

На правах рукописи

УСМАНОВА
Ирина Николаевна

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ РТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

14.01.14 – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Уфа – 2016

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Герасимова Лариса Павловна

Официальные оппоненты:

Орехова Людмила Юрьевна - доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии

Макеева Ирина Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии

Леонова Людмила Евгеньевна – доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования " Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера" Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой стоматологии факультета дополнительного профессионального образования

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2016 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.06. при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 450000, г. Уфа, ул. Ленина,3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте: <http://www.bashgmu.ru/dissertatsii>.

Автореферат разослан «__» _____ 2016

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

М.М. Валеев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) представляют собой одну из наиболее трудноразрешимых проблем стоматологии (Янушевич О.О. и др., 2009, 2010; Позднякова А.А. и др., 2013). Несмотря на возрастающий интерес исследователей, остаются спорными вопросы этиологии, пусковых механизмов патогенеза заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта (Грудянов А.И. и др., 2002, 2009, 2013; Гиниятуллин И.И., Муратова Л.Д., 2012; Булгакова А.И., 2013).

Распространенность ВЗП среди различных возрастных групп населения, а также лиц молодого возраста остается на высоком уровне. При этом клиническая картина как хронического гингивита (ХГ), а также заболеваний слизистой оболочки рта характеризуется латентным течением, что затрудняет их своевременную диагностику и, следовательно, отдаляет начало адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий, и влечет увеличение частоты рецидивов (Кабирова М.Ф., 2010; Булкина Н.В., Мелешина О.В., Ломакина Д.О., 2011; Масеева М.В., Блашкова С.Л., Тарасова Ю.Г., 2011; Орехова Л.Ю. и др. 2013; 2014; 2015; Леонова Л.Е., Омарова Л.В., Кириченко Л.В., 2014; Макеева И.А., Полякова М.А., Хон Я.А., 2014; Волков Е.А. и др., 2014; Косюга С.Ю., Клемина В.Ю., 2014; Савичук А.В. и др., 2015).

Основная роль в защите слизистых оболочек рта от микроорганизмов и возникновения хронических заболеваний пародонта и гиперкератотических процессов принадлежит местному иммунитету полости рта и общей иммунореактивности организма (Вишнягова Н.А., 2010; Гажва С.И., Кокунова А.С., Горячева Т.П., 2010; Гайдарова Т.А., Попова Н.В., 2011; Гиниятуллин И.И., Блашкова С.Л., Макарова Н.А., 2010; Заболотный Т.В., Батиг В.М., 2011; Киселёва Е.А., Тё Е.А., 2011; Мосеева М.В., Блашкова С.Л., Тарасова Ю.Г., 2011; Новикова М.А., Городенко Э.А., 2011; Орехова Л.Ю. и др., 2012; Аванесов А.М., Калантаров Г.К., 2013; Мелехов С.В., Колесникова Н.В., Овчаренко Е.С., 2013; Токмакова С.И., Луницына Ю.В., 2013). Кроме того, накопленные материалы не позволяют составить представление о первичной реакции тканей пародонта на наиболее распространенные воздействия, вызывающие хронический воспалительный процесс в тканях пародонта и слизистой оболочке рта (Грудянов А.И., 2009).

Хроническое воспаление является типовым патологическим процессом, клиническая картина которого в тканях пародонта и в слизистой оболочке рта с одной стороны носит типичные черты, с другой стороны обусловлена причиной возникновения и индивидуальных условий, на фоне которого этот типичный процесс протекает и предопределяет ряд характерных клинических особенностей (Маянский Д.Н., 1991; Серов В.В., Пауков В.С., 1995; Мосеева М.В., Белова Е.В., Вахрушев Я.М., 2010; Семеникова Н.В., Семенников В.И., Логви-

нов С.В., 2011; Андреева Ю.В., Булгакова А.И., Валеев И.В., 2012; Акмалова Г.М., Чернышева Н.Д., 2013; Базарный В.В. и др., 2013; Гуськова Н.К., Францианц Е.М., Комарова Е.Ф., 2013; Гализина О.А., 2014; Горбунова И.Л., Маршалок О.И., 2014; Чуйкин С.В., Акмалова Г.М., Чернышева Н.Д., 2015; TasD.A., YakarT., SakalliH., SerinE., 2013). Плохое гигиеническое состояние полости рта усиливает кариесогенную ситуацию и приводит к возникновению воспалительных заболеваний пародонта (Боровский Е.В., Леонтьев В.К., 1991; Сидельникова Л.Ф. и др., 2014).

Дрожжеподобные грибы рода *Candida*, являясь оппортунистическими условно-патогенными микроорганизмами, встречаются на слизистой полости рта более чем у половины всего населения, выделяются из содержимого десневой борозды и пародонтального кармана в 10%-90,5% случаев и могут быть толерантными к проводимой терапии (Хоулит Дж. и др., 1997; Иванов В.С., 2001; Зеленова Е.Г. и др., 2004; Гажва С.И., Воронина А.И., Ясин М., 2010; Чепуркова О.А., Чеснокова М.Г., 2011; Загородняя Е.Б. и др., 2012; Аванесов А.М., Калантаров Г.К., 2013; Гаража С.Н. и др., 2013; Зырянов Б.Н., Гамзатов Р.Г., Соколова Т.Ф., 2013; Кухаренко Ю.В., Попова Е.С., 2013; Александров Е.И., 2014; Медведева М.Б., 2014; Островская Л.Ю., Бейбулатов Г.Д., Лепилин А.В., 2014; Сайгушева Л.А. и др., 2014; Дзех О.Ю., Лазарев А.И., 2015).

Сформулированные в исследованиях клиничко-лабораторные и анамнестические признаки позволяют предполагать вероятность кандидассоциированной патологии тканей пародонта (Чепуркова О.А., Чеснокова М.Г., 2009; Семеникова Н.В., Семенников В.И., Логвинов С.В., 2011; Булкина Н.В., Поделинская В.Т., Бриль Г.Е., 2014). Необходимость определения концентрации *Candida* обусловлена последующей клинической трактовкой заболевания и определяет тактику диагностики, профилактики и лечения хронического гингивита и гиперкератотических процессов слизистой оболочки у лиц молодого возраста.

При заболеваниях пародонта и слизистой оболочки рта воспалительной природы ведущая роль принадлежит нарушению состояния свободнорадикального окисления и избыточной генерации радикалов кислорода, что способствует серьезным функциональным нарушениям клеточного мембранного метаболизма, опосредованно увеличивает проницаемость сосудистой стенки и протеолитической активности, снижая эластичность коллагеновых волокон и их обновление. Метаболический ацидоз и снижение рН приводит к уменьшению интенсивности окисления углеводов. Десневая жидкость наиболее ярко отражает динамику состояния углеводного обмена и нарушения его звеньев при воспалении пародонта (Сарафанова А.Б. и др., 2010; Кабирова М.Ф., 2011; Блашкова С.Л., Мустафин И.Г., Халиуллина Г.Р., 2014).

Роль водно-минерального обмена в развитии воспалительных заболеваний пародонта не вызывает сомнений. Цинк и железо при нормальных концентрациях в крови способствуют стимуляции иммунного ответа. Железо является мощным прооксидантом, активизирующим свободнорадикальное окисление, а его избыток способствует росту и жизнедеятельности микрофлоры. При заболеваниях пародонта в минеральном составе смешанной слюны наблюдается увеличение концентрации кальция, магния, цинка (Богданова В.О. и др., 2010).

Основой современного лечения пациентов с заболеваниями пародонта и гиперкератотическими процессами слизистой оболочки рта является комплексная терапия (Макеева И.М. и др., 2012, 2013, 2014).

На практике предлагаемые лечебные комплексы представляют собой в основном применение различных средств паллиативной медикаментозной терапии, которые позволяют добиться лишь кратковременного эффекта и затрудняют применение монотерапии, что приводит к дисбиотическому сдвигу (В.Н. Царев и соавт. 2002; Грудянов А.И. 2009; Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Вахрушина Е.В., 2010; Булкина Н.В. и др., 2012; Аванесов А.М., Калантаров Г.К., 2013; Баранников В.Г. и др., 2013; Журбенко В.А., Юдина С.М., 2013; Шаповаленко Е.С., Антонова А.А., Стрельникова Н.В., 2015).

В этой связи особую актуальность приобретает комплексное клинко-лабораторное обследование больных с хроническим гингивитом и гиперкератотическими процессами в слизистой оболочке рта, разработка более эффективного подхода к диагностике и лечению, связанного с индивидуальным подбором лечебных средств, которые оказывали бы влияние на основные патогенетические механизмы заболевания, с учетом нормализации функционирования иммунной системы -иммунокоррекции (Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. 2003; Киселева Е.А. 2011; Миргазизов М.З., Блашкова С.Л., Макарова Н.А. 2010; Леонова Л.Е., Смелова Л.З., Павлова Г.А., 2012; Соболева Л.А. и др., 2012; Ахмеров Р.Р. и др., 2013; Баранников В.Г., Леонова Л.Е., Кириченко Л.В. 2013; Леонова Л.Е., Ковтун А.А., Павлова Г.А., 2013).

Резистентность хронического гингивита и гиперкератотических процессов слизистой оболочки рта у лиц молодого возраста с кандидоносительством и дисбиозом в сторону кандидоза, к традиционным методам лечения требует поиска новых эффективных способов профилактики и адекватной терапии. Существующие схемы лечения хронического воспаления в тканях пародонта и слизистой оболочки рта включают использование системных антимикотических, антисептических и антибактериальных препаратов, однако их применение имеет множество побочных эффектов и результаты такого лечения во многом неоднозначны (Вирясова Н.А. и др., 2010; Усова Н.Ф., 2014). При этом планирование лечения необходимо проводить на основании комплексного анализа дан-

ных клинического исследования с учетом особенностей состояния гомеостаза полости рта и исходной концентрации дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

В настоящее время не существует комплексного подхода к ранней диагностике воспалительных заболеваний пародонта и гиперкератотических процессов слизистой оболочки рта обусловленных кандидоносительством и дисбиозом в сторону кандидоза, их лечению и профилактике у лиц молодого возраста, что и предопределяет цель настоящего исследования.

Цель исследования - совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики воспалительных заболеваний тканей пародонта и слизистой оболочки рта у лиц молодого возраста.

Задачи исследования:

1. Оценить стоматологический статус лиц молодого возраста.
2. Определить количество дрожжеподобных грибов рода *Candida* (*C. albicans*) в полости рта у лиц молодого возраста.
3. Выявить взаимосвязь между показателями гуморальных факторов местного иммунитета и концентрацией дрожжеподобных грибов р. *Candida* (*C. albicans*) у лиц молодого возраста.
4. Разработать способ ранней донозологической диагностики воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста по микроэлементному составу и концентрации лактобактерий в нестимулированной ротовой жидкости.
5. Исследовать морфологическую характеристику воспалительных заболеваний тканей пародонта и гиперкератотических процессов слизистой оболочки рта у лиц молодого возраста.
6. Изучить состояние свободнорадикального окисления ротовой жидкости в зависимости от кандидоносительства и дисбиоза в сторону кандидоза у лиц молодого возраста.
7. Разработать комплексы лечения воспалительных заболеваний пародонта и гиперкератозов слизистой оболочки рта ассоциированных с дрожжеподобными грибами *Candidaspp.* в зависимости от состояния свободнорадикального окисления ротовой жидкости.
8. Разработать алгоритм диагностики, лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта и заболеваний слизистой рта с учетом микробиологических показателей в зависимости от кандидоносительства и дисбиоза в сторону кандидоза, и состояния свободнорадикального окисления ротовой жидкости у лиц молодого возраста и определить его эффективность.

Научная новизна исследования

Впервые при углубленном изучении иммуногистохимическими методами тканей десны клинически интактного пародонта с кандидоносительством выявлены ранние морфологические признаки воспалительного процесса. У лиц с хроническим гингивитом и дисбиозом в сторону кандидоза выявлены морфоло-

гические изменения, свойственные выраженному хроническому воспалительному процессу.

Впервые разработаны дифференциально-диагностические критерии развития воспалительных процессов пародонта по показателям гуморальных факторов местного иммунитета и состоянию свободнорадикального окисления ротовой жидкости (патент РФ на изобретение № 2390775) и обосновано их применение в клинике.

Впервые разработаны ранние диагностические критерии, влияющие на развитие и прогрессирование воспалительных процессов пародонта по микроэлементному составу и концентрации лактобактерий (патент РФ на изобретение № 2460076) и обосновано их применение в клинике.

Впервые предложен метод дифференциальной диагностики гиперкератотических процессов слизистой оболочки рта с использованием морфологических и гистохимических методов у лиц молодого возраста (патент РФ на изобретение № 2544173) с обоснованием его применения в клинике.

Впервые предложен комплекс лечения хронического гингивита с дисбиозом в сторону кандидоза с использованием природного фотосенсибилизатора геля из бурых водорослей (патент РФ на изобретение № 2539191) с обоснованием его применения в клинике.

Впервые предложен метод лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта, в зависимости от состояния свободнорадикального окисления ротовой жидкости с использованием электрофореза дезоксирибонуклеата натрия и магнитоинфракрасной лазерной терапии (заявка рег. № 2015104598 с приоритетом от 09.02. 2015) с обоснованием его применения в клинике.

Впервые предложен комплекс лечения хронического гингивита с кандидоносительством и дисбиозом в сторону кандидоза и гиперкератотических процессов слизистой оболочки рта, с использованием обогащенной тромбоцитами аутоплазмы и препарата на основе гидролизата плаценты человека (заявка рег. № 2015111907 с приоритетом от 01.04. 2015) с обоснованием его применения в клинике.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученные результаты исследования расширяют представление о влиянии дрожжеподобных грибов рода *Candida* на свободнорадикальное окисление ротовой жидкости на состояние полости рта, вызывая нарушения в тканях пародонта и слизистой оболочке рта у лиц молодого возраста.

Применение предложенных диагностических критериев воспалительных заболеваний пародонта и гиперкератотических процессов слизистой оболочки рта у лиц молодого возраста, позволяют улучшить качество диагностики, лечения и профилактики данных патологических состояний.

Уточнение значений свободнорадикального окисления и концентрации дрожжеподобных грибов рода *Candida* в полости рта могут быть использованы для обоснования применения комплекса противомикробных, антиоксидантных и прооксидантных методов, и средств для повышения эффективности лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта у лиц молодого возраста.

