

STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 4
(77) 2019

31

Внутриротовой остеосинтез
переломов нижней челюсти

49

Юқори қозик тишлар ретенциясини
комплекс даволаш усуллари

70

Клинико-функциональные изменения зубочелюстной
системы при трансверсальных аномалиях

Содержание

Content

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ	
Ризаев Ж.А., Абдашимов З.Б., Нурмаматова Қ.Ч., Усманбекова Г.К. Некоторые вопросы перспективного планирования в стоматологической службе Республики Узбекистан	
Джаббаров К.Д., Шамсиев Ж.Ф., Вохидов У.Н. История развития кафедры оториноларингологии Ташкентского государственного стоматологического института	
Глинкин В.В., Клемин В.А., Зайка Т.О., Иброхимов А.А. Изменения микроэлементного состава гиппокампа и твердых тканей зуба крысы в результате стрессового воздействия на организм	
Глинкин В.В., Клемин В.А., Нигматова Н.Р., Василенко И.В., Зайка Т.О. Морфологические изменения в головном мозге и зубах крыс в результате стресса	
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	
Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш. Микробиологическая оценка эффективности санации корневых каналов декасаном в динамике лечения деструктивных форм периодонтита	
Хусанбаева Ф.А., Сафаров М.Т., Мусаева К.А. Оценка реакции краевого пародонта на пломбы из композитного материала и профилактика их негативного воздействия	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	
Хасанов А.И., Хакимов А.А., Абобакиров Д.М. Внутриротовой остеосинтез переломов нижней челюсти	
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	
Хайдаров А.М., Ташкентбаева И.У. Содержание антимикробных пептидов в ротовой жидкости у детей с детским церебральным параличом	
Мусаев Ш.Ш., Шомуродов К.Э. Частота и характеристика переломов нижней челюсти у детей по материалам отделения детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ за 2016-2018 гг.	
Даминова Ш.Б., Казакова Н.Н. Ревматизм билан касалланган болаларнинг стоматологик ҳолатини текшириш ва баҳолаш	
Мирсалихова Ф.Л., Хамидов И.С. Характеристика микробиоценоза мягких тканей пародонта у школьников	
Муртазаев С.С., Абдуазимова Л.А., Мухторова М.М., Саидрахмедова Н.О. Распространенность заболеваний пародонта у детей в пубертатный период	
ОРТОДОНТИЯ	
Дусмухамедов Д.М., Хаджиметов А.А., Дусмухамедов М.З., Юлдашев А.А., Хакимова З.К. Оценка состояния цитокиновой системы крови и слюны у пациентов с гнатическими формами аномалий окклюзии	

ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY AND HISTORY	
Rizaev J.A., Abdashimov Z.B., Nurmatova K.Ch., Usmanbekova G.K. Some questions of perspective planning in the dental service of the Republic of Uzbekistan	6
Dzhabbarov K.D., Shamsiev J.F., Vohidov U.N. The history of the development of the Department of Otorhinolaryngology, Tashkent State Dental Institute	11
Glinkin V.V., Klemin V.A., Zaika T.O., Ibrokhimov A.A. Changes in the microelement composition of the hippocampus and hard tissues of the rat tooth as a result of stress on the body	14
Glinkin V.V., Klemin V.A., Nigmatova N.R., Vasilenko I.V., Zaika T.O. Morphological changes in the brain and teeth of rats as a result of stress	18
THERAPEUTIC DENTISTRY	
Bekjanova O.E., Abdulkhakova N.Sh. Microbiological assessment of the effectiveness of root canal rehabilitation with decasan in the dynamics of treatment of destructive forms of periodontitis	23
Khusanbaeva F.A., Safarov M.T., Musaeva K.A. Assessment of the reaction of the regional periodontium to fillings made of composite material and the prevention of their negative impact	27
SURGICAL DENTISTRY	
Khasanov A.I., Khakimov A.A., Abobakirov D.M. Intraoral repair of mandibular fractures	31
CHILDREN'S DENTISTRY	
Khaidarov A.M., Tashkentbaeva I.U. The content of antimicrobial peptides in the oral fluid in children with cerebral palsy	34
Musaev Sh.Sh., Shomurodov K.E. The frequency and characteristics of lower jaw fractures in children according to the materials of the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery at the TGS Clinic for 2016-2018	35
Daminova Sh.B., Kazakova N.N. Modern treatment of gingivitis in children and adolescents	38
Mirsalikhova F.L., Khamidov I.S. Characteristics of microbiocenosis of parodontal soft tissues at school students	40
Murtazaev S.S., Abduazimova L.A., Mukhtorova M.M., Saidakhmedova N.O. Prevalence of periodontal disease in children during puberty	43
ORTHODONTICS	
Dusmukhamedov D.M., Khadzhimetov A.A., Dusmukhamedov M.Z., Yuldashev A.A., Khakimova Z.K. Evaluation of the state of the blood and saliva cytokine system in patients with gnathic forms of occlusion anomalies	45

