

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А.ВАГНЕРА МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

На правах рукописи

ПЛЕНКИНА

Юлия Андреевна

**ОСОБЕННОСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ
ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ У ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ
КОАГУЛОПАТИЯМИ**

14.01.14 – Стоматология

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Гилева Ольга Сергеевна

Пермь – 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. АКТУАЛЬНЫЕ ОБЩЕМЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НАСЛЕДСТВЕННЫХ КООГУЛОПАТИЙ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА И ПУТИ РЕШЕНИЯ ...	15
1.1 Распространенность, этиологические факторы, принципы классифицирования и клинические проявления наследственных коагулопатий	15
1.1.1 Психоэмоциональные нарушения в клинической инфраструктуре наследственных коагулопатий. Особенности психологического статуса и психотерапевтическая коррекция в комплексном лечении пациентов с наследственными коагулопатиями	20
1.2 Принципы комплексного лечения больных с наследственными коагулопатиями	24
1.3 Стоматологические проблемы гемофилии: состояние и нерешенные вопросы	26
1.4 Состояние, основные причины утраты эстетики улыбки у стоматологических пациентов и лиц с наследственными коагулопатиями ...	39
1.5 Современные представления об эстетической реставрации зубов: обоснование подходов к эстетической реставрации зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями	42
1.5.1 Современные методики эстетической реставрации зубов	46
1.5.2 Современные материалы для эстетической реставрации зубов, обоснование выбора для замещения дефектов зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями	47
1.6 Качество жизни у больных с наследственными коагулопатиями: стоматологические составляющие качества жизни	52

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	56
2.1 Общая характеристика клинико-социологического исследования и методы комплексного обследования пациентов	56
2.1.1 Принципы общеклинического обследования пациентов в группах наблюдения	59
2.2 Комплексное стоматологическое обследование пациентов в группах наблюдения	61
2.2.1 Особенности проведения целевого эстетически ориентированного обследования полости рта пациентов с наследственными коагулопатиями и соматически сохранных лиц	64
2.3 Социологические методы исследования	76
2.3.1 Методы психологического обследования пациентов в группах наблюдения	66
2.3.2 Методика оценки стоматологических составляющих качества жизни у пациентов с эстетическими дефектами в зоне улыбки «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU	80
2.4 Методы статистического анализа	83
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	85
3.1 Общая характеристика стоматологического статуса пациентов в группах наблюдения	85
3.1.1 Сравнительная оценка распространенности и интенсивности кариеса зубов у больных с наследственными коагулопатиями и соматически сохранных лиц	85
3.1.1.1 Сравнительная оценка распространенности, интенсивности и клинических особенностей кариеса фронтальных зубов с позиции эстетики улыбки у пациентов в группах наблюдения	94
3.1.1.2 Сравнительная характеристика эстетико-функциональных реставраций/пломб фронтальных зубов у пациентов в группах наблюдения.	105

3.1.1.3 Сравнительная оценка распространенности и клинические особенности некариозных поражений	128
3.1.1.4 Результаты оценки цветовых параметров зубов как показателя микроэстетики улыбки у пациентов сравниваемых групп	130
3.1.2 Оценка десневых параметров эстетики улыбки по результатам комплексного пародонтологического обследования пациентов с наследственными коагулопатиями и соматически сохранных лиц	133
3.1.3 Оценка тяжести поражения височно-нижнечелюстного сустава у больных с наследственными коагулопатиями и соматически сохранных пациентов	146
3.2 Результаты оценки психоэмоционального статуса пациентов сравниваемых групп по показателю стоматологической тревожности Кораха	147
3.3 Результаты оценки стоматологических составляющих качества жизни пациентов сравниваемых групп по индексу «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU	151
ГЛАВА 4. КОМПЛЕКСНАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ В ГРУППАХ НАБЛЮДЕНИЯ: АЛГОРИТМЫ, МЕТОДИЧЕСКОЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ	155
4.1 Предпосылки, цель и задачи разработки алгоритмов прямой эстетической реставрации зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями	155
4.2 Показания, материал и методы прямой эстетической реставрации зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями	157

4.3 Клинические алгоритмы проведения прямой реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями	158
4.4 Комплексная оценка эффективности эстетической реставрации зубов фронтальной группы в группах наблюдения	204
4.4.1 Динамика показателей качества комплексной эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями	206
4.4.1.1 Динамика показателей качества прямой (одноэтапной) эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов первой подгруппы основной группы	207
4.4.1.2 Динамика показателей качества прямой (одноэтапной) эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов группы сравнения ...	214
4.4.1.3 Динамика показателей качества прямой (двухэтапной) реставрации зубов фронтальной группы у пациентов второй подгруппы основной группы	218
4.4.2 Результаты оценки стоматологических составляющих качества жизни пациентов по индексу анкеты-опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-14-aesthetic-RU	224
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	230
ВЫВОДЫ	253
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	255
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	258
ЛИТЕРАТУРА	259
ПРИЛОЖЕНИЯ	280

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. По данным ВОЗ, частота выявления наиболее распространенных форм наследственных коагулопатий (гемофилии А (ГА), гемофилии В (ГВ) и болезни Виллебранда (БВ)) сохраняет стабильно высокий уровень у населения большинства, включая РФ, стран мира. Значительная частота наследственных коагулопатий (НК), разнообразие их клинических, в т.ч. стоматологических, проявлений и осложнений, тяжесть течения и нередкий исход в инвалидность обуславливает медико-социальную значимость проблемы (Блажиевич И.А., 2009; Копылов К.Г., 2011; Яковлева Е.В., 2012; Лихачева Е.А. и соавт., 2013; Kasper C.K., Lin J.C, 2007; Kruse-Jarres R. et al., 2014; Brown D.L., 2015).

Эволюция НК как полисистемной патологии в немалой степени зависит от профилактики их стоматологических осложнений, рационализации лечебно-диагностических протоколов лечения заболеваний полости рта, адаптированных к специфике проявлений гематологической патологии у конкретного пациента (Воробьев А.И., 2007; Колесников С.А., 2009; Scully C. et al., 2003; Kumar J.N., 2007). Стоматологические аспекты НК многогранны, последовательно изучаются отечественными и зарубежными специалистами (Петрович Н.И., 2002; Халявина И.Н., 2004; Давиденко Н.Л., 2005; Слободчиков Ю.В., 2005; Колесников С.А., 2009; Хохрин Д.В., 2013; Gupta A. et al., 2007; Anderson J.A.M. et al., 2013).

Методические подходы к профилактике и лечению заболеваний твердых тканей зубов (ТТЗ) у лиц с НК раскрыты не полностью. Малоизучены эстетические аспекты кариеса и некариозных поражений зубов фронтальной группы (ЗФГ), не обоснованы оптимальные технологии эстетико-функциональной реставрации зубов в зоне улыбки (ЗУ) у этой категории стоматологических пациентов. По мнению специалистов (Радлинский С.В., 2004; Гольдштейн Р., 2005; Мандра Ю.В., 2008; Салова А.В., Рехачев В.М., 2008; Ливанова О.Л., 2009; Yardani K., 2010; Paolone G., 2014), эстетическая реставрация ЗФГ является одной из самых распространенных и востребованных пациентами стоматологических

манипуляций, проводимых на поликлиническом приеме терапевтом-стоматологом и стоматологом общей практики. Между тем требования к повышению качества эстетической реставрации при различных клинических ситуациях неуклонно возрастает (Ломиашвили Л.М. и соавт., 2005; Гажва С.И. и соавт., 2008; Макеева И.М. и соавт., 2010; Митронин А.В., Гришин С.Ю., 2011; Гильмияров Э.М. и соавт., 2014). Поиск рациональных (эффективных и безопасных для «травмоопасного» пациента с НК) технологий (реставрационных материалов, методик, инструментального обеспечения и др.) эстетической реставрации зубов не заявлен как актуальная стоматологическая проблема, значимая для врача-стоматолога, пациента и его окружения. Не разработаны научно-обоснованные алгоритмы комплексной эстетической реставрации зубов у пациентов с НК, учитывающие специфику нарушений стоматологического и гематологического статусов, психоэмоциональной сферы, гарантирующие высокое качество лечения при минимизации риска местных и системных осложнений патологии гемостаза. Комплексная эстетическая реставрация ЗФГ должна предполагать всесторонний анализ и коррекцию нарушений десневых параметров эстетики улыбки (ЭУ) (Гилева Е.С., 2007; Лобовкина Л.А., Романов А.М., 2012; Streigel M., 2008; Hollar S., 2013), что применительно к пациентам с НК не изучено и требует решения на основе особых методических подходов.

Очевидно, что успешное комплексное стоматологическое лечение, ориентированное, в том числе, на долговременный эстетический результат, способно существенно улучшить психоэмоциональное состояние, системное благополучие и качество жизни (КЖ) пациента (Барер Г.М. и соавт., 2006; Веденева Е.Н. и соавт., 2009; Савина Е.А. и соавт., 2011; Гажва С.И. и соавт., 2014), в т.ч. страдающего НК, стать действенным инструментом для формирования мотивации к поддержанию стоматологического и системного здоровья, гармонизации личности, укреплению приверженности к проводимому лечению. С учетом «многоликости» клинических проявлений и осложнений НК (Андреев Ю.Н., 2006), сопутствующих психоэмоциональных расстройств (Бейн Б.Н., Багаев В.И., 2001) это направление междисциплинарных исследований становится особенно

актуальным. Перспективен научный анализ влияния различных эстетических дефектов в ЗУ на стоматологические составляющие КЖ, пациентов с НК, разработка соответствующих специализированных инструментов социологического анализа, оценка эффективности комплексной эстетической реставрации зубов в стоматологических критериях качества жизни.

Изложенное выше предопределило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования – повысить эффективность, безопасность и стабильность результатов комплексной эстетической реставрации зубов, улучшить стоматологические составляющие качества жизни пациентов с наследственными коагулопатиями.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность, интенсивность и клинические особенности кариеса и некариозных поражений, а также эстетико-функциональное состояние пломб/реставраций зубов фронтальной группы у лиц с наследственными коагулопатиями; определить показания и нуждаемость в проведении эстетической реставрации зубов у этой категории пациентов.
2. По результатам комплексного пародонтологического обследования пациентов с наследственными коагулопатиями оценить десневые параметры эстетики улыбки и степень ее совокупной утраты с учетом зубных, десневых и окклюзионных параметров.
3. Изучить психологические особенности, основные причины и выраженность стоматофобий у лиц с наследственными коагулопатиями; провести динамический анализ уровня реактивной тревожности стоматологического пациента по тесту Кораха до, на этапах и по завершению эстетической реставрации зубов у пациентов сравниваемых групп.
4. Разработать и апробировать сокращенную модифицированную русскоязычную версию опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU для оценки влияния эстетически значимых структурно-функциональных дефектов твердых тканей зубов, зубных рядов и десневого комплекса в зоне улыбки на стоматологические составляющие качества жизни;

изучить стоматологические параметры качества жизни по индексу ОНП-14-aesthetic-RU у пациентов в группах наблюдения до и после комплексной эстетической реставрации зубов.

5. Обосновать особенности инструментально-технологического и методического обеспечения, а также разработать алгоритмы комплексной эстетической реставрации зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями; дать комплексную оценку ее эффективности и безопасности на основе эстетико-функциональных и психометрических показателей.

Научная новизна исследования.

Впервые на основе всестороннего анализа зубных параметров ЭУ у пациентов с НК определена высокая нуждаемость в проведении эстетической реставрации зубов по поводу кариеса, некариозных поражений и некачественных пломб/реставраций.

Научно обоснованы, апробированы и внедрены в клиническую практику алгоритмы комплексной эстетической реставрации ЗФГ, дифференцируемые по техникам эстетической реставрации в зависимости от происхождения, топографии и глубины поражения ТТЗ у пациентов с НК.

Предложен и внедрен в практику комплекс оригинальных методических решений, позволяющих минимизировать травмоопасность и повысить эргономичность лечебно-диагностических манипуляций, выполняемых при комплексной эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК (рацпредложения №№ 2532, 2533, 2534, 5235, 2536).

Предложено особое инструментально-технологическое обеспечение для комплексной эстетической реставрации ЗФГ, адаптированное к специфике местных и системных проявлений НК.

Получены новые данные, характеризующие особенности психотипа стоматологического пациента, страдающего НК; установлены выраженность, последствия и основные причины стоматофобий, связанные с риском возникновения специфических гемато- и артрологических осложнений на стоматологическом приеме; доказана необходимость и эффективность включения

психокорректирующих мероприятий в комплексные алгоритмы эстетической реставрации зубов у лиц с НК.

На основе метода экспертного анализа разработан новый специфический опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU – валидный и чувствительный инструмент для оценки влияния различных эстетических дефектов в ЗУ на стоматологические составляющие КЖ (рацпредложение №2615 от 18.04.2013). Продемонстрирован вклад эстетически значимых дефектов зубов и десневого комплекса в передне-челюстных сегментах в снижение стоматологического показателя КЖ ОНП-14-aesthetic-RU в его интегральном и пошкаловых («Социальная дезадаптация» и «Психологический дискомфорт») значениях. Впервые эффективность комплексной эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК подтверждена положительной динамикой специфического стоматологического индекса КЖ ОНП-14-aesthetic-RU.

Практическая значимость результатов работы.

Определено важное место эстетических дефектов зубов, некачественных реставраций\пломб и заболеваний пародонта в совокупной утрате эстетики улыбки у лиц с НК.

Обоснован выбор оптимальных технологий и разработаны клинические алгоритмы проведения прямой (одно- или двухэтапной отсроченной) композитной эстетической реставрации зубов у лиц с врожденными коагулопатиями, имеющих эстетически значимые дефекты ТТЗ в зоне улыбки. Алгоритмизация этапов эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК направлена на: достижение врачом-стоматологом высокого качества реставрационных работ; улучшение психоэмоционального состояния пациента и его высокую удовлетворенность результатами лечения; формирование у пациента стойкой мотивации к поддержанию достигнутых эстетических результатов и уровня стоматологического здоровья; повышение его КЖ. Внедрение разработанных алгоритмов позволяет повысить эффективность клинических этапов восстановления зубов, минимизировать риски местных и системных осложнений, неблагоприятных исходов эстетической реставрации зубов у лиц с НК.

Рекомендованы к применению разработанные применительно к пациентам с НК особые инструментально-технологические и методические подходы к обеспечению эффективной и безопасной эстетической реставрации зубов. Эти методические рекомендации должны включать в себя: регламентацию временного режима лечебно-диагностических процедур для профилактики общего артралгического синдрома и мышечно-болевого дисфункции ВНЧС у больных НК, учет и коррекцию исходного уровня стоматологической тревожности, интерактивный характер анализа планируемых и получаемых результатов, использование максимально атравматичных средств и методов профессиональной гигиены полости рта (ГПР), местной анестезии, щадящего одонтопрепарирования (рацпредложение №2536 от 05.03.2011), оригинальных разгрузочных капп для профилактики мышечно-болевого дисфункции ВНЧС (патент РФ на полезную модель RU №108292, А61С от 28.03.2011), устройств для атравматичной изоляции зубов от слюны, специальных комплексов для эффективной ретракции десны и надежного гемостаза (рацпредложения №№ 2532 от 05.03.2011, 2533 от 05.03.2011, 2534 от 05.03.2011, 2535 от 05.03.2011), современных реставрационных материалов с оптимальными эстетическими характеристиками, прочностными свойствами, а также показателями влагостойкости и цветостабильности, немедикаментозных методов лечения дисфункции ВНЧС в реабилитационный период (патент РФ на изобретение RU №2457005, А61К, А61N, А61Р от 01.04.2011; патент РФ на полезную модель №111000, А61N от 01.04.2011).

Обоснована необходимость исходного психологического тестирования уровня стоматологической тревожности у пациентов с НК для определения показаний и противопоказаний к эстетической реставрации зубов по разработанному нами алгоритму. Продемонстрирована целесообразность повторного психологического тестирования стоматологических пациентов по шкале Кораха для самооценки результатов комплексной эстетической реставрации и состояния психоэмоционального статуса пациентов, успешно ее завершивших.

Предложена оригинальная методика оценки стоматологических составляющих КЖ и способ оценки эффективности эстетической реставрации

зубов у пациентов с НК, имеющих эстетические дефекты в ЗУ, основанные на применении нового специфического опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU.

Положения, выносимые на защиту:

1. Эстетически значимые дефекты кариозного и некариозного происхождения, некачественные реставрации зубов фронтальной группы занимают особое место в структуре стоматологической патологии у лиц с наследственными коагулопатиями, характеризуются высокой распространенностью и клинико-топографическими особенностями, сочетаются с десневыми признаками снижения эстетики улыбки и стоматофобиями, приводят к снижению стоматологических составляющих качества жизни, определяют прямые показания к комплексной эстетической реставрации зубов у абсолютного большинства пациентов.
2. Разработка особых методических подходов, инструментально-технологического обеспечения и лечебно-диагностических алгоритмов комплексной эстетической реставрации фронтальных зубов у лиц с наследственными коагулопатиями минимизирует риски местных и системных осложнений заболевания, улучшает психоэмоциональное состояние больных, повышает эффективность эстетического лечения зубов в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения, повышает мотивацию пациентов к поддержанию стоматологического здоровья и необходимого уровня качества жизни.

