

УДК: 616.31-084 (075.8)

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА И ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПАРОДОНТА



Юсупалиходжаева Саодат Хамидуллаевна, Шамурадова Гулчехра Хуршидовна,  
Патхиддинова Малохат Шарофиддин кизи  
Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

## ПАРОДОНТ ҚЎШМА ЯЛЛИГЛАНИШ ЖАРАЁНИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ПАРОДОНТ ВА ТИШЛАР ҚАТТИҚ ТЎҚИМАСИНИНГ КЛИНИК ВА ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

Юсупалиходжаева Саодат Хамидуллаевна, Шамурадова Гулчехра Хуршидовна,  
Патхиддинова Малохат Шарофиддин кизи  
Тошкент Давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

## CLINICAL AND FUNCTIONAL STATE OF PERIODONTAL AND DENTAL TISSUES IN PATIENTS WITH COMBINED PERIODONTAL LESIONS

Yusupalikhodzhaeva Saodat Khamidullaevna, Shamuradova Gulchekhra Khurshidovna,  
Pathiddinova Malokhat Sharofiddin Kizi  
Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [info@tdsi.uz](mailto:info@tdsi.uz)

---

**Резюме.** Пародонтнинг қўшма яллигланишли жараёни прогрессияловчи тишларнинг йўқотилиши ва кариес жараёнинг ўсиши билан тавсифланади. Барча текширув гуруҳида периодонтитнинг деструктив шакллари фиброз шаклига нисбатан 2 мартаба кўпроқ устунлик қилди. Пародонтнинг қўшма яллигланиши жараёни барча тадқиқот гуруҳида тарқалган пародонтитни клиник кўринишини балларда баҳолашда ва гуруҳлараро кўрсаткичларни таққослашда клиник кўрсаткичлар ўхшашиги аниқланди.

*Калит сўзлар:* пародонтнинг қўшма яллигланиши, периодонтит, периодонтитнинг деструктив шакллари.

**Abstract.** With concomitant periodontal lesions, it is characterized by progressive loss of teeth and an increase in carious lesions. Destructive forms of periodontitis prevailed 2 times more than fibrous in all studied groups. A detailed assessment of the clinical manifestations of generalized periodontitis and their assessment in points made it possible to carry out an intergroup comparison of the studied parameters and establish the uniformity of the clinical manifestations of periodontal parameters in combined periodontal lesions in the compared groups.

**Key words:** combined lesions of periodontal disease, periodontitis, destructive forms of periodontitis.

---

Сочетанные поражения пародонта (СПП) являются мультифакторными заболеваниями, местными из которых являются микробный налет на поверхности зубов продукты его метаболизма, состояние рта, ведущее к образованию биопленки и оказывающее влияющее на пародонтопатогенный потенциал внутриротовой микрофлоры, а общими - факторы, обеспечивающие гомеостаз пародонта [2,5,8,9,11]. В настоящее время доказан бактериальный этиопатогенез воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта, определен круг анаэробных бактерий, являющихся этиологическим фактором этих поражений [1,3,4,6,10,12]. Патогенные микроорганизмы приводят к тканевому поражению как в силу воздей-

ствия собственных бактериальных токсинов, так и в связи с локальной ответной реакцией тканей на эту агрессию [2,4, 5,7,8,12]

В ответ на воздействие бактериальных токсинов возникает местная локальная реакция, проявляющаяся в клинике в виде воспаления [2,4,9,10].

**Цель исследования:** выявить характерное клиничко-функциональное состояние пародонта, твердых тканей зубов у больных с сочетанными поражениями пародонта.

**Материалы и методы.** Исследования проведены в 2020-2021 гг. на базе кафедры факультетской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического ин-

ститута. В исследование включены 98 больных с инфекционной патологией пародонта, которые в зависимости от наличия или отсутствия пародонтальной инфекции были рандомизированно разделены на 3 группы. У всех пациентов проводились клинические, рентгенологические и статистические методы исследования. Возраст больных в среднем соответствовал  $46,2 \pm 1,7$  лет. У всех больных в 3-х группах наблюдались все формы хронического пародонтита: у 1-ой группы 8 – фиброзный (25%), 10 (31,2%) – гранулирующий и 14 больных (43,7%) – гранулематозный; во 2-ой группе 6 – фиброзный (17,6%), 12 (35,2%) – гранулирующий и 16 больных (47%) – гранулематозный; у 3-ей группы 6 – фиброзный (18,7%), 12 (37,5%) – гранулирующий и 14 больных (43,7%) – гранулематозный. Деструктивные формы пародонтита преобладали в два раза больше над фиброзным (79,5% против 20,4%). У всех больных 3-х групп отмечали хронический генерализованный пародонтит разной степени тяжести: в 1-ой группе – 22 (68,7%) средней тяжести и 10 (31,2%) больных с пародонтитом тяжелой степени, во 2-ой группе – 26 (76,4%) средней тяжести и 8 (23,5%) больных с пародонтитом тяжелой степени, а в 3-ей группе – 20 (62,5%) средней тяжести и 12 (37,5%) больных с тяжелым пародонтитом.

