

Результаты определения нуждаемости пациентов в имплантологической стоматологической помощи в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов в разных территориально-административных зонах Таджикистана

Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов

Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Республика Таджикистан

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Определить нуждаемость пациентов в имплантологической стоматологической помощи в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов у населения, проживающего в различных регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы. В статье приведены результаты определения нуждаемости пациентов в имплантологической стоматологической помощи в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов у населения, проживающего в различных регионах Республики Таджикистан. В обследованную группу вошли стоматологические пациенты обоих полов с дефектами зубных рядов, которые были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили пациенты (372 человек) с малыми дефектами зубных рядов (отсутствие 1–3 зубов); во 2-ю группу вошли обследованные пациенты (783 человек) со средней протяженностью (отсутствие 4–6 зубов) дефекта зубного ряда; 3-ю группу составили пациенты (109 человек) с большими дефектами зубных рядов (отсутствие более 6 зубов). С целью изучения протяженности дефектов зубных рядов было проведено клинико-эпидемиологическое обследование ортопедического статуса в различных территориально-административных зонах.

Результаты. Среди обследованных лиц в отношении дефектов зубных рядов малой протяженности наблюдается достоверная редукция их распространенности по мере увеличения возраста, тогда как относительно окклюзионных дефектов со средней и большой протяженностью отмечается достоверный прирост показателя распространенности.

Заключение. Полученные материалы позволяют совершенствовать оказание имплантационного протезирования в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов и в дальнейшем полностью сократить риск инвалидизации жевательного аппарата.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ортопедическая конструкция, дентальный имплантат, окклюзионный дефект, зубной ряд, нуждаемость в имплантологической помощи.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Results determination of need patients to implantology dentistry help in depending of extent's occlusion defects in different territorial-administrative zone of Tajikistan

G. G. Ashurov, A. A. Ismoilov

State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», Dushanbe, Republic of Tajikistan

SUMMARY

Aim. To define the needs of patient in implantology dentistry help in depending of extent defect teeth rows beside populations living in different region of the Republic of Tajikistan.

Material and methods. In the article are presents the results determination of needs patients to implantology dentistry help in depending of extent defect teeth rows beside populations living in different region of the Republic of Tajikistan. In examined group entered dentistry patients both sexual difference with defect of the teeth rows which were divided into 3 groups: 1st group formed the 372 patients with small defect of the teeth rows (absence 1–3 teeth); in 2nd group entered 783 examined patients with average extent (absence 4–6 teeth) of the defect of teeth row; 3rd group formed 109 patients with greater defect of the teeth rows (absence more than 6 teeth). For the reason studies of extent defect teeth rows organized clinical and epidemiological examination of the orthopedic status in different territorial-administrative zone.

Results. Amongst examined persons in respect of defect of the teeth rows by small extent exists reliable reduction their prevalence on measure of the increase the age, then comparatively occlusion defects with average and big extent noted reliable increase of the factor of prevalence.

Conclusions. Got material allow to improve rendering of implant's prosthesis in depending of extent occlusion defects and hereinafter completely shorten the risk of invalidation chewing device.

KEY WORDS: orthopedic design, dental implant, occlusion defect, teeth row, need to implantology help.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Введение

Стоматологи-ортопеды все чаще сталкиваются с вторичной окклюзионной травмой. К этому приводит поздняя обращаемость пациентов с дефектами зубных рядов, особенно в боковых отделах, низкий уровень санитарно-просветительской работы, отсутствие реальной диспансеризации [1].

В последние годы качеству стоматологической ортопедической помощи уделяется все большее внимание [2, 3, 4, 5]. Тем не менее, число неудовлетворительных результатов ортопедической стоматологической помощи, особенно с использованием дентальных имплантатов, остается достаточно высоким [6, 7].

Несмотря на имеющиеся сведения, на сегодня не изучена нуждаемость стоматологических пациентов в имплантационном протезировании в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов. Практически отсутствует доказательная клинично-эпидемиологическая информация с целью комплексного лечения окклюзионных дефектов с применением дентальных имплантатов в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов в различных территориально-административных зонах Таджикистана. В указанном аспекте комплексный анализ клинично-эпидемиологических показателей ортопедического статуса с учетом протяженности дефектов зубных рядов дает научно обоснованное представление о нуждаемости стоматологических пациентов в имплантационном протезировании.