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-4-5>

УДК: 616.314-73:616.311-084

ОЦЕНКА РЕАКЦИИ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА НА ПЛОМБЫ ИЗ КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА И ПРОФИЛАКТИКА ИХ НЕГАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ



**Хусанбаева Ф.А., Сафаров М.Т.,
Мусаева К.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

В последние годы в арсенале практических врачей пополнился достаточным количеством реставрационных материалов. Однако данные, позволяющие оптимизировать их выбор в зависимости от состояния тканей пародонта при заболеваниях воспалительной и дистрофической природы, отсутствуют [2, 4]. Профилактика и лечение гингивита, пародонтита и пародонтоза сопряжены с использованием различных препаратов, по-разному воздействующих на структуру реставрационных материалов [1]. Кроме того пораженные в результате различных патологических процессов ткани пародонта содержат повреждающие реставрационные материалы компоненты: кислоты, ферменты, пигменты и пр. [5, 6]. Применение лекарственных материалов для профилактики и лечения также создают неблагоприятные условия для пломбировочных материалов.

Практические врачи не имеют критериев выбора пломбировочного материала у пациентов, страдающих заболеваниями пародонта, подходя к этой задаче лишь с позиции локализации дефектов твердых тканей зуба. Очевидно, что для этой многочисленной категории пациентов необходимо определить вид и методы применения современных пломбировочных материалов [4, 7].

В этих условиях наиболее актуально локальное воздействие на поверхность реставрации. Так, например, в лабораторных условиях доказано, что

поверхность композитного материала, обработанная герметиком, менее подвержена микробной адгезии [3, 6].

В настоящее время в практике стоматологии широко используются композитные материалы светового отверждения. Известно, что появление на их поверхности слоя недополимеризованного материала «слой ингибированной кислородом» способствует активной адгезии на его поверхности микрочастиц, а значит, и микроорганизмов ротовой полости [8].

В свете вышеизложенного большой интерес представляло изыскание способов снижения агрессивного воздействия пломб на ткани пародонта у больных гингивитом и пародонтитом.

Цель исследования

Оценка реакции краевого пародонта на пломбы из композитного материала и профилактика их негативного воздействия.

Материал и методы

Влияние пломбировочного материала на локальное состояние примыкающего к ним пародонта изучено у 40 человек обоего пола в возрасте 30-45 лет. Всего изучено 105 реставраций, восстанавливающих кариозные полости различной локализации, в том числе до нанесения герметика – 65 реставрации, после нанесения герметика – 40.

В зависимости от состояния пародонта все пациенты были разделены на группы: 1-я группа – 20 человек с интактным пародонтом, 2-я группа – 20 человек с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени.

Контролем служили одноименные зубы пациентов 1-й группы. До лечения всем пациентам осуществлялось лечение воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта, пациентам с интактным пародонтом выполнялась профессиональная гигиена ротовой полости. После наступления ремиссии осуществлялось пломбирование зубов, через 6 месяцев проводился контроль локального состояния пародонта, примыкающего к пломбам.

Результаты

Клинические наблюдения за течением локальных процессов в пародонте в зоне контакта с десной выявили различную реакцию десны на пломбу. Характер реакции определялся начальным диагнозом. Так, у пациентов 1-й группы воспалительная реакция на пломбу отсутствовала, не имела различий от контрольной десны, примыкающей к зубу без пломбы.