Кровоточивость десен определяли по методу Н.Р.Мухлемана, S.Son. (SBI) (1971 г.), подвижность зубов определяли по Н.Ф.Данилевскому (1998 г.), определение глубины пародонтального кармана проводилось с использованием специального градуированного зонда, при оценке гигиены ротовой полости использован индекс Грина-Вермилльона (OHI-S) (Oral Hygiene Indices – Simplified) (G.Green, I.R.Vermillion, 1964 г.), для оценки состояния воспалительно-деструктивного процесса в пародонте использован пародонтальный индекс (Russel A., 1956 г.), о протяженности и тяжести воспаления в пародонте судили по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу (РМА) по Парма К (1960 г.).

При статистической обработке использовали методики параметрической (средняя величина, ошибка средней величины  $M \pm m$ , коэффициент Стьюдента, вероятность различий  $P$ ) и непараметрической обработки результатов. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием компьютерной программы Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждения.** До начала лечения пациенты предъявляли жалобы на боли при приеме пищи, разговоре, нарушение речи, сухость в полости рта, кровотечение из пародонтального кармана (ПК) при чистке зубов и сильную подвижность зубов.

Помимо жалоб, обусловленных генерализованному пародонтиту (ГП), у данного контингента больных отмечались следующие жалобы нехарактерные для ГП: головная боль, слабость, снижение трудоспособности, потеря сна и аппетита. Значительная часть больных (75-80%) жаловалась на парестезию в ротовой полости и извращение вкуса, заключающееся в снижении вкусовой чувствительности к сладкому, соленому и, в меньшей степени, к кислому.

При объективном осмотре десен выявляется набухший, ярко окрашенный с цианотичным оттенком десквамированный десневой край, легко кровоточащий при зондировании, и определяется явление застойной гиперемии межзубной маргинальной и части альвеолярной десны, кровоточивость десен при дотрагивании, обильные над- и поддесневые назубные отложения, серозно-гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Зубы покрыты обильным мягким налетом имеются над- и поддесневые зубные камни. Зубы значительно подвижны и легко смещаются. Необходимо отметить, что степень подвижности зубов не соответствует глубине ПК.

Результаты изучения клинических показателей состояния пародонта, у больных с сочетанным поражением пародонта представлен в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, у лиц с интактным пародонтом констатировалась спонтанная кровоточивость десен, не связанная с процессами воспаления (травмирование альвеолярной десны). У больных с сочетанными поражениями пародонта средний балл кровоточивости составлял  $1,90 \pm 0,04$  ( $P < 0,05$ ), что соответствовало тяжести кровоточивости II-III степени (пятен крови, а также заполнение кровью межзубного промежутка при дотрагивании зондом).

Не установлено межгрупповых различий в интенсивности кровоточивости: у больных 1-ой группы она составила  $1,90 \pm 0,038$ , у 2-ой группы  $1,81 \pm 0,030$  балла, у 3-ей группы  $1,88 \pm 0,047$  балла ( $P < 0,05$ ).

Одновременно установлен высокий балл подвижности зубов, составивший у больных с сочетанным поражением пародонта  $4,53 \pm 0,08$  балла, что соответствовало смещению зубов вестибуло-оральном и медиодистальном направлениях более 1 мм, а также смещению зубов во всех направлениях.

В испытуемых группах больных не установлено статистически значимых различий в подвижности зубов: средний балл подвижности зубов в 1-ой группе составил  $4,76 \pm 0,16$ , во 2-ой группе –  $4,56 \pm 0,15$ , в 3-ей группе –  $4,74 \pm 0,13$  ( $P < 0,05$ ).