Изложенное выше определяет актуальность выбранной темы исследования и его методологию.

Цель исследования: определить нуждаемость пациентов в имплантологической стоматологической помощи в зависимости от протяженности дефектов зубных рядов у населения, проживающего в различных регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы

Задачи по клинично-эпидемиологической оценке ортопедического стоматологического статуса решались на основе собственного выборочного отбора отдельных возрастных групп в городах Душанбе, Худжанде, Бохтаре и районах республиканского подчинения Республики Таджикистан. Выбор для изучения именно этих зон республики был обусловлен тем, что все они ранее уже были предметом совместного сплошного клинично-эпидемиологического обследования сотрудниками ЦНИИС и кафедры терапевтической стоматологии Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибн Сино (1985, 1987, 1988 гг.).

В основу исследования положены фундаментальные методические разработки ЦНИИС (В.К. Леонтьев, 2012; А.В. Алимский, 2012), которые с успехом применяются в практике клинично-эпидемиологических исследований органов и тканей полости рта.

С целью изучения протяженности дефектов зубных рядов у населения Республики Таджикистан было проведено клинично-эпидемиологическое обследование ортопедического статуса в различных территориально-административных зонах Республики Таджикистан с использованием

специально разработанной карты «Комбинированная карта ВОЗ для стоматологического исследования и определения нуждемости в лечении». Расчет достоверного числа клинично-эпидемиологических наблюдений осуществлялся по формуле бесповторной репрезентативной выборки с учетом численности генеральной совокупности, которая составила 1264 карт пациентов основной группы в г. Душанбе (328 человек), Хатлонской (313 человек) и Согдийской (282 человек) областях, а также районах республиканского подчинения (РРП) (341 человек). Общая численность обследованных больных, данные которых были использованы для клинично-эпидемиологического анализа, составляла более чем 250 в каждой возрастной группе.

Протяженность дефектов зубных рядов оценивали на основании ситуационного анализа осложненных форм кариеса подлежащих удалению (компонент «Х») и удаленных зубов (компонент «У») согласно разработанной в Центральном научно-исследовательском институте стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Министерства здравоохранения России методике А.В. Алимского.

Статистическая обработка полученных данных проводилась по правилам общемедицинской статистики применительно к стоматологии с использованием программы Statistica. О достоверности отличий средних величин изучаемых показателей судили по критерию Стьюдента. Статистически достоверными считали отличия, соответствующие оценке ошибки вероятности $p < 0,05$.

Результаты

Во всех обследованных регионах республики в обследованную группу вошли стоматологические пациенты обоих полов с дефектами зубных рядов, которые были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили пациенты (372 человек) с малыми дефектами зубных рядов (отсутствие 1–3 зубов); во 2-ю группу вошли обследованные пациенты (783 человек) со средней протяженностью (отсутствие 4–6 зубов) дефекта зубного ряда; 3-ю группу составили пациенты (109 человек) с большими дефектами зубных рядов (отсутствие более 6 зубов). Распределение обследованных групп в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов составило соответственно 29,4, 62,0 и 8,6%.

Сведения о протяженности дефектов зубных рядов у населения г. Душанбе подтверждают факт ее вариабельности во всех обследованных возрастных группах. В целом показатели распространенности дефектов зубных рядов разной протяженности имеют тенденцию к увеличению в зависимости от возрастного фактора. Выявлено повозрастное увеличение показателей окклюзионных дефектов от минимального значения распространенности у 20–29-летних лиц ($75,3 \pm 2,10\%$) до максимального в возрастной категории 60 лет и старше ($85,8 \pm 3,11\%$) (табл. 1).

Нами также обнаружено сравнительное увеличение прироста распространенности окклюзионных дефектов в возрасте 30–39 лет (в среднем на $2,7 \pm 0,34\%$) по сравнению с возрастной группой 20–29 лет. В последующих возрастных группах значение прироста исследуемого показателя составило $2,6 \pm 0,07$; $3,6 \pm 0,13$ и $1,6 \pm 0,47\%$ соответственно.