Установлено, что у пациентов с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством, хроническим гингивитом, гиперкератотическими процессами слизистой оболочки рта с дисбиозом в сторону кандидоза имеется совокупность признаков, симптомов и факторов риска, характерных для различной концентрации *Candida* в ротовой жидкости и в различных биотопах полости рта. Определена диагностическая ценность установленных симптомов, признаков и факторов риска при кандидоносительстве и дисбиозе полости рта в сторону кандидоза в низкой, средней и высокой концентрации дрожжеподобных грибов рода *Candida* у лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом, хроническим гингивитом и гиперкератозом слизистой оболочки рта.

Методология и методы исследования

Диссертационная работа выполнена в контролируемом исследовании с использованием клинических и лабораторных методов исследования. Сбор и обработка данных о результатах исследования проводились автором в соответствии с дизайном научной работы.

Использованы клинические, микробиологические, иммунологические, биохимические и морфологические и иммуногистохимические, статистические методы исследования.

Основные научные положения диссертации, выносимые на защиту

1. У лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом выявлена высокая частота кандидоносительства - 35,42%, а у лиц с хроническим гингивитом - дисбиоз в сторону кандидоза - 61,44%.

2. Морфогистохимические исследования тканей пародонта выявили у лиц с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством ранние признаки воспалительного процесса, а у лиц с хроническим гингивитом с дисбиозом в сторону кандидоза - явления выраженного хронического воспаления.

3. Выявленные взаимосвязи между концентрацией лактобактерий, микроэлементным составом, показателями хемилюминесценции и локальными факторами местного иммунитета в ротовой жидкости позволили выделить критерии диагностики и эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта у лиц молодого возраста.

4. Предложенный комплекс лечения хронического гингивита и гиперкератотических процессов в слизистой оболочке рта у лиц молодого возраста позволил устранить негативное воздействие дрожжеподобных грибов рода

Candida (*C.albicans*), нормализовать состояние свободнорадикального окисления ротовой жидкости.

5. Доказана эффективность предложенных лечебно-профилактических комплексов у лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством, с хроническим гингивитом и дисбиозом в сторону кандидоза и у лиц с гиперкератотическими процессами слизистой оболочки рта.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность проведенного исследования определяется формированием достаточного количества клинических наблюдений (n=660), наличием групп сравнения, использованием современных методов диагностики - клинического, микробиологического, иммунологического, биохимического, рентгенологического, морфологического и иммуногистохимического методов исследований, обработки полученных результатов методами статистического анализа.

Диссертационное исследование выполнено в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России) на кафедре терапевтической стоматологии с курсом Института дополнительного профессионального образования (ИДПО), лаборатории кафедры микробиологии и вирусологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России и центральной научно исследовательской лаборатории (ЦНИИЛ), на базе отдела морфологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России.

В результате поэтапного выполнения диссертационного исследования, автором получены сведения о распространенности воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта, обусловленных кандидоносительством и дисбиозом в сторону кандидоза, а также выраженных гистологических и иммуногистохимических изменений в тканях десны у лиц молодого возраста, что послужило выбором методов лечения и позволило внедрить их в учебный и лечебный процессы.

Апробация работы проведена на заседании кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России в 2016 году и проблемной комиссии - «Стоматология» ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России в 2016 году.

По теме диссертации опубликовано 63 печатные работы, из них 17 работ опубликованы в ведущих научных рецензируемых журналах и изданиях, включенных в Перечень, рекомендованный ВАК Министерства образования и науки РФ для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций. Автором опубликовано 4 монографии, 5 учебных пособий с грифом УМО, 1 пособие - с грифом ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Получено 5 патентов на изо-

бретения по теме диссертации и 2 приоритетные справки на изобретения: «Способ лечения воспалительных заболеваний пародонта, обусловленных наличием дрожжеподобных грибов рода *Candida*, в зависимости от состояния свободнорадикального окисления ротовой жидкости» (приоритетная справка от 09.02.2015г. рег. №2015104598), «Способ лечения хронического воспаления тканей пародонта и слизистой оболочки с элементами гиперкератоза у лиц молодого возраста» (приоритетная справка от 01.04.2015г. рег. № 2015111907).

Общий объем публикаций, в том числе авторский вклад 30 у.п.л., опубликованные работы отражают основные результаты диссертации.

Результаты проведенного исследования обсуждались на научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (Ижевск, 2010 г.), на Республиканской конференции стоматологов «Актуальные вопросы современной стоматологии» (Уфа, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 гг.), на III-й Российской научно-практической конференции «Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта» (Казань, 2010 г.), на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Казань, 2011 г.), на Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии» (Казань, 2013, 2014, 2015 гг.), на научно-практической конференции «Прикладные методы диагностики и комплексное лечение в стоматологии» (Казань, 2014 г.), на Всероссийском конгрессе «Стоматология большого Урала на рубеже веков» (Пермь, 2015 г.), на секционном заседании «Актуальные вопросы стоматологии» на неделе здравоохранения стран-участниц ШОС и БРИКС (Уфа, 2015 г.).

Личный вклад соискателя

Автором проанализирована научная литература и проведен патентно-информационный поиск по теме диссертации (100%). Определена актуальность проблемы, сформулированы цель и задачи исследования (95%), самостоятельно проведены клинические и лабораторные методы исследования, статистическая обработка, анализ и обобщение результатов исследования, их систематизация и интерпретация (85%). Сформулированы выводы и практические рекомендации для практического и научного использования результатов обследования лиц молодого возраста (90%). Оформлена диссертация и опубликованы научные работы по всем разделам диссертации (90%).

Реализация результатов исследования

Материалы диссертационной работы легли в основу разработанных схем диагностики, лечения и диспансеризации лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством и хроническим гингивитом с дисбиозом в сторону кандидоза, гиперкератотических процессов слизистой оболочки рта, обусловленных кандидоносительством и дисбиозом в сторону кандидоза. Предложенные схемы диагностики клинически интактного пародон-

донта с кандидоносительством, хронического гингивита с дисбиозом в сторону кандидоза, гиперкератотических процессов слизистой оболочки рта, современные методы лечения значительно увеличили медицинскую эффективность работы врача - стоматолога. Изданы учебные пособия с грифом УМО: «Кандидоз полости рта» (2011, 2013), «Поражение слизистой оболочки рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта» (2011), «Морфология полости рта: норма и патология» (2011), с грифом ГБОУ ВПО БГМУ учебно-методическое пособие «Условно-патогенные грамотрицательные и грамположительные бактерии».

Практические рекомендации и материалы внедрены в работу государственных и частных муниципальных учреждений г. Уфы, в том числе АУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника», «Клиническая стоматологическая поликлиника» ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, ГБУЗ РБ «Стоматологическая поликлиника № 1», ГБУЗ РБ «Стоматологическая поликлиника № 2», ГБУЗ РБ «Стоматологическая поликлиника № 4», ООО «Дина Медсервис», ООО «Медсервис» г. Салават. Теоретические положения и результаты работы находят применение в учебном процессе на кафедре терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, кафедре стоматологии общей практики и челюстно-лицевой хирургии ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, кафедре терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, кафедре стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО ИжГМА Минздрава России, кафедре терапевтической стоматологии РУДН.

Объем и структура работы

Материалы диссертации изложены на 267 страницах машинописного текста, включают введение, обзор литературы, главы с описанием объекта и методов исследования, глав собственных исследований, обсуждение полученных результатов, выводы, практические рекомендации, библиографический список и приложения. Список литературы содержит 483 источника, из них 301 на русском языке, 182 на английском языке. Результаты исследования отражены в 65 рисунках и 18 таблицах.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика клинических наблюдений у лиц молодого возраста

Проведено контролируемое обследование 1500 лиц молодого возраста. В дальнейшем путем целенаправленной выборки было отобрано 660 лиц в возрасте от 15 до 23 лет (средний возраст $22,9 \pm 0,17$).

Критерии включения в исследуемые клинические группы:

1. Лица мужского и женского пола в возрасте от 15 до 25 лет, коренные жители г. Уфы.

2. Отсутствие качественных лечебно-профилактических мероприятий проводимых в полости рта в течение последних 6 месяцев.

Критерии исключения в исследуемые клинические группы:

1. Лица мужского и женского пола в возрасте старше 25 лет, коренные жители г. Уфы.

2. На момент исследования у данной категории лиц проведена профессиональная гигиена полости рта.

Всем лицам молодого возраста проведение лечебных мероприятий производилось с письменного информированного согласия в соответствии со ст. 43. о «Правах пациентов, участвующих в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения» Федерального закона № 429-ФЗ (ред. 22.12.2014) «О применении лекарственных средств».

Для лечения хронического воспаления в тканях пародонта и гиперкератотических процессов в полости рта использовали традиционную схему лечения и разработанные и запатентованные методики лечения.

Клинические исследования и лечение больных проводили на клинической базе кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России и в клинической стоматологической поликлинике при ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России в период с 2010 по 2015 гг. Обследование и динамическое наблюдение во всех группах проводились в одинаковые сроки. В диагностике основных заболеваний, оценке их тяжести и распространенности использовали общепринятые классификации.

При обследовании лиц молодого возраста использовали следующие методы исследования:

- клиническое исследование с определением стоматологического уровня здоровья, ортопантомография зубочелюстной системы, дентальная конусная компьютерная томография;

- лабораторные исследования:

а) активность лизоцима в ротовой жидкости;

б) определение содержания иммуноглобулина SIgA, IgG, IgM в ротовой жидкости;

в) микробиологическое исследование проб ротовой жидкости и мазков с полости рта;

г) определение ХЛ в ротовой жидкости;

д) гистологическое и иммуногистохимическое исследования биоптатов десны и слизистой оболочки рта.

Лабораторная часть исследования проводилась на базе лаборатории кафедры микробиологии и вирусологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России (зав. кафедрой д.м.н., профессор Туйгунов М.М.) и аккредитованной Центральной научно-исследовательской лаборатории Башкирского государственного

медицинского университета (зав. – д.м.н., проф. Р.Р. Фархутдинов) с использованием аттестованных методов и оборудования.

Хемилюминесценцию ротовой жидкости измеряли на приборе ХЛ-003. В качестве наиболее информативных показателей ХЛ были взяты светосумма S , и максимальная амплитуда медленной вспышки I_{max} .

Дизайн исследования представлен на рисунке 1.



Рис.1. Дизайн исследования клинических групп

Все полученные данные подвергали математической обработке – вычисляли средние арифметические рядов, ошибки средних арифметических, стандартные отклонения, определяли коэффициент достоверности по Стьюденту.

Статистическая обработка данных осуществляли с использованием стандартных пакетов программ прикладной статистики Excel-2000.

При описании количественных признаков использовали среднюю арифметическую (M), стандартную ошибку средней (m), при описании качественных признаков вычислялись относительные доли и стандартная ошибка доли, достоверность полученных данных оценивали с помощью критерия достоверности – t (критерий Стьюдента). Проверка статистических гипотез заключалась в сравнении полученного уровня значимости (p) с пороговым уровнем 0,001; 0,01; 0,05. При $p \leq 0,05$ нулевая гипотеза об отсутствии различий между показателями отвергалась и принималась альтернативная гипотеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведено комплексное стоматологическое обследование 660 лиц молодого возраста (средний возраст $22,9 \pm 0,17$). Среди всех обследованных было 248 (37,57%) мужчин и 412 (62,42%) женщин, лиц в возрасте 15-17 лет – 215 (32,57%) человек, из них мужчин – 82 (38,14%), женщин 133 (61,86%), в возрасте 18-20 лет – 220 (33,33%), соответственно лиц мужского и женского пола составило – 82 (37,27%) и 138 (62,72%) человек, среди возрастной группы 21-23 лет – 225 (34,09%) распределение по полу составило соответственно 84 (37,33%) и 141 (62,66%).

У $65,5 \pm 2,55\%$ обследуемых лиц наблюдался симптом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, обусловленный патологией прикуса. Данная категория лиц предъявляла жалобы на хруст - $8,6 \pm 1,13\%$, щелканье в суставе - $18,7 \pm 1,66\%$, у 38,2% наблюдалось зигзагообразное открывание рта при осмотре.

Слизистая оболочка преддверия полости рта бледно-розового цвета, влажная, блестящая. Средняя глубина (8-10мм) преддверия полости рта определена у 205 человек, у 230 человек - глубокое (>10 мм) и у 225 - мелкое (< 8 мм). У 219 человек отмечалось низкое прикрепление уздечки верхней губы и у 211 человек - высокое прикрепление уздечки нижней губы, среднее прикрепление у 205 человек, слабое прикрепление - у 25 человек.

При изучении состояния прикуса глубокая резцовая окклюзия наблюдалась у 211 ($31,97 \pm 2,75\%$) обследованных пациентов, перекрестная окклюзия – у 75 ($11,36 \pm 1,13\%$), мезиальная окклюзия – у 116 ($17,57 \pm 1,12\%$), прямая резцовая окклюзия – у 110 ($16,67 \pm 1,12\%$) и дистальная окклюзия у 148 пациентов ($22,42 \pm 1,66\%$). Аномалии положения отдельных зубов и зубных рядов диагностировано соответственно в 82% случаев.

В результате исследования установлена высокая распространенность кариеса ($98 \pm 0,001\%$), интенсивность кариозного процесса составила в среднем $12,29 \pm 0,97$.

У обследованных лиц в зависимости от возраста отмечается выраженный прирост интенсивности кариозного процесса. При этом уровень интенсивности кариозного процесса в среднем в возрастной группе 15-17 лет является высоким, у лиц от 18 до 23 лет - очень высоким. Наибольший уровень интенсивности кариозного процесса отмечался в возрастной группе 21-23 года. Прирост интенсивности по сравнению с возрастной группой 15-17 лет составил $1,8 \pm 0,13\%$, с возрастной группой 18-20 лет – $1,19 \pm 0,09\%$ ($p < 0,05$).

В ходе комплексного стоматологического обследования лиц молодого возраста установлена высокая распространенность патологии твердых тканей зубов некариозного происхождения. Чаще диагностировалась пятнистая и бороздчатая формы системной гипоплазии: в возрастной группе 15-17 лет – $61,7 \pm 3,5\%$, в возрастной группе 18-20 лет – $52,4 \pm 3,4\%$, в группе 21-23 года – $56,5 \pm 4,4\%$ ($p < 0,05$). Патологическая стираемость смешанного типа чаще определялась на фронтальных зубах ($82,7 \pm 4,6\%$), в возрастной группе 15-17 лет – $9,7 \pm 3,5\%$, в возрастной группе 18-20 лет – $32,4 \pm 3,4\%$, в группе 21-23 года – $40,6 \pm 4,4\%$ ($p < 0,05$). Клиновидный дефект выявлялся в среднем в одинаковом количестве – $6,5 \pm 1,6\%$ во всех возрастных группах ($p < 0,05$). Симптом гиперестезии твердых тканей зубов в зависимости от возраста определялся соответственно в $20,4 \pm 4,6\%$, $51,4 \pm 3,2\%$, $55,9 \pm 5,3\%$ случаев ($p < 0,05$).