У пациентов 2-й группы в период обострения наблюдалось воспаление в пародонте. Так, к концу 6-го месяца в краевом пародонте, примыкающем к запломбированному зубу, определялась четко выраженная воспалительная реакция в виде расши-

рения десневого желобка, покраснения, обильного выделения серозного экссудата, повышенной кровоточивости.

Клиническая картина локальных изменений в зоне контакта с пломбой у больных гингивитом соответствовала гингивиту средней тяжести, у незапломбированного зуба – гингивиту легкой степени тяжести. Соответственно у больных пародонтитом в зоне контакта с пломбой определялся пародонтит средней степени тяжести, у контрольных незапломбированных зубов – пародонтит легкой степени тяжести.

Оценка тяжести локальных изменений пародонта в зоне контакта пломбы с десной (табл. 1, 2) при помощи дополнительных методов исследования (пародонтальные и гингивальные индексы) подтвердила более высокое поражение пародонта в зоне контакта с пломбой. Как видно из таблицы 1, через 6 месяцев после пломбирования у пациентов как с гингивитом, так и с пародонтитом степень деструкции пародонта, определяемая при помощи индекса Р1, была достоверно выше в зоне контакта десны с пломбой.

Одновременно у больных 2-й группы на пломбах зарегистрирована достоверно более высокая аккумуляция зубного налета, регистрируемая по индексу зубной бляшки РП; у пациентов этой группы установлена достоверно более высокая степень воспаления десны.

У пациентов 1-й группы не обнаружено статистически значимых изменений изучаемых показателей в зоне десны, примыкающей к пломбе и здоровым зубам.

У пациентов обеих групп после гарантийного ухода за пломбой и лечения пародонта установлено купирование клинических симптомов воспаления как общего, так и локального характера. Состояние десен, примыкающих к запломбированным и здоровым зубам, было одинаковым. Жалобы отсутствовали. Десны приобрели бледно-розовую окраску, плотно примыкали к поверхности пломбы или зуба, кровоточивость и избыточное выделение десневой жидкости отсутствовали.

Отсутствие статистически значимых различий в показателях пародонтальной деструкции после лечения отражено в таблицах 3, 4.

В течение всего срока наблюдения после нанесения герметика не установлено различий в интенсивности локальных воспалительных реакций десен, контактирующих с запломбированными и интактными зубами: нарастание клинических симптомов воспаления также происходило одновременно на деснах, контактирующих с запломбированными и интактными зубами.

Через 6 месяцев после гарантийного ухода и нанесения герметика все показатели воспаления пародонта, аккумуляции зубной бляшки и экссудации десневой жидкости на деснах, примыкающих к за-

пломбированным и интактным зубам, не имели статистически значимых различий.

Как видно из таблиц 1 и 2, даже проведение гарантийного ухода за пломбой не приводит к восстановлению клинического состояния примыкающего к ней пародонта и величин дополнительных и вспомогательных методов обследования до уровня пародонта, контактирующего со здоровыми зубами.

Гарантийный уход за пломбами приводил к снижению индексных показателей состояния пародонта, примыкающего к пломбе, до величин достоверно более низких по сравнению с интактными зубами. Достоверно снижалась и экссудация десневой жидкости (табл. 3, 4). Клинически на деснах, примыкающих к пломбе, определялось снижение воспалительной реакции, отсутствие зубного налета и минимальная экссудация десневой жидкости.

Литература

1. Гурезов М.Р., Суров Д.И., Султанов М.Ш. Изменение уровня краевой проницаемости пломбировочных материалов в зависимости от индивидуальной кариесрезистентности // *Вестн. последиплом. образования в сфере здравоохранения*. – 2015.
2. Дусмухамедов М.З., Садилова Х.Қ., Юлдашев А.А., Дусмухамедов Д.М. *Пародонтология: Учеб. пособие*. – Ташкент, 2019.
3. Истякова Г.Г., Сахар Г.Г. *Оценка антимикробной активности отечественных композиционных материалов*. – М., 2017.
4. Камилов Х.П., Юсупалиходжаева С.Х., Шукурова У.А. *Практическая терапевтическая стоматология: Учеб. для вузов*. – Ташкент, 2017.
5. Колодкина В.И., Арутюнов А.В. Микротвердость твердых тканей зуба до и после композитных реставраций *in vitro* // *Клин. стоматол.* – 2018.
6. Ризаев Ж.А., Боймуратов Ш.А. *Инновационный подход к лечению заболеваний пародонта*. – Ташкент, 2019.
7. Садовский В.В., Шумилович Б.Р., Суцего А.В. Клиническая эффективность современной прямой композитной реставрации при сочетании стандартной и преполлимеризованной форм композита // *Рос. стоматол. журн.* – 2016.
8. Таиров В.В., Арутюнова А.А., Егунян К.К. Сравнительная характеристика средств, предотвращающих появление ингибированного слоя на поверхности композита // *Кубанский науч. журн.* – 2018.