Таблица 1

Повозрастные показатели распространенности дефектов зубных рядов разной протяженности среди населения г. Душанбе

Возраст (в годах)	Общее кол-во дефектов, %	Протяженность дефектов зубных рядов, %		
		малые* дефекты	средние* дефекты	большие* дефекты
20–29	75,3 ± 2,10	66,8 ± 1,94	8,5 ± 0,16	-
30–39	78,0 ± 2,44	48,1 ± 1,34	22,0 ± 0,87	7,9 ± 0,23
40–49	80,6 ± 2,51	22,3 ± 0,98	39,7 ± 1,16	18,6 ± 0,37
50–59	84,2 ± 2,64	12,7 ± 0,25	44,5 ± 2,04	27,0 ± 0,35
60 и >	85,8 ± 3,11	2,4 ± 0,11	50,1 ± 2,18	33,3 ± 0,82
В среднем	80,8 ± 2,56	30,5 ± 0,92	33,0 ± 1,28	17,4 ± 0,36

Примечание: * – абсолютное значение показателя протяженности к общей величине интенсивности окклюзионных дефектов

Значительный интерес, на наш взгляд, представляет совокупность утраченных зубов в количественном отношении, по результатам которых обследованные пациенты были разделены на подгруппы с малыми (отсутствие 1–3 зубов), средними (отсутствие 4–6 зубов) и большими (отсутствие более 6 зубов) дефектами зубных рядов. Как свидетельствуют данные таблицы, у 20–29-летних жителей г. Душанбе усредненное значение окклюзионных дефектов с малой и средней протяженности составило соответственно 66,8 ± 1,94 и 8,5 ± 0,16%. В этой возрастной группе не были обнаружены дефекты зубных рядов большой протяженности.

По аналогичной программе было проведено изучение распространенности дефектов зубных рядов разной протяженности в возрасте 30–39 лет. Детальная обработка полученных данных позволила установить определенные закономерности в распространении протяженности окклюзионных дефектов. Так, в этой возрастной группе абсолютное значение показателя малой протяженности дефектов зубных рядов составило 48,1 ± 1,34% при значении 22,0 ± 0,87 и 7,9 ± 0,23% соответственно для окклюзионных дефектов со средними и большими протяженностями.

При сопоставлении данных показателей, прежде всего, отмечается достоверная редукция распространенности окклюзионных дефектов малой протяженности у 30–39-летних пациентов (на 18,7 ± 0,6%) по сравнению с предыдущей возрастной группой (20–29 лет). В возрасте 30–39 лет в отношении дефектов зубных рядов средней протяженности, наоборот, был обнаружен достоверный прирост распространенности исследуемого показателя на 13,5 ± 0,7%.

У 40–49-летних пациентов окклюзионные дефекты с малой, средней и большой протяженностью составили 22,3 ± 0,98; 39,7 ± 1,16 и 18,6 ± 0,37% соответственно. Ситуационная оценка утраченных зубов в данном воз-

расте показала достоверную редукцию распространенности в отношении дефектов с малой протяженностью (на 25,8 ± 0,36%) по сравнению с предыдущей группой. Вместе с тем, в отношении окклюзионных дефектов со средней и большой протяженностью нами был обнаружен прирост распространенности с соответствующими значениями 17,7 ± 0,29 и 10,7 ± 0,14%.

В возрасте 50–59 лет протяженность распространенности утраченных зубов с малой, средней и большой величиной соответствовала 12,7 ± 0,25; 44,5 ± 2,04 и 27,0 ± 0,35% при соответствующем значении 2,4 ± 0,11; 50,1 ± 2,18 и 33,3 ± 0,82% в возрасте 60 лет и старше. При проведении сопоставительного анализа было обнаружено, что с увеличением возраста распространенность окклюзионных дефектов с малой протяженностью минимализировалась с исходного значения (66,8 ± 1,94%) до 2,4 ± 0,11% (редукция составила 64,4 ± 1,83%). Вместе с тем, при изучении окклюзионных дефектов со средними и большими значениями протяженности нами обнаружен только прирост распространенности исследуемых величин (соответственно 41,6 ± 2,02 и 25,4 ± 0,59%).