Нами изучены интегральные показатели уровня стоматологической помощи (УСП) в ключевой (по ВОЗ) возрастной группе 15 лет (70 человек) и группе 18 лет (75 человек).

Уровень оказания стоматологической помощи (УСП) составил в среднем в возрастной группе 15 лет – $43,5\%$, в группе 17 лет – $37,6\%$. Это позволяет говорить о том, что нами выявлен плохой уровень оказания стоматологической помощи лицам ключевых по ВОЗ возрастных групп.

У $7,27\%$ обследованных среднее значение индекса гигиены составил $1,09 \pm 0,08$ за счет компонента мягкого зубного налета. Уровень гигиены полости рта у $92,73\%$ обследованных оценен как неудовлетворительный и составил в среднем $2,42 \pm 0,33$ ($p < 0,05$). Компонент зубного налета у этих лиц составил $0,82 \pm 0,08$, компонент зубного камня – $1,60 \pm 0,14$ ($p < 0,05$).

При оценке воспаления по индексу РМА легкая степень воспаления нами определена у $35,76 \pm 0,05\%$, средняя степень - $40,30 \pm 0,05\%$, тяжелая - $16,67 \pm 0,05\%$. У $7,27 \pm 0,04\%$ обследованных воспаление не выявлялось.

Результаты изучения индекса СРІТN показывают, что осмотренные лица молодого возраста в $92,73 \pm 1,12\%$ случаев нуждаются в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Среди всех обследованных секстантов у лиц молодого возраста код «интактный пародонт» определен у $21,00 \pm 0,51\%$ обследованных секстантов, код «десневая кровоточивость после зондирования» у $53,7 \pm 1,21\%$ обследованных секстантов, код «наличие над- и поддесневого «зубного камня»» у $25,10 \pm 0,22\%$ обследованных секстантов (рис.2).



Рис. 2. Распространенность кодов индекса CPITN среди лиц молодого возраста

При этом код «интактный пародонт» в возрастной группе 15-17 лет составил в среднем $31,91 \pm 1,33\%$ обследованных секстантов, в 18-20 лет – $30,11 \pm 0,55\%$, в 21-23 года – $15,72 \pm 0,45\%$ ($p < 0,05$) (рис. 3).

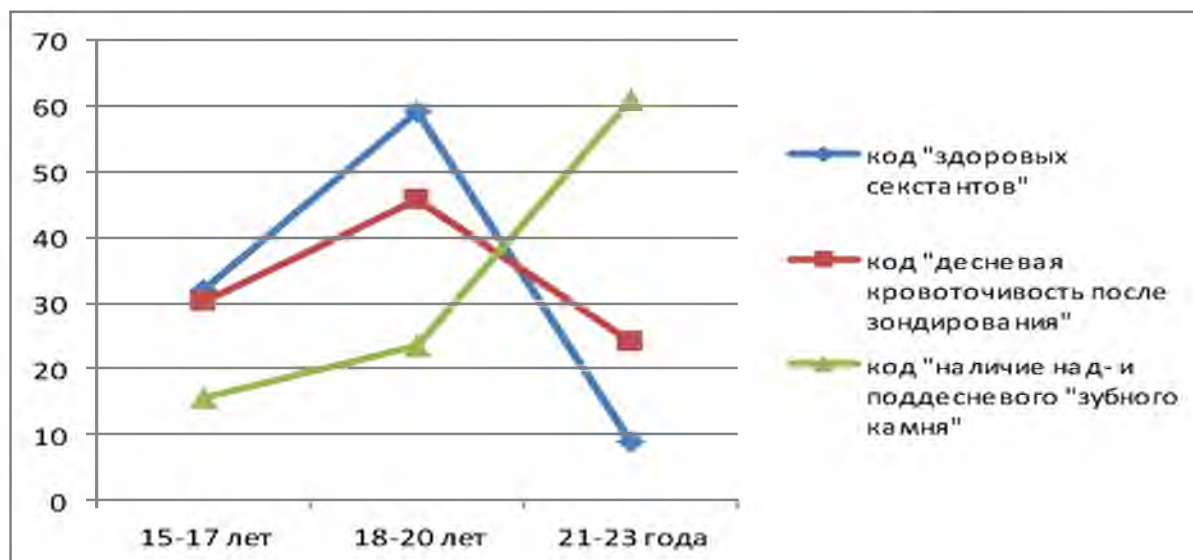


Рис. 3. Распространенность кодов индекса CPITN среди лиц молодого возраста в зависимости от возраста

В возрастной группе 15-17 лет код «десневая кровоточивость после зондирования» составил в среднем $59,20 \pm 0,25\%$ обследованных секстантов, в группе 18-20 лет – $45,74 \pm 0,33\%$, в 21-23 года – $23,44 \pm 1,33\%$ ($p < 0,05$). Код «наличие над- и поддесневого «зубного камня»» в возрастной группе 15-17 лет со-

ставил в среднем $8,92 \pm 1,32\%$ обследованных секстантов, в 18-20 лет – $24,23 \pm 3,61\%$, в 21-23 года – $60,92 \pm 1,65\%$ ($p < 0,05$).

Результаты наблюдения, свидетельствуют о том, что у лиц молодого возраста интенсивность воспалительного процесса в тканях пародонта в зависимости от возраста на одного обследованного постоянно нарастает.

I группа - 48 (7,27%) пациентов с клинически интактным пародонтом (КИП);

II группа – 612 (92,73%) пациентов с хроническим гингивитом (ХГ).

При проведении обследования была выявлена высокая распространенность заболеваний СОР. Распространенность заболеваний СОР среди лиц молодого возраста представлена на рис. 4.

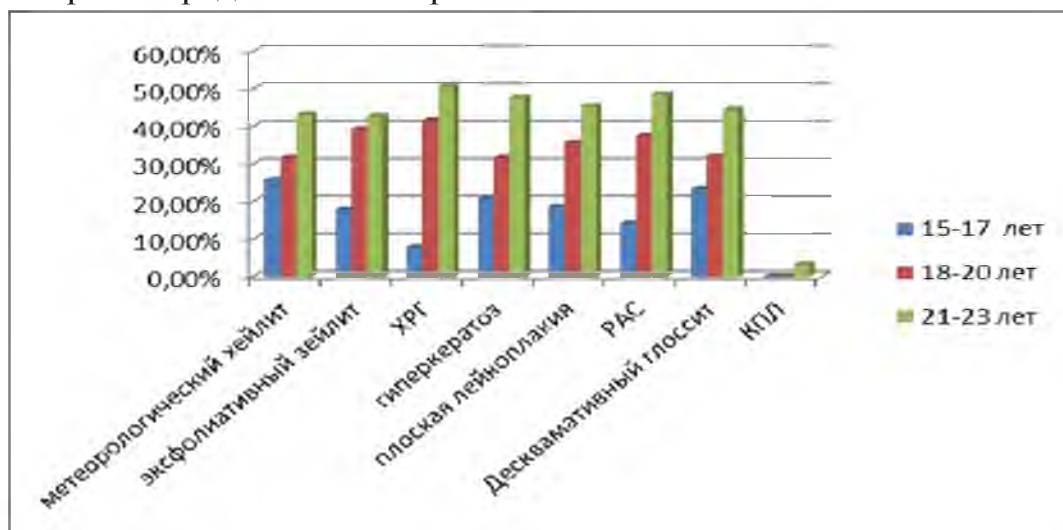


Рис. 4. Распространенность заболеваний СОР среди лиц молодого возраста (%)

Метеорологический хейлит диагностирован у $57,7 \pm 2,33\%$ обследованных, сухая форма эксфолиативного хейлита - в $28,7 \pm 1,66\%$ случаев. Только у $13,6 \pm 0,15\%$ лиц при клиническом осмотре красной каймы губ была без патологических изменений.

Очаги рецидивирующего герпетического стоматита локализовались на красной кайме губ, при этом в $72,5 \pm 4,37\%$ случаях на верхней губе, в $27,5 \pm 3,52\%$ - на нижней.

У $16,67 \pm 2,44\%$ обследованных выявлены очаги гиперкератоза на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, у $16,66 \pm 1,63\%$ - очаги гиперкератоза, относящиеся к «белым проявлениям». При проведении люминесцентной диагностики слизистой оболочки рта в лучах Вуда определено голубовато-фиолетовое свечение, характерное для гиперкератоза у $18,7 \pm 0,78\%$ случаев у лиц в возрасте 15-17 лет, среди лиц 18-20 лет у $35,8 \pm 0,54\%$, у лиц 21-23 года в $45,5 \pm 1,66\%$ случаев. Рецидивирующий афтозный стоматит диагностирован у $21,22\%$ осмотренных. Типичная и эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая определялась у $3,3\%$ лиц в возрасте 21-23 года.

При анализе ОПТГ у лиц молодого возраста в $61,44 \pm 1,12\%$ случаев рентгенологических изменений в костной ткани не определялось, компактная пластинка межзубных перегородок на всем протяжении была сохранена.

У $38,56 \pm 3,2\%$ обследованных лиц молодого возраста на ОПТГ выявлен остеопороз кортикальной пластинки вершин межзубных перегородок в области отдельных зубов.

При анализе дентальной компьютерной томографии у $35,42 \pm 1,75\%$ лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом выявлены изменения наружной и внутренней кортикальной пластинки в виде ее истончения в области отдельных зубов, мелкие очаги остеопороза у вершин альвеолярных гребней, что соответствует начальным рентгенологическим признакам хронического воспаления.



Рис. 5. Дентальная компьютерная томография пациента Ш., 1998 г.р. с клинически интактным пародонтом

У $76,06 \pm 2,75\%$ пациентов с хроническим гингивитом выявлено расширение периодонтальной щели и истончение зубных перегородок в области отдельных зубов.

Результаты микробиологического исследования мазков со слизистой оболочки рта и проб ротовой жидкости у лиц молодого возраста. Проведено изучение состояния микробиоценоза полости рта у 660 лиц молодого возраста с хроническим гингивитом – $92,73\%$ и с клинически интактным пародонтом – $7,27\%$, в результате которых выделено 3490 штаммов микроорганизмов, относящихся к 15 родам и 26 видам.

Частота обнаружения микроорганизмов, потенциально участвующих в развитии хронических воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста, представлена в таблице 2.

Таблица 2

Частота выделения отдельных видов микроорганизмов у лиц молодого возраста в зависимости от клинического состояния пародонта

Микроорганизмы	Пациенты с клиническим диагнозом (абс. число/%)			
	КИП, n=48		ХГ, n=612	
<i>p. Staphylococcus</i>				
<i>S.aureus</i>	7	35,0*	10	22,7
<i>S.epidermidis</i>	9	45,0*	13	29,5
<i>S.haemolyticus</i>	2	10,0	5	11,4
<i>S.hyicus</i>	2	10,0	8	18,2*
<i>S.simulans</i>	–	–	3	6,8*
<i>S.intermedius</i>	1	5,0	2	4,5
<i>p. Streptococcus</i>				
<i>Str.pyogenes</i>	4	20,0	9	20,5
<i>Str.mutans</i>	5	25,0	13	29,5*
<i>Str.salivarius</i>	7	35,0	23	52,3*
<i>Str.mitis</i>	3	15,0	10	22,7*
<i>Str.sanguis</i>	1	5,0	7	15,9*
<i>Str.pneumoniae</i>	2	10,0	10	22,7*
<i>p. Enterococcus (E.faecalis)</i>	9	45,0	13	29,5
<i>p. Neisseria</i>	10	50,0	13	29,5
<i>p. Moraxella (M.catarrhalis)</i>	2	10,0	10	22,7*
Сем. Enterobacteriaceae	1	5,0	4	9,1*
<i>p. Escherichia (E.coli)</i>	2	10,0	3	6,8
<i>p. Klebsiella (Kl.pneumoniae)</i>	–	–	2	4,5*
<i>p. Proteus (Pr.mirabilis)</i>	–	–	1	2,3*
<i>p. Enterobacter (E.agglomerans)</i>	–	–	3	6,8*
<i>p. Pseudomonas (Ps.aerogenes)</i>	4	–	7	15,9
<i>p. Corynebacterium:</i>	4	20,0	10	22,7
<i>p. Candida (C. albicans)</i>	2	20,0	3	6,8
<i>p. Saccharomyces</i>	–	10,0	13	27,3*
<i>p. Actinomyces</i>	17	35,4	376	61,43*
<i>p. Peptostreptococcus</i>				

* $p \leq 0,05$ статистически достоверные различия по сравнению с группой с клинически интактным пародонтом

Анализ результатов исследования показал высокую частоту выделения дрожжеподобных грибов *C. albicans* у обследованных лиц молодого возраста. У 17 (35,42±0,05%) пациентов с клинически интактным пародонтом в ротовой жидкости обнаружены дрожжеподобные грибы рода *Candida* (*C. albicans*). При этом *C. albicans* определялась в количестве $10^2 - 10^3$ КОЕ/мл в 64,7% случаев,

в 10^3 - 10^4 КОЕ/мл в 35,41% случаев, что определило состояние кандидоносительства ($p \leq 0,05$).

При хроническом гингивите распространенность дрожжеподобных грибов рода *Candida* (*C. albicans*) выявлена у 376 обследованных ($61,44 \pm 0,05\%$), в том числе псевдомицелиальные формы обнаружены у 124 пациентов ($32,98 \pm 0,03\%$), дрожжевая форма у 252 ($67,02 \pm 0,05\%$), что свидетельствовало о дисбиотическом сдвиге в сторону кандидоза. Наблюдается и значительное возрастание доли дрожжеподобных грибов рода *Candida* (*C. albicans*) 10^4 – 10^5 КОЕ/мл ($p \leq 0,05$).

Микроскопическое исследование проб ротовой жидкости у $61,44 \pm 0,05\%$ лиц молодого возраста с хроническим гингивитом обнаружены дрожжеподобные грибы рода *Candida* (*C. albicans*), в виде псевдомицелия у $67,1 \pm 0,03\%$, дрожжевая форма у $32,9 \pm 0,05\%$ обследованных. У $17,97 \pm 0,04\%$ лиц с хроническим гингивитом обнаружены псевдомицелиальные формы у 86,6 %, дрожжевая форма у 13,3%, случаев. Наблюдается и значительное возрастание доли дрожжеподобных грибов рода *Candida* (*C. albicans*) не только при хроническом гингивите, но в клинически интактном пародонте от 10^2 до 10^3 КОЕ/мл.

