

Особенности стоматологического статуса взрослых и детей, ассоциированные с различными соматическими заболеваниями на фоне дисплазии соединительной ткани

Э.Ш. ГРИГОРОВИЧ, д.м.н., доцент, зав. кафедрой

Р.В. ПОЛЯКОВА, к.м.н., доцент

В.И. САМОХИНА, к.м.н., доцент

Кафедра стоматологии ДПО
ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава РФ

Peculiarities of dentistic status of adults and children associated with various somatic diseases on the background of display of connecting tissue

E. Sh. GRIGOROVICH, R.V. POLYAKOVA, V.I. SAMOKHINA

32

Резюме

В статье представлено современное состояние проблемы дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Целью данного исследования явилось установление особенности стоматологического статуса, ассоциированного с соматическими заболеваниями у взрослых и детей (жителей г. Омска), имеющих признаки дисплазии соединительной ткани. Было проведено стоматологическое обследование 407 детей и взрослых, находившихся на стационарном лечении по поводу соматических заболеваний в профильных отделениях медицинских организаций города Омска, и 72 человека без признаков ДСТ, не имеющих соматической патологии (из числа лиц, проходивших профилактический медицинский осмотр). Выявлены характерные для каждой из анализируемых групп изменения в полости рта в стоматологической практике. Оценена взаимосвязь степени выраженности дисплазии с частотой встречаемости и характером стоматологических заболеваний у детей и взрослых.

Ключевые слова: дети, взрослое население, распространенность кариеса, интенсивность кариеса, зубы, соматические заболевания, дисплазия соединительной ткани, г. Омск.

Abstract

The article presents the current state of the problem of connective tissue dysplasia (DST). The purpose of this study was to establish the features of the dental status associated with somatic diseases in adults and children (residents of Omsk) with signs of connective tissue dysplasia. A dental examination of 407 children and adults who were on inpatient treatment for somatic diseases in specialized departments of medical organizations of the city of Omsk and 72 people without signs of DST without physical pathology (among those who underwent a preventive medical examination) was performed. Changes in oral cavity in dental practice characteristic for each of the analyzed groups were revealed. The relationship between the severity of dysplasia and the frequency of occurrence and the nature of dental diseases in children and adults is assessed.

Key words: children, adult population, caries prevalence, caries intensity, teeth, somatic diseases, connective tissue dysplasia, Omsk.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Соединительная ткань в организме человека занимает особое место, выполняет сложные функции,

определяющие качественные и количественные реакции организма [8, 12, 19].

В связи с этим проблема наследственной патологии соединительной ткани (дисплазия соединительной ткани — ДСТ) на сегодняшний

день актуальна, особенно, с учетом высокой распространённости недифференцированных, не синдромных её проявлений, имеющих характер системных нарушений. Дисплазия соединительной ткани — это состояние, которое служит основой для развития патологических изменений органов и систем человека [3, 22, 23]. Известно, что развернутая клиническая симптоматика у лиц с выраженными проявлениями ДСТ полностью формируется уже к 14-летнему возрасту [21]. В этом возрасте органы и физиологические системы, включая зубочелюстной аппарат, претерпевают структурно-функциональную перестройку [10, 11].

Исходя из принципа единства структуры и функции органов и тканей, принимая во внимание высокую распространенность патологии соединительной ткани в популяции людей, уточнение особенностей стоматологического статуса, наиболее характерных для пациентов с фенотипическими признаками ДСТ, страдающих той или иной соматической патологией, важно для практической деятельности врача-стоматолога как при планировании вмешательства, с учетомотягощающего заболевания, так и для случаев, когда специалист может заподозрить у пациента наличие соматической патологии, о которой пациент еще не знает. Результаты уже проведенных ранее исследований позволяют утверждать, что даже при внешне благоприятном состоянии в полости рта повышен риск возникновения различных осложнений непосредственно при выполнении или через некоторое время после медицинского вмешательства у пациентов с ДСТ [7, 15, 16].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить особенности стоматологического статуса, ассоциированные с соматическими заболеваниями у взрослых и детей (жителей г. Омска), имеющих признаки дисплазии соединительной ткани.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было проведено стоматологическое обследование 407 детей и взрослых, находившихся на стационарном лечении по поводу соматических заболеваний в профильных отделениях медицинских организаций города Омска и 72 человек без признаков ДСТ, не имеющих соматической патологии (из числа лиц, проходивших профилактический медицинский осмотр) (табл. 1).