Представляется также целесообразным проследить динамику изменения структурных показателей интенсивности окклюзионных дефектов разной протяженности среди стоматологических пациентов г. Душанбе. Показатель интенсивности дефектов зубных рядов малой протяженности в среднем составил 2,70 ± 0,3 единиц на одного пациента в возрасте 20–29 лет. Данный показатель у 30–39-летних пациентов оказался равным 3,40 ± 0,3 единиц, а в возрастных группах 40–49, 50–59 и старше 60 лет – 1,82 ± 0,2; 1,51 ± 0,5 и 0,62 ± 0,2 единиц в среднем на одного пациента соответственно. Из полученных данных приходится констатировать, что с увеличением возраста пациентов редукция интенсивности окклюзионных дефектов с малой протяженностью составляет 2,08 ± 0,1 единиц (табл. 2).

Таблица 2

Повозрастные показатели интенсивности дефектов зубных рядов разной протяженности среди населения г. Душанбе (на одного пациента)

Возраст, лет	Интенсивность дефектов	Протяженность дефектов зубных рядов			
		малые* дефекты (1–3 зуба)	средние* дефекты (3–6 зубов)	большие* дефекты (более 6 зубов)	полные* дефекты (беззубые челюсти)
20–29	3,04 ± 0,5	2,70 ± 0,3	0,34 ± 0,02	-	-
30–39	5,52 ± 0,6	3,40 ± 0,3	1,56 ± 0,2	0,56 ± 0,1	-
40–49	6,56 ± 0,8	1,82 ± 0,2	3,23 ± 0,5	1,51 ± 0,1	-
50–59	9,95 ± 1,4	1,51 ± 0,5	5,03 ± 0,7	3,18 ± 0,2	0,23 ± 0,01
60 и старше	22,3 ± 3,9	0,62 ± 0,2	11,1 ± 1,9	8,65 ± 1,1	1,92 ± 0,7
В среднем	9,47 ± 1,4	2,01 ± 0,3	4,25 ± 0,7	2,78 ± 0,3	0,43 ± 0,14

Примечание: * – абсолютное значение показателя протяженности к общей величине интенсивности окклюзионных дефектов

Интенсивность окклюзионных дефектов со средней протяженностью значительно увеличилась с возрастом и составила $0,34 \pm 0,02$ единиц среди 20–29-летних пациентов г. Душанбе при среднецифровом значении $1,56 \pm 0,2$; $3,23 \pm 0,5$; $5,03 \pm 0,7$ и $11,1 \pm 1,9$ единиц соответственно в возрастных группах 30–39, 40–49, 50–59 и 60 лет и старше, что свидетельствует об ухудшении показателей своевременной организации санации полости рта и ортопедической реабилитации стоматологических пациентов.

Изучение структуры показателя интенсивности дефектов зубных рядов показало, что у стоматологических пациентов г. Душанбе не менее преобладающими и являются дефекты с большой протяженностью. В возрасте 30–39 лет они составляют $0,56 \pm 0,1$ единиц (10,1%) на одного пациента, в возрастных группах 40–49 и 50–59 лет – соответственно $1,51 \pm 0,1$ ед. (23,0%) и $3,18 \pm 0,2$ ед. (33,5%) при значении $8,65 \pm 1,1$ единиц (38,8%) в возрасте 60 лет и старше. В более старших возрастных группах (50–59 и старше 60 лет) при ретроспективном анализе комбинированных карт осмотра полости рта были обнаружены полные окклюзионные дефекты (беззубые челюсти) с соответствующими значениями $0,23 \pm 0,01$ ед. (2,3%) и $1,92 \pm 0,7$ ед. (8,6%).

Детально анализируя приведенные данные, хотим обратить внимание на то обстоятельство, что повозрастная динамика интенсивности окклюзионных дефектов с малой протяженностью неуклонно снижается с возрастом. Если в г. Душанбе у 20–29-летних лиц значение интенсивности дефектов с малой протяженностью к общей величине интенсивности выявленных дефектов в среднем составило $2,70 \pm 0,3$ единиц, то в возрасте 60 лет и старше усредненное значение исследуемого дефекта составило $0,62 \pm 0,2$. В среднем для всех стоматологических пациентов г. Душанбе абсолютная величина интенсивности дефектов с малой, средней и большой протяженностью составляет соответственно $2,01 \pm 0,3$ (21,2%), $4,25 \pm 0,7$ (44,9%) и $2,78 \pm 0,3$ (29,4%) при значении $0,43 \pm 0,14$ единиц (4,5%) для полных окклюзионных дефектов.