Goal of research: Assessment of the reaction of the regional periodontium to fillings made of composite material and prevention of their negative impact. **Materials and methods:** Under observation, there were 40 patients of both sexes and 30-45 years of

age; in total, 105 restorations were restored that restore carious cavities of various localization, including before applying sealant-65 restoration, after applying sealant-40. Depending on the periodontal condition all patients were divided into groups as follows: I group. Intact periodontium (20 people), II group. Chronic generalized periodontitis of mild degree (20 people).

Results: We studied the effectiveness of the use of sealant on composite fillings in patients with mild chronic generalized periodontitis. The effectiveness of the use of sealant was studied on the basis of the gingival index and periodontal index. Using this technique prevented the local irritating effect of the filling mass on the marginal periodontium.

Мақсад: маргинал пародонтнинг композицион материаллардан тайёрланган пломбаларга реакциясини баҳолаш ва уларнинг салбий таъсирини олдини олиш. Материал ва усуллар: кузатувда ҳар иккала жинсдаги 30-45 ёшдаги 40 нафар бемор иштирок этди, жами 105 та реставрация тикланди, улар турли хил локализациядаги бўшлиқларни, шу жумладан герметик қўллашдан олдин 65 реставрация, герметик қўлланганидан кейин 40 реставрация. Пародонтнинг ҳолатига қараб барча беморлар қуйидаги гуруҳларга ажратилди: 1-гуруҳ – соғлом пародонт (20 киши), 2-гуруҳ – сурункали тарқок пародонтит енгил дара-

жаси (20 киши). Натижа: енгил сурункали тарқок пародонтит билан оғриган беморларда композит пломба материалларига герметикни қўллаш самарадорлиги ўрганилди. Герметикни қўллаш самарадорлиги гингивал (GI) ва пародонтал (PI) индекслар асосида ўрганилди. Ушбу усулни қўллаш пломба массасининг маргинал пародонтга ноҳўя таъсири бартараф этишга имконият яратди.

Цель: оценка реакции краевого пародонта на пломбы из композитного материала и профилактики их негативного воздействия. Материал и методы: под наблюдением были 40 больных обоего пола в возрасте 30-45 лет. Всего изучено 105 реставраций, восстанавливающих кариозные полости различной локализации, в том числе до нанесения герметика – 65, после нанесения герметика – 40. Результаты: изучение эффективности применения герметика на композитные пломбы у больных хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени проводилось на основе гингивального индекса (GI) и пародонтального индекса (PI). Выводы: использование данной методики позволит предотвратить локальное раздражающее воздействие пломбировочной массы на краевой пародонт.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, краевой пародонт, реставрация кариозной полости, пломбировочный материал.

Таблица 1. Локальные величины пародонтального индекса PI (по Russel, 1967) и экссудации десневой жидкости после пломбирования М+ж

Диагноз	PI по Russel (1967)						Десневая жидкость, мг					
	через 7 дн. после пломбирования		через 6 мес.		через 7 дн. после гарантийного ухода		через 7 дн. после пломбирования		через 6 мес.		через 7 дн. после гарантийного ухода	
	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К
Здоровый пародонт	0,14±0,02	0,15±0,03	0,23±0,02	0,2±0,01	0,11±0,01	0,12±0,02	0,11±0,03	0,13±0,02	0,14±0,02	0,13±0,02	0,12±0,01	0,11±0,02
p	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
Гингивит	0,15±0,01	0,14±0,02	1,50±0,32	0,75±0,22	1,03±0,11	0,75±0,09	0,12±0,03	0,11 ±0,04	0,62±0,02	0,30±0,05	0,44±0,06	0,31±0,11
p	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
Пародонтит	0,17±0,01	0,25±0,02	2,22±0,32	1,20±0,22	1,80±0,09	1,20±0,11	0,13±0,02	0,12±0,01	0,92±0,11	0,40±0,07	0,82±0,06	0,40±0,07
p	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Примечание. Здесь и в табл. 2-4: О – опытные зубы с пломбой; К – контрольные зубы без пломбы.