Скрининг-диагностика соединительнотканной дисплазии осуществляли при наличии двух и более главных признаков — долихостеномелия, деформации грудной клетки и позвоночника (сколиоз позвоночника, синдром «прямая спина», кифосколиоз), арахнодактилия, умеренная и/или выраженная гипермобильность суставов, увеличенная растяжимость или дряблость кожи, заживление в виде «папиросной бумажки», наличие продольного и/или поперечного плоскостопия, х-образное, о-образное искривление конечностей, «вальгусная» стопа, расширение венозной сети на коже, гатическое небо, патология зрения (миопия, астигматизм) и при наличии двух-трех и более второстепенных признаков (малые аномалии развития — дисморфии): светлокость, сросшиеся брови, гипо- и гипертелоризм, эпикант, гетерохромия радужной оболочки глаз, голубые склеры, деформиро-

ванная ушная раковина, большие торчащие, низко расположенные ушные раковины, приросшая мочка, изогнутые мизинцы, переходящие суставные боли, подвывихи суставов [5].

При стоматологическом обследовании определяли: индекс интенсивности кариеса зубов (КПУ + кп, КПУ, КПУ(п)), индекс гигиены по Федорову-Володкиной (ИГ), упрощенный индекс гигиены полости рта — ИГР-У (ОHI-S) Green J.C., Vermillion J.K. и папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) в модификации Parma (1960).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ данных, полученных при стоматологическом обследовании пациентов, находившихся на лечении по поводу хронических заболеваний в терапевтических/педиатрических отделениях, показал, что процент зубов, пораженных кариесом у детей и подростков, составил 82,9%. При этом во временных зубах — 74% (из них: кариозных зубов — 53,2%, пломбированных — 51,9%), а в постоянных зубах — 47,9% (из них: кариозных зубов — 29,0%, пломбированных — 25,2%, удаленных — 3,3%). Средний индекс интенсивности кариеса у участников исследования составил $4,35 \pm 0,09$, что соответствует среднему уровню поражаемости кариесом (согласно данным ВОЗ), и не отличалось от данных, полученных при обследовании пациентов из группы сравнения. Осложненные формы кариеса, такие как «хронический пульпит», были диагностированы у 27,6% детей и подростков, «хронический периодонтит» — у 60,2%, что статистически значимо превышало

Таблица 1. Распределение обследованных людей по возрасту и сопутствующей соматической патологии

Пациенты: дети подростки взрослые (n = 407)	Пациенты находились на лечении в терапевтических/педиатрических отделениях по поводу следующих хронических заболеваний							Лица без соматической патологии без признаков ДСТ (группа сравнения) (n=72)
	Врожденные пороки сердца, синдром вегетативных расстройств	Гипертоническая болезнь	Болезни ЖКТ	Сахарный диабет II тип	Заболевания почек	Хронические заболевания лор-органов	Аллергические заболевания	
7-17 лет (n = 123)	27	—	35	—	29	14	18	24
18-44 года (n = 144)	21	14	29	11	25	22	22	27
45-60 лет (n = 140)	—	32	25	27	21	20	15	21

показатели лиц без соматической патологии и признаков ДСТ. Дети (7–12 лет) с интактными зубами составили 11 человек (8,9%), а у подростков (до 17 лет) такие случаи не наблюдались.

Из 27 пациентов (7–17 лет) с заболеваниями сердечно-сосудистой системы у 8 человек (29,6%) определялась декомпенсированная форма кариеса. Наибольшее количество хронических форм пульпита отмечалось при наличии у детей и подростков болезней лор-органов (4 из 14 (28,5%)) и аллергических заболеваний (5 из 18 (27,7%)). Наибольшее количество хронических форм периодонтита также было зарегистрировано в группе лиц, страдающих различными аллергическими заболеваниями (16,7%), и у пациентов (7–17 лет) с патологией лор-органов — 14,3%.

Индекс гигиены по Федорову-Володкиной у обследованных детей и подростков составил $2,23 \pm 0,03$, что указывает на неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. Индекс РМА составил $10,32 \pm 0,23$, что соответствовало легкой степени воспаления тканей пародонта (рис. 1). Несколько более высокие значения индекса были у детей и подростков с хроническими заболеваниями лор-органов и аллергическими заболеваниями.