При микроскопическом исследовании мазков с различных отделов полости рта (десны, языка, щеки, зева) у пациентов с клинически интактным пародонтом дрожжеподобные грибы рода *Candida* (*C. albicans*) обнаружены в соскобе с языка и с десны соответственно в 32,5% и 12,2% случаев, со слизистой зева в 26,2% случаев, со слизистой щеки 14,1% случаев.

У пациентов с хроническим гингивитом дрожжеподобные грибы рода *Candida* (*C. albicans*) выявлены при микроскопии мазков с языка, со слизистой десны, зева и щеки соответственно в 72,1%, 50,5%, 52,6% и 24,1% случаев. Данные проведенных исследований показали, что у лиц молодого возраста с КИП и ХГ наблюдается нарушение естественного микробиоценоза полости рта с появлением представителей условно-патогенной микрофлоры - дрожжеподобных грибов рода *Candida* (*C. albicans*) (табл. 3).

У 267 обследованных лиц (40,45%) на слизистой десны обнаруживалась преимущественно кокковая флора, доля которых в среднем составила $82,5 \pm 6,4\%$ штаммов, у 259 человек (39,24%) были обнаружены *Streptococcus* spp., у 55 (85,9%) – *Staphylococcus* spp., у 54 (84,4%) – *Peptostreptococcus* spp., у 22 (34,3%) – *Enterococcus* spp. У 35 человек в 54,7% случаев были выделены грамотрицательные кокки сем. *Neisseriaceae*, у 16 человек в 25,0% случаев – грамотрицательные палочки: сем. *Enterobacteriaceae* – у 13 человек (20,3%), *Pseudomonas* spp. – у 3 человек (4,7%), *Actinomyces* spp. – у 12 (18,7%), *Corynebacterium* spp. – у 11 человек (17,2%).

Таблица 3

Характер микробиоценоза полости рта в клинически интактном пародонте и при хроническом гингивите

Микрофлора	Клинически интактный пародонт (n=48)		Хронический гингивит (n=612)	
	Частота выделения	Титр	Частота выделения	Титр
Лактобациллы	94%	$10^3 - 10^4$	89%	$10^5 - 10^{6*}$
Стрептококки spp.	25%	$10^5 - 10^7$	92,2%	10^{9*}
Стафилококки spp.	30%	$10^3 - 10^4$	85,9%	10^{9*}
Staph. aureus	2%	10^3	52%	10^{5*}
Фузобактерии	30 – 40%	$10^3 - 10^5$	9,75%	$10^5 - 10^{7*}$
Candidaspp. (C. albicans)	35,4%	$10^3 - 10^4$	61,43%	$10^4 - 10^{5*}$
Нейссерии spp.	83%	$10^3 - 10^7$	54,7%	$10^5 - 10^{12}$
Лептотрихии (семейство бактероидов)	94%	$10^3 - 10^4$	51,5%	10^{12*}
Бифидобактерии	85%	$10^2 - 10^5$	87%	$10^4 - 10^{7*}$

Статистически достоверные различия при уровне значимости $p \leq 0,05$

У 59,54% лиц молодого возраста микробиологическими методами выявлено увеличения представителей кокковой флоры - рода стрептококков - 4-х кратное, 3-х кратное - рода стафилококков, в том числе 26-ти кратное Staph. aureus, при этом незначительно уменьшаются представители грамотрицательных диплококков - рода нейссерий, грамотрицательных облигатных анаэробов: в 4-х кратное фузобактерий, 2-х кратное представителей семейства бактероидов, что способствовало достоверному 2-х кратному увеличению титра и частоты выделения дрожжеподобных грибов рода Candida (C. albicans).

В целом, полученные результаты комплексного микробиологического исследования свидетельствуют, что у 59,54% лиц молодого возраста с КИП и ХГ наблюдаются выраженные качественные и количественные изменения биотопа полости рта в сторону выявления представителей условно-патогенной микрофлоры - дрожжеподобных грибов рода Candida (C. albicans). Эти данные свидетельствуют о кандидоносительстве и выраженном дисбиозе в сторону кандидоза.

У лиц молодого возраста с ХГ в 61,44% в биотопе полости рта частота встречаемости дрожжеподобных грибов рода Candida увеличивается в среднем 1,7 раза по сравнению с группой лиц с КИП ($p \leq 0,05$).

Анализ результатов комплексного обследования лиц молодого возраста позволил распределить клинические группы на подгруппы:

I группа - 48 пациентов с клинически интактным пародонтом (7,27%), из них только у 64,58% выявлен интактный пародонт (Ia подгруппа), а у 35,4% случаев интактный пародонт с кандидоносительством (Iб подгруппа);

II группа – 512 (77,57%) пациентов с хроническим гингивитом, в 47,01% случаев гингивит обусловлен пародонтопатогенной микрофлорой (IIa подгруппа), в 52,98% случаев хронический гингивит с дисбиозом в сторону кандидоза (IIб подгруппа);

III группа – 110 (17,97%) пациентов с хроническим гингивитом с дисбиозом в сторону кандидоза и гиперкератотическими процессами слизистой оболочки рта.

Нами установлено, что все указанные микроорганизмы на слизистой десны как при клинически интактном пародонте, так и при хроническом гингивите обнаруживались преимущественно в виде 3-, 4-, 5-компонентных ассоциаций, соответственно в 25,0%, 40,8%, 26,5% случаев. Доля 6-компонентных ассоциаций составляла 4,7%, а 2- и 7-компонентных – по 1,6% случаев. Усложнение микробных ассоциаций, обнаруживаемых в области десневого края, способствовало прогрессированию и усугублению хронических заболеваний пародонта.

Анализ взаимосвязи между концентрацией лактобактерий и микроэлементным составом ротовой жидкости. В группе лиц с клинически интактным пародонтом (подгруппа Ia) только у 64,58±0,05% обследованных лиц диагностировано отсутствие риска развития воспалительных заболеваний пародонта и кариеса.

У 35,41% лиц с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством (подгруппа Ib) в ротовой жидкости диагностирован риск развития и прогрессирования кариеса, и воспалительных заболеваний пародонта при средних значениях соотношения макроэлементов Ca/P к Na/K (1,3:0,99) и количественном росте колоний лактобактерий $10^5 - 10^6$ КОЕ/мл.

В 67,1% случаев у лиц с хроническим гингивитом и дисбиозом в сторону кандидоза подгруппа IIб и группа III выявлено соотношение Ca/P к Na/K как 1,1:1,2 ($p < 0,05$), отмечался количественный рост колоний лактобактерий до $10^5 - 10^6$ КОЕ/мл. Эти данные свидетельствовали о прогрессировании как кариеса, так и усугублении течения воспалительных заболеваний пародонта.

У лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством уровень SIgA был в 1,8 раз ниже, чем у лиц без кандидоносительства, а концентрация лизоцима - в 1,2 раза выше. При хроническом гингивите с дисбиозом в сторону кандидоза уровень SIgA был в 1,6 раз ниже, чем у лиц без кандидоносительства, а концентрация лизоцима - в 1,9 раза выше.

По данным нашего исследования в группах обследуемых пациентов имела место недостаточная функция местного иммунитета полости рта, проявляющаяся сниженным содержанием SIgA и повышением лизоцима в ротовой жидкости, с более выраженными изменениями у лиц с кандидоносительством и

дисбиозом в сторону кандидоза. Как результат компенсации недостаточности SIgA в ротовой жидкости возрастало содержание в ней лизоцима.

По данным клинико-морфологического исследования биоптатов десны у лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом и ранними проявлениями хронического гингивита, хроническом гингивите с дисбиозом в сторону кандидоза и пациентов с хроническим гингивитом с дисбиозом в сторону кандидоза и гиперкератотическими процессами слизистой оболочки рта, нами установлено отсутствие прямого соответствия выраженных клинических признаков и тяжести воспалительного процесса в тканях пародонта от гистологической картины.

При наступлении фазы раннего воспаления у пациентов с клинически интактным пародонтом в 35,42% случаев клинически выявлен ранний признак воспаления - кровоточивость, очаги гиперемии на фоне пастозной слизистой, обнаружено кандидоносительство, а морфологически в тканях десны наблюдается усиление фибробластической инфильтрации. При этом сложившаяся доклиническая бессимптомная стадия переходит в выраженное хроническое воспаление, что может служить маркером изменения, как гомеостаза полости рта, так и морфологических изменений. Известно, что *Candidaspp.*(*C. albicans*) сами обладают способностью тормозить развитие иммунных реакций, обладают относительно невысокими иммуногенными свойствами, поэтому активность гуморальной иммунной реакции к ним не столь значительна, как к вирусам и многим бактериям. Клеточная стенка *Candidaspp.* имеет прочную структуру, и устойчива к воздействию активация системы комплемента (рис.6).

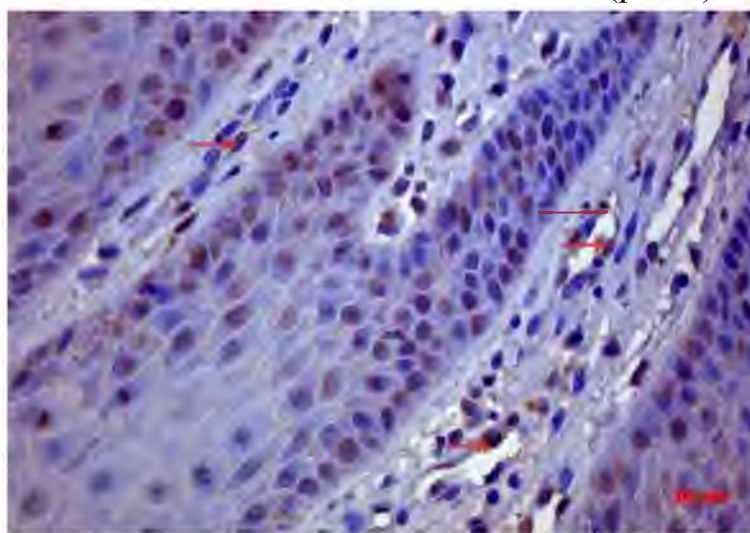


Рис. 6.Клинически интактный пародонт с ранними проявлениями хронического воспаления (подгруппа Ib). Экспрессия PCNA клетками базального слоя эпителия и эндотелиальными клетками капилляров сосочкового слоя собственной пластинки десны (↑). Иммуногистохимическая реакция на PCNA. Докраска гематоксилином

При хроническом гингивите в 43,46% случаев, обусловленном выраженным дисбиозом в сторону кандидоза происходит усугубление хронического воспаления в клиническом, микробиологическом и морфологическом плане с более выраженной фибробластической реакцией в сосочковом слое, и появлением иммунокомпетентных клеток - лимфоцитов, что ведет к развитию реакций гиперчувствительности замедленного типа и хронизации воспалительного процесса. В собственной пластинке десны в 17,97% случаев лиц с хроническим гингивитом с дисбиозом в сторону кандидоза и гиперкератотическими процессами слизистой оболочки рта на фоне усиленной фибробластической реакции происходит миграция клеток воспалительного и иммунокомпетентного ряда: тучных клеток, лимфоцитов и плазмоцитов, что свидетельствует о появлении в тканях антител (рис.7).

Морфологически, на фоне выраженной фибробластической реакции в сосочковом слое десны, присоединяются лимфоциты, что свидетельствует о хронизации воспалительного процесса. У пациентов с хроническим гингивитом с дисбиозом в сторону кандидоза и гиперкератотическими процессами слизистой оболочки рта происходит еще более выраженное проявление хронического воспаления, как в клиническом, так и в микробиологическом и морфологическом аспектах, при этом в сосочковом слое десны наряду с усиленной фибробластической реакцией происходит увеличение воспалительных и иммунокомпетентных клеток (рис. 8).

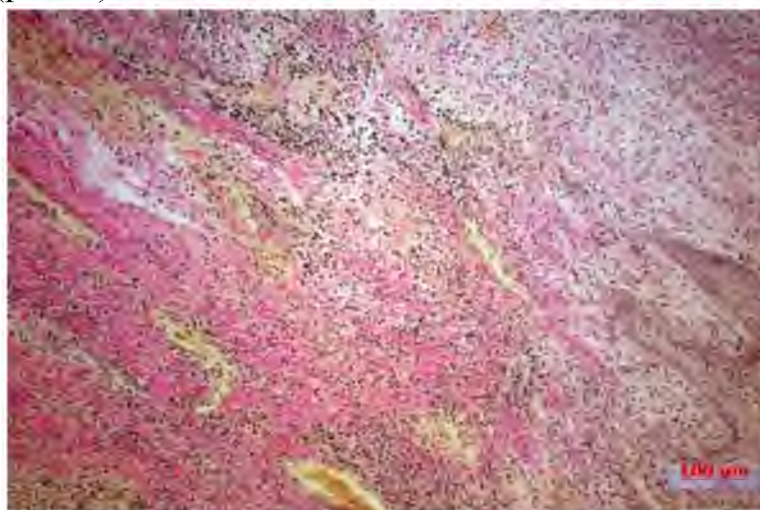


Рис. 7. Клинически интактный пародонт с ранними проявлениями хронического воспаления (подгруппа Ib). Разрежение и разволокнение коллагеновых волокон. Накопление аморфного вещества между волокнами. Круглоклеточная инфильтрация. Окраска по Ван-Гизон

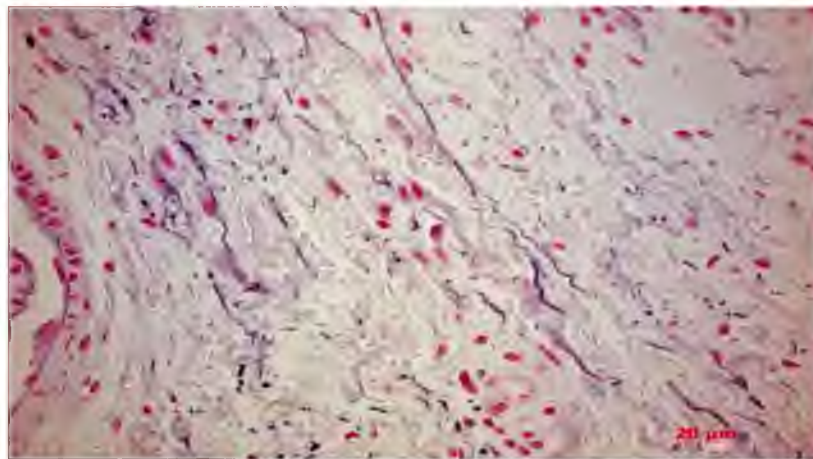


Рис. 8. Клинически интактный пародонт с ранними проявлениями хронического воспаления (подгруппа Ib). Разрушение эластических волокон в сосочковом слое в собственной пластинке десны. Окраска резорцин – фуксином

В тканях пародонта у лиц молодого возраста решающая роль в ответе на инвазию дрожжеподобных грибов рода *Candida* в сосочковом слое десны принадлежит клеткам фибробластического ряда, что позволило сделать следующие выводы: у пациентов с клинически интактным пародонтом и кандидоносительством при проведении индексной оценки состояния тканей пародонта выявлен скрытый характер раннего воспаления, и преобладание в сосочковом слое десны фибробластической инфильтрации, в группе с хроническим гингивитом с дисбиозом в сторону кандидоза клинически происходит усугубление признаков воспаления.