Личный вклад диссертанта в выполнение исследования. Автором самостоятельно проведены: анализ отечественной и зарубежной литературы по теме диссертации, набор клинического материала (комплексное обследование и стоматологическое лечение пациентов с НК и соматически сохранных лиц), социологические и статистические исследования. Совместно с научным руководителем и группой исследователей разработаны новые методики инструментально-технологического и методического обеспечения эстетической реставрации зубов пациентов с НК и инструменты для оценки КЖ

стоматологических пациентов с эстетическими дефектами в ЗУ. Апробация и внедрение новых методик применительно к пациентам с НК осуществлены лично диссертантом. Автором осуществлен анализ основных клинических, социологических и статистических данных.

Внедрение результатов в практику. Работа выполнена на кафедре терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний (зав. кафедрой - д.м.н., профессор О.С.Гилева) ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России (ректор – д.м.н., профессор И.П.Корюкина). Результаты исследования внедрены в практику работы КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» (гл. врач – к.м.н. И.Н.Халявина), I-го поликлинического отделения стоматологии ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России (гл. врач – О.В. Поздеева), включены в учебный процесс профильных кафедр стоматологического факультета ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России.

Апробация работы. Основные положения работы доложены и обсуждены на: Всероссийском конгрессе «Стоматология Большого Урала» (Пермь, 2009, 2011; Екатеринбург, 2012); IX Всероссийской научно-практической конференции «Пути повышения качества стоматологической помощи» (Москва, 2012).

Ход выполнения диссертационной работы обсуждался на заседаниях кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний (2009-2013 годы), кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний (2014 год), Ученого совета стоматологического факультета, Совета по аспирантуре ГБОУ ВПО ПГМА им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 15 научных работ, в т.ч. 4 – в изданиях, рекомендуемых ВАК. Получено 6 удостоверений на рационализаторское предложение, 1 патент на изобретение, 2 патента на полезную модель.

Объем и структура диссертации. Диссертация представлена рукописью на русском языке объемом 291 машинописных страниц и состоит из введения, 4 глав,

заклучения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, который включает 217 наименований работ, в т.ч. 158 отечественных и 59 зарубежных. Работа иллюстрирована 45 таблицами и 45 рисунками.

ГЛАВА 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. АКТУАЛЬНЫЕ ОБЩЕМЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НАСЛЕДСТВЕННЫХ КОАГУЛОПАТИЙ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА И ПУТИ РЕШЕНИЯ

1.1 Распространенность, этиологические факторы, принципы классифицирования и клинические проявления наследственных коагулопатий

Отечественные и зарубежные специалисты [10, 16, 37, 71,112,174] определяют коагулопатии (врожденные или приобретенные) как патологические состояния, обусловленные нарушениями физиологических механизмов гемостаза в части неспособности факторов свертывания крови обеспечивать нормальный процесс образования кровяного сгустка. К наиболее часто встречающимся формам наследственных коагулопатий (НК) относят гемофилию А (50-60%), болезнь Виллебранда (20-40%) и гемофилию В (6-13%) [55, 182].

Одной из наиболее тяжелых форм НК является гемофилия (Г), на долю которой приходится до 75% в структуре всех форм НК [16, 17, 18, 37]. Г определяется [10] как наследственное заболевание системы гемостаза, при котором дефицит факторов свертывания (чаще VIII и IX) уже с первых дней жизни человека приводит к появлению геморрагического синдрома, т.е. выраженной кровоточивости. Генетически обусловленная патология возникает вследствие снижения образования факторов свертывания или молекулярных аномалий, которые, в свою очередь, приводят к снижению функциональной активности антигемофильного глобулина А и антигемофильного глобулина В, и, как следствие, к повышенной кровоточивости, обусловленной нарушением процесса тромбообразования во внутреннем механизме свертывания крови [10, 36, 55]. Таким образом, Г относится к геморрагическим диатезам (коагулопатиям), обусловленным нарушением плазменного звена гемостаза.

Патогенетически различают [16] три основных формы Г: гемофилия А (гА), гемофилия В (гВ) и гемофилия С. ГА (рецессивная мутация в X-хромосоме) вызвана генетическим дефектом, отсутствием в крови необходимого белка – фактора VIII. Эта форма гемофилии считается классической, так как она встречается наиболее часто - у 80-85% пациентов. Тяжелые кровотечения при травмах и операциях наблюдаются при 5-20%-ом уровне VIII фактора. ГВ вызвана дефектным фактором крови IX (рецессивная мутация в X-хромосоме). При этом варианте Г нарушено образование вторичной коагуляционной «пробки». Диагностируется в 15% случаев наследственных коагулопатий. ГС вызвана дефектным фактором крови XI (аутосомная рецессивная мутация) и встречается крайне редко.

Г наследуется рецессивно, сцепленно с X-хромосомой, определяя поражаемость лиц мужского пола. Частота выявляемых среди населения разных стран форм гемофилии колеблется и, в среднем, составляет 6-18 на 100 000 жителей мужского пола [55]. В зависимости от степени дефицита факторов свертывания в плазме крови выделяют следующие формы Г: тяжелую – при уровне фактора 2% и менее; средне-тяжелую форму – при колебаниях фактора от 2 до 5% и легкую – при которой уровень фактора варьирует от 5 до 30%.

Медико-социальная значимость гемофилии как хронической полисистемной патологии чрезвычайно высока, что обусловлено как ее распространенностью среди населения, так и высокой степенью инвалидизации больных. Считается, что из общего числа больных Г 80% страдают тяжелыми формами заболевания, которые приводят к инвалидности уже в детском возрасте [9, 20].

Клинические проявления Г «многолики» [10], заболевание характеризуется высокой полиморбидностью [26]. Выявлено, что одним из самых первых и наиболее частых проявлений гемофилии в раннем детском возрасте являются стоматологические симптомы: кровотечения из слизистой носа и полости рта [191, 210]. С прорезыванием зубов, даже при минимальной травматизации нарастает вероятность повреждения слизистой оболочки полости рта (СОПР) и десен, прикусывания языка и губ, которые могут привести к длительным и опасным

кровотечениям. Кровоточивость может возникнуть практически в любой анатомической области тела, в любом органе или ткани. При этом, по мнению клиницистов [1,148], симптоматика кровотечений и кровоизлияний не имеет строгой специфичности, патогномичной только для Г. Развернутая клиническая картина, наблюдаемая при гемофилических кровотечениях, характеризуется определенной степенью нарушения общего состояния больного, связанного с кровопотерей, гемодинамическими расстройствами, развитием анемии и интоксикации, вызываемой распадом крови, излившейся в ткани или полости. Нередко при Г могут возникать спонтанные геморрагии, причина которых остается невыясненной. Как правило, они наблюдаются при тяжелой форме заболевания. Особенно тяжело протекают Г разных (в том числе и в полости рта) локализаций, возникающие единомоментно.

Установлено [20,192], что наиболее частыми (29%) для Г являются сочетанные кровоизлияния в суставы (гемартрозы) и в мягкие ткани (гематомы). Поражения суставов при Г чаще наблюдается с раннего возраста, причем преимущественно поражаются крупные суставы – коленные, локтевые, голеностопные. Одним из главных пусковых механизмов возникновения и развития гемофилической артропатии, включая гемофилический остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является гемартроз вследствие травмы [10,148,155,180]. По мнению специалистов [10], в 84% случаев первичный гемартроз у больных Г выявляется преимущественно в возрасте от 9 месяцев до 3 лет. По мере взросления тяжесть суставного поражения неуклонно прогрессирует, в процесс вовлекаются другие, в том числе мелкие суставы, включая височно-нижнечелюстной сустав [8,10,193,203]. Доказано [155], что среди причин, провоцирующих гемартроз у пациентов детского возраста, наиболее значимы инфекционно-воспалительные заболевания, которые часто сопровождаются воспалительными изменениями серозных оболочек суставов.

Всесторонне изучен [8,9,11,16,34,173] патогенез гемофилических артропатий, которые под действием различных факторов риска переходят в гемофилический синовит, а затем - в тяжелый деформирующий остеоартроз с

разрушением хрящевой и костной ткани, приводящий к ранней инвалидизации больных. Из-за грубых изменений в костно-суставной и мышечной системах многие больные маломобильны и вынуждены вести сидячий образ жизни [70,164], что кардинально снижает качество жизни (КЖ), а, кроме того, вносит проблемы в эргономику многих, в том числе стоматологических, лечебно-диагностических процедур. У больных Г кровоизлияние в мягкие ткани может возникнуть в любом участке тела, в подкожную клетчатку или мышечную ткань, в межмышечные пространства и мышечно-фасциальные ложа. Часто в область гематомы вовлекаются нервные стволы, сухожилия мышц, что приводит к развитию контрактур с постоянным и выраженным алгическим симптомом. Наиболее частым осложнением гематом при Г являются невриты. Возникшие стойкие невриты сопровождаются парезами конечностей с образованием сгибательных контрактур [148]. По мнению автора, обширные гематомы лица у больных гемофилией всегда связаны с травмой, причем иногда даже после идеально проведенной проводниковой анестезии для последующей экстракции зубов могут образовываться обширные гематомы щечной области. При удалении зубов нижней челюсти у пациентов с гемофилией могут появляться подъязычные и заглоточные гематомы, распространяющиеся на область шеи, нарушающие функции глотания и дыхания вплоть до асфиксии [148].

Одним из распространенных проявлений Г является гематурия. Согласно некоторым данным [2], почечное кровотечение у больных гемофилией чаще обусловлено повреждением сосудов почек, повышенным выделением солей кальция при гемартрозах. Установлено [16], что почечное кровотечение может возникать спонтанно, на фоне развившейся мочекаменной болезни или пиелонефрита, а также может быть спровоцировано предшествующей травмой живота и поясничной области, а также с физической нагрузкой [148].

Имеет принципиальное междисциплинарное значение факт, что у значительного числа (50-90%) больных Г выявляются нарушения функции печени, что связано с высокой вероятностью заражения вирусными гепатитами (особенно гепатитом С), передающимися с кровью во время гемотрансфузий [7,145]. Больные

Г относятся к той категории пациентов, у которых в значительной степени затруднено проведение инвазивных методов обследования, а также плановых и экстренных хирургических вмешательств, в том числе стоматологического профиля.

Таким образом, «многоликая» гемофилия [10] – это тяжелое полисистемное заболевание, в значительной степени снижающее КЖ больных, требующее особого комплексного подхода к диагностике и лечению, профессионального внимания, наблюдения и лечения специалистов различного профиля. Важно, что особенности клиники и патогенеза полисистемного заболевания с высокой степенью полиморбидности предполагают необходимость особого подхода к оказанию различных видов стоматологической помощи этой категории пациентов "со специальными нуждами" [200].

Специалисты-гематологи [37, 97, 132] определяют болезнь Виллебранда (БВ) как аутосомно-доминантный геморрагический диатез, обусловленный различными количественными и качественными дефектами синтеза фактора Виллебранда, инициирующего адгезию тромбоцитов к поврежденной стенке сосуда и стабилизирующего циркулирующий фактор свертывания VII за счет комплексобразования с ним. Заболевание одинаково часто поражает как женщин, так и мужчин, чаще протекает в легкой форме. Клинически манифестирует эпизодическими кровотечениями, которые схожи с кровотечениями при гемофилии – частые носовые кровотечения, кровоточивость десен, кровоизлияния в кожу с формированием гематом и больших кровоизлияний в мягкие ткани и во внутренние органы, иногда возникают кровоизлияния в суставы. Распространенность заболевания составляет 1:1000 человек [71]. Выделяют [36] 3 типа данного заболевания: «классический» I-ый тип выявляется у 75% пациентов и связан с потерей фактора Виллебранда, что является причиной легких и средне-тяжелых кровотечений; II-ой тип выявляется в случае неактивности или недостаточной активности фактора Виллебранда при его присутствии в крови; III-ий тип – наиболее редко встречаемый – характеризуется полным отсутствием или очень малым количеством фактора Виллебранда, что является причиной серьезных

кровотечений. Стоматологические аспекты болезни Виллебранда как самостоятельная проблематика малоизучены, часто рассматриваются в совокупности с гемофилическими – в тематике НК.

1.1.1 Психоэмоциональные нарушения в клинической инфраструктуре наследственных коагулопатий. Особенности психологического статуса и психотерапевтическая коррекция в комплексном лечении пациентов с наследственными коагулопатиями

Во многих отечественных и зарубежных публикациях по общемедицинским аспектам НК [12,13,14,22,96,135] определено, что оценка и коррекция психологического статуса пациентов с НК имеет существенное значение для разработки тактики комплексной профилактики и лечения геморрагических осложнений и составления индивидуальных лечебных программ. Эта проблематика в отношении стоматологических пациентов с НК практически не изучена. Вместе с тем, в последние годы психологические аспекты стоматологического лечения приобретают всевозрастающее практическое значение в связи с ростом уровня стоматофобий, исключающих возможность продуктивного лечения без соответствующей поведенческой психотерапии и соответствующей фармакологической поддержки [40,122,136].

Психологический портрет стоматологического пациента, страдающего тяжелыми формами НК, малоизучен, хотя многочисленные исследования психоэмоциональных расстройств и выявление особых психотипов у лиц, страдающих Г, актуализируют проблему тщательного психологического обследования и коррекции выявляемых психоэмоциональных нарушений до, во время и, при необходимости, после проведения различных стоматологических вмешательств для повышения качества стоматологического лечения, формирования стойкой мотивации к поддержанию и укреплению стоматологического здоровья, преодолению (снижению выраженности) стоматофобий, упрочения комплаентности (приверженности) больного к

проводимому лечению (стоматологическому и гематологическому). Несомненно и другой факт, что успешное стоматологическое лечение, обеспечивающее не только структурно-функциональный, но и эстетический результат, способно не только «внести вклад» в поддержание определенного уровня системного благополучия и качества жизни пациента с хронической гематологической патологией, но и должно послужить значимым фактором укрепления его психоэмоциональной сферы [40,122,136]. Сказанное выше предопределяет актуальность этого направления междисциплинарных исследований.

Общеизвестен медицинский факт [12,13,14,22,96], что Г, сопровождающая больного на протяжении всей его жизни, не только «угрожает» системному здоровью пациента, но и создает много психологических проблем. Хроническое заболевание крови с раннего возраста вызывает постоянные психотравмирующие переживания у больных, проявляется стойким эмоциональным напряжением, что неизбежно приводит к нарушению гармоничного формирования личности. Анализ данных специальной литературы свидетельствует о личностных изменениях больных, серьезных нарушениях в системе их отношений с окружающими лицами. У многих пациентов с Г на фоне ограничения двигательной активности формируется ощущение «ущербности». Анкетирование взрослых пациентов с гемофилией выявило наличие у них социальных проблем, определяющих место человека в обществе: трудности при поступлении в учебные заведения, устройстве на работу, создании семьи. Социологические исследования [12,13,22] указывают на то, что наиболее сильным стрессовым фактором для больных с НК является постоянное ожидание новых рецидивов кровотечения. Пациенты с НК постоянно испытывают эмоциональную напряженность, страх, тревогу. Болезнь «захлестывает» больных, приводит к психологическим и психопатическим расстройствам [13]. По некоторым данным [136], пациенты с тяжелыми НК относятся к замкнутым, эмоционально неуравновешенным и необщительным субъектам, характеризуются низкой социальной адаптацией и высоким уровнем душевных расстройств. Для них характерны психологические переживания депрессивного характера (ощущение опустошенности жизни, трудность принятия

решений, неверие в будущее, чувство собственной неадекватности), наличие тревожно-депрессивного фона настроения, подавленность, беспомощность и неспособность справиться с жизненными трудностями, а также коммуникативные затруднения и недоверие к окружающим. Определены [12] типичные личностные черты у больных гемофилией: озабоченность, подавленность, недооценка собственных возможностей, склонность к гиперопеке, эмоциональная чувствительность, преобладание пониженного фона настроения, раздражительность и нетерпеливость.

Больные Г отличаются особым типом отношения к своей болезни. Авторы [3], используя методику А.Е.Личко, наиболее часто (15%) у гемофиликов выявляли эгоцентрический тип отношения к болезни, когда пациент требовал к себе исключительной заботы и внимания, стремясь показать исключительность своей болезни. В 14% случаев у больных гемофилией установлен неврастенический тип отношения к болезни, проявляющийся плохой переносимостью болевых ощущений, нетерпеливостью, неспособностью ждать облегчения, раздражительностью и конфликтностью. У 12% пациентов определен ипохондрический тип отношения к болезни, когда они сосредотачивались на субъективных неприятных ощущениях, постоянно рассказывали о них окружающим, провоцировали близких родственников на конфликты с медперсоналом, преувеличивая свои страдания. Больные с гармоничным типом личности составили только 9,0% от числа лиц с Г, они трезво оценивали состояние своего здоровья, не преувеличивали своих страданий и стремились во всём способствовать успеху лечения. Пациенты с тревожным типом отношения к болезни (7%) были обеспокоены неблагоприятными исходами заболевания, перспективами развития осложнений, настаивали на дополнительных исследованиях, консультациях смежных специалистов, постоянно апеллировали к новым методам лечения. Пациенты с эйфорическим типом отношения к болезни (7,0%) довольно легкомысленно относились к своему заболеванию, были склонны к нарушениям режима, злоупотреблению алкоголем, приёму больших доз нестероидных противовоспалительных, наркотических, психотропных препаратов,

а также к употреблению немедикаментозных наркотических средств. С одинаковой частотой среди гемофиликов определяли паранойяльный (6%), анозогностический (6%) и апатический (6%) типы отношения к болезни. При паранойяльном типе пациенты крайне подозрительно относились к любым действиям медперсонала, часто предъявляли различные претензии. Лица анозогностического типа отказывались от обследования и лечения, считали методы лечения несовершенными и стремились обойтись «своими средствами». Для больных с эргопатическим типом (5%) был характерен «уход» от болезни в работу. К сенситивному типу (5%) относились лица, озабоченные тем, что их болезнь непременно вызывает неприятное впечатление у окружающих, у них присутствовал постоянный страх стать обузой для близких. При этом типе отношения к болезни часто наблюдались попытки скрыть факты травматизации, проявления кровоточивости на ранних этапах их развития. Больные с меланхолическим типом (5%) считали, что их судьба предрешена, болезнь неизлечима и поэтому что-либо предпринимать для улучшения своего здоровья не имеет смысла. Наибольшую проблему представляли больные с дисфорическим мрачно-озлобленным типом отношения к болезни (3%), испытывающие неприязнь (иногда ненависть) к здоровым лицам.