Характерной особенностью для данной группы обследованных явилось наличие максимального количества аномалий строения мягких тканей рта и зубочелюстных аномалий (табл. 2).

Клинические показатели состояния зубов у взрослых с признаками ДСТ, находившихся на лечении по поводу хронических заболеваний в профильных терапевтических отделениях, и лиц из группы сравнения представлены в таблице 3.

Установлено, что у пациентов с признаками ДСТ показатели, характеризующие уровень интенсивности кариеса, были выше, чем у лиц из групп сравнения при одинаково неудовлетворительном уровне гигиены рта. Кариозные полости (в структуре индекса КПУ, КПУ(п) — составляющая К) и зубы, леченные по поводу кариеса (П), у лиц из групп сравнения составили в среднем 72,6%, остальные 27,4% случаев приходились на зубы, которые были эндодонтически лечены по поводу осложнений кариеса. У пациентов из основных групп кариозные полости (К) и зубы, леченные по поводу кариеса (П), составили

48,7% (в группе 18–44 лет) и 23,8% (в группе 45–60 лет) соответственно. Существенно в большем проценте случаев, в отличие от лиц из групп сравнения, у пациентов, страдающих соматическими заболеваниями и имеющих признаки ДСТ, были зафиксированы зубы, которые были лечены по поводу хрониче-

ских форм пульпита и периодонтита, и зубы с поражением многих поверхностей (составляющие — п), а также зубы с признаками осложнений кариеса (К). Значения индексов КПУ и КПУ(п) также закономерно повышались с возрастом за счет составляющей У.

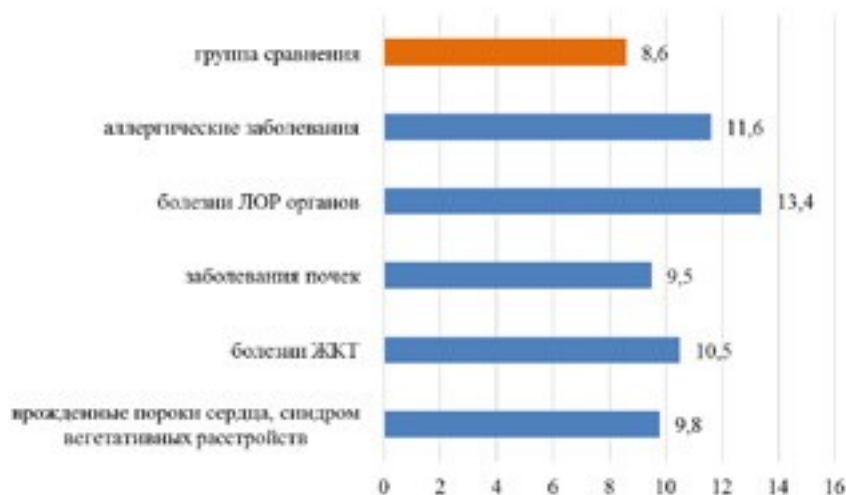


Рис. 1. Индекс РМА (%) в группе пациентов (7–17 лет) с признаками ДСТ, находившихся на лечении по поводу хронических заболеваний в терапевтических/педиатрических отделениях

Таблица 2. Частота встречаемости аномалий строения мягких тканей, зубочелюстных аномалий у детей и подростков с признаками ДСТ

Изучаемый признак	Пациенты, находившиеся на лечении по поводу хронических заболеваний в терапевтических отделениях (7–17 лет), n = 123	Лица без соматической патологии без признаков ДСТ (группа сравнения) (7–17 лет), n = 24
Мелкое преддверие полости рта, слизистые тяжи губ, короткие уздечки губ, языка	32 (26,0%)	2 (8,3%)
Аномалии числа зубов (отсутствие закладки 2, 5, 8 и др. зачатков зубов), сверхкомплектные зубы	34 (27,6%)	—
Аномалии положения отдельных зубов	49 (39,8%)	3 (12,5%)
Скученное положение зубов верхних челюстей и нижней челюсти, сужение зубных рядов	78 (63,4%)	2 (8,3%)
Аномалии прикуса (прогения, прогнатия, глубокий, перекрестный и прочее)	36 (29,3%)	1 (4,2%)
Гипоплазия эмали	65 (52,8%)	4 (16,7%)

У взрослых пациентов наибольшее количество хронических форм пульпита, хронических форм периодонтита отмечалось при наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы, болезней лор-органов и аллергических заболеваний, чаще фиксировались деформации грудной клетки, позвоночника, варикозное расширение вен нижних конечностей, аномалии развития почек, органов дыхания, желчевыводящих путей, дискинезия кишечника. Сочетанные кардиореспираторные расстройства, вызывающие гипоксию,

алкалоз, электролитные и гуморальные сдвиги являются самостоятельными повреждающими факторами неполноценной соединительной ткани [18, 24].