Иммуногистохимические изменения барьерной функции слизистой оболочки десны при хроническом воспалительном процессе в пародонте у лиц молодого возраста

Установлено, что при хроническом гингивите в 61,44% случаев выявлены выраженные морфологические изменения в эндотелиальных клетках капилляров сосочкового слоя собственной пластинки эпителия, вследствие гипоксии, вызванной обсемененностью полости рта дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Слизистая оболочка рта является объектом агрессии патогенной бактериальной флоры и условно-патогенной - дрожжеподобных грибов рода *Candida*, поэтому исследование состояния ее барьерной функции является перспективной задачей стоматологии.

По данным иммуногистохимических исследований биоптатов десны с хроническим гингивитом только эпителиоциты базального слоя были PCNA – положительные (рис.9).

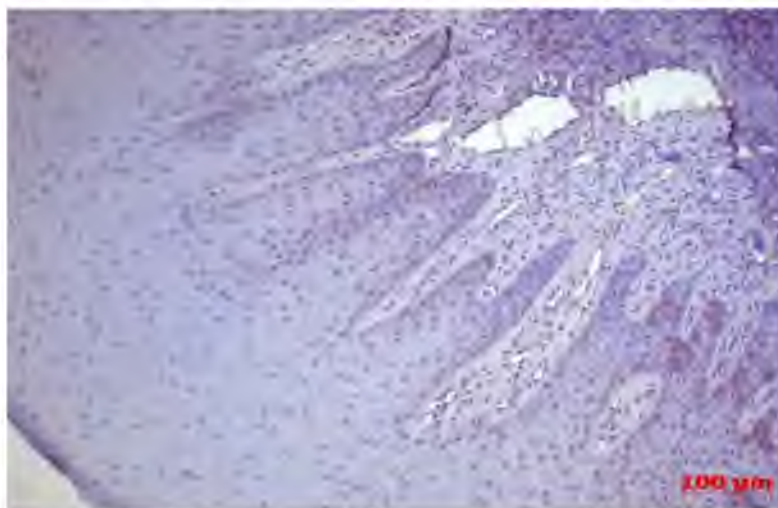


Рис. 9. Хронический гингивит - подгруппа IIb. Экспрессия PCNA клетками базального слоя. Иммуногистохимическая реакция на PCNA. Докраска гематоксилином

При иммуногистохимическом исследовании PCNA данный антиген в строме экспрессировался в основном эндотелиальными клетками сосудов, пронизывающих сосочковый слой собственной пластинки (рис. 10). Следовательно, пролиферативная активность клеток внутренней оболочки сосудов свидетельствовало об их новообразовании, и являлась признаком компенсаторной реакции при развившейся гипоксии, вызванной микробными агентами.

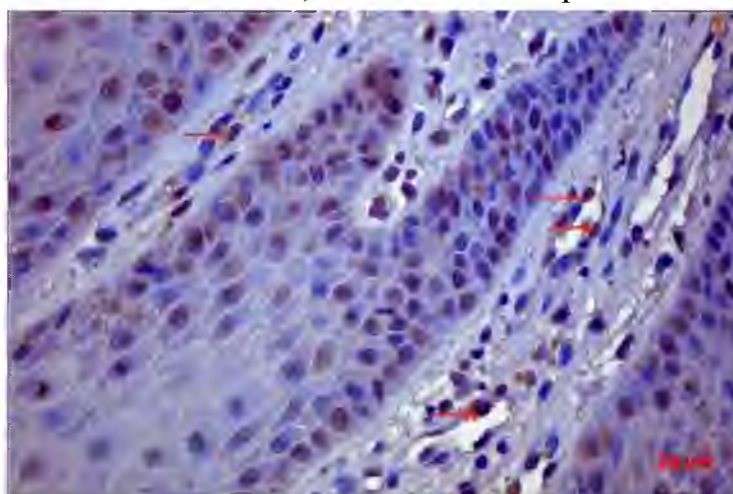


Рис. 10. Хронический гингивит - подгруппа IIb. Экспрессия PCNA эндотелиальными клетками капилляров сосочкового слоя собственной пластинки десны (↑). Иммуногистохимическая реакция на PCNA. Докраска гематоксилином

При изучении биоптатов мягких тканей десны лиц молодого возраста II клинической группы интенсивность противовоспалительного цитокина TGF- β 1 зависела от стадии и степени воспаления. При хроническом гингивите, обусловленном наличием дрожжеподобных грибов рода *Candida* (подгруппа IIb) трансформирующий фактор роста секретировался в пролиферативной стадии воспаления следующими клетками: макрофагами, плазмочитами, фиброб-

ластами и мезенхимными клетками, как эндогенно, так и экзогенно. При хроническом гингивите (клиническая группа – III) данный цитокин выявлялся в меньшей степени.

Таким образом, при выявленном хроническом гингивите (клиническая группа – III) в отличие от подгруппы IIб происходят более глубокие нарушения эпителия с атрофией собственно соединительной ткани круговой связки зуба.

Клинико-морфологические изменения тканей пародонта, обусловленные наличием дрожжеподобных грибов рода *Candida* у лиц молодого возраста. При наступлении фазы раннего воспаления (доклиническая стадия) в 35,42% случаев у пациентов Iб подгруппы морфологически в сосочковом слое слизистой оболочки определялись клетки фибробластического ряда (рис. 11).

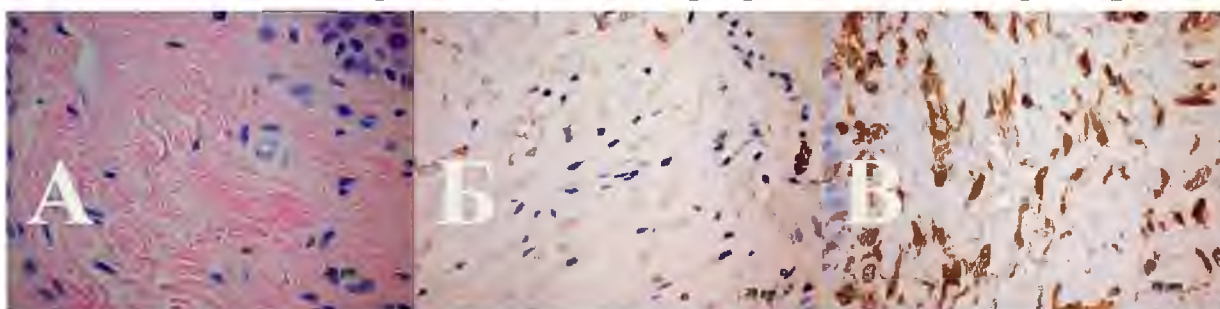


Рис. 11. Структура ткани пародонта клинически интактного пародонта с кандидоносительством и ранними признаками хронического гингивита (подгруппа Iб). А - сосочковый слой слизистой оболочки десны. Окраска гематоксилином и эозином. Б - Исследование CD68⁺ клеток в сосочковом слое десны. Непрямой иммунопероксидазный метод выявления CD68⁺ клеток с докраской гематоксилином. В - Исследование vimentin⁺ клеток в сосочковом слое десны. Непрямой иммунопероксидазный метод выявления vimentin⁺ клеток с докраской гематоксилином

При прогрессировании воспалительного процесса у лиц IIб подгруппы и III клинической группы с хроническим гингивитом и дисбиозом в сторону кандидоза объективно в слизистой десны определялась воспалительная реакция с отеком, гиперемией или синюшностью. Морфологически в сосочковом слое слизистой оболочки определялась высокая клеточная плотность, представленная преимущественно клетками соединительной ткани (рис. 12,13).

При детальном исследовании клеточного состава IIб подгруппы и III группы обнаружено, что количество фибробластов практически в 4 раза превышает численность клеток Iб подгруппы.



Рис. 12. Структура ткани десны пораженной хроническим гингивитом и дисбиозом в сторону кандидоза (подгруппа IIб).

А- сосочковый слой слизистой оболочки десны. Окраска гематоксилином и эозином. Б- Исследование $CD68^{+}$ клеток в сосочковом слое десны. Непрямой иммунопероксидазный метод выявления $CD68^{+}$ клеток с докраской гематоксилином. В-Исследование $vimentin^{+}$ клеток в сосочковом слое десны. Непрямой иммунопероксидазный метод выявления $vimentin^{+}$ клеток с докраской гематоксилином

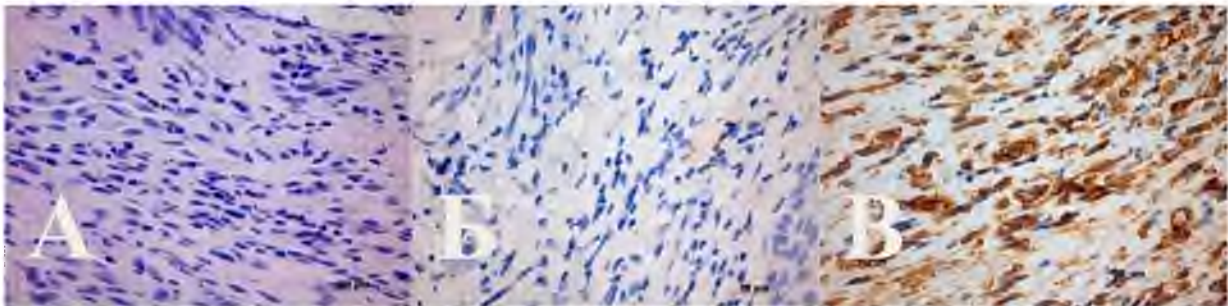


Рис. 13. Структура ткани десны, с хроническим гингивитом с признаками пародонтита и дисбиозом в сторону кандидоза (клиническая группа III).

А- сосочковый слой слизистой оболочки десны. Окраска гематоксилином и эозином. Б- Исследование $CD68^{+}$ клеток в сосочковом слое десны. Непрямой иммунопероксидазный метод выявления $CD68^{+}$ клеток с докраской гематоксилином. В-Исследование $vimentin^{+}$ клеток в сосочковом слое десны. Непрямой иммунопероксидазный метод выявления $vimentin^{+}$ клеток с докраской гематоксилином

Таким образом, у лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством, хроническим гингивитом с дисбиозом в сторону кандидоза морфологически в сосочковом слое десны на фоне локального иммунодефицита клетки фибробластического дифференцированного типа выступают в роли компенсаторных источников инициации выраженного хронического воспаления, что в дальнейшем приводит к рубцеванию собственной пластинки слизистой оболочки десны и нарушению её архитектоники.

При изучении состояния свободнорадикального окисления ротовой жидкости у лиц молодого возраста была оценена неспецифическая реакция защиты полости рта при клинически интактном пародонте и хроническом гингивите и клинически интактном пародонте с кандидоносительством, а также при хроническом гингивите с дисбиозом в сторону кандидоза. В полости рта существует определенный сбалансированный уровень СРО и АФК. С повышением

уровня АФК и продуктов окисления закономерно увеличивается уровень защитных систем, в частности активности антиоксидантов, которые полностью компенсируют повышенный уровень АФК. Так достигается новый баланс между про- и антиоксидантами клетками. При возникновении дисбаланса между интенсивностью свободнорадикальных процессов в ротовой жидкости и активностью антиоксидантной защиты развивается выраженный патологический процесс в полости рта. При проведении хемилюминесценции ротовой жидкости в группе лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом (группа Ia) были получены следующие показатели: светосумма свечения - S - составила $7,80 \pm 3,1$ усл.ед., максимальная амплитуда свечения – $3,10 \pm 0,6$ усл.ед. Эти данные были приняты нами за показатели нормы. Показатели хемилюминесценции ротовой жидкости клинических групп у лиц молодого возраста (средние значения в группах исследования) представлены в таблице 4.

Таблица 4

Показатели хемилюминесценции ротовой жидкости клинических групп у лиц молодого возраста (средние значения в группах исследования)

Показатели ХЛ РЖ	Показатели нормы Ia (n = 31)	группа Ib (n = 17)		группа IIb (n = 266)		группа III (n = 110)	
		Повышенные показатели ХЛ РЖ	Пониженная ХЛ РЖ	Повышенная ХЛ РЖ	Пониженная ХЛ РЖ	Повышенная ХЛ РЖ	Пониженная ХЛ РЖ
S- Светосумма (отн.ед.)	$7,80 \pm 3,1$ усл.ед	$24,12 \pm 2,4^*$	$5,21 \pm 0,4^*$	$29,74 \pm 2,6^*$	$4,25 \pm 1,2^*$	$35,15 \pm 2,4^*$	$3,34 \pm 2,4^*$
I _{max} - Максимальная амплитуда	$3,10 \pm 0,6$ усл.ед.	$9,66 \pm 0,4^*$	$1,74 \pm 0,04^*$	$12,29 \pm 0,16^*$	$1,23 \pm 0,41^*$	$16,42 \pm 0,15^*$	$0,90 \pm 0,05^*$

*достоверность показателей ХЛ РЖ по отношению к норме ($p \leq 0,001$)

По данным, представленным в таблице 4, показатели хемилюминесценции ротовой жидкости у пациентов в группах Ib, IIb и III имели разнонаправленный характер. У 48,78% лиц молодого возраста отмечались повышенные показатели, а у 51,21% – пониженные показатели ХЛ РЖ. Имелись достоверные отличия от показателей нормы во всех представленных группах. При повышенных значениях ХЛ РЖ в группе Ib показатели светосуммы и максимальной амплитуды были выше нормы в среднем в 3 раза, в группе IIb – в 4 раза, в третьей группе – 3,4-4,4 раза.