По мнению специалистов [13, 22], психотерапевтические методы коррекции эмоционального состояния, направленные на поддержку усилий пациента по преодолению трудностей и формирование позитивных оздоровительных мотиваций, являются важнейшей частью комплексного лечения больного с НК на основе методов групповой и индивидуальной психологической коррекции.

Особенности психоэмоционального состояния и психотипы стоматологических пациентов, страдающих НК, практически не изучены, не раскрыты основные причины, частота и особенности стоматофобий у этих декретированных стоматологических пациентов. Обзор литературы этого направления со всей очевидностью указывает на необходимость учета психоэмоционального состояния стоматологического пациента, страдающего той или иной формой НК, при планировании и проведении различных лечебно-

диагностических процедур в условиях стоматологического приема. Очевидно, что оказание профессиональной психотерапевтической и психофармакологической поддержки должно составить важнейшую часть стоматологического лечения и реабилитации пациента, страдающего НК. Не вызывает сомнения, что эффективное стоматологическое лечение, успешность которого определена врачом-стоматологом и самим пациентом, должно оказать позитивное воздействие на его психоэмоциональную сферу, привести к действенному саногенному эффекту.

1.2 Принципы комплексного лечения больных с наследственными коагулопатиями

Специализированное лечение пациентов с НК проводится в строгом соответствии с национальными стандартами Российской Федерации в соответствии с протоколом ведения больных с болезнью Виллебранда (ГОС. – Р 52600.1-2008), гемофилией (ГОС. – Р 52600.3 – 2008) [109]. Основным принципом лечения больных с НК является проведение своевременной адекватной заместительной терапии концентратами VIII и IX факторов, позволяющей восполнить дефицит фактора в плазме до необходимого уровня.

Лечение Г комплексное, патогенетическое. Пациентам переливают гемопрепараты, содержащие отсутствующие факторы свертывания, - антигемофильную плазму, криопреципитат, высокоочищенные концентраты VIII, XI факторов. Эффективна трансфузионная терапия концентрата антигемофильного препарата фактора VIII – криопреципитата. Антигемофильные препараты вводят внутривенно струйно, инфузии повторяют через 8 – 12 ч (период полужизни фактора VIII). При контроле за трансфузионной терапией ориентируются на количественное определение уровня фактора VIII в плазме крови. С целью купирования умеренных геморрагий повышают уровень в плазме фактора VIII до 15 – 20 %, для чего вводят антигемофильную плазму в дозе 10 – 15 мл/кг; более тяжелые кровотечения требуют поддержания уровня фактора VIII выше 30 %, что достигается введением криопреципитата или других концентратов фактора VIII по

20 – 30 мл/кг и выше. Предложен ряд схем введения препаратов специфической заместительной терапии, подробно описанных в фундаментальных трудах [24,54,80,116,147,171,181].

Установлено, что факторзаместительная терапия (ФЗТ) имеет целый ряд недостатков, связанных с сенсбилизацией чужеродными белками плазмы, поражением паренхимы печени и почек, возникновением ингибиторных форм заболевания, тяжелых посттрансфузионных осложнений. К серьезным осложнениям ФЗТ при НК относятся также заражение инфекционными агентами: вирусами гепатита, ВИЧ, инфекционного мононуклеоза, токсоплазмами, цитомегаловирусами и вирусами Эпштейна-Барра, что следует учитывать при планировании лечения сочетанных с НК заболеваний стоматологического профиля [207].

В настоящее время лечение больных Г и БВ существенно изменилось, поскольку появились факторы свертывания крови VII, приготовленные методом фракционирования пула донорской плазмы или генно-инженерным методом. В РФ зарегистрированы препараты фактора свертывания крови VIII (ФVIII), IX (ФIX) различных фирм производителей. Все препараты, произведенные методом фракционирования из донорской плазмы, обладают биоэквивалентностью в отношении компенсации уровня факторов VIII и XI свертывания крови у больных гемофилией [52,125,183]. В развитых странах наиболее распространен метод лечения гемофилии на дому [93] (по согласованию с врачом-гематологом), который проводится пациентом при легких геморрагических кризах (носовых кровотечениях, кровотечениях из десен, из поверхностных ран кожи, при первых симптомах кровотечения в сустав, особенно вследствие ушиба). Основные принципы домашнего лечения: гемостатический препарат находится у пациента; препарат вводится вне лечебного учреждения самостоятельно пациентом или его доверенным лицом; препарат может вводиться как профилактически, так и по требованию. Такая тактика лечения позволяет быстро ввести препарат, предупредить нарастание гемартроза или гематомы, уберечь больного от сильной психологической травмы. Международный опыт лечения БВ, основанный на

использовании десмопрессина или концентрированного фактора VIII, сбалансированного по фактору Виллебранда, подробно описан в трудах последних лет [83].

Таким образом, в последние десятилетия, благодаря появлению новых эффективных гемостатических препаратов произошли значительные позитивные изменения в проблеме лечения гемофилии. Стало возможным бороться с такими тяжелыми ее осложнениями, как желудочно-кишечные кровотечения, забрюшинные гематомы, внутричерепные кровоизлияния, а также более широко оказывать стоматологическую помощь этим больным [123,124].

Разработка и совершенствование медикаментозных и физиотерапевтических методов лечения и профилактики гемофилических артропатий и его основного проявления – артралгического симптома считаются актуальными задачами гематологии и артрологии. Следующие физические методы лечения гемофилического остеоартроза рекомендованы для оказания помощи пациентам с наследственными коагулопатиями: электро- или фонофорез с глюкокортикостероидами, ферментами, гомеопатическими препаратами, оказывающими противовоспалительное действие, улучшающими микроциркуляцию в тканях [85, 109, 121]; УВЧ-терапия в щадящем режиме (15 Вт) [85, 109]; грязелечение, магнитотерапия и др. [109]. В последние годы в связи с актуализацией проблемы болевой дисфункции ВНЧС у больных гемофилией предложен комплекс природных (пелоидтерапия) и преформированных физических факторов (гальванизация, светотерапия) для лечения гемофилического остеопороза и купирования болевого симптома в ВНЧС [72,137,155].

1.3 Стоматологические проблемы гемофилии: состояние и нерешенные вопросы

Патологические изменения в полости рта являются постоянным сочетанным симптомом различных гематологических заболеваний [4,35]. В современной отечественной и зарубежной медицинской литературе все чаще стали

актуализироваться стоматологические проблемы, выявляемые у пациентов с НК, и, в первую очередь, с Г как классическим наследственным геморрагическим диатезом, частота выявления которого у населения земного шара, по данным ВОЗ (WHO) и Всемирной Федерацией гемофилии (WFH), не имеет тенденции к снижению.

Роль стоматологических проявлений и осложнений, рационального стоматологического лечения (патронажа) в эволюции Г как системного процесса, в обеспечении необходимого качества жизни больных гемофилией не вызывает сомнения ни у специалистов гематологического профиля, ни у врачей-стоматологов.

В современной специализированной литературе накоплено много информации о проявлениях Г в полости рта (ПР), многие из которых (например, десневые кровотечения) рассматриваются дебютными симптомами заболевания и впервые проявляются у детей до года, в период прорезывания зубов. Опасность геморрагического симптома в полости рта сохраняется на протяжении всей жизни больного Г. По некоторым данным [210], из 29 эпизодов гемофилических кровотечений, отмечаемых в среднем, в течение года жизни больного гемофилией, 9% случаев приходится на полость рта. Чаще (60%) определяется кровотечение (кровоизлияние) из уздечек губ, в 23% - языка, 17% - из слизистой щек. Фиксируются и иные топографические особенности геморрагического симптома в полости рта больных Г [180]: в 64% - десневые кровотечения, в 13% - кровотечения пульпы, в 7,5% - языка, в 7,0% - губ, в 2% - неба и только в 1,0% случаев при гемофилии выявляются кровотечения из слизистой щек. Имеет существенное значение, что чаще кровотечения в полости рта больных Г не являются спонтанными, а связаны с действием ятрогенных факторов (удаление зубов, пародонтологическое или эндодонтическое лечение, проведение профессиональной ГПР, подготовка ПР к протезированию и др.) или провоцируются плохой ГПР. В связи с этим указано [57,118,153,177,178] на иные, наиболее частые по локализации геморрагического симптома кровотечения: луночковые, десневые, пульпарные.

Интерес к оценке особенностей стоматологического статуса больных Г актуализировался с конца 80-х годов прошлого столетия в работах представителей украинской, белорусской и российской научных стоматологических школ [25, 32, 52, 123, 144], отражающих проблемы хирургической и терапевтической санации полости рта при различных формах геморрагических диатезов.

Проблемы кариеса зубов у больных Г представляются наиболее актуальными и полно изученными. По наблюдениям исследователей первой декады 21-го века [70,152,153] установлено, что стоматологический статус больных гемофилией характеризуют высокие показатели распространенности (от 96,0% до 100%) и интенсивности (КПУ, в среднем, $9,4 \pm 0,70$) кариеса зубов, нарастающие по мере утяжеления основного заболевания. В более ранних работах [68] продемонстрировано, что у больных Г в молодом трудоспособном (20 – 30 лет) возрасте индекс КПУ был более высок и равен $16,3 \pm 2,1$, причем при максимально высокой компоненте У, равной 12,4. Установлено [70], что интенсивность кариеса у детей при тяжелой форме Г в 2 раза выше, чем при легкой форме заболевания, что связано с прогрессивным снижением минерализирующего потенциала, повышением вязкости слюны в связи с системным остеопорозом и общими нарушениями минерального обмена при Г [68]. Во многих работах [52,69,115,118,123] продемонстрировано, что при тяжелой Г у детей и взрослых отмечается сниженная минерализация всех костей скелета, включая челюстные (преимущественно нижнечелюстную) кости. По некоторым данным [68], наиболее значимы эти изменения у пациентов в возрасте 20-30 лет. О серьезных нарушениях минерального обмена при Г свидетельствуют также данные [70] об увеличении концентрации паратгормона и кортизона, снижении уровня кальцитонина и соматотропина в крови пациентов. Этот гормональный дисбаланс рассматривается как важное патогенетическое звено ассоциированных с Г кариеса зубов, заболеваний пародонта и ВНЧС. Распространенность кариеса, отмечаемая у взрослых больных Г, колеблется в пределах 96,0% - 97,8% и мало отличается от таковой у здоровых лиц [68,70,144,153], однако отличительной особенностью кариозного поражения при Г является достоверно большая в сравнении с

неосложненным кариесом распространенность осложненного кариеса, выявляемого в 2-3 раза чаще, чем у соматически сохранных лиц.

Доказано также [68,153], что важнейшими патогенетическим фактором кариеса зубов у больных Г, наряду с прогрессированием самого системного заболевания, являются снижение рН ротовой жидкости, зубного и язычного налета, наблюдаемое при средне-тяжелом и тяжелом течении заболевания. Установлено, что при Г минимальное снижение рН достигало уровня ниже критического, регресс рН происходил в ускоренном темпе, и, наконец, рН достоверно медленнее, чем обычно, восстанавливалось до исходных значений. Обозначена роль снижения минерального потенциала слюны, изменения ее вязкостных свойств на фоне снижения местного иммунитета (Ig A, S-Ig A, Ig J) при тяжелой форме Г. Данные о роли нарушений минерального обмена (остеопороза) в генезе кариеса зубов у больных с тяжелой формой Г неоднократно подтверждались [69,70], причем в качестве местных факторов кариесогенного риска были также обозначены повышенная кислотность и вязкость ротовой жидкости, гипосаливация, высокая кариесогенность зубного налета, а также общие нарушения фосфорно-кальциевого обмена.

Этиологический фактор деминерализации ТТЗ при Г не отличается от такового у соматически сохранных лиц, т.к. это микробная бляшка, нарушение ее микроэкологии, формированием агрессивных кариес-ассоциированных микробных биопленок. Исследования особенностей структуры и свойств микробных ассоциаций в различных биотопах ПР у больных Г ранее не проводились и могут представлять теоретический и практический интерес, так как у всех этих пациентов независимо от возраста и тяжести заболевания констатирован низкий уровень ГПР. Данные о неудовлетворительной ГПР при Г приводятся практически во всех доступных публикациях, отражающих существо вопроса [68,153]. Установлено [57,118,123,144], что к числу ведущих причин неудовлетворительного ухода за ПР относятся психолого-личностные особенности самого пациента больного Г, которые формируются с детских лет и прогрессируют в подростковом и молодом возрасте: боязнь посещения стоматолога, страх

возникновения кровотечений при чистке зубов и их лечении, низкая мотивация и аргументированность в необходимости поддержания здоровья ПР через индивидуальный гигиенический уход за зубами, отсутствие санитарно-просветительной работы стоматологов и гематологов. По некоторым данным [38,70], уровень ГПР у больных с тяжелой Г в 2,5 раза ниже, чем у здоровых лиц. По другим [150], основанным на результатах анкетирования пациентов, в острой необходимости привития элементарных навыков по уходу за зубами, формировании стойкой мотивации к поддержанию удовлетворительной ГПР нуждается подавляющее большинство (82,1%) больных Г.

Обзор данных специализированной литературы по проблеме кариеса у больных Г не оставляет сомнений, что специальные обучающие программы для детей и подростков и лиц молодого возраста – больных Г, а также их родителей, подкрепляемые контролем ГПР, должны составлять профилактический фундамент для общего комплекса стоматологического лечения больных Г. С учетом специфики психоэмоциональной сферы в молодом возрасте целесообразным представляется мотивировать больных Г к поддержанию стоматологического здоровья и необходимого уровня ГПР через поиск возможностей эффективного решения эстетических проблем челюстно-лицевой области, столь значимых для лиц молодого возраста. Эстетические аспекты кариозных и некариозных поражений зубов фронтальной группы (ЗФГ) у пациентов с НК мало изучены, не оценены как актуальная стоматологическая проблема, значимая для врача, пациента и его социального окружения. Вне поля зрения специалистов оказываются вопросы распространенности, интенсивности и клинических особенностей кариеса ЗФГ при Г, поиск наиболее оптимальных технологий оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов в «зоне улыбки», рациональных (то есть эффективных и безопасных для «травмоопасного» пациента) средств и методов их эстетико-функциональной реставрации.

Пародонтологические аспекты Г изучены в немногочисленных работах, не всегда системно. Данные, учитывая использование разных оценочных критериев, порой различивы, так как чаще сравниваются результаты обследования лиц

разного возраста, разных территорий проживания, различного социального статуса и др. Описаны [151] клинические особенности заболеваний пародонта у больных гемофилией – доминирование симптоматического гингивита, преимущественно (72,5%) генерализованного катарального и гипертрофического (10,5%), протекающего с выраженным десневым геморрагическим симптомом. Вместе с тем, в других работах [33,68] у пациентов с Г отмечена низкая выраженность и частота проявления десневой кровоточивости, (спонтанной и индуцируемой), причем только 3,0% из всех возникающих в течение года кровотечений относятся к десневым. По мнению специалистов [32], это связано с более выраженным, чем у здоровых лиц, коагулирующим потенциалом слюны у гемофиликов. К числу дополнительных патогенетических факторов развития и прогрессирования пародонтопатий у больных Г относят снижение местного иммунитета в связи с приемом антигемофильных препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами.

Современная пародонтология рассматривает пародонтологический статус не только с позиций его структурно-функциональной сохранности, но и эстетической выраженности всех его тканевых комплексов [45,64,100,138]. Эстетическая компонента пародонтологического комплекса во фронтальном отделе во многом ответственна за «эстетику красного», которая в совокупности с красивыми – здоровыми или успешно отреставрированными ЗФГ обеспечивает гармонию и привлекательность улыбки у любого стоматологического пациента (соматически сохранного или имеющего сочетанную системную патологию), доставляет радость его семье и окружающим лицам, при необходимости – обеспечивает нужную профессионализацию и, в конечном счете, улучшает стоматологическое КЖ человека [45,89,103,100]. С этих позиций роль заболевания пародонта и связанных с ними структурно-функциональных и эстетических нарушений пародонтального комплекса, их лечение и коррекция у больных Г не рассматривались. При этом достижение эстетического результата пародонтологического лечения больных с НК должно быть объективизировано соответствующими позитивными структурно-функциональными изменениями во

всех пародонтальных сегментах, подтверждено пародонтологическими индексами и результатами самооценки пациента.