Также представилось целесообразным проследить за повозрастными показателями распространенности дефектов зубных рядов разной протяженности у стоматологических пациентов Хатлонской области Республики Таджикистан. Полученные данные свидетельствуют о том, что среднее значение распространенности окклюзионных дефектов в возрастных группах 20–29, 30–39, 40–49 лет соответствовало $78,2 \pm 2,40$; $80,9 \pm 2,52$; $83,5 \pm 2,59\%$ при соответствующем усредненном значении $87,1 \pm 2,98$ и $88,7 \pm 3,14\%$ в возрастных группах 50–59 и старше 60 лет.

Ведущее место в повозрастной структуре окклюзионных дефектов малой протяженности занимают 20–29-летние пациенты ($68,3 \pm 2,02\%$). Если в возрастных группах 30–39 и 40–49 лет ее значение было $49,2 \pm 1,14$ и $23,4 \pm 0,71\%$, то в более старших возрастных группах (50–59 и старше 60 лет) – $13,8 \pm 0,25$ и $3,5 \pm 0,12\%$ соответственно.

Дефекты зубных рядов средней протяженности у пациентов Хатлонской области оказались значительными. При этом наибольшим этот показатель был в возрастных группах 40–49 лет ($40,8 \pm 1,57\%$), 50–59 и старше 60 лет

(соответственно $45,6 \pm 2,40$ и $51,2 \pm 2,80\%$), а минимальным – у 20–29- и 30–39-летних пациентов ($9,9 \pm 0,38$ и $23,1 \pm 0,98\%$ соответственно).

В целом по области окклюзионные дефекты большой протяженности не были зарегистрированы в возрасте 20–29 лет. В последующих возрастных группах дефекты зубных рядов с большой протяженностью достоверно нарастают до значений $8,6 \pm 0,40$; $19,3 \pm 0,31$; $27,7 \pm 0,33$ и $34,0 \pm 0,22\%$ соответственно в возрастных группах 30–39, 40–49, 50–59 и старше 60 лет.

Проведенные расчеты показали, что в отношении дефектов зубных рядов малой протяженности наблюдается достоверная редукция их распространенности (на $64,8 \pm 1,9\%$) по мере увеличения возраста, тогда как относительно окклюзионных дефектов со средней и большой протяженностью отмечается достоверный прирост показателя распространенности (соответственно на $41,4 \pm 2,42$ и $25,4 \pm 0,12\%$).

Анализ повозрастных показателей интенсивности окклюзионных дефектов разной протяженности среди пациентов Хатлонской области показал, что наибольшая интенсивность дефектов малой протяженности приходится у 20–29- и 30–39-летних лиц – соответственно $4,75 \pm 0,3$ (87,3%) и $4,21 \pm 0,4$ (60,8%). В более старших возрастных группах (40–49, 50–59, 60 лет и старше) малые окклюзионные дефекты встречались с низкой интенсивностью – $28,0$; $15,8$ и $4,0\%$ соответственно.

В названной зоне среди пациентов интенсивность окклюзионных дефектов средней протяженности колебалась от минимального значения ($0,69 \pm 0,02$) в возрасте 20–29 лет до максимального ($5,20 \pm 1,0$ и $12,4 \pm 2,1$) соответственно в возрастных группах 50–59 и старше 60 лет. Повозрастная вариабельность этих дефектов у пациентов составила $2,7$; $28,6$; $49,9$; $50,0$ и $53,9\%$ в соответствующих возрастных группах (20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60 лет и старше).

С целью планирования совершенствования ортопедической стоматологической помощи у пациентов Хатлонской области нами также проанализирован такой важный показатель, как окклюзионные дефекты с большой протяженностью. Данный показатель формируется из суммарного числа удаленных и подлежащих удалению зубов. Как свидетельствуют полученные материалы, в среднем на всех пациентов в возрасте 30–39 лет этот показатель был равен $0,73 \pm 0,1$, что составляет $10,55\%$ от общей величины ($6,92 \pm 0,7$) интенсивности окклюзионных дефектов. Достоверно высокий удельный вес дефектов большой протяженности нами выявлен среди пациентов в возрасте 50–59 лет (соответственно $3,31 \pm 0,7$; $31,8\%$) и старше 60 лет (соответственно $8,8 \pm 1,6$; $38,3\%$). Промежуточное положение было зарегистрировано у 40–49-летних пациентов – $1,86 \pm 0,2$ и $23,1\%$ соответственно.