Исследования ХЛ ротовой жидкости пациентов с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством выявили отклонения в показателях от нормы. В группе Ib отмечались как повышенные, так и пониженные показатели свободно-радикального окисления ротовой жидкости (СРО РЖ) (рис. 14).

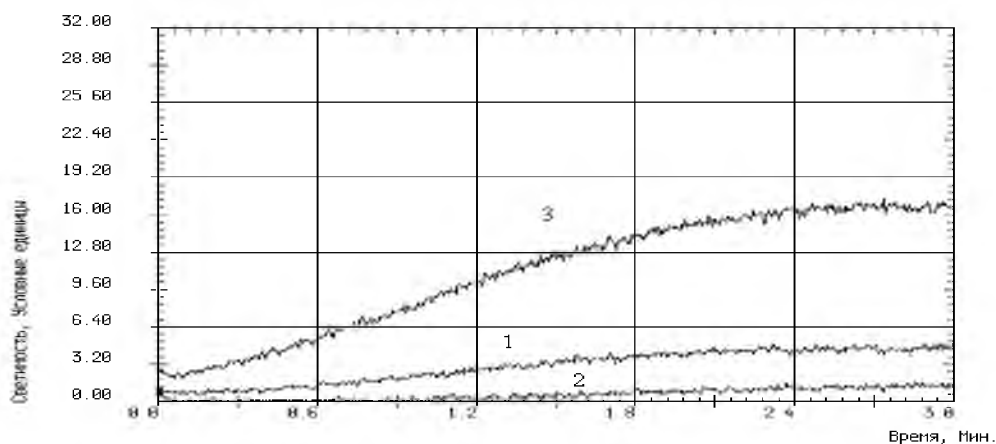


Рис. 14. Типичная запись хемилюминесценции ротовой жидкости пациентов с клинически интактным пародонтом: 1- подгруппа Iaс клинически интактным пародонтом с нормальными показателями СРО, 2- подгруппа Ib - клинически интактный пародонт с кандидоносительством и пониженным состоянием СРО, 3- подгруппа Ib – клинически интактный пародонт с кандидоносительством и повышенным состоянием СРО

Представленные данные свидетельствуют о напряжении и срыве адаптационных механизмов защиты полости рта и о необходимости проведения качественных лечебно-профилактических мероприятий. Кроме этого, следует обратить внимание на повышенные показатели ХЛ ротовой жидкости и необходимости назначения препаратов и профилактических средств, обладающих выраженным антиоксидантным действием, а также на пониженные значения ХЛ и назначения препаратов с прооксидантным действием.

Для определения эффективности предлагаемого комплекса лечения, методом случайной выборки все пациенты с хроническим гингивитом и с дисбиозом в сторону кандидоза, были разделены на две группы: с традиционным (Пб1) и с предложенным (Пб2) комплексом лечения.

Сразу после проведенного лечения, у всех пациентов вне зависимости от метода лечения отмечалось прекращение кровоточивости, отсутствие отека и гиперемии маргинальной десны. Десна приобрела бледно-розовую окраску, плотно прилегала к шейкам зубов. Однако уже через 6 месяцев в группе Пб1 жалобы на боль и кровоточивость десен при чистке зубов предъявляли $27,7 \pm 2,4\%$ пациентов, индекс РМА в среднем составил $24,46\% \pm 0,24$, индекс кровоточивости $1,02 \pm 0,22$ балла. В группе Пб1 2 пациента (9,1%) предъявляли жалобы на незначительную кровоточивость десен при чистке зубов, которая возникала периодически. У всех пациентов данной группы индекс гигиены был хорошим ($0,21 \pm 0,15$); РМА у 2 больных с рецидивом воспаления в среднем составил $11,4\% \pm 2,11$, у остальных $8,25 \pm 0,43$ в среднем, что достоверно ниже ($p < 0,001$) по сравнению с первой группой. Индекс кровоточивости в среднем был в пределах $0,19 \pm 0,83$ балла.

Через один год после лечения в группе Пб1 46,5% пациентов предъявляли жалобы на болезненность и кровоточивость десен при чистке зубов; РМА составил $29,65 \pm 0,33\%$, индекс кровоточивости $1,57 \pm 0,54^*$. При осмотре полости

рта отмечены признаки рецидива воспаления при удовлетворительной гигиене полости рта ($1,54 \pm 0,24$). Данные показатели соответствовали средней степени воспаления десны. В группе Пб2 154 пациента не предъявляли жалоб на состояние полости рта. Индексы воспаления (РМА) и кровоточивости в среднем по группе соответствовали легкой степени воспаления и составили соответственно $11,62 \pm 0,16\%$ и $0,35 \pm 0,08$ балла. Данные показатели были достоверно ниже в сравнении с показателями группы с традиционным лечением ($p < 0,001$).

В группе Пб1 через 18 месяцев после проведенного лечения показатели основных стоматологических индексов не имели достоверного отличия от показателей до лечения. В группе Пб2 в этот же период наблюдения все изучаемые индексы были достоверно ниже показателей до лечения и в сравнении с данными группы Пб1. Динамика изменений показателей микрофлоры полости рта у лиц с хроническим гингивитом в зависимости от метода лечения представлена в таблице 5.

Таблица 5

Динамика изменений показателей микрофлоры полости рта (лактобактерий и *Candidasp.*) у лиц с хроническим гингивитом в зависимости от метода лечения

Показатели микрофлоры	Группа Пб1 (n=176)						Группа Пб2 (n=200)					
	До лечения	Сразу после лечения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев	Через 18 месяцев	До лечения	Сразу после лечения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев	Через 18 месяцев
Показатели микрофлоры полости рта												
Лактобактерии (КОЕ/мл)	$10^5 - 10^6$	$10^3 - 10^4^*$	$10^3 - 10^4^*$	$10^4 - 10^5^*$	$10^4 - 10^6^*$	$10^5 - 10^6^*$	$10^5 - 10^6$	$10^3 - 10^4^*$	$10^3 - 10^4^*$	$10^3 - 10^4^{***}$	$10^3 - 10^4^{***}$	$10^3 - 10^4^{***}$
<i>Candidasp.</i> (КОЕ/мл)	10^5	$10^2 - 10^3^*$	$10^3 - 10^4^*$	$10^3 - 10^4^*$	$10^4 - 10^5^*$	10^5^*	10^5	$10^2 - 10^3^*$	$10^2 - 10^3$	$10^2 - 10^{3**}$ *	$10^2 - 10^{3**}$ *	$10^2 - 10^{3**}$ *

* - отличие достоверное в равнении с показателями до лечения ($p < 0,001$);

** - отличие достоверное в равнении с показателями группы с традиционным лечением ($p < 0,001$)

В группе с традиционной схемой лечения уже через 3 месяца отмечалось увеличение количества *Candidaalbicans* и через 6 месяцев – увеличение содержания лактобактерий. Через 18 месяцев показатели микробиоты полости рта в этой группе вернулись к исходным показателям. В группе с предложенной схемой лечения полученные результаты были стабильны. Так, в данной группе в течение всего периода наблюдений не произошло изменений в концентрации вышеназванных микроорганизмов.

После проведенного лечения произошло достоверное изменение концентрации SIgA и лизоцима в ротовой жидкости в сторону их нормализации, которое более выражено изменялось во второй группе, и сохранялось в течение всего периода наблюдений.

Изучение показателей ХЛ РЖ после лечения показало, что обе схемы лечения эффективны, однако в группе с традиционным лечением уже через 6 месяцев произошли изменения в состоянии СРО РЖ: если после лечения и через 3 месяца все показатели были в пределах нормальных величин, через полгода они приобрели разнонаправленный характер, т.е. у части пациентов были повышенные и у другой части - пониженные. Применение предложенного комплекса позволило сохранить стабильность уровня СРО РЖ в течение 18 месяцев.

Для оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий у лиц молодого возраста с гиперкератотическими процессами слизистой оболочки рта было проведено клиническое обследование, люминесцентная диагностика, изучено состояние микрофлоры полости рта и СРО РЖ.

В зависимости от метода лечения 110 пациентов III группы были разделены на 2 подгруппы: III1 (50 человек) – получали традиционную схему лечения, III2 (60 человек) – предложенный комплекс. Сроки наблюдения составили 6 и 12 месяцев после проведенного лечения.

Через 6 месяцев после проведенного курса традиционного лечения у 28 пациентов группы III1 сохранялись клинические и люминесцентные признаки явлений гиперкератоза. Через 12 месяцев после проведения традиционной схемы достоверных изменений не выявлено.

Клиническая картина состояния СОР у всех пациентов группы III2 после проведенного лечения была в пределах нормы.

Изменения показателей лактобактерий и дрожжеподобных грибов рода *Candida* в зависимости от метода лечения представлены в таблице 6.

Сразу после лечения произошло достоверное снижение в показателях микрофлоры полости рта, но при динамическом наблюдении в группе III2 отмечалась стабильность полученных результатов в течение года, а в группе III1 – через полгода произошло увеличение содержания лактобактерий и *Candidaalbicans*, а через год они были идентичны показателям до лечения.

Таблица 6

Динамика изменений показателей микрофлоры полости рта (лактобактерий и *Candidaspp.*) у лиц с гиперкератотическими процессами СОР в зависимости от метода лечения

Показатели микрофлоры	Группа III1 (n=50)				Группа III2(n=60)			
	До лечения	Сразу после лечения	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев	До лечения	Сразу после лечения	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Лактобактерии (КОЕ/мл)	10^6-10^7	$10^3-10^4^*$	$10^5-10^6^*$	$10^6-10^7^*$	10^6-10^7	$10^3-10^4^*$	$10^3-10^4^{***}$	$10^3-10^4^{***}$
<i>Candidaspp.</i> (КОЕ/мл)	10^7	$10^3-10^4^*$	$10^5-10^6^*$	$10^6-10^7^*$	10^7	$10^2-10^3^*$	$10^2-10^3^{***}$	$10^2-10^3^{**}$

* - отличие достоверное в равнении с показателями до лечения ($p<0,001$);

** - отличие достоверное в равнении с показателями группы с традиционным лечением ($p < 0,001$)

Проведенное лечение оказало положительный эффект на состояние местного иммунитета полости рта, но предложенный комплекс позволил добиться стабилизации в показателях SIgA и лизоцима в течение всего периода наблюдений.

Изучение показателей ХЛ РЖ после лечения показало, что проведенное лечение оказало положительный эффект на состояние СРО РЖ. Но при динамическом наблюдении в группе III2 стабильность полученных результатов была выше. В группе III1 уже через полгода показатели ХЛ РЖ имели разнонаправленный характер, т.е. у 38 пациентов были повышенные и у 12 - пониженные.

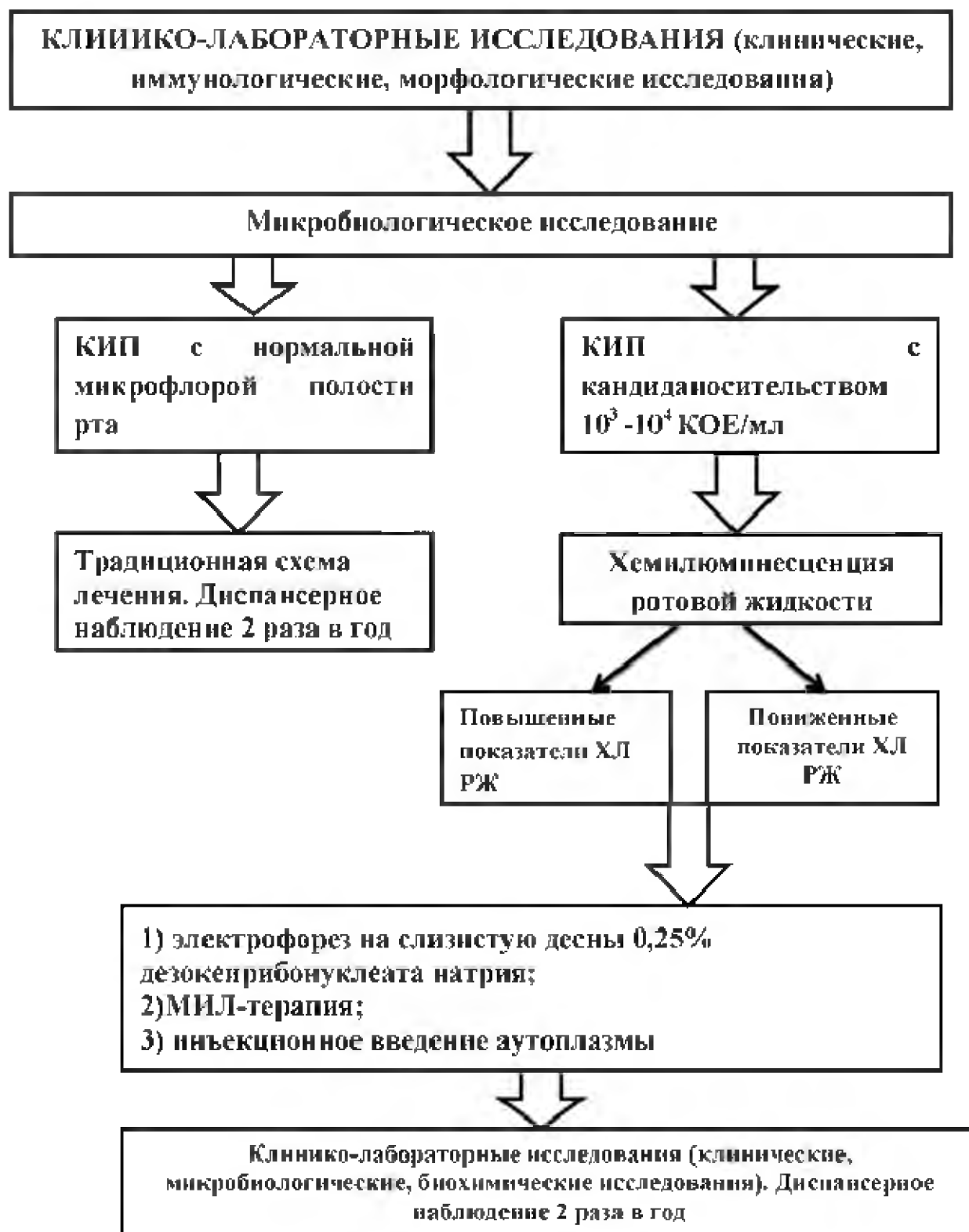
Таким образом, по данным клинического обследования и сопоставления результатов лечения лиц молодого возраста с гиперкератотическими процессами, предложенный комплекс позволил добиться достоверно более высокий клинический эффект и ремиссию в течение всего периода наблюдений.