Состояние СОПР у больных Г изучено в немногочисленных работах [153]. Чаще авторы анализируют ее статус при гемофилии только с позиций частоты возникновения и клинико-топографических проявлений геморрагического симптома. Так, петехиальные элементы на бледной истонченной СОПР выявлены у 28,6% больных Г легкого течения, причем чаще - в подъязычной области, на деснах и небе [153]. При тяжелой форме Г геморрагический синдром на слизистой оболочке полости рта манифестирует уже у 41,8% пациентов, кроме того он, как правило, сопровождается болевым, ксеростомическим, парестетическим симптомом, а в 4,0% случаев - осложняется эрозивным стоматитом. По данным цитологического исследования, в слизистой полости рта больных Г выявляются признаки воспаления, дистрофии и дисбиоза, нарушается ее регенерационный потенциал [153]. Установлено, что в 54,0% случаев истонченная, легко ранимая СОПР рта при Г легко травмируется острыми краями пораженных кариесом зубов, нерационально изготовленным зубным протезом или подобранными средством (предметом) ГПР [141,153].

Стоматологическая помощь, как известно, является самым массовым видом медицинской помощи, в которой нуждаются все больные Г, относящиеся к категории лиц со «специальными нуждами» [177,178,208]. В последние годы, благодаря внедрению современной ФЗТ значительно расширились возможности диагностики и лечения стоматологических заболеваний, снизилась частота стоматологических осложнений Г, возникающих спонтанно или под действием ятрогенных факторов стоматологического приема [57,68,153,159,162,177]. За последнее десятилетие проблемные вопросы организации стоматологической помощи больным Г становились предметами обсуждения в немногочисленных трудах отечественных стоматологов и гематологов [57,70,118,153]. Обращено внимание, что даже в зарубежных странах, отличающихся высоким уровнем оказания стоматологической помощи, еще не накоплен соответствующий опыт, который можно было бы взять на вооружение российской стоматологии.

Современные принципы и научные подходы к организации стоматологической помощи больным Г в условиях специализированных гематологических центров были всесторонне обоснованы в исследовании Халявиной И. Н. [153], в 2004 году разработавшей и внедрившей в практику работы Кировского НИИ гематологии и переливания крови комплекс функциональных обязанностей врача - стоматолога центра по оказанию стоматологической лечебно-профилактической помощи терапевтического, хирургического и ортопедического профиля. Необходимость пересмотра системы оказания стоматологической помощи больным гемофилией была объективизирована результатами анализа традиционных частотных показателей стоматологической заболеваемости и обобщенного индекса состояния стоматологической помощи (ИССП=27,2% - неудовлетворительный уровень), который отражал острую потребность больных гемофилией в комплексном стоматологическом лечении и привитии навыков ухода за ПР. В изданных методических рекомендациях были регламентированы объем, этапы и конкретные методики проведения стоматологических процедур на госпитальном этапе, проводимые содружественно с лечащим врачом-гематологом, а также тот объем стоматологической помощи, который мог быть выполнен в обычных амбулаторно-поликлинических условиях подготовленным врачом-стоматологом. Практически востребованы оказались разработанные правила профилактики перекрестной инфекции при приеме больных с гемоконтактным заболеванием, специальная документация для ведения стоматологических пациентов с Г. Показательно, что предложенная автором комплексная стоматологическая программа для больных Г, внедренная в практику Регионального центра по борьбе с Г, продемонстрировала свою эффективность по динамике основных стоматологических индексов в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения.

Взгляд на особенности организации стоматологической помощи больным НК [57,114] отличала констатация недостаточных знаний врачей-стоматологов специфики клиники и лечения НК, сдерживающая использование современных технологий стоматологического лечения, обезболивания и протезирования. В

отдельных работах [57] было рекомендовано определить конкретный вид стоматологической помощи для каждого типа стоматологических учреждений на конкретной территории РФ, который мог бы оказывать тот или иной вид специализированной стоматологической помощи больным Г, исходя из квалификационного уровня врачей, категоричности поликлиники и т.д. С учетом внедрения новых технологий стоматологического лечения был предложен комплекс организованных лечебно-профилактических мероприятий по улучшению стоматологической помощи больным Г, ориентированный на раннее выявление и своевременное неинвазивное лечение кариеса и профилактику плохой ГПР в условиях диспансеризации больных Г [70]. В доступной нам литературе по вопросам организации стоматологической помощи больным с НК не встречено работ, отражающих вопросы этики, эргономики стоматологического приема, психологической поддержки пациента с НК, планирующего то или иное стоматологическое лечение. Не обсуждены вопросы и методические подходы (решения), минимизирующие травмоопасность стандартных лечебно-диагностических процедур в условиях поликлинического стоматологического приема, мероприятия по профилактике ятрогений, наиболее типичных при оказании различных видов консервативной стоматологической помощи. Абсолютно не изучены организационно-методические подходы к осуществлению и эргономике эстетической (художественной) [129,130,131] реставрации передних зубов у больных с НК, алгоритмы ее проведения при различном стоматологическом и гематологическом статусе пациента.

При обзоре отечественных и зарубежных публикаций по теме исследования обращало на себя внимание малое число глубоких исследований по анестезиологическому пособию для стоматологических пациентов, больных Г. Рекомендации сведены к предложениям отдавать предпочтение аппликационной и инфильтрационной анестезии с использованием современных карпульных анестетиков при терапевтической санации ПР у больных Г [57,153,177], к проведению интралигаментарной анестезии с использованием вазоконстрикторов, к использованию потенцированной анестезии кислородно-азотистой смесью [177].

В отечественной литературе немногочисленны и весьма различны сведения о наиболее предпочтительных для больных Г средствах и методах индивидуальной и профессиональной ГПР [32,150,151]. Указано на целесообразность использования индивидуальной зубной щетки Silver Care, зубной щетки President Activ и бальзама President Effect для гигиенического ухода за полостью рта у больных Г [153]; в зарубежной литературе [177,178,185,208,216] этим пациентам рекомендовано использование зубных щеток средней жесткости, с маленькой головкой и синтетической щетиной, а также электрических зубных щеток для атравматического гигиенического ухода за полостью рта. При проведении профессиональной ГПР рекомендованы ультразвуковые технологии как менее травмирующие мягкие ткани ПР. Для профилактики и купирования кровоточивости десен после скейлинга у пациентов с Г рекомендовано использование специальных ополаскивателей на основе транексановой кислоты [185]. Отечественные рекомендации [153] сводятся к использованию ротовых ванночек с фитокомплексами, обладающими кровоостанавливающим эффектом.

Обзор литературы указывает на недостаточное внимание методам профилактики и лечения ранних стадий кариеса зубов у больных Г. Лишь в последние годы сделан акцент на значимости таких методик, как герметизация фиссур силантами, использование местных реминерализующих растворов [69], атравматической реставрации зубов с пломбированием стеклоиономерными цементами (как наиболее атравматичной методики реставрации зубов при начальных стадиях кариеса [57], использованию препарата Saforide для неоперативного лечения неосложненного кариеса [149,153]. Возможности использования у больных Г новой атравматичной методики кариес-инfiltrации при очаговой деминерализации эмали [107] не изучены. Считаем, что возросший интерес к исследованиям этого направления особенно значим для больных Г, так как снижает вероятность развития осложненных форм кариеса и необходимость проведения более травматичных оперативно-восстановительных методов лечения. В контексте особенностей оперативно – восстановительного лечения кариеса у больных Г указано, что обычная реставрация зубов не несет риска возникновения

кровотечения, однако внимание должно быть уделено наложению раббердама, матриц и колец, которые могут травмировать СОПР и вызывать кровотечение; кроме того, высокоскоростной слюноотсос также может быть травмоопасен [177]. Отечественных работ, детально характеризующих оптимальное инструментально-технологическое обеспечение эстетико-функциональной реставрации зубов у больных Г мы не встретили.

Указывают [53,115,153] на особенности проведения эндодонтического лечения у больных Г, которое должно проводиться на фоне ФЗТ при уровне фактора не менее 30%, с использованием местных антифибринолитических средств, а также с применением девитализирующих препаратов мягкого и пролонгированного действия. В отдельных работах [57] раскрыты преимущества лечения пульпита с использованием коагуляции корневой пульпы, которое позволяет снизить у больных Г процент осложнений в виде кровотечения и периапикальных гематом, исключает необходимость использования препаратов для ФЗТ, обеспечивает экономический эффект лечения. Для профилактики заапикальных кровотечений после экстирпации пульпы и удаления грануляций при периодонтите рекомендована обработка корневых каналов гемостатиками типа “Кеталюгель” [153].

Обращено внимание [25,59,119,190,196,197,199], что чаще всего осложнения гемофилии в виде кровотечений в ПР возникают после операции удаления зубов, которые утратили свою эстетическую и функциональную ценность. Более того, установлено [153], что операция удаления зубов является самым частым (60%) из оперативных вмешательств, осуществляемых у больных Г. При хирургической санации полости рта для заполнения лунки удаленного зуба, профилактики постэкстракционных кровотечений и гематом рекомендуются остеотропные препараты (Колапол, Тэраплап и др.), обладающие в том числе и гемостатическим эффектом, препарат Аллоплацента и др. [118,153]. Зарубежными стоматологами [178,208,] для этих целей рекомендуются аппликации фибринового клея на лунку и назначение 500,0 трамексамовой кислоты (по 1 таб. 4 раза в день в течение 10 дней после операции), а также использование 5% р-ра этого

гемостатического препарата для 2-х минутных полосканий полости рта 4 раза в день. В российских рекомендациях указывается на прием эpsilon-аминокапроновой кислоты по 4-6 гр. в сутки на 4 приема [36]. Проведение инфильтрационной анестезии перед операцией удаления зубов требует введения 30% фактора, удаление зубов – 40-50% фактора в зависимости от объема предстоящего вмешательства. Особенности проведения ФЗТ при санации ПР и удалении зубов у больных Г четко регламентированы в стандартах лечения больных гемофилией [36,128], методических руководствах для гематологов и стоматологов: непосредственно перед удалением и до эпителизации раны, как минимум через 48-72 часа после экстракции вводят концентрат фактора 30-40 МЕ/кг однократно, затем по 20 МЕ/кг каждые 12 часов в течении 3-5 дней.

В немногочисленных отечественных и зарубежных публикациях [155,193] определены частота и выраженность дисфункции ВНЧС у больных НК, патогенетически обосновано, что специфические суставные поражения при Г распространяются не только на крупные суставы, но и на область ВНЧС. Основными клиническими симптомами функциональных, а позже и органических изменений ВНЧС при Г являются дискомфорт и/или локальная боль в суставе, появляющиеся при длительном жевании (98%), разговоре (27%), а также ограничение открывания рта, девиация нижней челюсти (19%). Дефекты зубного ряда, выявляемые в 72% наблюдений у больных Г, являются дополнительным фактором структурно-функциональных нарушений в суставе, требуют щадящего протетического лечения [141,202]. Функциональная недостаточность ВНЧС при гемофилии напрямую зависит от степени тяжести заболевания и нарастает по мере его прогрессирования. Актуальная для пациентов с Г проблема дисфункции ВНЧС отражает сложный многофакторный механизм заболевания, в котором основная роль отводится состоянию мышц, окклюзии, элементов, образующих сам ВНЧС, а также психоэмоциональному статусу, нарушениям системного здоровья. Очевидно предположить, что среди важнейших факторов риска развития дисфункции ВНЧС у больных Г может явиться нерациональное, неэргономичное стоматологическое лечение, которое может провоцировать болевой симптом, требующий

соответствующей коррекции. Это необходимо учитывать при разработке алгоритмов эстетической реставрации зубов. Целесообразно предположить методологические решения, которые позволили бы минимизировать травму мышц, связок, собственно костно-хрящевых компонентов сустава во время длительного лечения зубов, обеспечить комфортность реставрационных процедур и профилактику постпроцедурных осложнений.

К числу малоизученных, но важных проблем Г относится возможность лекарственных взаимодействий у лиц, получающих ФЗТ на фоне применения многокомпонентных схем фармакотерапии по поводу той или иной сочетанной патологии. Конкретные рекомендации подобного рода сформулированы лишь в зарубежной литературе и касаются, в первую очередь, особенностей фармакологической коррекции болевого симптома, манифестирующего на фоне эндодонтической, пародонтологической, хирургической патологии, в процессе ее лечения и в постоперативный период. Указывают на необходимость исключения из арсенала обезболивающих препаратов аспирина и нестероидных противовоспалительных препаратов, повышающих эффекты варфарина, а также эритромицина, метронидазола, тетрациклинов, также потенцирующих эти эффекты. Неучет подобных лекарственных взаимодействий при местном и общем стоматологическом лечении, физиотерапии стоматологических заболеваний у больных гемофилией во многом увеличивает риск кровотечений [154,177] и должен быть принят во внимание при составлении алгоритмов лечения той или иной стоматологической патологии. При наличии соответствующих показаний в качестве альтернативы указанными лекарственными препаратами у больных Г может быть апробировано применение парацетамола (вместо НПВС) и аналогов вышеуказанных антибактериальных препаратов.

1.4 Состояние, основные причины утраты эстетики улыбки у стоматологических пациентов и лиц в наследственными коагулопатиями

Эстетика улыбки (ЭУ) объективно измеряется гармонией размера, формы, позиции и цвета зубов, а также окружающих их десневых, окклюзионных и губных элементов [48,49,78,140,156]. Эстетика улыбки включает в себя параметры макро- (лицевые и губные) и микроэстетики (зубные и десневые компоненты) [43,117,127]. Цвет, форма, размеры, положение ЗФГ и реставраций на них во многом ответственны за привлекательность улыбки [78,79,105]. Изменение анатомо-топографических и цвето-текстурных характеристик фронта ПР и организма, в целом, сопровождаются снижением эстетических параметров улыбки человека [28,29].

Многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют о высокой поражаемости населения планеты и РФ, в частности, кариесом зубов и заболеваниями ПР, которые приводят не только к структурно-функциональным нарушениям зубов, зубных рядов и лица, но и сопровождаются формированием эстетических дефектов, снижающих стоматологические составляющие КЖ, требующих соответствующего эстетически ориентированного лечения [76,195,201]. Число обращений к стоматологу по поводу эстетических проблем, связанных с заболеваниями зубов и десен, неуклонно возрастает среди населения развитых стран мира.

Среди наиболее частых причин, приводящих к нарушению ЭУ, называют изменение цвета зубов (дисколорит), кариес ЗФГ и некачественные с точки зрения эстетики реставрации (пломбы) передних зубов, некариозные поражения зубов, зубо-челюстные аномалии. По некоторым данным [120], до 82% соматически сохранных пациентов в возрасте 18-23 лет имеют различные эстетически значимые дефекты зубов и зубных рядов. В более поздних исследованиях [43] определены наиболее значимые для пациентов и врачей-стоматологов факторы снижения ЭУ: кариес верхних центральных резцов (55,0%), некариозные поражения (45,0%), включая стойкий генерализованный дисколорит, травму и гипоплазию

фронтальных зубов, а также некачественные по критериям цвета, краевой целостности и анатомической формы реставрации ($11,51 \pm 0,32$ ед. на группу фронтальных зубов).

ЭУ зависит не только от состояния ФЗН, но и от контурно-топографических и цвето-текстурных параметров десны (десневые параметры эстетики) в зоне фронтальных сегментов [43,87,211]. Каноны эстетики десневого комплекса (эстетика «красного» или «розового»), сводимые к 5-ти конкретным десневым параметрам, указывают на то, что десна и десневой контур в зоне улыбки (ЗУ) являются неотъемлемой ее составляющей, играют важную роль в создании и разрушении ЭУ [160]. Во многом десневые параметры микроэстетики улыбки (форма и положение верхнего края десны, форма десневых сосочков, их ширина, цвет и рельеф десны, отсутствие бактериального налета, патологических элементов) утрачиваются на фоне воспалительно-дистрофических процессов в пародонте – при гингивите, пародонтите и пародонтозе, потенцируя малоэстетичные дефекты зубов и проблемы ЭУ в целом. Воспалительное заболевание пародонта, согласно последним эпидемиологическим исследованиям [76, 195], наряду с кариесом зубов, отнесены к наиболее распространенным (2-ое место после кариеса) видом стоматологической патологии у населения планеты. Учитывая [151] высокую (83,1%) нуждаемость больных с НК в пародонтологическом лечении, распространенность и тяжесть воспалительных заболеваний пародонта и выраженность одного из основных симптомов – кровоточивости десен, следует предположить наличие значительных нарушений десневых параметров ЭУ у этих пациентов, указать на необходимость разработки особых подходов к пародонтологическому обследованию и артавматичному пародонтологическому лечению больных с геморрагическими диатезами. Кроме того, очевидно, что своевременная, качественная и безопасная профессиональная гигиена полости рта и рациональное пародонтологическое лечение смогут создать оптимальные условия для проведения эстетической реставрации зубов, направленной на коррекцию зубных параметров микроэстетики улыбки (эстетики «белого»).