Анализ ортопедического статуса полости рта у населения Согдийской области показал, что повозрастные показатели распространенности дефектов зубных рядов малой протяженности в возрастных группах 20–29 и 30–39 лет составили соответственно $67,7 \pm 2,02$ и $48,0 \pm 1,12\%$ при соответствующем значении $22,2 \pm 0,67$; $12,6 \pm 0,71$ и $2,3 \pm 0,10\%$ в последующих возрастных группах (40–49, 50–59, 60 лет

и старше). Следовательно, по мере увеличения возрастного фактора наблюдается достоверная редукция распространенности исследуемого показателя. Так, показатель редукции распространенности дефектов зубных рядов с малой протяженностью был равен $65,4 \pm 1,92\%$.

Также наблюдались существенные изменения в по возрастной структуре показателей распространенности окклюзионных дефектов средней протяженности у стоматологических пациентов Согдийской области. Так, распространенность таких дефектов остается одним из наиболее высоких в возрастных группах 40–49, 50–59 и старше 60 лет, составляя $39,6 \pm 1,51$; $44,3 \pm 1,86$ и $45,3 \pm 2,03\%$ соответственно. Наряду с этим показатель распространенности дефектов зубных рядов средней протяженности у 20–29- и 30–39-летних пациентов составил минимальную величину – $8,2 \pm 0,35$ и $21,9 \pm 0,94\%$ соответственно. Представленные результаты ретроспективного анализа указывают на четко выраженную положительную динамику прироста распространенности, касающуюся уровня окклюзионных дефектов со средней протяженностью ($37,1 \pm 1,68\%$).

В ходе исследования были изучены также показатели распространенности окклюзионных дефектов большой протяженности, где визуализируется отсутствие более 6 зубов. Установлено, что у 20–29-летних пациентов клинические формы окклюзионных дефектов с большой протяженностью вообще не встречаются. Среди 30–39-летних пациентов Согдийской области окклюзионные дефекты большой протяженности диагностированы у $8,7 \pm 0,43\%$. Данные показатели соответственно составили $19,4 \pm 0,37$ и $22,5 \pm 0,36\%$ у 40–49- и 50–59-летних пациентов при усредненном значении $38,8 \pm 0,98\%$ в группе лиц 60 лет и старше.

У 20–29-летних стоматологических пациентов Согдийской области выявлены те или иные клинические формы дефектов зубных рядов разной протяженности: показатель интенсивности дефектов малой и средней протяженности изменился соответственно с $2,15 \pm 0,6$ до $0,26 \pm 0,02$ единиц на одного пациента. В этой возрастной группе не были диагностированы дефекты с большой протяженностью.

У 30–39-летних пациентов усредненное значение показателей интенсивности окклюзионных дефектов с малой протяженностью составило $61,2\%$, со средней и большой протяженностью – соответственно $27,8$ и $11,0\%$. В возрастных группах 40–49 и 50–59 лет среднее значение показателей дефектов зубных рядов со средней протяженностью соответствовало $48,7$ и $53,5\%$, с большой – соответственно $23,9$ и $28,3\%$.

Установлено, что наибольшего значения интенсивность окклюзионных дефектов средней и большой протяженности (соответственно $47,6$ и $45,0\%$) достигла в возрастной группе 60 лет и старше. Значение показателя с полным окклюзионным дефектом у лиц в возрастных группах 50–59 и старше 60 лет снизилось до $2,4$ и $4,8\%$ соответственно.

У стоматологических пациентов районов республиканского подчинения изучение повозрастных показателей распространенности окклюзионных дефектов в зависимости от их протяженности показало, что у 20–29-летних лиц

преобладающими являются дефекты с малой протяженностью ($69,5 \pm 2,07\%$) при минимальном значении дефектов со средним количеством отсутствующих зубов ($9,2 \pm 0,36\%$). У 30–39- и 40–49-летних пациентов показатели потери зубов с малым количественном отношении соответствовали $49,7 \pm 1,14$ и $23,4 \pm 0,71\%$ при соответствующих значениях $14,3 \pm 0,27$ и $3,8 \pm 0,14\%$ у 50–59-летних и пациентов 60 лет и старше.