Предлагаемые комплексы лечения и профилактики пациентов с хроническим гингивитом и с дисбиозом в сторону кандидоза и гиперкератотическими процессами слизистой оболочки рта позволили устранить хроническое воспаление, нормализовать состояние свободнорадикального окисления, стабилизировать микробиоценоз полости рта.

Подводя итог проведенному исследованию, можно сделать следующее заключение: у лиц молодого возраста для повышения эффективности лечения хронического гингивита и гиперкератотических процессов на слизистой оболочке полости рта необходимо уточнять состав микробиоты, уровень свободнорадикального окисления ротовой жидкости и включать в схему лечения, предложенные нами препараты и методы, которые показали свою высокую эффективность.

На основании проведенных исследований нами разработаны «Алгоритм диагностики и лечебно-профилактических мероприятий у лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом», «Алгоритм диагностики и лечебно-профилактических мероприятий у лиц молодого возраста с хроническим гингивитом», «Алгоритм диагностики и лечебно-профилактических мероприятий у лиц молодого возраста с хроническим гингивитом и гиперкератотическими процессами слизистой оболочки».

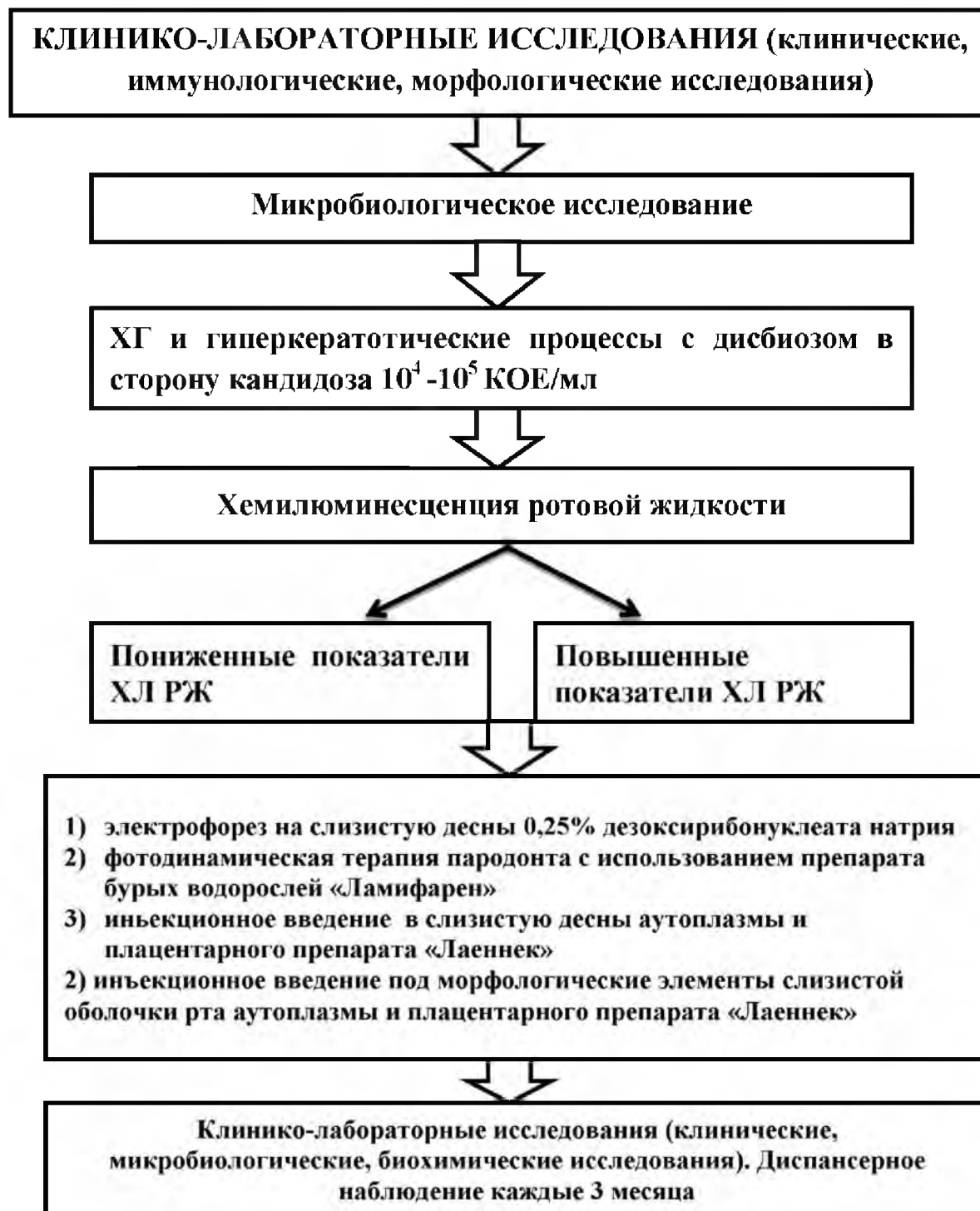
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С КЛИНИЧЕСКИ ИНТАКТНЫМ ПАРОДОНТОМ



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ГИНГИВИТОМ



**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ
ГИНГИВИТОМ И ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА**



ВЫВОДЫ

1. При клиническом стоматологическом обследовании 660 лиц молодого возраста у 7,27% выявлен клинически интактный пародонт, у 92,73% - хронический гингивит, у 29,31% выявлены гиперкератотические процессы на слизистой оболочки рта.

2. Микробиологическими исследованиями ротовой жидкости у лиц молодого возраста выявлено, что у 64,58% лиц с клинически интактным пародонтом содержание дрожжеподобных грибов рода *Candida* (*C. albicans*) было в пределах нормы, а у 35,42% обследованных лиц в пределах 10^3 - 10^4 КОЕ/мл, что соответствует кандидоносительству. У 38,56% обследованных лиц с хроническим гингивитом содержание дрожжеподобных грибов рода *Candida* (*C. albicans*) было в пределах нормы, а у 61,44% лиц - 10^4 - 10^5 КОЕ/мл, что соответствует дисбиозу в сторону кандидоза.

3. Выявлена корреляционная зависимость между показателями местного иммунитета и содержанием дрожжеподобных грибов рода *Candida* (*C. albicans*) в полости рта: у пациентов с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством уровень SIgA был в 1,8 раз ниже чем у лиц без кандидоносительства, а концентрация лизоцима - в 1,2 раза выше. При хроническом гингивите с дисбиозом в сторону кандидоза уровень SIgA был в 1,6 раз ниже, чем у лиц без кандидоносительства, а концентрация лизоцима - в 1,9 раза выше.

4. При клинически интактном пародонте с кандидоносительством и соотношении в ротовой жидкости макроэлементов Ca/P к Na/K 1,3:0,99 и концентрации колоний лактобактерий 10^5 - 10^6 КОЕ/мл. выявлен риск развития воспалительных заболеваний пародонта. При хроническом гингивите с дисбиозом в сторону кандидоза и соотношении в ротовой жидкости макроэлементов Ca/P к Na/K 1,1:1,2 и концентрации колоний лактобактерий до 10^5 - 10^6 КОЕ/мл выявлен высокий риск прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта.

5. У лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством при морфогистохимическом исследовании выявлена усиленная десквамация клеток рогового слоя, гидропическая дистрофия клеток зернистого и шиповатого слоев эпителия, инфильтрация собственной пластики десны воспалительными и иммунокомпетентными клетками, что свидетельствовало о наличии в тканях десны ранних признаков воспалительного процесса. У лиц молодого возраста с хроническим гингивитом и дисбиозом в сторону кандидоза выявлена выраженная фибробластическая реакция в сосочковом слое десны, увеличение количества воспалительных и иммунокомпетентных клеток, что свидетельствовало о наличии в тканях десны признаков выраженного хронического воспаления. У всех лиц с хроническим гингивитом и дисбиозом по-

лости рта в сторону кандидоза выявлены гиперкератотические процессы слизистой оболочки в виде повышенного ороговения.

6. У лиц молодого возраста с клинически интактным пародонтом с кандидоносительством и хроническим гингивитом с дисбиозом в сторону кандидоза показатели хемилюминесценции отличались от показателей нормы: у 48,78% лиц отмечались повышенные показатели, а у 51,21% – пониженные показатели хемилюминесценции ротовой жидкости.

7. Разработанные комплексы лечебно-профилактических мероприятий при клинически интактном пародонте с кандидоносительством, хроническом гингивите с дисбиозом в сторону кандидоза и гиперкератозов слизистой оболочки рта являются патогенетически обоснованными, заменяют применение противомикробных, противомикотических и антибактериальных препаратов и повышают эффективность лечения в 3 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При обследовании лиц молодого возраста необходимо проводить микробиологическое исследование ротовой жидкости на наличие условно-патогенных дрожжеподобных грибов рода *Candida*. При этом содержание дрожжеподобных грибов рода *Candida* в пределах 10^3 - 10^4 КОЕ/мл соответствует кандидоносительству, 10^4 - 10^5 КОЕ/мл соответствует дисбиозу в сторону кандидоза.

2. При диагностике воспалительных заболеваний пародонта также необходимо учитывать дифференциально-диагностические критерии по показателям гуморальных факторов местного иммунитета – (SIgA и лизоцима) и показателей хемилюминесценции ротовой жидкости (S и I_{max}). Также рекомендуется использовать ранние диагностические критерии, влияющие на развитие и прогрессирование воспалительных заболеваний пародонта по микроэлементозному составу и концентрации лактобактерий в ротовой жидкости.

3. В алгоритм лечения кандидоносительству пациентов с клинически интактным пародонтом рекомендуется использовать электрофорез на слизистую десны 0,25% дезоксирибонуклеата натрия, 4 процедуры через день, затем МИЛ – терапию в зоне проекции десен пародонтальной насадкой, 4 процедуры через день.

4. В алгоритм лечения хронического гингивита с дисбиозом в сторону кандидоза рекомендуется включать электрофорез на слизистую десны 0,25% дезоксирибонуклеата натрия, 4 процедуры через день; фотодинамическую терапию с применением препарата бурых водорослей «Ламифарэн», 4 процедуры; перорально препарат бурых водорослей «Ламифарэн» по схеме- 1 раз в сутки, за 30 минут до еды, в количестве 20 г в течение 14 дней; инъекционное введение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы (плазмолифтинг), на курс 2-3 проце-

дуры, гидролизата плаценты человека «Лаеннек», на курс 5 процедур в зубодесневой сосочек, маргинальную часть десны и в область переходной складки.

5. В алгоритм лечения гиперкератотических процессов слизистой оболочки рта при хроническом гингивите с дисбиозом в сторону кандидоза рекомендуется включать электрофорез на слизистую оболочку 0,25% дезоксирибонуклеата натрия, 4 процедуры, фотодинамическую терапию с использованием препарата бурых водорослей «Ламифарэн» 4 процедуры, инъекционное введение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы (плазмолифтинг) 2-3 процедуры, и гидролизата плаценты человека «Лаеннек», 5-10 процедур под морфологические элементы слизистой оболочки рта. Кроме того, плацентарный препарат вводят в/в капельно на курс лечения 10 сеансов.

СПИСОК

опубликованных научных и учебно-методических работ по теме диссертации

1. Особенности стоматологического статуса у курящих пациентов молодого возраста / М.М. Аль Табиб, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова, И.Н. Усманова, Р.Р. Фархутдинов // Медицинский Вестник Башкортостана. – 2014. - № 1. - С. 57-60.
2. Условно-патогенные грамотрицательные и грамположительные бактерии: учебное пособие / З.Г. Габидуллин, Т.А. Савченко, Ю.З. Габидуллин, И.Н. Усманова [и др.]; ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ. - Уфа, 2013. – 78 с.
3. Современный подход к выбору зубных паст с учетом свободнорадикального окисления ротовой жидкости: монография / А.М. Габидуллин, Л.П. Герасимова, Р.Р. Фархутдинов, И.Н. Усманова [и др.]. – Уфа, 2012. – 228 с.
4. Лечение воспалительных заболеваний пародонта у курящих лиц молодого возраста / Л.П. Герасимова, Р.Р. Фархутдинов, М.М. Аль Табиб, М.Ф. Кабирова, И.Н. Усманова // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 7 (ч. 3). - С. 463-467.
5. Динамика показателей хемилюминесценции ротовой жидкости у курящих лиц молодого возраста в зависимости от способов ее коррекции / Л.П. Герасимова, Р.Р. Фархутдинов, М.М. Аль Табиб, М.Ф. Кабирова, И.Н. Усманова // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 7 (ч. 1). – С. 34-37.
6. Динамика свободнорадикального окисления ротовой жидкости у курящих лиц молодого возраста / Л.П. Герасимова, Р.Р. Фархутдинов, М.М. Аль Табиб, М.Ф. Кабирова, И.Н. Усманова // Пародонтология. - 2014. - № 3 (72). – С. 44-47.
7. Индивидуальный подбор зубных паст с учетом свободно радикального окисления ротовой жидкости: монография / Л.П. Герасимова, А.М. Габидуллин, Р.Р. Фархутдинов, И.Н. Усманова [и др.]. - Уфа, 2010. – 140 с.
8. Кандидоз полости рта: учебное пособие / Л.П. Герасимова, З.Г. Габидуллин, И.Н. Усманова [и др.]. – Уфа: Издательство «Здравоохранение Башкортостана», 2011. – 108 с.