К числу важных проблем, ограничивающих возможности эстетического лечения (коррекция эстетики «белого» и «красного») больных с НК, могут быть отнесены особенности их психоэмоционального состояния [12,22,96], наличие выраженных стоматофобий, связанных со страхом возникновения кровотечений из полости рта при проведении стандартных диагностических и лечебных процедур, а также с недостаточными знаниями врача-стоматолога о специфике нарушений системного, гематологического и психологического статусов при гемофилии. Профессиональные компетенции врача-стоматолога, гематолога и психотерапевта специализированного гематологического центра должны быть объединены и направлены на формирование мотиваций пациента с НК к проведению стоматологического лечения для достижения не только структурно-функциональных, но и эстетических результатов при минимизации возможных осложнений за счет особой психопрофилактики, рационального инструментально-технологического обеспечения лечения, создание максимально эргономичных условий для проведения комплексного стоматологического обследования и лечения больных с НК в условиях поликлинического стоматологического приема. Поведенческая установка на поддержание необходимого уровня стоматологического здоровья должна быть закреплена визуально объективным эстетическим результатом лечения, профессиональным заключением врача-стоматолога, мнением родных и близких, коллег по работе, врачей-гематологов центра, свидетельствующим о сохранении (а, возможно, и преумножении) стоматологических составляющих КЖ пациента. Достижение эстетического результата стоматологического лечения способно усилить чувство общего благополучия пациента [50,51], улучшить психоэмоциональный настрой, снизить выраженность депрессивных ощущений и, в конечном итоге, повысить эффективность комплексной терапии основного заболевания [28,30,43,51].

Восстановление ЭУ пациента со сложной гематологической патологией – важнейший шаг на пути осознания красоты и привлекательности собственной личности, улучшения качества жизни, социальной адаптации, семейного благополучия и профессиональной реализации. Интерактивный характер

взаимодействия врача-стоматолога и больного гемофилией, ориентирующегося не только на структурно-функциональные результаты, но и на эстетический эффект, должен создать условия для формирования дополнительной системы ценностей, пробудить в пациенте важнейшую «оздоровительную» потребность человека – желание иметь приятный внешний вид, располагающую улыбку, красивые и здоровый зубы как важные составляющие части имиджа современного благополучного человека.

1.5 Современные представления об эстетической реставрации зубов; обоснование подходов к эстетической реставрации зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями

До недавнего времени для восстановления разрушенных (или имеющих дефекты) коронок ЗФГ в стоматологической практике использовался распространенный и простой способ замещения дефектов различными пломбирочными материалами в однослойной технике. Бурное развитие стоматологического материаловедения, повышенные требования пациента предопределили развитие новых реставрационных технологий, позволяющих не только восстановить исходную анатомию (размер, форму, геометрию и др.) коронки зуба, но и воспроизвести его эстетику (цвет, блеск, опалесценцию и др.), максимально приближенную к естественному зубу и соотнесенную с эстетикой окружающих мягких тканей [28,45,50,51,67,88,90,92,101, 129,138,156].

По мнению специалистов [99,168], «эстетический результат стоматологического лечения в большинстве случаев, безусловно, не менее важен, чем хорошие функциональные параметры изготовленной пломбы, коронки или вкладки. Первое впечатление пациента о качестве реставрации основано именно на ее эстетических характеристиках». Гармоничное восприятие эстетической реставрации обеспечивают цвет, форма и микрорельеф поверхности пломбы, а также здоровое состояние мягких тканей, окружающих зуб (пародонтального комплекса).

Эстетическая реставрация зубов включает коррекцию или полное восстановление анатомической формы, передачу цвета и прозрачности твердых тканей зубов, воспроизведение, при необходимости возрастных элементов и введение зуба в гармоничную окклюзию [142]. Предложена [129] следующая систематизация видов прямой реставрации зубов: пломба (восстановление утраченного объема тканей зуба в однослойной технике любым материалом в течение 20-30 мин. в стандартных условиях поликлинического приема любым врачом-стоматологом); реставрация (восстановление тканей композитом / компомером в многослойной технике в течение 60 мин. специально подготовленным врачом-стоматологом); художественная реставрация – восстановление коронки зуба в эстетических параметрах зуба и зубных рядов в многослойной технике, без лимита времени, в специально подготовленном кабинете, узкоспециализированным стоматологом. Если еще 20 лет назад эстетические результаты лечения зубов не входили в приоритеты стоматологического лечения, то сейчас они, наряду с восстановлением структуры и функции зуба и зубных рядов, составляют одну из его важнейших целевых установок, оказывая прямое влияние на системное и стоматологическое здоровье, психоэмоциональную стабильность, социальное благополучие и КЖ стоматологического пациента [30,82,92,94,138,149]. До 64% пациентов, обращающихся для лечения зубов, рассчитывают на достижение не только структурно-функционального, но и эстетического результата [5]. Таким образом, концепция эстетического лечения зубов стала неотъемлемой частью современной стоматологии.

Качество эстетической реставрации определяется не только в ближайшие, но и отдаленные после лечения периоды. По некоторым данным [82,110], через 2 года 75% композитных пломб требуют замены и коррекции, чаще в связи с потерей цвета, пигментацией, деструкцией реставрации и зуба, нарушением контактных пунктов. При экспертной оценке 224 случаев композитных эстетических реставраций [27] чаще выявляются именно их эстетические дефекты: отсутствие цветового перехода от шейки к экватору и режущему краю (окклюзионной

поверхности) – 47%, несоответствие цвета реставрации эстетике естественного зуба – 41%, контурирование границ реставрации – 37%.

Для оценки качества эстетической реставрации зубов используются традиционные и оригинальные методики, к числу которых относится: система Ryge в нескольких модификациях, упрощенные критерии ISO и др. [27,106,134,170,204,205]. Заслуживают интереса объективные количественные показатели качества прямых эстетических реставраций [5,39,41,165,172], позволяющие в баллах оценить качество (хорошее, удовлетворительное и плохое, требующее замены) проведенного эстетического лечения зубов. Четкое следование «ситуативным» алгоритмам, регламентирующим этапы техники эстетической реставрации зубов в соответствии с конкретной клинической ситуацией (например, у пациентов в патологической стираемостью зубов, пришеечными дефектами и др., а также у больных с НК, имеющих конкретные особенности стоматологического, системного и гематологического статуса) позволяет снизить риски для пациента и врачей (стоматологов, гематологов, психотерапевтов), привносимых спецификой стоматологического лечения зубов, повышает эффективность и безопасность его исходов [6,15,27,103,111,138].

В качестве основных причин, снижающих качество прямых эстетических реставраций зубов, эксперты указывают на врачебные ошибки при препарировании, выборе реставрационного материала, воссоздании анатомии и эстетики зубов [27]. В ряде клинических ситуаций (пришеечные дефекты, склонность к десневым геморрагиям) особенно остро стоит вопрос контроля за состоянием десневого края и продукцией десневой жидкости на основе современных гемостатических и ретракционных технологий [21].

Залогом успешности эстетической реставрации зубов считают [98,99] компетентное квалифицированное выполнение каждого этапа лечебно-диагностического алгоритма; персонализированный (ситуационный) подход к планированию и проведению подготовительных лечебных и реабилитационных мероприятий; рациональное, медицински обоснованное препарирование; максимальное использование преимуществ реставрационных материалов; строгое

соблюдение медицинских принципов и технологических правил на всех этапах лечения.

Специалисты считают [30,48,49,74], что в компетенции врача-стоматолога, осуществляющего эстетическую реставрацию зубов, должно входить не только умение диагностировать и исправлять функциональные, структурные и эстетические нарушения, но и способность активно подключать к лечебно-диагностическому процессу пациентов, оценивая его психотип, умело направляя его психоэмоциональные возможности на достижение конечного результата лечения. Успех эстетической реставрации не только повышает самооценку пациента, но и развивает креативный потенциал врача-стоматолога, его собственную профессиональную оценку [42].

Качество реставрации [39,41,81] во многом зависит от уровня компетентности врача-стоматолога, ширины его научно-практического, в т.ч. общемедицинского кругозора, наличия современного оборудования и инструментов, от исходного состояния стоматологического здоровья: пародонтологического статуса, подвижности зубов, состояния слюноотделения, вида прикуса и др. Особенности проведения, оптимальные техники и инструментально-технологическое обеспечение, обоснование выбора пломбирочного материала для эстетической реставрации зубов, особенности алгоритмирования основных ее этапов психотерапевтической поддержки и анестезиологического пособия для пациента, эргономики лечебно-диагностических процедур при проведении эстетического лечения дефектов твердых тканей фронтальных зубов у пациентов с НК ранее не изучены и могут представлять существенное медико-социальное и гуманитарное значение для этой группы пациентов со «специальными нуждами».

Очевидно, что акцентуация внимания профессионалов-стоматологов и самих пациентов на возможностях позитивных результатов эстетической реставрации зубов в зоне улыбки должна стать сильнейшим мотивационным фактором для поддержания необходимого уровня системного здоровья, душевного равновесия и социального благополучия пациента. Восстановление ЭУ пациента со сложной

гематологической патологией должно стать важнейшим шагом на пути осознания привлекательности собственной личности, лучшего КЖ, социальной адаптации, семейного благополучия и профессиональной реализации.

1.5.1 Современные методики эстетической реставрации зубов

Современное методическое обеспечение эстетической реставрации зубов [65,66,101,133,129,138,175] достаточно разнообразно, обоснованный выбор и соблюдение адекватной технологии реставрации является важнейшим критерием качества эстетического лечения. Преимущества прямой, осуществляемой непосредственно в ПР, реставрации – в минимальной инвазивности, щадящем отношении к зубным тканям и пульпе, лучшей герметичности по сравнению с непрямыми способами восстановления дефектов (изготовление виниров, коронок). Сохранение максимально возможных объемов интактных ТТЗ, укрепление его опорных структур возможно за счет адгезивной техники. К преимуществам прямых эстетических реставраций относят [133,179,189] отсутствие необходимости в лабораторном этапе, выполняемом в зуботехнической лаборатории, более низкая их себестоимость. Достоинством прямых реставраций является возможность проведения коррекции небольших дефектов, сколов композитных пломб в одно посещение [60]. Проведение прямой реставрации зубов в значительной степени облегчает интерактивный характер стоматологического лечения, учесть индивидуальные пожелания пациента, при необходимости – внести в план реставрационных работ соответствующие изменения, т.е. оптимизировать их результаты в части долговечности, функциональной эффективности и эстетического совершенства проведенной реставрации [73].

Качество и долговечность эстетических реставраций во многом определяются правильным применением адгезивных (бондинговых) систем, обеспечивающих хорошую фиксацию и надежное краевое прилегание композитной пломбы к тканям зуба, высокую пространственную стабильность пломбы, возможность максимального сохранения ТТЗ за счет рационализации

техники препарирования кариозной полости [79,101,133,194]. Бондинг-техника – исторически первая, позволившая обеспечить микромеханическое сцепление композита с эмалью зуба, применяется преимущественно с композитами химического отверждения, малоэффективна при патологической стираемости, реставрации пришеечных и поддесневых полостей [60,86,133,198]. В основе сэндвич-техники лежит наложение 2-х слойной пломбы: внутренний слой восстанавливается стеклоиономером или компомером, наружный – композитным материалом. Сэндвич-технику можно применять во многих клинических ситуациях, требующих пломбирования композитами, но особенно она показана у пациентов с «проблемной» ПР: низкий уровень ГПР, высокий показатель КПУ, высокая частота рецидивного кариеса и др. Этому методу следует отдать предпочтение при некариозных поражениях ТТЗ, когда эмаль и дентин патологически изменены и адгезивные системы, рассчитанные на нормальное строение тканей зуба, не обеспечивают надежной герметизации дентина и прочной адгезии пломбы. Сэндвич-техника показана также в случаях, когда невозможно добиться полноценного высушивания кариозной полости.

1.5.2. Современные материалы для эстетической реставрации зубов, обоснование выбора для замещения дефектов зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями

В настоящее время на стоматологическом рынке представлено большое количество реставрационных материалов, позволяющих воссоздать эстетику, морфоструктурные особенности зуба и обеспечить его гармоничное функционирование в зубо-челюстной системе. Неуклонный прогресс современного стоматологического материаловедения ставит перед практикующими врачами непростую задачу выбора оптимального материала для эстетической реставрации зубов, исходя из конкретной клинической ситуации (системного и стоматологического здоровья), предпочтений и возможностей пациента [15,23,29,31,52,63,64,73,81,95,157,214,216]. Прогресс материаловедения

стимулирует развитие новых технологий применения материалов для эстетической реставрации зубов, методик оценки их биосовместимости как важнейшей характеристики материалов, используемых в клинической практике [48,49].

Эстетическая реставрация зубов с использованием современных композитных материалов стала одной из самых распространенных стоматологических манипуляций, проводимых на поликлиническом приеме врача-терапевта-стоматолога и стоматолога общей практики [81,92,101,138]. Создание новых, более современных композитных материалов значительно расширяет показания к применению реставрационной методики в стоматологии. С помощью композитов выполняется более половины всех реставраций зубов, причем используемые для этих целей материалы должны иметь следующие свойства: высокая адгезия к тканям зуба, стабильность формы до воздействия фотополимеризатора, минимальная усадка, хорошая полируемость, атравматичность, биосовместимость, манипуляционные характеристики, износоустойчивость, широкий спектр цветовой гаммы, возможность передачи колористических особенностей всех участков коронки [48,49,99,102,104,110,129,138]. Для композита, максимально соответствующего эстетическим требованиям [214], в реставрационном наборе должны присутствовать: широкий спектр масс для моделирования дентина и эмали с оптическими свойствами, максимально имитирующими характеристики зуба как природного биокомпозита; материал должен быть использован для послойного восстановления анатомической формы зуба, иметь эффект флюоресценции для моделирования дентина и эффект опалесценции для моделирования эмали; вспомогательные средства, облегчающие практическое применение композитного материала. Современный материал для эстетической реставрации, при необходимости, должен воссоздать и индивидуальные особенности зуба (пятно гипоплазии, трещины, контур десневого края и т.д.), при необходимости – «состарить» зуб у лиц пожилого возраста [29].

Современные композиционные материалы представляют собой смесь неорганических частиц, взвешенных в связующей органической матрице, в

которую введены компоненты, обеспечивающие полимеризацию и цветовую стабильность [60,94,99]. К достоинствам макрофилов – материалов с крупными частицами неорганического наполнителя (1-100 мк) относится достаточная прочность, однако их плохая полируемость способствует адгезии микроорганизмов и приводит к развитию вторичного кариеса, гингивиту, а также к низкой цветостабильности и цветоустойчивости. Макрофилы не пригодны к проведению эстетической реставрации зубов, так как они не обладают необходимой адгезией к твердым тканям зуба, устойчивостью к истиранию, цветовой стабильностью и полируемостью [100]. Микрофилы (содержат мелкие, до 1 мк частицы неорганического наполнителя) хорошо полируемы, высоко цветоустойчивы и эстетичны, пригодны для проведения эстетических реставраций небольшого объема, так как имеют значительный коэффициент термического расширения и не обладают идеальной прочностью [99]. Гибриды – композиты, сочетающие в себе крупные и мелкие частицы неорганического наполнителя, универсальны и могут быть использованы для проведения всех видов реставрационных работ; подвержены незначительной стираемости, коэффициент термического расширения сопоставим с коэффициентом термического расширения эмали зуба, обладают пониженной полимеризационной усадкой, повышенной прочностью на излом и сжатие, пониженной абсорбцией воды.

Для решения проблемы полимеризационной усадки разработаны текучие гибридные светоотверждаемые материалы, обладающие высокой эластичностью и способные компенсировать «полимеризационный стресс» за счет собственной внутренней эластической деформации [28,49,60,73,81]. Для снижения полимеризационной усадки, придания полимерным материалам определенных противокариозных свойств созданы компомеры – реставрационные материалы, сочетающие в себе свойства гибридного композита и стеклоиономерного цемента [110]. С химической точки зрения компомер — это комбинация кислотных групп стеклоиономерных полимеров и фотополимеризуемых групп композитных смол [142]. Компомеры имеют значительные преимущества перед композиционными материалами при использовании их в ряде клинических ситуаций - пломбирование

кариозных полостей V класса, клиновидных дефектов, эрозий эмали постоянных зубов; временное пломбирование полостей при травме зубов; наложение базовой прокладки под композит при пломбировании методом «сэндвич»; герметизация фиссур; лечение кариеса в молочных зубах. Главными достоинствами компомеров являются температурная инертность и способность к выделению фторидов в течение достаточно длительного периода нахождения в полости рта, широкая цветовая гамма. Высокий уровень стираемости и низкая прочность относятся к недостаткам компомеров.

