории Алтайского края / К.О. Кудрина, И.Н. Чечина, Л.Р. Сарап // Клиническая стоматологии. - 2020. - Т. 93, №1. - С. 9-11.
3. Салахов А.К. Стоматологическая заболеваемость населения России / А.К. Салахов, С.С. Ксембаев // Казанский медицинский журнал. - 2020. - №5. - С. 713-718.
4. Скрипкина Г.С. Системный подход к проблеме прогнозирования кариеса зубов / Г.С. Скрипкина, Е.В. Екимов, Т.С. Митяева // Проблемы стоматологии. - 2019. - №3. - С. 121-126.

REFERENCES

1. Vecherkina Zh.V., Smolina A.A., Popova T.A. Etiologicheskie aspekty kariesa zubov i ego profilaktika [Etiological aspects of dental caries and its prevention]. *Sistemnyy analiz i upravlenie v biomeditsinskikh sistemakh - System Analysis and Management in Biomedical Systems*, 2020, No. 2, pp. 79-86.
2. Kudrina K.O., Chechina I.N., Sarap L.R. Stomatologicheskaya zaboлеваemost detey 12 let, prozhivayushchie na territorii Altayskogo kraia [Dental morbidity of children

12 years old living in the Altai Territory]. *Klinicheskaya stomatology - Clinical Dentistry*, 2020, Vol. 93, No. 1, pp. 9-11.

3. Salakhov A.K., Ksembaev S.S. Stomatologicheskaya zaболеvaemost naseleniya Rossii [Dental morbidity of the Russian population]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal - Kazan medical journal*, 2020, No. 5, pp. 713-718.

4. Ckripkina G.S., Ekimov E.V., Mityaeva T.S. Sistemnyy podkhod k probleme prognozirovaniya kariesa zubov [Systemic approach to the problem of predicting dental caries]. *Problemy stomatologii - Actual Problems in Dentistry*, 2019, No. 3, pp. 121-126.

5. Fung T., Abbott P. Oral health care in urban general practice: what are the support and training needs. *Australian Journal of Primary Health*, 2021, Vol. 27, No 4, pp. 265-270.

6. Marthins J.R. Salivary biomarkers of oxidative stress in children with dental caries: systematic review and meta-analysis. *Archives of Oral Biology*, 2022, Vol. 139, pp. 105-132.

ХУЛОСА

С.А. Обидов, Ғ.Ғ. Ашуров, С.М. Каримов

БАҲО ДОДАН БА ҲОЛАТИ ФАЪОЛИЯТНОКИИ РАВАНДҲОИ КАРИЕСӢ ДАР ВОБАСТА АЗ НАМУДҲОИ КЛИНИКИИ МОДАРЗОДИИ ҲАМВОБАСТАГИ НАДОШТАНИ РОӢИ ЛАБУ КОМҲО

Мақсади тадқиқот. Омӯзиш ва муайян намудани вобастагӣ байни намуди клиникии пайвасти набудани модарзодии роғи лабҳою ком ва фаъолиятнокии раванди кариесӣ дар ҳолати мавҷудияти газишҳои муваққатӣ ва доимӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқоти давомнокиаш 6 моҳ 75 нафар кӯдакони дорои намудҳои гуногуни пайвасти модарзодӣ надоштани роғи лабҳо ва ком дар синни аз 5 то 12 сол иштирок намуданд. Байни ҳама муоинашудагон намудҳои гуногуни стоматологии сифатҳои кариесологӣ ва пародонтологӣ дошта муайян гардид.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Байни кӯдакони дар алоҳида ҳамвобастагии роғи лаби боло ва коми нарм надошта хангоми мавҷудияти дараҷаҳои фаъолиятнокии I ва II-доштаи вайронҳои кариесӣ байни онҳо беҳдоши ковокии даҳон сатҳт қаноатбахш, дараҷаҳои сабук ва миёнаи гингивит, камтар майли туршии фазои ковокии даҳонро нишон дод. Байни кӯдакони ҳамвобастагии якҷояи роғи лабу комҳо дошта хангоми мавҷудияти дараҷаҳои фаъолнокии II ва III-юми равандҳои кариесӣ дар байни онҳо сатҳи ғайри қаноатбахшии ковокии даҳон, дараҷаҳои вазнини гингивит ва носаҳеҳнокии баргашти рН-и маҳлули даҳон ба тарафи туршии он муайян карда шуд.

Хулоса. Байни беморони ҳамвобастагиҳои янҷоя надоштаи роғи лабҳо ва комҳо, инчунин фаъолиятнокии барзиёди кариеси дошта системам буферии ковокии даҳон ҳамавақт дар ҳолати фаъолиятнокии барзиёддошта қарор дорад, ки дар ҳолаи охир сабабгори физиологии нишондодҳои маҳлули омехтаи даҳонро муайян месозад.

Калимаҳои калидӣ: ҳамвобастагии надошта, роғи лаб, ком, маҳлули омехтаи даҳон, фаъолнокии вайронҳои кариесӣ, беҳдошти ковокии даҳон.

УДК 616-001.1

doi: 10.52888/0514-2515-2024-363-4-81-88

М.М. Раджабзода¹, Х.М. Джураев¹, И.М. Раджабзода², З.А. Мамадиев¹

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹ГУ «Республиканский клинический центр ортопедии и травматологии»

²ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахи»

Раджабзода Мирзоали Мирали – к.м.н., директор ГУ «Республиканский клинический центр ортопедии и травматологии»; Тел.: +992918664912; E-mail: dr.rajabzoda@mail.ru

Цель исследования. Проанализировать хирургическое лечение заболеваний тазобедренного сустава и предложить перспективы развития эндопротезирования крупных суставов в Республике Таджикистан.