Возможно, на фоне ДСТ имеются изменения функционального состояния пульпы и в совокупности с нарушениями в системе иммунитета определяют данный тип реактивности тканей на неблагоприятные внешние воздействия [4, 9, 14].

Характер поражений пародонта и некариозные поражения эмали зубов у пациентов, имеющих признаки

ДСТ и отягощающих хронические заболевания, и лиц из группы сравнения представлены в таблице 4.

Статистически значимо чаще у взрослых пациентов с признаками ДСТ, страдающих хроническими заболеваниями, выявлялись: рецессия десны, гипоплазия эмали, эрозии эмали, клиновидные дефекты, истирание эмали, при сравнении с лицами без соматической патологии и признаков ДСТ, причем такие признаки как рецессия десны у пациентов в возрасте 45–60 лет, как и в группе сравнения, встречалась

Таблица 3. Клинические показатели состояния твёрдых тканей зубов у взрослых с признаками ДСТ

Исследуемые показатели	Пациенты, находившиеся на лечении по поводу хронических заболеваний в терапевтических отделениях (18-44 лет), n = 144	Лица без соматической патологии без признаков ДСТ (группа сравнения) (18-44 лет), n = 27	Пациенты, находившиеся на лечении по поводу хронических заболеваний в терапевтических отделениях (45-60 лет), n = 140	Лица без соматической патологии без признаков ДСТ (группа сравнения) (45-60 лет), n = 21
КПУ	8,01 ± 0,42	4,35 ± 0,35*	14,89 ± 0,84^	11,42 ± 0,89^#
КПУ (п)	10,88 ± 0,64	5,27 ± 0,51*	27,28 ± 1,07^	16,14 ± 1,02^#
ИГ	1,46 ± 0,14	1,43 ± 0,11	1,65 ± 0,12	1,53 ± 0,10

Указаны статистически значимые различия (при $p < 0,05$) *по отношению к основной группе (18-44 лет), ^по отношению к основной группе (45-60 лет), ^ для пациентов основных групп, # для лиц из групп сравнения.

Таблица 4. Частота встречаемости поражений пародонта различного характера, некариозные поражения эмали зубов у взрослых с признаками ДСТ

Исследуемые показатели	Пациенты, находившиеся на лечении по поводу хронических заболеваний в терапевтических отделениях (18-44 лет), n = 144	Лица без соматической патологии без признаков ДСТ (группа сравнения) (18-44 лет), n = 27	Пациенты, находившиеся на лечении по поводу хронических заболеваний в терапевтических отделениях (45-60 лет), n = 140	Лица без соматической патологии без признаков ДСТ (группа сравнения) (45-60 лет), n = 21
Рецессия десны	35 (24,3%)	2 (7,4%)*	58 (41,4%) ^	6 (28,6%) ^#
Катаральный и гиперпластический гингивит	22 (15,3%)	5 (18,5%)	29 (20,7%)	4 (19,0%)
Пародонтит различной степени тяжести	19 (13,2%)	3 (11,1%)	32 (22,8%) ^	3 (14,3%)
Гипоплазия эмали, эрозии, клиновидные дефекты, истирание эмали	69 (47,9%)	6 (22,2%)*	74 (52,8%)	8 (42,9%)#

Указаны статистически значимые различия (при $p < 0,05$) * – по отношению к основной группе (18-44 лет), ^ – по отношению к основной группе (45-60 лет), ^ – для пациентов основных групп, # для лиц из групп сравнения.

чаще. Частота случаев гипоплазии эмали зубов у диспластиков, возможно, указывает на вовлечение зачатков зубов в общий патологический процесс, развивающийся во всем организме при ДСТ (изменение формы, структуры альвеолярной кости, изменение минерализации, кровоснабжения, тесное положение зачатков и др.).