Предъявляемые нами требования к пломбировочным материалам, используемым для эстетической реставрации зубов у больных с НК, сводились к их малой усадке, хорошей полируемости, износоустойчивости, цветоустойчивости, наличию эстетических характеристик – широкого спектра цветовой гаммы и возможности передачи всех колористических особенностей естественных зубов. Материалы для эстетической реставрации зубов у больных с НК должны обладать хорошими манипуляционными свойствами, учитывая временную специфику проведения лечебно-диагностических манипуляций у пациентов, быструю утомляемость мышц и связок, окружающих ВНЧС. Реставрационные материалы должны проявлять противокариозное действие, учитывая проблемы поддержания уровня гигиены, частые десневые кровотечения, наличие тонкой хрупкой эмали, персистирующую инвазию микроорганизмов из десневой борозды. Гипотетически предположили, что для больных с НК материалом выбора для пломбирования кариозных полостей на фронтальных зубах должны стать компомеры, представляющие композитно-иономерные составы, сочетающие свойства композитов (удобство применения, эстетичность, цветостойкость) и стеклоиономеров (химическая адгезия к твердым тканям зуба, выделение ионов фтора, хорошая биологическая совместимость). Показаниями к применению компомеров у пациентов с НК должны стать: пломбирование полостей III и V класса, клиновидных дефектов, использование в качестве базовой подкладки под композит при пломбировании полостей сэндвич-техникой.

Такие свойства компомеров как низкий уровень усадки, способность к локальному высвобождению фтора, высокая прочность и эстетичность, широкая цветовая гамма и отличная полируемость, устойчивость к воздействию ротовой жидкости, цветостабильность и механическая прочность обосновывают целесообразность их использования в разных техниках у пациентов с НК. Не следует исключать целесообразность использования стеклоиономерных цементов тройного отверждения у этой категории пациентов, т.к. эти материалы обладают рядом уникальных свойств: эстетика, технологичность, истинная адгезия к тканям зуба (за счет тройного механизма полимеризации: фотополимеризации, химической полимеризации и стеклоиономерной реакции), активное пролонгированное выделение ионов фтора, высокая компрессионная прочность. Уступая композитам в износоустойчивости, СИЦ могут обоснованно найти применение в технике «сэндвича» (как открытого, так и закрытого) у пациентов с НК.

Целесообразно оценить возможность использования для эстетической реставрации зубов у пациентов с НК современных нанонаполненных композитов, содержащих в составе частицы размером 20-70 нм (ультрамелких наномеров и нанокластеров большого размера, обеспечивающих высокую наполненность материала). Принимаем во внимание механическую прочность нанокомпозитов, сопоставимую с прочностью лучших микрогибридных композитов, их отменную полируемость и стойкость блеска реставрации. Учитываем и большой практический опыт использования материала «Filtek Supreme» (3M ESPE) – первого нанокомпозитного светоотверждаемого материала в мировой и российской стоматологии [110,111].

Обзор литературы заданного направления позволяет считать, что для пациентов с НК необходим подбор рациональных, максимально безопасных и эффективных методик оперативно-восстановительного лечения фронтальных зубов, разработка особых алгоритмов эстетической реставрации зубов. Актуальны вопросы эффективного и безопасного инструментально-технологического обеспечения терапевтической санации ПР у больных Г, изученные недостаточно.

Поиск путей решения стоматофобий, ограничивающих возможности полноценного проведения художественной реставрации ЗФГ. Имеющиеся трудности побуждают к поиску путей совершенствования процесса эстетически ориентированного обследования и эстетического лечения зубов у пациентов с НК.

1.6 Качество жизни у больных с наследственными коагулопатиями; стоматологические составляющие качества жизни

По определению ВОЗ (WHO, 1977), качество жизни – это характеристика физического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на субъективном восприятии.

Актуальное медицинское понятие КЖ человека отражает суть целостного многомерного подхода к оценке состояния пациента, процессу и результатам его лечения и профилактики его заболевания. Особый смысл приобретает понятие КЖ пациентов с хронической, зачастую трудно поддающейся лечению или некурабельной хронической патологией, целью лечения которой является не полное выздоровление, а поддержание должного уровня КЖ.

Г как неизлечимое хроническое заболевание приводит к физическим и психическим расстройствам, ограничению трудоспособности, инвалидизации сокращает продолжительность жизни, сопровождается социально-экономическими тратами. Больные Г нуждаются в постоянном медицинском мониторинге, пожизненной медико-психологической реабилитации. Для оценки влияния системных проявлений гемофилии на КЖ гематологи используют различные опросники – SF36, AE-5, различные визуально-аналоговые шкалы, объективизирующие физическое, психическое и социальное функционирование пациента.

Исследование КЖ приобрело широкое применение в современной стоматологии: изучение влияний различных стоматологических заболеваний на КЖ пациента; оценка эффективности программ лечения стоматологических заболеваний, включая исследования новых методов лечения; разработка

стандартов терапии стоматологических заболеваний; экономическое обоснование методов лечения с учетом показателей цена/качество и стоимость/эффективность; оценка ранних и отдаленных результатов лечения; разработка прогностических моделей течения и исходов стоматологической патологии.

Методология исследования КЖ пациентов различного профиля представляет многоэтапный процесс, основанный на использовании специальных инструментов – анкет (опросников) по оценке КЖ: общих, созданных для оценки КЖ при различных заболеваниях, и специфических, созданных для оценки КЖ при отдельных видах патологии, в том числе стоматологической. Опросники могут заполняться как самим индивидуумом, так и медицинским персоналом на основании ответов индивидуума на предлагаемые вопросы анкеты. Вопросы опросников имеют ряд четко ранжированных вариантов ответов. Каждый ответ в опросниках соответствует определенному числу баллов. Набранные за ответы на все вопросы баллы суммируются. Сумма баллов численно «характеризует» качество жизни. Изменение этой суммы баллов, например, при реализации программ укрепления здоровья, характеризует изменение КЖ [143]

В стоматологии, как и во многих других отраслях медицины, имеются специальные опросники КЖ. При оценке КЖ стоматологического пациента с различными формами патологии ПР допускается, что состояние стоматологического здоровья влияет на физическое и психологическое состояние человека, а также на социальное благополучие и коммуникативную функцию [113,139,186,187,188].

Стоматологический индекс Oral Health Impact Profile ОНIP-49 – профиль влияния стоматологического здоровья [209], по частоте использования и многообразию интерпретации результатов при различных формах стоматологической патологии рассматривается как один из наиболее валидных полных и многопрофильных инструментов, а потому расценивается ВОЗ как «золотой стандарт» для оценки КЖ больных стоматологического профиля. Переведенные и модифицированные версии индекса ОНIP-49 широко используются для оценки КЖ пациентов с различной стоматологической

патологией [186,200,213] специалистами медицинского профиля в большинстве стран мира. В немногочисленных отечественных исследованиях влияния стоматологического здоровья на показатели КЖ используется русскоязычная версия индекса ОНП, как в полном – ОНП-49-RU, варианте [44,47], так и упрощенной модифицированной версии ОНП-14-RU, валидированной применительно к заболеваниям пародонта [19,56,107].

В настоящее время одним из наиболее значимых стоматологических аспектов стоматологического лечения является его эстетическая составляющая, так как в современном обществе здоровые зубы и красивая улыбка обеспечивают высокую социальную оценку, полноценное питание, продвижение по карьерной лестнице, успешный отдых. Здоровые зубы несут три основные функции в установлении и поддержании высокого КЖ каждого человека:

1. Здоровые зубы как главный фактор, обуславливающий качество питания человека.
2. Здоровые зубы и их эстетическая роль.
3. Здоровые зубы как символ благополучия.

Сохранение здоровых зубов является одним из важных признаков высокого качества жизни, так как они обеспечивают полноценность питания, эстетический внешний вид, гордость и достоинство людей, активный образ жизни (В.К. Леонтьев, 2004).

Количественная оценка эстетического эффекта проведенного реставрационного лечения, оценка динамических показателей эмоционально-психологического состояния у пациентов с эстетическими стоматологическими дефектами может осуществляться с помощью критериев КЖ. Однако, в немногочисленных отечественных исследованиях при оценке влияния стоматологического здоровья на стоматологические показатели КЖ пациентов при дефектах твердых тканей зубов наиболее часто используется русскоязычная версия индекса ОНП в его упрощенном варианте (ОНП-14), которая изначально разрабатывалась для оценки показателей КЖ у больных с заболеваниями

пародонта, а поэтому не может считаться валидной для оценки степени значимости эстетических нарушений в зоне улыбки.

Работ по исследованию стоматологического КЖ с позиции эстетики улыбки (всех ее составляющих) у больных с НК в доступной нам отечественной и зарубежной литературе мы не встретили. Первые данные о КЖ больных гемофилией с дисфункцией ВНЧС получены в работах отечественных стоматологов последних лет [133].

Учитывая высокую распространенность структурных и эстетико-функциональных нарушений зубов фронтальной группы у больных Г, представляет интерес их оценки с позиции стоматологического КЖ, а также для комплексной оценки эффективности стоматологического эстетически ориентированного лечения (эстетической реставрации зубов) в критериях КЖ. Решение этой задачи возможно на основе применения модифицированного опросника КЖ для стоматологической помощи с эстетическими дефектами зубов фронтальной группы. Исходя из этого, актуализируется разработка и внедрение специализированной версии анкеты-опросника «Профиль стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU для количественной объективизации изменений стоматологических параметров КЖ у пациентов с эстетически значимыми дефектами зубов фронтальной группы. Практически значимой может оказаться оценка стоматологических составляющих КЖ у пациентов с НК с эстетическими нарушениями зубов в зоне улыбки после успешно проведенной эстетически ориентированной терапии.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика клинико-социологического исследования и методы комплексного обследования пациентов

Клинико-социологическое исследование включено в основной план НИР ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера» Минздрава России (ректор – Заслуженный деятель науки, д. м. н., профессор И.П.Корюкина) за № 01200509720, проведено в период с 2008 по 2013гг., одобрено решением локального этического комитета ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России на основании требований Хельсинской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» и поправок Минздрава РФ от 2003г. №266 «Правила клинической практики в Российской Федерации». В соответствии с поставленными задачами на базе Кировского областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения (КОГАУЗ) «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» (главный врач – Заслуженный врач РФ, к.м.н. И.Н. Халявина) за указанный период осуществлено комплексное эстетически ориентированное стоматологическое обследование и лечение 73 пациентов (64 мужчины и 9 женщин в возрасте 18-43 лет), страдающих НК, включая 55 больных гемофилией А (мужчины в возрасте 18-43 лет), 9 больных гемофилией В (мужчины в возрасте 18-40 лет) и 9-х пациентов, страдающих болезнью Виллебранда (женщины в возрасте 18-35 лет). Все пациенты с наследственными коагулопатиями находились на диспансерном учете в Региональном центре по лечению больных гемофилией при Федеральном государственном бюджетном учреждении науки «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУН КНИИГ и ПК ФМБА России, директор – д.м.н. В. А. Пятков) (рисунок 2.1.1) и в соответствии с планом

диспансерного наблюдения направлялись на стоматологическое обследование и лечение в закрепленное профильное медицинское учреждение КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника». Эти пациенты (73) составляли *основную группу* наблюдения. Для сравнительных исследований из числа пациентов КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» (рисунок 2.1.2), обратившихся с целью терапевтической санации полости рта, включая проведение эстетической реставрации зубов фронтальной группы, методом свободной выборки была сформирована *группа сравнения* из 62 соматически сохранных лиц сопоставимого с основной группой возрастного-полового состава (49 мужчин и 13 женщин в возрасте от 19 до 42 лет). Таким образом, объектом клинико-социологического исследования, в целом, стали 135 пациентов стоматологического терапевтического приема. Пациенты включались в исследование при добровольном информированном письменном согласии на участие а научном исследовании и использование полученных данных в научных целях. Отбор пациентов в группы наблюдения проведен в соответствии с критериями включения и исключения. Критерии включения пациентов основной группы в исследование:

- возрастная группа – 18-43 года;
- наличие той или иной формы наследственной коагулопатии, подтвержденной клинико-лабораторными тестами;
- проживание в г.Кирове и Кировской области;
- отсутствие декомпенсированных форм системной патологии;
- наличие эстетических дефектов на фронтальных зубах;
- наличие информированного согласия на лечение и использование персональных данных в научных целях.

Проанализировано 1749 литературных источников (общий отбор) по общему профилю и основным направлениям клинико-социологического исследования, 135 выписок из истории болезни пациента, 1620 анкет, заполняемых пациентами на различных этапах наблюдения.



Рисунок 2.1.1 – Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Федерального медико-биологического агентства», г. Киров



Рисунок 2.1.2 – КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника», г.Киров

2.1.1 Принципы общеклинического обследования пациентов в группах наблюдения

Клинико-лабораторная диагностика заболеваний системы крови у пациентов *основной группы* проводилась специалистами Регионального центра «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Федерального медико-биологического агентства России». Диагноз ГА и ГВ с определением степени тяжести заболевания устанавливался по результатам общеклинического обследования, данных семейно-наследственного анамнеза, анализа характера и частоты кровотечений, осмотра пациента и специализированных лабораторных заключений.

Соответственно установленным требованиям [36] для диагностики Г определяли следующие лабораторные показатели: время свертывания крови, активированное частичное тромбопластиновое время, время кровотечения, протромбиновое время; проводили общий анализ крови с определением количества эритроцитов, ретикулоцитов, гемоглобина, ЦПК, лейкоцитарной формулы, СОЭ; биохимический анализ крови; общий анализ мочи (на гематурию); анализ кала на скрытую кровь; анализ крови на маркеры гепатитов. По показаниям пациенты были проконсультированы генетиком, невропатологом, психиатром и другими узкими специалистами центра.

Тип гемофилии (А или В), а также ее тяжесть устанавливался по: степени снижения коагуляционной активности антигемофильных факторов VIII/IX в плазме, наличию ингибитора к VIII и IX факторам при трансфузионной терапии; принимали во внимание характер, частоту и локализацию (в том числе внутрисуставную) геморрагий у обследуемого.

В работе использовали классификацию гемофилии А(В) по *степени тяжести*: легкая (уровень фактора VIII(IX) > 5%), средняя (уровень фактора VIII(IX) 3,1-5,0%), тяжелая (уровень фактора VIII(IX) 0-3%). Легкая форма гемофилии А выявлена у 10,9% пациентов основной группы, средняя степень тяжести – у 25,5% и тяжелая – у 63,6% пациентов. ГВ в легкой форме

диагностирована у 11,1% пациентов, в средне-тяжелой – у 27,2 %, в тяжелой – у 67,7% пациентов. Суммарные показатели в клинической структуре гемофилии (А, В) таковы: легкая форма выявлена в 10,9%, средне-тяжелая – в 25,0% и тяжелая – в 64,1% случаев. Таким образом, у больных Г доминировала тяжелая степень тяжести заболевания – 64,1%, реже – в 25,0% была выявлена средне-тяжелая форма Г, тогда как легкая степень заболевания диагностирована у 10,9% пациентов.

Диагноз БВ обосновывали: временем свертывания крови, числом тромбоцитов, удлинением активированного частичного тромбопластинового времени, активностью фактора VIII и фактора Виллебранда, наличием антигена фактора Виллебранда, ристомицин-индуцированной агрегацией тромбоцитов. У всех пациентов с БВ диагностирован I-ый тип заболевания, характеризующийся частичным дефицитом фактора Виллебранда, снижением его плазменного уровня менее чем на 50% при сохранении нормальной структуры и функции протеина.

Общесоматический статус пациентов основной группы характеризовали по данным периодических диспансерных осмотров, проводимых в региональном специализированном центре, системный статус лиц группы сравнения – по выпискам из амбулаторных карт поликлиник по месту жительства пациентов. Данные, характеризующие состояние системного здоровья у пациентов в группах наблюдения, представлены в таблице 2.1.1.1.

Таблица 2.1.1.1 – Структура и распространенность системной патологии у пациентов в группах наблюдения (%)

Группа наблюдения	Характеристика системного статуса			
	Заболевания желудочно-кишечного тракта	Заболевания сердечно-сосудистой системы	Заболевания опорно-двигательного аппарата	Заболевания нейро-эндокринной системы
Основная	9,50	28,70	82,10	13,70
Сравнения	12,5	18,75	6,25	15,60
	-	-	p<0,001	-

Как свидетельствуют данные таблицы 2.1.1.1, достоверных отличий в распространенности и структуре системной патологии, за исключением

заболеваний опорно-двигательного аппарата ($p < 0,001$), у пациентов сравниваемых групп не выявлено. У пациентов с тяжелой формой Г отмечены достоверно более высокие показатели частоты выявления системной патологии (в компенсированной форме), лечение по поводу которой все пациенты с НК получали в условиях центра. Логично что, в структуре заболеваний опорно-двигательного аппарата у лиц основной группы доминировали гемофилические остеоартрозы (I – III степени) преимущественно крупных суставов – коленных, голеностопных, локтевых. У лиц группы сравнения в структуре заболеваний этого профиля чаще выявляли шейный остеохондроз, межпозвоночный остеоартроз, реже – артроз лучезапястных суставов.

2.2 Комплексное стоматологическое обследование пациентов в группах наблюдения

Стоматологическое обследование и лечение пациентов основной группы и группы сравнения проводилось автором работы на базе терапевтического отделения (рисунок 2.2.1) КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» (зав. отделением – врач-стоматолог-терапевт первой квалификационной категории Е.В.Шилова).