9. **Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта у лиц, подвергающихся длительным психоэмоциональным нагрузкам: монография / Л.П. Герасимова, Э.К. Сабирзянова, Р.Р. Фархутдинов, Л.В. Фархутдинова, М.Ф. Кабирова, И.Н. Усманова [и др.]. - Уфа, 2010. – 156 с.**
10. **Герасимова, Л.П. Методы коррекции оксидативного стресса ротовой жидкости: монография / Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова, И.Н. Усманова. - LAPLAMBERTAcademicPublishing, 2014. – 180 с.**
11. **Морфология полости рта: норма и патология: учебное пособие / Л.П. Герасимова, Ф.А. Каюмов, К.Г. Каракоев, И.Н. Усманова [и др.]. - Уфа: Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2011. - 116 с.**
12. **Показатели иммунитета полости рта при специфической грибковой сенсибилизации у лиц, подвергающихся действию вредных факторов производства / Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова, И.Н. Усманова, Г.Ф. Минякина //Современные проблемы науки и образования. – 2015. - № 5 (электронный журнал).**
13. **Поражение слизистой оболочки рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта: учебное пособие / Л.П. Герасимова, Х.Х. Ганцева, И.Н. Усманова [и др.]. - Уфа: Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2011. – Ч. I. - 108 с.**
14. **Поражение слизистой оболочки рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта: учебное пособие / Л.П. Герасимова, Х.Х. Ганцева, И.Н. Усманова [и др.]. - Уфа: Издательство «Здравоохранение Башкортостана», 2011. – Часть II. - 112 с.**
15. **Применение фотодинамической терапии в лечении заболеваний пародонта / Л.П. Герасимова, И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, А.П. Сорокин // Актуальные вопросы стоматологии: сборник материалов республиканской научно-практической конференции стоматологов. – Уфа, 2015. - С. 250-252.**
16. **Способ лечения хронического гингивита, обусловленного табакокурением, у лиц молодого возраста, в зависимости от свободно-радикального окисления ротовой жидкости: пат № 2556500 от 10.07.2015. / Герасимова Л.П., Усманова И.Н., Кабирова М.Ф., Аль Табиб М.М. [и др.] // Бюл. № 19.**
17. **Кандидоз полости рта: учебное пособие / Л.П. Герасимова, З.Г. Габидуллин, И.Н. Усманов [и др.]. - 2-е изд-е, перераб. и доп. - Уфа: Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2013. - 116 с.**
18. **Оценка клинического состояния пародонта и микробиоты полости рта у лиц молодого возраста / М.Ф. Кабирова, И.Н. Усманова, Р.Ф. Хуснаризанова, Д.М. Абзалова // Прикладные методы диагностики и комплексное лечение в стоматологии: сборник научных тезисов межвузовской научно-практической конференции. – М.; Казань, 2014. – С. 26-28.**
19. **Стоматологический статус лиц молодого возраста с хроническим гастроуденитом / М.Ф. Кабирова, Л.П. Герасимова, И.Н. Усманова, С.Р. Каримова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. - № 5 (электронный журнал).**

20. Влияние иммуностимулирующей терапии в комплексном лечении заболеваний слизистой полости рта вирусной этиологии у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Профессорские чтения имени Г.Д. Овруцкого и «Инновационные технологии в стоматологии»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Казань, 2014. – С. 269-274.
21. Диагностика хронических воспалительных заболеваний пародонта по состоянию оксидативного стресса и неспецифических факторов резистентности полости рта у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2013. - № 2. – С. 37-40.
22. Диагностические критерии хронического гингивита и пародонтита у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Пародонтология. - 2014. - № 4 (73). – С. 44-49.
23. Усманова, И.Н. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний пародонта по состоянию локальных факторов неспецифической защиты полости рта у лиц молодого возраста проживающих в регионе с неблагоприятными факторами окружающей среды / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, И.Р. Усманов // Клиническая стоматология. – 2012. - № 1. – С. 66-68.
24. Усманова, И.Н. Донозологическая диагностика воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста, проживающих в регионе с неблагоприятными факторами окружающей среды / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова // Утробинские чтения: сборник материалов, посвященный памяти профессора В.Ю. Хитрова. – Казань, 2011-2012. – С0 .144-147.
25. Изучение распространенности грибов рода *Candida* при воспалительных заболеваниях пародонта у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, З.Г. Габидуллин, М.Ф. Кабирова, Р.Ф. Хуснарязанова // Актуальные вопросы стоматологии: сборник Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора Г.Д. Овруцкого. - Казань, 2013. - С. 291-294.
26. Усманова, И.Н. Изучение состояния местных факторов защиты ротовой жидкости при хронических заболеваниях пародонта у лиц молодого возраста/ И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Н.Н. Тагирова // Современная стоматология: проблемы и решения: материалы XVII межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти зав. каф. хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «ИжГМА» МЗ РФ проф. Е.И. Дерябина. – Ижевск, 2014. – С. 43.
27. Изучение состояния свободно-радикального окисления ротовой жидкости у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Профессорские чтения имени Г.Д. Овруцкого и «Инновационные технологии в стоматологии»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Казань, 2015. – С. 58-63.

28. Изучение эффективности ингибитора свободно-радикального окисления в местном лечении хронического гингивита и пародонтита у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Профессорские чтения имени Г.Д. Овруцкого и «Инновационные технологии в стоматологии»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Казань, 2015. – С. 63-68.
29. Иммунный статус полости рта у лиц молодого возраста при рецидивирующем герпетическом стоматите / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Профессорские чтения имени Г.Д. Овруцкого и «Инновационные технологии в стоматологии»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Казань, 2015. – С. 275-278.
30. Иммуногистохимическое исследование слизистой оболочки десны при хроническом воспалительном процессе в пародонте у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Практическая медицина. - 2013. - № 4 (72). – С. 59-61.
31. Индексная оценка состояния гигиены полости рта у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Г.В. Исламова, З.Т. Ахмадуллин // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2015. - № 3. – С. 31-32.
32. Усманова, И.Н. Индексная оценка состояния тканей пародонта у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Н.Н. Журба // Материалы XVII межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти зав. каф. хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «ИжГМА» МЗ РФ проф. Е.И. Дерябина. – Ижевск, 2014. – С. 44.
33. Клинико-микробиологическая оценка антибактериального и гигиенического действия препарата «Стоматофит» в комплексном лечении хронических заболеваний пародонта у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Р.Ф. Хуснаризанова [и др.] // Сборник материалов научно-практической конференции Стоматологов «Актуальные вопросы стоматологии», 14-й международной специализированной выставки «Дентал-Экспо. Стоматология Урала-2013». - Уфа, 2013. – С. 194-196.
34. Клинико-микробиологическая эффективность применения фотодинамической терапии хронического гингивита и пародонтита у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Пародонтология. - 2015. - № 2 (75). – С. 67-72.
35. Клинико-морфологические изменения тканей пародонта, обусловленные наличием дрожжеподобных грибов рода *Candida* у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Пародонтология. - 2015. - № 3 (76). – С. 62-66.
36. Коррекция стоматологического статуса у лиц молодого возраста, проживающих в регионе с развитой нефтехимической промышленностью/ И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Р.Ф. Хуснаризанова, И.Р. Усманов // Нефть и здоровье: сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию Башкирской нефти. - Уфа, 2007. - С. 331-334.

37. Критерии диагностики хронического воспаления в тканях пародонта у лиц молодого возраста по состоянию резистентности ротовой жидкости / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, И.Р. Усманов, Ф.Т. Бахтиярова // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. – 2015. - № 3. – С. 30-31.
38. Лечебно-профилактические мероприятия хронических заболеваний пародонта у лиц молодого возраста/ И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Р.Ф. Хуснарязанова [и др.] // *Прикладные методы диагностики и комплексное лечение в стоматологии: сборник научных тезисов межвузовской научно-практической конференции*. – М.; Казань, 2014. – С. 66-67.
39. Усманова, И.Н. Методы исследования микрофлоры полости рта на кандидоносительство у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Р.Ф. Хуснарязанова // *Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта: материалы II Российской научно-практической конференции*. - Казань, 2009. – С. 109-113.
40. Микобиота полости рта у лиц молодого возраста, проживающих в регионе с неблагоприятными факторами окружающей среды / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, З.Г. Габидуллин [и др.] // *Здоровье семьи – XXI век: материалы XVI Международной научной конференции*. - Пермь, 2012. – Ч. II. – С. 188-189.
41. Морфогенез ранних стадий воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста, проживающих в регионе с неблагоприятными факторами окружающей среды / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // *Клиническая стоматология*. – 2011. - № 2. – С. 96-98.
42. Некоторые особенности состояния местного иммунитета и микрофлоры полости рта на кандидоносительство у лиц молодого возраста с воспалительными заболеваниями пародонта / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, И.Р. Усманов [и др.] // *Медицина в Кузбассе*. – 2009. - № 2: Спецвыпуск. - С. 193-195.
43. Обоснование применения препарата «Стоматофит А» в комплексном лечении заболеваний слизистой рта у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Т.С. Чемикосова [и др.] // *Сборник материалов научно-практической конференции Стоматологов «Актуальные вопросы стоматологии», 14-й международной специализированной выставки «Дентал-Экспо. Стоматология Урала-2013»*. - Уфа, 2013. – С. 196-198.
44. Особенности иммуногистохимического исследования слизистой оболочки десны у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова, И.Р. Усманов // *Биосовместимые материалы и новые технологии в стоматологии: сборник статей Международной конференции*. – Казань, 2014. – С. 130-133.
45. Особенности местного иммунитета полости рта у лиц молодого возраста с хроническими заболеваниями пародонта и кандидозной колонизацией / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Р.Ф. Хуснарязанова, Р.А. Сафиуллина // *Актуальные вопросы стоматологии: сборник Всероссийской научно-практической конфе-*

- ренции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора Г.Д. Овруцкого. - Казань, 2013. - С. 295-297.
46. **Усманова, И.Н. Особенности микробиоценоза полости рта у лиц молодого возраста, проживающих в регионе с неблагоприятными факторами окружающей среды / И.Н. Усманова // Клиническая стоматология. – 2011. - № 3. – С. 94-96.**
47. Особенности микробного пейзажа и иммунологического статуса ротовой жидкости при хронических заболеваниях пародонта у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Р.Ф. Хуснарязанова [и др.] // Прикладные методы диагностики и комплексное лечение в стоматологии: сборник научных тезисов межвузовской научно-практической конференции. – М.; Казань, 2014. – С. 64-65.
48. Особенности микробного пейзажа полости рта при хроническом гингивите и пародонтите у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, Р.Ф. Хуснарязанова, Р.А. Сафиуллина // Актуальные вопросы стоматологии: сборник Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора Г.Д. Овруцкого. - Казань, 2013. - С. 298-301.
49. Оценка состояния тканей пародонта у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, И.Р. Усманов [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2015. - № 3. – С. 34-35.
50. Применение экстракта жидкого «Стоматофит» в комплексном лечении рецидивирующего афтозного стоматита у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, А.Х. Хафизова, Г.М. Азнабаева // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2015. - № 3. – С. 41-42.
51. Проявления дисбактериоза в полости рта при рецидивирующем афтозном стоматите у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Профессорские чтения имени Г.Д. Овруцкого и «Инновационные технологии в стоматологии»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Казань, 2014. – С. 279-283.
52. **Ранняя диагностика риска развития и прогрессирования кариеса, воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста, проживающих в регионе с неблагоприятными факторами окружающей среды / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.М. Туйгунов [и др.] // Медицинский Вестник Башкортостана. – 2014. - № 6. - С. 55-60.**
53. Распространенность кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, И.Р. Усманов, Ф.М. Максютова // Прикладные методы диагностики и комплексное лечение в стоматологии: сборник научных тезисов межвузовской научно-практической конференции. – М.; Казань, 2014. – С. 62-64.
54. Роль лактобактерий в поддержании микробиологического биотопа полости рта у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Профессорские чтения имени Г.Д. Овруцкого и «Инновационные техно-

- логии в стоматологии»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Казань, 2015. – С. 142-147.
55. Роль условно-патогенной и патогенной микрофлоры полости рта в развитии воспалительных заболеваний пародонта и слизистой полости рта (обзор литературы) / И.Н. Усманова, М.М. Туйгунов, Л.П. Герасимова, [и др.] // Вестник ЮУрГУ. Серия Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2015. - Т. 15, № 2. – С. 37-44.
56. Совершенствование местного лечения хронического гингивита и пародонтита обусловленного наличием дрожжеподобных грибов рода *Candida* / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Актуальные вопросы стоматологии: сборник материалов республиканской научно-практической конференции стоматологов. – Уфа, 2015. - С. 279-281.
57. Состояние тканей пародонта и параметров ротовой жидкости у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // профессорские чтения имени Г.Д. Овруцкого и «Инновационные технологии в стоматологии»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Казань, 2014. – С. 283-289.
58. Способ дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний пародонта по состоянию локальных факторов неспецифической защиты полости рта: пат. № 2390775 от 27.05.2010 / Усманова И.Н., Бакиров А.Б., Герасимова Л.П. [и др.] // Бюл. № 10.
59. Усманова И.Н. Способ дифференциальной диагностики кератотических процессов слизистой оболочки рта относящихся к «белым проявлениям»: пат. № 2544173 от 04.02.2015 / Усманова И.Н., Герасимова Л.П., Кабирова М.Ф. [и др.] // Бюл. № 7.
60. Способ лечения биогелемлаμφарэн хронических воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста: пат. № 2539191 от 27.11.2014 / Усманова И.Н., Герасимова Л.П., Кабирова М.Ф. [и др.] // Бюл. № 2.
61. Усманова И.Н. Способ ранней диагностики заболеваний ротовой полости у лиц молодого возраста по микроэлементному составу и концентрации лактобактерий в нестимулированной ротовой жидкости: пат. № 2460076 от 27.08.2012 / Усманова И.Н., Герасимова Л.П., Бакиров А.Б. [и др.] // Бюл. № 24.
62. Усманова, И.Н. Стоматологический статус лиц молодого возраста / И.Н. Усманова // *Фундаментальные исследования*. - 2013. - № 12. – С. 546-549.
63. Условно-патогенная микрофлора полости рта как критерий диагностики хронического гингивита и пародонтита у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // профессорские чтения имени Г.Д. Овруцкого и «Инновационные технологии в стоматологии»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Казань, 2015. – С. 164-169.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
СОР	- слизистая оболочка рта
СРITN	- индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
PMA	- папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс
SIgA	- секреторный иммуноглобулин А
XГ	- хронический гингивит
КОЕ	- колониеобразующие единицы
СРО	- свободнорадикальное окисление
XЛ	- хемилюминесценция
РЖ	- ротовая жидкость
КИП	- клинически интактный пародонт
ОПТГ	- ортопантомография
IgG	- иммуноглобулин G
IgM	- иммуноглобулин M
TGF-b 1	- трансформирующий фактор роста-b 1
PCNA	- ядерный антиген пролиферирующих клеток
УСП	- уровень стоматологической помощи

Усманова Ирина Николаевна

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

14.01.14 – стоматология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Лицензия № 0177 от 10.06.96 г.
Подписано к печати 24.02.2016 г.
Отпечатано на цифровом оборудовании
с готового оригинал-макета,
представленного авторами.
Формат 60x84 1/16. Усл.-печ. л. 2,73.
Тираж 100 экз. Заказ № 08

450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3,
Тел.: (347) 272-86-31
ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России