Признаки пародонтита различной степени статистически значимо чаще диагностированы у пациентов основной группы в возрасте 45–60 лет. При обследовании слизистой оболочки рта у 193 человек (67,0%) из 288 взрослых основных групп наблюдалось наличие хорошо видимого сосудистого рисунка, наличие розового, интенсивно-розового или синюшного оттенка отделов десны (в тех случаях, когда имелись признаки гингивита/пародонтита — разной степени выраженности гиперемии) и преимущественно тонкий биотип десны (у 142 пациентов из 193); у 67 из 288 (23,6%) имелся выраженный бледный оттенок слизистой оболочки рта в области прикрепленной десны, альвеолярной слизистой оболочки и определялся тонкий биотип десны (у 49 пациентов из 67). Для лиц контрольной группы было характерно наличие

умеренно розовой слизистой оболочкой, с ровным рельефом, умеренно увлажненной, тонкий биотип десны был диагностирован только у 11 человек (22,4%) из 49 взрослых из группы сравнения, хотя были пациенты с признаками гингивита и пародонтита.

Часто у взрослых пациентов из основных групп определялись аномалии строения мягких тканей (мелкое преддверие рта, множественные тяжи губ, короткие уздечки губ), которые были диагностированы у 172 обследованных (60,6%). Для группы сравнения не было характерно наличие такой частоты встречаемости аномалий строения мягких тканей рта. Следует признать, что аномалии строения мягких тканей, зубочелюстные аномалии, на наш взгляд, являются в первую очередь диспластикозависимыми изменениями зубочелюстного аппарата. Недостаточная глубина преддверия полости рта, наличие аномалий прикрепления мягких тканей к альвеолярному отростку являются одними из ведущих местных факторов, влияющих на состояние тканей пародонта [1, 2, 13].

Следствием подобной ситуации может быть функциональная травма за счет сосудистых нарушений в микроциркуляторном русле и снижение компенсаторных возможностей пародонта [6, 17, 20, 25].

Преимущественно дистрофические поражения тканей пародонта (очаговая и генерализованная рецессия десны) у 74 пациентов (26,0%) ассоциировались с такими висцеральными диспластикозависимыми признаками, так нарушение гемодинамики по гипотоническому типу, аномалиями клапанного аппарата сердца (пролапсы митрального, трикуспидального клапанов, наличие аномально расположенных дополнительных хорд, разносторонние нарушения ритма и проводимости).

При наличии таких висцеральных признаков ДСТ, как легкость образования кровоподтеков, наличие варикозного расширения вен нижних конечностей, различные аномалии развития желчевыводящих путей, аномалии развития органов дыхания, у пациентов отмечалось поражение тканей пародонта, преимущественно воспалительного характера (катаральный и гиперпластический гингивит, пародонтит различной степени тяжести) (102 человека, 35,9%) (рис. 2).

При оценке состояния пародонта с использованием индекса РМА наиболее неблагоприятная ситуация отмечалась у всех взрослых пациентов при наличии сахарного диабета II типа и гипертонической болезни, при заболеваниях ЖКТ значение индекса было несколько ниже, наименьшие значения индекса РМА были у взрослых больных с заболеваниями лор-органов и болезнями почек, при этом во всех случаях показатели статистически значимо превышали аналогичный показатель у лиц из групп сравнения. И только у пациентов, имеющих врожденные пороки сердца, синдром вегетативных расстройств (преимущественно по гипотоническому типу) было отмечено низкое значение индекса РМА, как и у лиц из групп сравнения (рис. 3, 4).

Таким образом, результаты проведенного нами исследования и приведенные в литературные данные показывают, что изменения в черепно-лицевой области при ДСТ расцениваются как нарушения развития и строения твердых тканей, связочного аппарата зубов, челюстных костей. Совокупность таких изменений, развивающихся при ДСТ, как нарушения прикуса, гемодинамические сдвиги, приводящие к изменениям в системе микроциркуляции, нарушения тканевого иммунитета способствуют развитию структурных изменений в тканях интактного пародонта, твердых тканей зубов. Эти изменения являются факторами, предрасполагающими к развитию воспалительных или

дистрофических заболеваний пародонта, осложненных форм кариеса. Прослеживаются ассоциации внешних и висцеральных признаков ДСТ с частотой встречаемости и характером определенных нарушений стоматологического статуса. При обработке анамнестических данных и медицинской документации отмечено, что у ряда подростков и большинства взрослых пациентов, особенно в группе 45–60 лет, имелись два и более соматических заболевания.