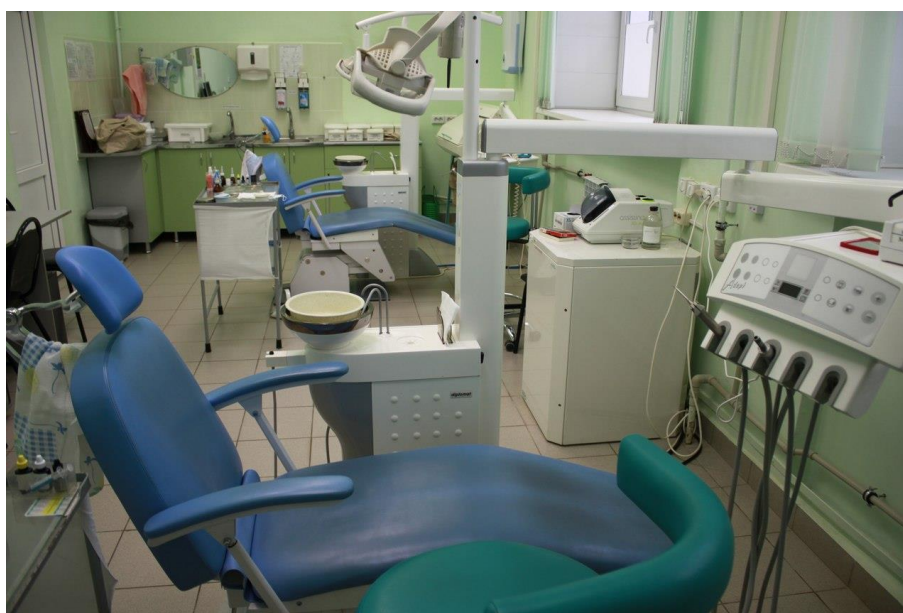


Рисунок 2.2.1 – Лечебный кабинет терапевтического отделения КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника», в котором осуществляется прием пациентов основной группы и группы сравнения

Всем пациентам было проведено комплексное стоматологическое исследование по ВОЗ (1997), включающее клиническую оценку стоматологического статуса и анализ данных дополнительных методов исследования (электроодонтометрии, люменоскопии (аппарат ОЛД-41), компьютерной стоматоскопии интраоральной камерой SoproLife, рентгенологического и др.). При оценке состояния ТТЗ использовали классификацию кариеса по глубине поражения, а также клинико-топографическую классификацию кариеса (классы кариозных полостей по Блэку), выделяли кариес в стадии пятна (белого, пигментированного). Кариес классифицировали также в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ-10). Аналогичный подход использовали в отношении некариозных поражений зубов. Диагноз кариеса и некариозных поражений (флюороз I-IV степени, гипоплазия (системная, местная), эрозия и др.) устанавливали на основании жалоб, данных анамнеза, осмотра, зондирования, витального окрашивания эмали с анализом активности с помощью полутоновой шкалы Аксамит Л.А. (1978), люминесцентной диагностики, по показаниям проводили ортопантомографию.

У пациентов в группах наблюдения оценивали: распространенность кариеса зубов, интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ с расчетом компонент «К» (зубы, пораженные кариесом), «П» (запломбированные по поводу кариеса зубы) и «У» (удаленные зубы), в том числе по индексу КПУфз, рассчитываемому аналогичным образом применительно к 12-ти ЗФГ, относимым к особой структурно-функциональной зоне лица – зоне улыбки. Оценивали соотношение осложненного и неосложненного кариеса, уровень активности кариозного процесса: очень низкий – при КПУ 0,2-1,5, низкий (1,6-6,2), средний (6,3-12,7), высокий (12,8-16,2), очень высокий (16,3 и выше). Принимали во внимание течение кариозного процесса – острое, подострое, хроническое.

Пародонтологическое клиническое обследование включало постановку диагноза с указанием нозологической формы заболевания (гингивит, пародонтит и др.), распространенности, степени тяжести, формы течения и стадии процесса. Клинические данные соотносили с данными ортопантомографии. В работе

использованы: традиционная классификация заболеваний пародонта, принятая Ереванским съездом стоматологов; классификация, принятая секцией пародонтологов РАС (2001); международная классификация болезней МКБ-10. У пациентов сравниваемых групп изучали распространенность (%) и интенсивность заболеваний пародонта (индекс РМА, Parma С., 1960), в частности гингивита с оценкой степени тяжести: легкой (до 30%), средней (30-59%) и тяжелой (60% и более). Определяли уровень ГПР по индексу Ю.А.Федорова-Володкиной (1971), потребность в оказании различных видов стоматологической помощи по индексу СРІТN (ВОЗ, 1979).

Индекс СРІТN определяли в баллах: 0 - нет необходимости в лечении; 1 – нуждаемость в ГПР, обучении гигиеническим навыкам; 2- потребность в снятии зубных отложений и обучении гигиене полости рта; 3 - нуждаемость в проведении профессиональной гигиенической обработки; 4 - и более – необходимость в назначении комплексной терапии. Индекс зубного налета оценивали в баллах по критериям: 1,1-1,5 балла – хороший (оптимальный) гигиенический уход за полостью рта; 1,6-2,0 – удовлетворительный; 2,1-2,5 – неудовлетворительный; 2,6-3,8 – плохой; 3,9-5,0 – очень плохой.

С учетом профиля основной системной патологии у пациентов с НК определяли состояние ВНЧС с расчетом суммарно-суставного индекса (Костина И.Н., 2002); СОПР с указанием локализации элементов поражения и клинической формы ее патологии, а также зубных рядов (отсутствие зубов, скученность, диастемы, тремы, отклонение в положении зубов и др.), зубо-челюстные аномалии в количественном и топографическом разрезе.

Программа настоящего исследования носила комплексный характер и предусматривала отбор на научной основе эффективных технологий проведения прямой реставрации зубов и их алгоритмирование применительно к особенностям стоматологического статуса у больных с НК.

2.2.1 Особенности проведения целевого эстетически ориентированного обследования полости рта пациентов с наследственными коагулопатиями и соматически сохранных лиц

В соответствии с целью и задачами работы в комплексное стоматологическое обследование пациентов основной группы и группы сравнения были внесены элементы целевой эстетически ориентированной диагностики, при которой особое внимание уделялось выявлению и характеристике эстетических дефектов (зубных, десневых, губных, окклюзионных) в особой эстетически значимой зоне лица – зоне улыбки, а также оценке нуждаемости в проведении того или иного вида эстетически ориентированного стоматологического лечения. Проведение эстетически ориентированного стоматологического обследования пациента имело свои методические особенности: последнее проводилось в стоматологическом кабинете, предпочтительно в первую половину дня сначала при естественном, а затем при искусственном освещении, в стоматологическом кресле в положении сидя, при котором голова пациента фиксировалась в естественном положении подголовником кресла. Для получения оптимальных результатов обследования (а, в дальнейшем, и лечения) осмотр проводился на интерактивной основе с активным анализом мнений и субъективных оценок пациента.

При опросе пациента после заполнения паспортной части (Ф.И.О., возраст, домашний адрес, место работы, семейное положение, включая выявление наличия в семье лиц, страдающих наследственными заболеваниями системы крови, образование) выявляли анамнез жизни, тип и степень НК, сопутствующие заболевания, наличие вредных привычек.

В процессе целевого опроса, с помощью специализированной анкеты [43] устанавливали отношение пациента к здоровью полости рта, в целом, и к его эстетическим аспектам, в частности: обеспокоенность, заинтересованность или безучастность пациента к эстетическим дефектам зубов, красоте и привлекательности лица и улыбки. Отдельные вопросы анкеты позволяли

определить: характер самооценки пациентом эстетичности своей улыбки (Довольны ли Вы, в целом, своей внешностью, видом передних зубов и прикусом? Считаете ли Вы свою улыбку наиболее привлекательной чертой Вашего лица? Устраивает ли Вас цвет и форма зубов? Имеются ли у Вас пломбы на передних зубах и удовлетворены ли Вы их качеством? Беспокоит ли Вас кровоточивость десен, и т.д.); степень удовлетворенности внешним видом зубов в зоне улыбки и его влиянием на социальную адаптацию (Беспокоит ли Вас, что окружающие могут заметить недостатки Ваших зубов, губ и улыбки? Вы прикрываете рот рукой при улыбке? Ограничиваете ли Вы свои социальные/профессиональные контакты из-за неудовлетворительного состояния зубов и некрасивой улыбки? Беспокоит ли Вас, как оценивают Вашу улыбку и передние зубы лица противоположного пола?); психологические проблемы, возникающие у пациента в связи с наличием эстетических дефектов в зоне улыбки (Чувствуете ли Вы себя уверенно, когда улыбаетесь? Считаете ли Вы, что у кого-то улыбка лучше Вашей? Расстраиваетесь ли Вы, когда сравниваете свою улыбку с улыбкой кого-либо из знакомых, коллег? Хотели бы вы изменить Вашу улыбку?). Материалы, полученные при обработке анкетных данных, позволяли определить уровень мотивированности пациента с наследственными коагулопатиями к стоматологическому лечению эстетических дефектов, оценить вклад эстетической мотивации («убеждение через прекрасное») к поддержанию здоровья ПР, системного благополучия, расширению жизненных возможностей.

Алгоритм эстетически ориентированного обследования ПР и челюстно-лицевой области включал последовательную оценку губных, зубных и десневых и окклюзионных параметров эстетики улыбки с обобщением данных по индексу совокупной утраты ЭУ [43].

Целевой эстетически ориентированный осмотр пациента был направлен на всесторонний анализ зубных и десневых компонентов эстетики улыбки, дополнен характеристикой красной каймы губ (общий внешний вид, цвето-текстурные параметры, наличие элементов поражения, в т.ч. геморрагий, врожденных дефектов и т.д.), состоянием прикуса и зубных рядов (зубочелюстные аномалии,

дефекты зубных рядов, диастемы, тремы и т.д). При оценке эстетики ЗФГ определяли наличие эстетически значимых дефектов кариозного или некариозного происхождения, форму и размеры ЗФГ, пропорциональность коронок, сохранность их режущего края и положение в зубном ряду. К числу эстетических дефектов кариозного происхождения относили не только кариозные полости, но и кариозные пятна (белые или пигментированные), расположенные на вестибулярной поверхности ЗФГ. Диагностику кариозных дефектов в области ЗФГ проводили на базе основных и дополнительных методов. К числу последних относили люминесцентную диагностику с помощью отечественного осветителя ОЛД-41, хемилюминесцентной системы ViziLite и интраоральной камеры SoproLife, индуцирующей флюоресценцию твердых тканей зуба [77,107]. Эти методические подходы использовали для диагностики и дифференциальной диагностики ранних стадий кариеса и некариозных поражений, для определения качества ранее проведенного микроинвазивного или реставрационного оперативного лечения, а также для подбора реставрационного материала, по люминесценции максимально соответствующего эстетическим требованиям пациента как при дневном освещении, так и под действием искусственных (ультрафиолетовых и др.) осветителей. При проведении люминесцентной диагностики у пациентов с наследственными коагулопатиями предпочтение отдавали внеротовому аппарату ОЛД-41 как бесконтактному и менее травматичному. У пациентов группы сравнения внутриротовой пластмассовый футляр осветителя ViziLite не представлял опасности в плане травмирования мягких тканей и появления кровотечения.

К эстетически значимым дефектам некариозного происхождения относили случаи дисколорита, флюороза (штриховая, пятнистая, меловидно-крапчатая, эрозивная и деструктивная формы), гипоплазии (системной или местной): пятнистая, эрозивная и бороздчатая формы), а также клиновидные дефекты, эрозию, стираемость зубов фронтальной группы. Дисколорит ЗФГ верифицировали по степени тяжести [62]: легкой – при желтом неравномерном окрашивании зубов, средней – при желто-коричневом неравномерном

окрашивании коронки с серым оттенком по режущему краю и тяжелой – при темно-сером или серо-коричневом интенсивном неравномерном окрашивании коронки зубов. Принимали во внимание утрату единой цветовой гаммы фронтальных зубов и их легкий, средний или выраженный цветовой диссонанс. Характеризовали увлажненность и опалесценцию фронтальных зубов, также влияющие на эстетическое восприятие цвета зубов. В эстетическом плане анализировали (визуально и фотометрически) анатомическую форму и размеры фронтальных зубов. Выявляли также эстетически значимые отклонения в размерах верхних фронтальных зубов (микро-, макродентия), наличие и характер эстетически значимых зубо-челюстных аномалий (скученность зубов во фронтальном отделе, тортоаномалии, отсутствие зубов, диастемы, тремы и др.).

Для характеристики зубных параметров ЭУ проводили клиническую оценку пломб, имеющих на ЗФГ, для чего использовали международную оценочную систему по критериям G. Ryge (1998) [116], характеризующим: поверхность и цвет, анатомическую форму, краевую целостность пломб/реставраций. Согласно оценочной системе Ryge все пломбы подразделяли на две категории - удовлетворительные и неудовлетворительные. К категории удовлетворительных относили пломбы, характеризуемые показателем «превосходно» Romeo (R), указывающем их высокие эстетико-функциональные и структурные свойства пломбы и их длительно полноценное состояние, и показателем «приемлемо» Sierra (S), указывающим на наличие одного из качеств, не соответствующих идеальным. Для пломб, которые были признаны «неудовлетворительными», использовали также 2 категории. Первая («Tango»; T) включала «неприемлемые» по отдельным показателям пломбы, которые должны быть заменены из профилактических соображений. Вторая («Victor»; V) обозначала пломбы, которые следовало заменить немедленно. Учитывали такие эстетически значимые параметры пломб/реставрации ЗФГ, как поверхность и цвет, анатомическая форма, сохранность края. В категориях Sierra, Tango, Victor отмечали коды для уточнения недостатков и дефектов анализируемой реставрации. Критерии Ryge представлены в таблицах 2.2.1.1, 2.2.1.2 и 2.2.1.3. Качество реставраций оценивали визуально с

помощью стоматологического зеркала и зонда, состояние контактного пункта – используя зубную нить.

Таблица 2.2.1.1 – Критерии Ryge G. для оценки качества поверхности и цвета пломбы/ реставрации зубов фронтальной группы

Оценка	Код	Поверхность и цвет реставрации
Код: R; название: Romeo; оценка «превосходно»		Поверхность реставрации выглядит гладкой, блестящей, отполированной. Раздражение (покраснение, отек, эрозирование, кровоточивость) прилежащих тканей десны и слизистой полости рта отсутствует. Реставрация соответствует цветовым оттенкам прилегающих структур зуба.
Код: S; название: Sierra; оценка «приемлемо», «удовлетворительно»	SRO	Поверхность реставрации утратила блеск, слегка шероховата, может быть покрыта ямками, что легко можно откорректировать.
	SMM	Незначительное несоответствие между цветом реставрации и окружающими твердыми тканями зуба в пределах колебаний цвета зубов, оттенка и/или светопроницаемости.
Код: T; название: Tango; оценка «неприемлемо», реставрация подлежит замене с профилактической целью	TRIT	Поверхность реставрации утратила эстетический вид: в глубоких ямках, беспорядочных бороздках, грубо-шероховатая, движения зонда по поверхности затруднены. Исходные характеристики восстановить невозможно.
	TMM	Несоответствие между реставрацией и структурами зуба выходит за пределы

нормальных колебаний цвета, оттенка и/или светопрозрачности.

Код: V; название: Victor; оценка «неприемлемо», реставрацию следует заменить немедленно	VSF VFK	Поверхность пломбы/реставрации треснута, выкрашивается. Реставрация неприемлема в связи с очевидным эстетическим дефектом цвета, оттенка и/или светопрозрачности.
--	------------	--

Таблица 2.2.1.2 – Критерии для оценки анатомической формы реставрации фронтальных зубов

Оценка	Код	Анатомическая форма
Код: R; название: Romeo; оценка «превосходно»		Контур реставрации является продолжением существующей анатомической формы зуба, идеально восстановлены контуры, бугры, плоскости, фиссуры, режущие края и функциональные контактные пункты
Код: S; название: Sierra; оценка «приемлемо», «удовлетворительно»	SUCO SOCO	Реставрация слегка занижена, уплощена, но сохраняет эстетико-функциональные характеристики. Реставрация слегка завышена, но избыток материала можно удалить.
Код: T; название: Tango; оценка «неприемлемо», реставрация подлежит замене с профилактической целью	TUCO TCO ТОСО	Реставрация сильно занижена, имеется значительная утрата пломбирочного материала, подкладка не обнажена. Нарушен контакт с соседним зубом, окружающими тканями. Реставрация недопустимо завышена.
Код: V; название: Victor; оценка «неприемлемо»,		Имеется краевой выступ, реставрация вызывает боль в зубе, травмирует окружающие ткани.

реставрацию следует
заменить немедленно

Таблица 2.2.1.3 – Критерии для оценки качества краевой целостности
пломб/реставрации зубов фронтальной группы

Оценка	Код	Краевая целостность
Код: R; название: Romeo; оценка «превосходно»		Щель между тканями зуба и пломбой не визуализируется. Зонд плавно скользит по границе пломба-зуб. Нет видимых выемок по краю реставраций. Нет изменения цвета между реставрацией и окружающими тканями.
Код: S; название: Sierra; оценка «приемлемо», «удовлетворительно»	SCR	Визуально определяется щель, в которую проникает зонд, край реставрации не полностью прилегает к тканям зуба.
	SDIS	Изменение цвета на краю между реставрацией и структурами зуба
Код: T; название: Tango; оценка «неприемлемо», реставрация подлежит замене с профилактической целью	TPEN	Очевидное изменение цвета на границе зуб-пломба, возможен рецидив кариеса.
Код: V; название: Victor; оценка «неприемлемо», реставрацию следует заменить немедленно	VTF	По краю реставрации распространяется кариес, возможен разлом коронки зуба.