**Таблица 1.** Бальная оценка клинических симптомов, индексных показателей гигиены и деструктивно-воспалительного поражения пародонта у больных с сочетанным поражением пародонта

Группа / Показатели	интактный пародонт	1 группа n=32		2 группа n=34		3 группа n=32		P
		Me	Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub>	Me	Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub>	Me	Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub>	
кровоточивость десен (SBI)	0,10±0,005	1,90	1,89-1,93	1,82	1,79-1,83	1,88	1,87-1,91	P<0,0001*
пародонтальный карман (ПК)	0,00	4,76	4,73-4,79	4,56	4,53-4,58	4,74	4,70-4,77	P<0,0001*
индекс Грина-Вермильона (ОНИ-S)	0,00	2,61	2,60-2,64	2,88	2,88-2,89	2,57	2,55-2,60	P<0,0001*
пародонтальный индекс (Russel A)	0,62±0,02	4,08	4,05-4,11	4,07	4,04-4,14	4,06	4,05-4,08	P<0,0001*
папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА)	0,20±0,005	53,34	51,26-56,5	44,3	43,50-47,24	50,0	47,74-50,77	P<0,0001*

Примечание: - P<0,05 по отношению к интактному пародонту

Результаты исследования глубины ПК показали, что глубина ПК по применяемой бальной шкале оценок в изученных группах больных, колебалась в пределах 4,76±0,050; 4,565±0,046; 4,74 ±0,060 (P<0,05) баллов, что соответствовало, глубине ПК 4-6мм и более 6 мм. Средний балл глубины ПК составил 4,68±0,05.

При изучении гигиены ротовой полости установлено, что бальные оценки ОНИ-S в 3-х группах больных колебались в пределах 2,61±0,038; 2,88±0,02; 2,57±0,051 (P<0,05). Балл ОНИ-S индекс у больных ГП составил 2,86±0,03. В соответствии с принятой бальной оценкой такие величины ОНИ-S индекса соответствовали плохому и очень плохому состоянию гигиены ротовой полости.

Изучение степени воспаления десны и тяжести деструктивно-воспалительного процесса в пародонте по комбинированному пародонтальному индексу продемонстрировало наличие острого выраженного воспалительного процесса, изъязвления и спонтанного кровотечения из десен, соответствующую ПК –II – и III степеней.

Общая тяжесть воспалительного-деструктивного поражения пародонта по индексу ПИ по принятой нами бальной шкале составила 4,07±0,053 балла. В изучаемых группах больных величина индекса ПИ определялись на уровнях 4,08±0,051; 4,07±0,070; 4,06±0,038 (P<0,05).

Полученные нами высокие показатели бальных оценок клинических проявлений на фоне сочетанных поражений пародонта согласуется с литературными данными о тяжелом и агрессивном течении ГП на фоне соматической патологии.

В то же время детальная оценка клинических проявлений ГП и оценка их в баллах

позволила осуществить межгрупповое сравнение изучаемых показателей и установить однородность клинических проявлений ГП в сравниваемых группах.

Ведущими рентгенологическими признаками пародонтита явились исчезновение кортикальной пластинки и появление остеопороза, наличие различных деструктивных изменений в костной ткани альвеолярного отростка. Специфика рентгенологической картины у больных с сочетанным поражением пародонта заключалась в генерализованном характере поражения, сочетании горизонтальной и вертикальной атрофии костной ткани челюсти, образовании больших костных карманов, дистрофии альвеолярного отростка с резорбцией межзубных перегородок. Все изменения в костной ткани носили дистрофический характер.

Одновременно с увеличением возможного деструктивного поражения пародонта наблюдалось увеличение интенсивности поражения твердых тканей зубов. Необходимо отметить, что у называемого исходного диагноза у всех обследованных установлена 100% распространённость кариеса зубов. Так, у пациентов 1-ой группы по величине индекса КПУ превосходила контрольной на 22,85% (P<0,05), 2-ой группы на 25,48% (P<0,05), а у 3-ей группы – более чем 38,07%(P<0,01).

При анализе структуры индекса КПУ, установлено, что у пациентов с кариесом преобладают удаленные зубы-элемент «У»; а у контрольной-запломбированные-элемент «П» .

Так, общее количество пломб элемент «П» (P>0,05) у пациентов с сочетанным поражением пародонта – на 63,4% (P<0,01); соответствующая динамика увеличения количества удаленных зубов элемент «У» была равна соответственно -

122,85% (P<0,01); 134,07% (P<0,001) и 143,83%(P<0,001).