Повозрастной показатель распространенности дефектов зубных рядов средней протяженности, определяющий нуждаемость обследованных в методах ортопедической реабилитации, у 20–29- и 30–39-летних пациентов в среднем соответствует минимальным значениям ($9,2 \pm 0,36$ и $23,9 \pm 0,98\%$ соответственно) при максимальной вариации исследуемого показателя в возрастных группах 40–49, 50–59 и 60 лет и старше (соответственно $42,0 \pm 1,60$; $46,4 \pm 2,43$ и $52,1 \pm 2,81\%$).

Наименьший показатель распространенности дефектов большой протяженности ($7,7 \pm 0,42\%$) зарегистрирован у 30–39-летних пациентов районов республиканского подчинения. С возрастом его величина увеличилась до усредненного значения $19,3 \pm 0,31$; $28,5 \pm 0,31$ и $34,3 \pm 0,24\%$ соответственно в возрастных группах 40–49, 50–59 и старше 60 лет.

Значительный интерес, на наш взгляд, представляют данные о частоте интенсивности дефектов зубных рядов у стоматологических пациентов районов республиканского подчинения и ее тенденции к изменению с учетом их протяженности. В указанном аспекте нами установлено, что у 20–29-летних пациентов интенсивный показатель окклюзионных дефектов с малой протяженностью составил $2,13 \pm 0,7$ единиц ($88,4\%$). Процентное значение данного показателя у 30–39- и 40–49-летних пациентов составило $61,2$ и $27,7$ соответственно при значении $16,0$ и $4,4\%$ в возрастных группах 50–59 и старше 60 лет.

Клинико-эпидемиологический анализ динамики окклюзионных дефектов со средней величиной протяженности подтвердил наше предположение о влиянии на их частоту возрастного фактора. Так, более высокое значение окклюзионных дефектов средней протяженности обнаруживается в старших возрастных группах (50–59 и 60 лет и старше) – $32,0$ и $38,0\%$ соответственно. В младших возрастных группах (30–39 и 40–49 лет) значение исследуемого показателя соответствовало $9,4$ и $22,8\%$. Аналогичная картина диагностирована у пациентов с большими окклюзионными дефектами ($9,4$; $22,8$; $32,0$ и $38,0\%$) соответственно в возрастных группах 30–39, 40–49, 50–59 и старше 60 лет.

Таким образом, материалы клинико-эпидемиологического обследования позволяют определить нуждаемость обследованного контингента в имплантационном протезировании, осуществляемого на основе протяженности дефектов зубных рядов. В комплексе все это позволяет значительно совершенствовать оказание имплантационного протезирования в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов и в дальнейшем полностью сократить риск инвалидизации жевательного аппарата среди обследованного контингента больных. Самое же главное заключается в том, что врачи-ортопеды и имплантологи,

изучая клиническую ситуацию дефектов зубного ряда в зависимости от их протяженности, могут обосновать и даже в определенной степени прогнозировать свою работу по применению имплантационных протезов. Данный материал мы будем брать за основу для совершенствования ортопедической стоматологической помощи с применением дентальных имплантатов в различных территориально-административных зонах Республики Таджикистан.

Выводы

1. В г. Душанбе наибольший удельный вес дефектов с малой протяженностью имеет место в возрасте 30–39 лет (61,6%), со средней и большой протяженностью – в возрасте 60 лет и старше (соответственно 49,8 и 38,8%). Менее всего окклюзионных дефектов с малой, средней и большой протяженностью отмечается соответственно в возрастных группах 60 лет и старше (2,8%), у 20–29 (11,2%) и 30–39-летних (10,1%) пациентов.
2. У стоматологических пациентов Хатлонской области в отношении полных окклюзионных дефектов выявлена нижеследующая тенденция. В возрастных группах 20–29, 30–39 и 40–49 лет не были выявлены полные окклюзионные дефекты. В старших возрастных группах (50–59, 60 лет и старше) значение интенсивности полных окклюзионных дефектов составило соответственно $0,25 \pm 0,1$ (2,4%) и $0,88 \pm 0,3$ (3,8%).
3. У пациентов Согдийской области в группе лиц с малой протяженностью окклюзионных дефектов была выявлена редукция распространенности по возрастного показателя на $65,4 \pm 1,92\%$, тогда как у пациентов со средней и большой протяженностью дефектов зубных рядов, наоборот, обнаружен достоверный прирост их распространенности по мере увеличения возрастного фактора – соответственно на $37,1 \pm 1,68$ и $30,1 \pm 0,55\%$.