Таблица 2 Локальные величины индекса субгингивальной зубной бляшки PII по Loe-Silness (1964) и гингивального индекса GI по Loe-Silness 1963 после пломбирования

Диагноз	Индекс PII по Loe-Silness (1964)						Гингивальный индекс GI по Loe-Silness (1963)					
	через 7 дн. после пломбирования		через 6 мес.		через 7 дн. после гарантийного ухода		через 7 дн. после пломбирования		через 6 мес.		через 7 дн. после гарантийного ухода	
	О	К 0,04±0,005	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К
Здоровый пародонт	0,05±0,007	0,04±0,005	0,03±0,002	0,04±0,001	0,05±0,007	0,05±0,009	0,04±0,01	0,03±0,007	0,07±0,008	0,06±0,003	0,07±0,01	0,08±0,005
p	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
Гингивит	0,04±0,005	>0,05	1,40±0,08	0,75±0,06	0,05±0,002	0,76±0,006	0,05±0,002	0,07±0,003	1,51±0,03	0,75±0,05	1,23±0,02	0,75±0,02
p	>0,05		0,05±0,002		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
Пародонтит	0,06±0,001	>0,05	1,71±0,003	1,20±0,001	0,07±0,003	0,120±0,005	0,05±0,002	0,06±0,001	1,72±0,07	0,92±0,08	1,42±0,03	0,92±0,050
p	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Таблица 3 Локальные величины пародонтального индекса PI (по Russel, 1967) и экссудации десневой жидкости после нанесения герметика на пломбы

Диагноз	PI по Russel (1967)						Десневая жидкость, мг					
	через 7 дн. после нанесения герметика		через 6 мес.		через 7 дн. после гарантийного ухода		через 7 дн. после нанесения герметика		через 6 мес.		через 7 дн. после гарантийного ухода	
	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К
Гингивит	0,14 ±0,002	0,15±0,001	0,67±0,017	0,62±0,006	0,13±0,002	0,62±0,001	0,13±0,001	0,14±0,002	0,55±0,002	0,60±0,003	0,14±0,001	0,60±0,002
p	>0,05		>0,05		<0,05		>0,05		>0,05		<0,01	
Пародонтит	0,17	0,18	1,22	1,18	0,18	1,20	0,18	0,17	0,92	0,87	0,18	0,88
p	>0,05		>0,05		<0,01		>0,05		>0,05		<0,01	

Таблица 4. Локальные¹ величины индекса субгингивальной зубной бляшки PII по Loe-Silness (1964) и гингивального индекса GI по Loe-Silness (1963) после нанесения герметика на пломбы

Диагноз	Индекс PII по Loe-Silness (1964)						Гингивальный индекс GI по Loe-Silness (1963)					
	через 7 дн. после нанесения герметика		через 6 мес.		через 7 дн. после гарантийного ухода		через 7 дн. после нанесения герметика		через 6 мес.		через 7 дн. после гарантийного ухода	
	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К
Гингивит	0,04±0,002	0,05±0,003	0,20±0,001	0,25±0,003	0,05±0,002	0,25±0,02	0,11	0,12	0,92	0,87	0,14±0,03	0,87±0,006
p	>0,05		>0,05		<0,05		>0,05		>0,05		<0,01	
Пародонтит	0,06±0,001	0,05±0,001	0,44±0,002	0,45±0,001	0,10±0,002	0,45±0,006	0,14±0,002	0,15±0,003	1,22±0,002	1,32±0,006	0,22±0,02	1,33±0,03
p	>0,05		>0,05		<0,01		>0,05		>0,05		<0,01	