**Выводы.** Таким образом у больных с сочетанным поражением пародонта ассоциировано с прогрессирующей потерей зубов и ростом кариозного поражения. Деструктивные формы периодонтита превалировали в 2 раза больше над фиброзным в 3-х исследуемых группах.

Детальная оценка клинических проявлений ГП и оценка их в баллах позволила осуществить межгрупповое сравнение изучаемых показателей и установить однородность клинических проявлений пародонтальных показателей при сочетанном поражении пародонта в сравниваемых группах.

#### Литература:

1. Алеханова И. Ф. Эндодонтопародонтальные проблемы и пути их решения / И. Ф. Алеханова, Е. Е. Васенев, З. М. Геворгян // Современный взгляд на будущее науки: сб.ст. Междунар. науч.-практ. конф. - 2016. - С. 207-209.
2. Бекжанова О. Е., Юсупалиходжаева С. Х. Микробиоценоз полости рта при инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта и пародонта //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2017. – С. 13-16.
3. Галанова Т.А. Отдаленные результаты лечения хронического апикального периодонтита / Т.А. Галанова, Т.Е. Щербакова // Эндодонтия Today. - 2010. -№ 2. - С. 73-78.
4. Галиева Д.Т. Эндодонто-пародонтальные поражения: актуальные вопросы / Д. Т. Галиева, В. Г. Атрушкевич, В. Н. Царев // Инфекционные болезни. - 2015. - № 4. - С. 85-91
5. Галеева З. Р. Тубулярный путь микробной инвазии у пациентов с эндодонтопародонтальными очагами инфекции / З. Р. Галеева, Л. Р. Мухамеджанова, Н. М. Грубер // Практическая медицина. - 2012. - № 8. - С. 31-33
6. Денисова Ю. Л. Современные вопросы эндодонтопародонтальных поражений / Ю. Л. Денисова, Н. И. Росеник // Стоматолог. - 2016. - Т. 3, № 22. - С. 25-31.
7. Еловицова Т. М. Прогностические аспекты пародонтита: Эндодонтопародонтальные поражения / Т. М. Еловицова, И. А. Баранова // Проблемы стоматологии. - 2012. - № 5. - С. 4-7

8. Миронова В.В. Современные методы диагностики и лечения хронического верхушечного периодонтита /В.В. Миронова, Г.Г. Физюкова, Н.Н. Соломатина // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2011. - № 3.-С. 96-101.

9. Митронин А. В. Лазерные технологии в эндодонтическом лечении хронического апикального периодонтита: сравнительная оценка антибактериальной эффективности / А. В. Митронин, Т. С. Беляева, А. А. Жекова // Эндодонтия Today. - 2016. - № 2. - С. 27-29.

10. Мороз П. В. Эффективность эндодонтического лечения у больных с эндодонто-пародонтальными очагами инфекции / П. В. Мороз // Российская стоматология. - 2014. - № 1. - С. 37-41.

11. Yusupalikhodjaeva S. Kh., Shomurodova G.Kh., Patkhiddinova M. Sh. “Comparative analysis of the effectiveness of endodontic treatment with the correct choice of antiseptic” Integration into the world and connection of sciences | Интеграция в мир и связь наук | DOnyaya integrasiya va elmlarin alaqasi. DOI [http://doi.org/10.37057/A\\_1](http://doi.org/10.37057/A_1) Баку, сентябрь, 2020. С. 37-39.

12. Yusupalikhodjaeva S.Kh., Shomurodova G.Kh., Patkhiddinova M. Sh. “Optimization of evaluation of efficiency of endodontic treatment”//Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. -2020.-№ 1, выпуск 1.С-76-79.

#### **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА И ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПАРОДОНТА**

*Юсупалиходжаева С.Х., Шамуродова Г.Х., Патхиддинова М.Ш.*

**Резюме.** Сочетанное поражение пародонта характеризуется прогрессирующей потерей зубов и ростом кариозного поражения. Деструктивные формы периодонтита превалировали в два раза больше над фиброзным во всех исследуемых группах. Детальная оценка клинических проявлений генерализованного пародонтита и оценка их в баллах позволила осуществить межгрупповое сравнение изучаемых показателей и установило однородность клинических проявлений пародонтальных показателей при сочетанном поражении пародонта в сравниваемых группах.

**Ключевые слова:** сочетанные поражения пародонта, периодонтит, деструктивные формы периодонтита.