4. Среди пациентов, проживающих в районах республиканского подчинения, с увеличением возраста относительно окклюзионных дефектов малой протяженности была зарегистрирована достоверная редукция их распространенности (на $65,7 \pm 1,93\%$), тогда как в отношении дефектов зубных рядов со средней и большой протяженностью, напротив, диагностирован достоверный прирост исследуемого показателя (соответственно на $42,9 \pm 2,45$ и $26,6 \pm 0,18\%$). Полученные материалы кдоказывают высокую нуждаемость пациентов в ортопедической реабилитации дефектов зубных рядов в зависимости от их протяженности.

Список литературы / References

1. Fedi P.E., Gray J.L. Пародонтологическая азбука. Четвертое издание. М., 2013: 58–61.
Fedi P.E., Gray J.L. Parodontological abc. The fourth publishing. M., 2013: 58–61.
2. Коваленко А.Ю., Ирошников Е.С. Предупреждение осложнений и конфликтных ситуаций при ортопедическом лечении пациентов с аномалиями окклюзии в сочетании с вертикальными деформациями зубных рядов. Dental Forum. 2012; 5: 68–9.
Kovalenko A.Yu., Iroshnikova E.S. Warning the complications and conflict situation under orthopedic treatment patients with anomaly occlusion in combination with vertical deforming of teeth rows. Dental Forum. 2012; 5: 68–9.
3. Трезубов В.Н., Сапронова О.Н., Кусевичкий Л.Я. Явление образования протетического пародонтита у человека (клиническая форма пародонтитов). Институт стоматологии. 2018; 4: 48–9.
Trezubov V.N., Saponova O.N., Kusevitskii L.Ya. The phenomena of the formation of prosthetic parodontitis beside person (clinical form parodontitis). Institute of Dentistry. 2018; 4: 48–9.
4. Sailer I., Pjetursson B.E., Hammerle C.H. A systematic review of the survival and complication rates of all-ceramic and metal-ceramic reconstructions after an observation period of at 3 years. Part II: fixed partial prostheses. Clin Oral Implant Res. 2015; 18 (suppl): 86–96.
5. Behend D.A. Ceramometal restorations with supragingival margins. J Prosthet Dent. 2012; 47: 625–32.
6. Smith D.E., Zarb G.A. Criteria for success for osseointegrated endosseous implants. J Prosth Dent. 2012; 62: 567–72.
7. Spiekermann H. Color atlas of dental medicine. Implantology. Thieme, Stuttgart. New York. 2015: 323–8.

Статья поступила / Received 13.12.21

Получена после рецензирования / Revised 14.12.21

Принята в печать / Accepted 14.12.21

Информация об авторах

Ашуров Гаюр Гафурович, д. м. н., проф., зав. кафедрой терапевтической стоматологии
E-mail: shakh92@mail.ru
Исмоилов Абдужамил Абдурахимович, соискатель кафедры терапевтической стоматологии
E-mail: Abdujamil5555@gmail.com

Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Республика Таджикистан

Контактная информация:

Ашуров Гаюр Гафурович. E-mail: shakh92@mail.ru

Author information

Ashurov Gayur G., DM Sci., prof., head of Therapeutic Dentistry Dept
E-mail: shakh92@mail.ru
Ismoilov Abdujamil A., competitor of Therapeutic Dentistry Dept
E-mail: Abdujamil5555@gmail.com

State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», Dushanbe, Republic of Tajikistan

Contact information

Ashurov Gayur G. E-mail: shakh92@mail.ru

Для цитирования: Ашуров Г.Г., Исмоилов А.А. Результаты определения нуждаемости пациентов в имплантологической стоматологической помощи в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов в разных территориально-административных зонах Таджикистана. Медицинский алфавит. 2021; (38):71–80. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-38-71-76>.

For citation: Ashurov G. G., Ismoilov A. A. Results determination of need patients to implantology dentistry help in depending of extent's occlusion defects in different territorial-administrative zone of Tajikistan. Medical alphabef. 2021; (38):71–80. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-38-71-76>.