Выявленные клинические особенности состояния органов и тканей рта у обследованных пациентов требуют комплексного подхода, диктуют необходимость сотрудничества с врачами других специальностей при ведении пациентов, имеющих признаки ДСТ и соматические заболевания, разработать дифференцированные рекомендации по гигиеническому уходу, диспансерному наблюдению, по профилактике поражения твердых тканей зубов и пародонта для совершенствования оказания стоматологической помощи таким пациентам и улучшения качества их жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грудянов А. И., Степанов А. Е. Критерии оценки лечения мелкого преддверия полости рта // Пародонтология. 1998. № 3. С. 37–39.
Grudjanov A. I., Stepanov A. E. Kriterii ocenki lechenija melkogo preddverija polosti rta // Parodontologija. 1998. № 3. S. 37–39.
2. Ерохин А. И. Хирургическое лечение хронического пародонтита, протекающего в условиях тонкого биотипа пародонта // Пародонтология. 2011. Т. 16. № 3. С. 60–65.

Рис. 2. Ассоциация характера поражения органов и тканей рта с некоторыми висцеральными признаками соединительнотканной дисплазии (%) (*при $p < 0,05$ по сравнению с группой лиц, имеющих удовлетворительное состояние тканей пародонта, ^по сравнению с группой лиц, имеющих преимущественно воспалительные поражения пародонта)



Erohin A. I. Hirurgicheskoe lechenie hronicheskogo parodontita, protekajushhego v uslovijah tonkogo biotipa parodonta // Parodontologija. 2011. T. 16. № 3. S. 60–65.

3. Кадурина Т. И., Аббакумова Л. Н. Алгоритм диагностики дисплазии соединительной ткани у детей // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы. — М., 2010. — С. 32–40.

Kadurina T. I., Abbakumova L. N. Algoritm diagnostiki displazii soedinitel'noj tkani u detej // Pediatricheskie aspekty displazii soedinitel'noj tkani. Dostizhenija i perspektivy. — М., 2010. — С. 32–40.

4. Казанцева Р. В., Недосеко В. Б., Николаев Н. А. Клинико-лабораторный скрининг гипертонической болезни и сахарного диабета в практике врача-стоматолога // Институт стоматологии. 2006. Т. 3. № 32. С. 9–95.

Kazanceva R. V., Nedoseko V. B., Nikolaev N. A. Kliniko-laboratornyj skringing gipertonicheskoj bolezni i saharnogo diabeta v praktike vracha-stomatologa // Institut stomatologii. 2006. T. 3. № 32. S. 9–95.

5. Климец Е. И., Багровцев Ю. К. Клинико-ультрасонографический скрининг гипопластического формирования связочного аппарата коленного сустава у детей и подростков

с фенотипическими проявлениями дисплазии соединительной ткани // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2005. № 1. С. 48–52

Klimes E. I., Bagrovcev Ju. K. Kliniko-ul'trasonograficheskij skringing gipoplasticheskogo formirovaniya svjazochnogo apparata kolennogo sustava u detej i podrostkov s fenotipicheskimi projavlenijami displazii soedinitel'noj tkani // Pediatrija. Zhurnal im. G. N. Speranskogo. 2005. № 1. S. 48–52

6. Кречина Е. К., Козлов В. И. Микроциркуляция в тканях десны пародонта. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 80 с.

Krechina E. K., Kozlov V. I. Mikrocirkuljacija v tkanjah desny parodonta. — М.: GEOTAR-Media, 2007. — 80 s.

7. Куцевляк В. И., Гречанина Е. Я., Ярошенко Е. Г. Состояние твердых тканей зубов, внутренних органов и аминокислотного обмена у детей раннего возраста на фоне дисплазии соединительной ткани // Украинский стоматологический альманах. 2009. № 3. С. 37–40.

Kucevlyak V. I., Grechanina E. Ja., Jaroshenko E. G. Sostojanie tverdyh tkanej zubov, vnutrennih organov i aminokislотноgo obmena u detej rannego vozrasta na fone displazii soedinitel'noj tkani // Ukrains'kij stomatologichnij al'manah. 2009. № 3. S. 37–40.

8. Орехова Л. Ю., Чурилов Л. П., Строев Ю. И., Александрова А. А. Дисплазия соединительной ткани как общемедицинская и стоматологическая проблема // Пародонтология. 2010. Т. 15. № 1. С. 8–14.

Orehova L. Ju., Churilov L. P., Stroeju. I., Aleksandrova A. A. Displazija soedinitel'noj tkani kak obshhemedicinskaja i stomatologicheskaja problema // Parodontologija. 2010. T. 15. № 1. S. 8–14.

9. Ризаев Ж. А., Гафуров Г. А. Влияние общесоматической патологии на стоматологическое здоровье // Пародонтология. 2017. № 1. С. 11–15.

Rizaev Zh. A., Gafurov G. A. Vlijanie obshhesomaticheskoi patologii na stomatologicheskoe zdorov'e // Parodontologija. 2017. № 1. S. 11–15.

10. Самохина В. И. Эпидемиологические аспекты стоматологического здоровья детей 6–12 лет, проживающих в крупном административно-хозяйственном центре Западной Сибири // Стоматология детского возраста и профилактика. 2014. Т. 13. № 1. С. 10–13.

Samohina V. I. Jepidemiologicheskie aspekty stomatologicheskogo zdorov'ja detej 6–12 let, prozhivajushhijh v krupnom administrativno-hozjajstvennom centre Zapadnoj Sibiri // Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika. 2014. T. 13. № 1. S. 10–13.

11. Самохина В. И., Мацкиева О. В., Ландинова В. Д. Стоматологическое здоровье школьников г. Омска с учетом фоновой соматической патологии // Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. Т. 2. С. 72–77.

Samohina V. I., Mackieva O. V., Landinova V. D. Stomatologicheskoe zdorov'e shkol'nikov g. Omska s uchetoм fonovoi somaticheskoi patologii // Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika. 2015. T. 2. S. 72–77.

12. Серов В. В., Шехтер А. Б. Соединительная ткань: функциональная морфология и общая патология. — М.: Медицина, 1981. — 312 с.

Serov V. V., Shehter A. B. Soedinitel'naja tkan': funkcional'naja morfologija i obshhaja patologija. — М.: Medicina, 1981. — 312 s.

13. Скрипникова Т. П. и др. Хирургическая коррекция мягких тканей полости рта в комплексном лечении зубочелюстных деформаций // Украинский стоматологический альманах. 2012. Т. 2. № 2. С. 47–49.

Skrjpnikova T. P. i dr. Hirurgicheskaja korekcija m'jagkih tkanej polosti rta v kompleksnom lechenii zubocheljustnyh deformacij // Ukrains'kij stomatologichnij al'manah. 2012. T. 2. № 2. S. 47–49.

Полный список литературы находится в редакции

Поступила 16.02.2018

Координаты для связи с авторами: 644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12

Рис. 3. Индекс РМА (%) в группе пациентов (18 44 лет) с признаками ДСТ, находившиеся на лечении по поводу хронических заболеваний в терапевтических отделениях (*при $p < 0,05$ по отношению к группе сравнения, ^по отношению к группе пациентов, страдающих сахарным диабетом II типа и гипертонической болезнью)

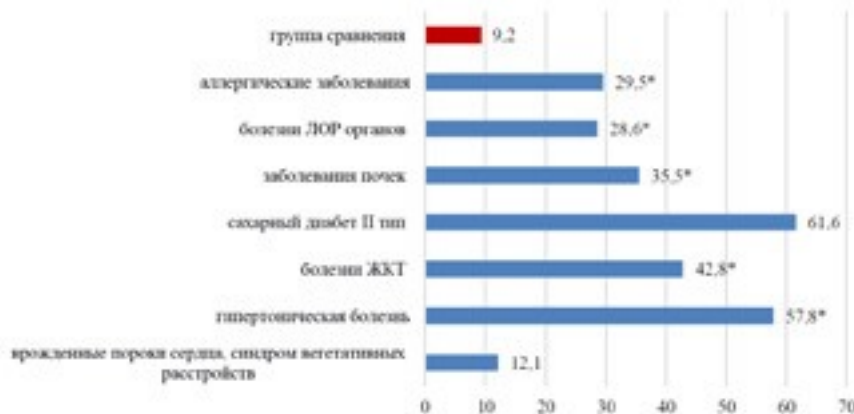


Рис. 4. Индекс РМА (%) в группе пациентов (45 60 лет) с признаками ДСТ, находившиеся на лечении по поводу хронических заболеваний в терапевтических отделениях (*при $p < 0,05$ по отношению к группе сравнения, ^по отношению к группе пациентов, страдающих сахарным диабетом II типа, гипертонической болезнью, заболеваниями ЖКТ)