Качество пломб/реставраций ЗФГ по системе Ryge у пациентов сравниваемых групп изучали на 3-х точках отсчета: исходно – при первичном обследовании, через неделю после проведения эстетической реставрации и через 6 месяцев после реставрации.

Потребность в проведении эстетической реставрации ЗФГ определяли по проценту лиц у пациентов обеих групп, нуждающихся в консервативном лечении по поводу кариеса, некариозных поражений передних зубов и в замене некачественных фронтальных реставраций. Планировали ориентировочные объемы эстетической реставрации зубов: малый (реставрации коронок 1-3 фронтальных зубов), средний (реставрации коронок 4-6 зубов), большой (реставрации более 7 коронок фронтальных зубов).

Принимая во внимание значимость интерактивных взаимодействий врача-стоматолога и пациента с НК в ходе стоматологического обследования и эстетического стоматологического лечения пациентам предлагалось самостоятельно ответить на 7 профильных вопросов с тремя вариантами ответа, представленными в баллах от 3 до 0, на основании чего оценить эстетичность существующих (до проведения эстетической реставрации) или вновь создаваемых реставраций ЗФГ (после эстетической реставрации зубов) по следующим критериям [43]:

1. Высокий уровень удовлетворенности результатом эстетического лечения зубов («отличная работа стоматолога», высокая самооценка результатов эстетической реставрации зубов – от 18 до 21 балла);
2. достаточный уровень удовлетворенности результатами эстетической реставрации (от 14 до 17 баллов), хорошая, но не идеальная эстетическая реставрация, в определенной мере повышающая самооценку пациента и улучшающая его коммуникативный потенциал;
3. Низкий (до 13 баллов) уровень удовлетворенности результатами эстетической реставрации (не успех эстетического лечения, низкая самооценка результатов эстетической реставрации зубов).

С учетом эстетической направленности стоматологического обследования и планируемого стоматологического лечения пациентов с НК считали значимым определение наличия, топографии, цвета и массивности отложений мягкого зубного налета на вестибулярной поверхности ЗФГ, суммируя их объективным показателем индекса гигиены. У лиц с НК традиционно окрашивали вестибулярную поверхность 6 верхних и 6 нижних фронтальных зубов в зоне улыбки с помощью индикаторов зубного налета, однако, в отличие от пациентов группы сравнения, в основной группе обоснованно применяли жидкие (Plaviso, Voco), а не твердые (таблетированные) формы красителя, что было оправдано с позиций большей атравматичности десневого комплекса.

В процессе пародонтологического обследования у лиц сравниваемых групп оценивали десневые параметры ЭУ, относя к эталонным показателям: «идеальный» по контуру, рельефу, форме, размерам десневой край; симметричное расположение десневых сосочков в зоне интерпроксимальных зубных контактов; визуализацию десны при улыбке до 1,5-2,0 мм; естественный бледно-розовый цвет и достаточную увлажненность десны, отсутствие мягкого налета, кровоточивости десен и различных элементов поражения (пятен, эрозий язв и т.д.).

В группах наблюдения рассчитывали процент лиц с идеальными параметрами десны, фиксировали наиболее частые признаки утраты эстетики десневого края.

Учитывая, что кровоточивость десен, в том числе во фронтальном отделе, - это весьма частый симптом многих заболеваний системы крови, считали, что этот признак нарушения «эстетики красного» также может отразиться на эстетическом восприятии зубов и эстетики улыбки в целом (Allen,1988). С учетом легкой ранимости сосудов слизистой оболочки рта и десны, опасности возникновения длительных десневых кровотечений при проведении общепринятых дозированных «зондовых» пробах на кровоточивость десен (РВІ, ВоР и др.) у пациентов с НК и лиц группы сравнения определяли степень кровоточивости десны «бесконтактно», по результатам балльной самооценки пациентов по индексу Köttschke (1975):

- I степень (0 – 2 балла) - кровоточивость десен отсутствует или наблюдается редко;
- II степень (3 — 4 балла) — кровоточивость десен появляется во время чистки зубов;
- III степень (5 — 8 баллов) кровоточивость десен наблюдается во время еды или спонтанно.

Опросно-анкетным методом по специально разработанной нами анкете (приложение №1) у пациентов основной группы определяли: причины десневых кровотечений и факторы, способствующие возникновению кровотечений из десны и слизистой полости рта; применяемые пациентом режим и правила чистки зубов; имеющиеся у них знания об основных и дополнительных средствах и предметах гигиены полости рта. В этой специализированной анкете пациенту предлагалось ответить на 42 целевых вопроса, оценивающих проводимые им мероприятия по индивидуальной гигиене полости рта (вопросы 1-8); посещение стоматолога (вопросы 9-10), уровень знаний и умений в осуществлении индивидуальной гигиены полости рта, а также причины неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта (вопросы 11, 14-22), представления о роли гигиенического состояния полости рта в поддержании системного здоровья(вопросы 12-13), гематологических показателей и качества жизни.

Почти половина вопросов анкеты-опросника (23-40) посвящена разным аспектам самоанализа пациентом геморрагического симптома: спонтанного или индуцированного, то есть возникающего под влиянием различных банальных причин (прием пищи, чистки зубов и т.д.) или в условиях стоматологического приема: при проведении стандартных стоматологических и диагностических процедур; при стоматологическом лечении; при проведении анестезии, профессиональной гигиены, эстетической реставрации зубов, эндодонтического или пародонтологического лечения, удалении зубов, протетического (одонтопрепарирование, снятие слепков, фиксация протеза и др.) или ортодонтического лечения. В ходе анкетирования выясняли роль опасения (страха) проявления десневых кровотечений как причины низкой мотивированности и

неуспешности гигиенического ухода за полостью рта. Задачей анкетирования было также выяснение клинико-топографических особенностей геморрагического симптома в полости рта больных коагулопатией, выяснением излюбленных зон манифестации феномена кровоточивости. Важнейшим для выяснения патогенеза гематологической патологии и роли ее стоматологических проявлений были вопросы, оценивающие десневые кровотечения как ранний, дебютный симптом наследственной патологии гемостаза.

Для оценки выраженности всего комплекса эстетических нарушений (зубных, десневых, окклюзионных и т.д.), выявленных в зоне улыбки, был использован совокупный показатель утраты эстетики улыбки [43], количественно (в баллах) характеризующий степень утраты ее ведущих параметров: малозначительной (до 8 баллов), значительной (9-30 баллов), тяжелой (более 30 баллов). По результатам комплексного эстетически ориентированного обследования, расчета индекса совокупной утраты ЭУ определяли нуждаемость пациентов в проведении того или иного вида эстетического лечения: эстетическая реставрация зубов, отбеливание, использование микроинвазивных методов в лечении кариеса, проведение профессиональной и коррекция индивидуальной гигиены, пародонтологическое лечение, эндодонтическое, ортодонтическое, протетическое лечение и др.

Фотодокументирование клинического материала до и после эстетического лечения зубов и пародонта проведено с согласия пациентов, с соблюдением необходимых этических норм, с помощью зеркальной цифровой камеры Canon EOS 500D в режиме макросъемки. Стены стоматологического кабинета, где осуществлялась съемка, были окрашены в светло-серый цвет. Пациент во время фотосъемки находился в стоматологическом кресле в положении сидя. У пациентов основной группы, страдающих НК в связи с возможностью травмы мягких тканей ПР, фотометрию вестибулярной поверхности зубов осуществляли с использованием атравматичного ретрактора OptraGate Soft, Ivoclar (Германия), и, при необходимости, с кольцевой вспышкой.

Таким образом, критически анализируя данные зарубежных и отечественных исследований по проблемам НК, предшествующий опыт организации стоматологической помощи в Кировском региональном центре по борьбе с гемофилией [141,153,155], результаты анкетирования пациентов основной группы в части причин, по их мнению, приводящих к развитию и усилению геморрагического симптома в ПР нами была обоснована необходимость особого атравматичного подхода к проведению традиционного стоматологического обследования и диагностики эстетических дефектов в ЗУ, заключающегося в: использовании максимально атравматичных инструментов, диагностических приборов и аксессуаров; исключении из перечня диагностических методик травмоопасных «нагрузочных» тестов и проб (оценка десневой кровоточивости с помощью специальных градуированных зондов, проба Кулаженко для определения стойкости капиллярой и др.); создании благоприятного поэтапного временного режима обследования, допускающего возможность перерывов для обеспечения функционального покоя ВНЧС после продолжительного открывания рта во время диагностических процедур и для разгрузки крупных суставов после их вынужденной иммобилизации в стоматологическом кресле; использовании специальных разгрузочных капп для купирования болевого симптома ВНЧС и физических упражнений для крупных суставов; максимально широкое использование психометрических методов самооценки стоматологического здоровья на основе анкетирования пациентов, оказании особой психологической поддержки для повышения мотивации, создания нужного настроения на завершение полного комплекса диагностических исследований как основы для постановки развернутого диагноза, планирования необходимых объемов и оптимальных методик безопасного и эффективного эстетического лечения.

2.3. Социологические методы исследования

Социологические методы исследования успешно дополняют специализированное общемедицинское и стоматологическое обследования,

основаны на самооценке той или иной проблемы, легко выполнимы различными, в том числе декретированными группами населения. Применение стандартных и усовершенствованных методов социологического анализа явилось важным и актуальным направлением проводимого нами целевого научного поиска. Многие социологические методы, используемые в работе, позволяли не только оценить сохранность той или иной составляющей здоровья полости рта у больных с наследственными коагулопатиями, но и определить их собственное отношение к стоматологическому здоровью и результатам стоматологического лечения, выявить факторы, способствующие развитию эстетически значимой стоматологической патологии и препятствующие своевременному, эффективному и безопасному стоматологическому лечению у этой категории пациентов.

Методологией социологического исследования явились основные концепции социологии. Измерения стоматологического, гигиенического статуса, эстетики улыбки, удовлетворенность проведенной эстетической реставрацией зубов, психологического статуса, стоматологических составляющих качества жизни производили на основе уровня интеллектуального развития, жизненного опыта, эмоционального состояния пациента. В работе в качестве инструмента для социологического анализа использовано 5 анкеты-опросников (проанализировано 2025 анкет, шкал, профилей и т.д), в том числе авторских (2) и разработанных ранее (3). Полученная социологическая информация анализировалась методами математической статистики.

С учетом специфики системных нарушений у больных с НК, особенностей их психо-эмоционального состояния при проведении любых диагностических и лечебных процедур в процессе комплексного стоматологического обследования старались установить доверительные отношения с пациентом, обсуждали стоматологические проблемы и пути их решения в интерактивной форме, широко использовали опросно-анкетные методы анкетной самооценки пациента, представляющие ему дополнительные возможности в самореализации, снижающие временные затраты врача и пациента на обследование, позволяющие

снизить последствия длительной иммобилизации пациента со «специальными нуждами» в стандартном стоматологическом кресле.

2.3.1. Методы психологического обследования пациентов в группах наблюдения

В последние годы повышение качества оказания любых видов стоматологической помощи пациентам с наследственными заболеваниями системы крови во многом связано с тщательным выявлением и коррекцией психоэмоционального лечения нарушений, столь свойственных для пациентов этого профиля. Профессиональный успех стоматологического лечения во многом зависит от психологических характеристик пациента, их эстетических установок и этико-правовых требований, определяемых с помощью различных психологических тестов, целевых анкет, опросников.

Комплексное психологическое обследование пациентов основной группы, страдающих одной из форм НК, проводилось психологом регионального центра по борьбе с гемофилией, а при направлении на санацию полости рта в КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» дополнялось результатами специализированного тестирования уровня стоматологической тревожности, осуществляемого врачом-стоматологом, прошедшим соответствующую подготовку.

Для выявления стоматофобии, оценки степени (низкая, умеренная, выраженная) реактивной тревожности стоматологического пациента использовали опросник Н.Кораха (1969), представленный в форме шкалы стоматологической тревожности (Dental Anxiety Scale, DAS или CDAS) в русскоязычной версии. Обращали внимание на данные [169] о том, что данный опросник имеет низкую чувствительность к возрастным, образовательным и социо-культурным особенностям стоматологических пациентов, поэтому его применение у пациентов сравниваемых групп было вполне оправданным.

Во время психологического тестирования, проводимого на 2-х или 3-х точках отсчета: при первом посещении стоматолога в комплексе стоматологического обследования, при необходимости – после мероприятий по психологической поддержке и по завершению эстетической реставрации зубов пациенту предлагали по шкале стоматологической тревожности Кораха (таблица 2.3.1.1) определиться с одним из пяти предложенных ответов (в вариантах от «А» до «Д») на 4 целевых вопроса.

Таблица 2.3.1.1 – Шкала стоматологической тревожности Кораха (DAS)

Вопросы	Баллы
1. Какие чувства Вы испытываете в день посещения стоматолога? А. Ожидаю визит к стоматологу с нетерпением. Б. Не испытываю никаких особых переживаний. В. Испытываю некоторое беспокойство. Г. Опасаюсь болезненных ощущений. Д. Серьезно испуган возможными действиями врача.	1 2 3 4 5
2. Какие чувства Вы испытываете, ожидая своей очереди в коридоре у кабинета стоматолога? А. Расслабление. Б. Беспокойство. В. Напряжение. Г. Значительное напряжение. Д. Страх, повышенную потливость, чувство тошноты.	1 2 3 4 5
3. Какие чувства Вы испытываете сидя в кресле стоматолога и наблюдая как врач готовит инструменты для стоматологического обследования? А. Расслабление Б. Беспокойство В. Напряжение Г. Значительное напряжение Д. Страх, повышенную потливость, чувство тошноты	1 2 3 4 5
3. Какие чувства Вы испытываете, сидя в кресле стоматолога и наблюдая, как врач готовит к работе оборудование для стоматологического лечения (бормашину)? А. Расслабление. Б. Беспокойство. В. Напряжение. Г. Значительное напряжение. Д. Страх, повышенную потливость, чувство тошноты.	1 2 3 4 5

Обработка полученных данных экспресс-тестирования включала подсчет общего числа баллов: от 4-х – при минимальном уровне тревожности до 20-ти – при чрезмерной тревоге. Степень (уровень) стоматологической тревожности оценивали как легкую – при $DAS \leq 2$ баллов, среднюю – при DAS от 13 до 14 баллов и сильную – при $DAS \geq 15$ баллов.

Для выявления особенностей психологического статуса по тесту Кроха у стоматологических пациентов с НК в сравнении с соматически сохраненными лицами, обратившихся на прием с целью реставрации ЗФГ, изучали следующие показатели: среднегрупповой показатель DAS ($M \pm m$), % лиц с легкой, средней и тяжелой степенью дентофобий, а также динамику показателей в процессе (по окончании) консервативного эстетического лечения зубов в ЗУ. Исходя из выявленной с помощью теста Кораха степени выраженности стоматофобии планировали объем, направления и характер психологической помощи (поддержки) стоматологическому пациенту с заболеванием системы крови: минимизируя ее при нормальных показателях и при легкой форме тревожности ($DAS \leq 12$ баллов), корректируя эмоциональный статус совместно с врачом психотерапевтом специализированного центра – при среднем уровне стоматологической тревожности (стоматофобии), и, наконец, комбинируя профессиональную психологическую помощь с фармакологической поддержкой – при исходно тяжелой степени тревожности. Эстетическую реставрацию начинали при достижении достоверно значимого улучшения показателя DAS .

Персонализация стоматологического лечения (эстетической реставрации зубов фронтальной группы) у пациентов с НК подразумевала не только следование разработанному с учетом характера системной и стоматологической патологии индивидуальному протоколу (алгоритму) лечебных и диагностических манипуляций, но и индивидуальный психологический подход, включающий исходное и динамическое психологическое тестирование, психологическую подготовку и мониторинг психологического статуса пациента. У пациентов с наследственными коагулопатиями в процессе опроса выявляли основные причины стоматофобий, их структуру (измененное настроение, общий страх, специфические

для стоматологического приема формы страха, характерное поведение, двигательные реакции.

Тип личности стоматологического пациента, в соответствии с рекомендациями В.Н.Трезубова и Т.Г. Незнамова (1989), определяли по их реакции на болезнь как: *гармоничный* – адекватный к стоматологическому лечению, легко входящий в контакт с врачом, не тревожный или умеренно тревожный; *оптимистичный* – не тревожный, иногда вплоть до полного игнорирования заболевания, выстраивающий не очень конструктивные отношения с врачом; *пессимистичный* – с подавленным настроением, с отсутствием веры в успех лечения, профессиональные компетенции врача.

2.3.2. Методика оценки стоматологических составляющих качества жизни у пациентов с эстетическими дефектами в зоне улыбки «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14 aesthetic-RU

Для оценки стоматологических составляющих КЖ у пациентов с эстетическими дефектами в зоне улыбки коллективом исследователей (О.С.Гилева, М.А.Муравьева, Ю.А.Пленкина), включая автора работы была разработана оригинальная методика, в которой за основу был взят специализированный опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU, валидированный в РФ (Гилева О.С. и соавт., 2008) в качестве золотого стандарта для оценки влияния различных нарушений зубо-челюстной системы на стоматологические составляющие качества жизни, и на его основе была создана модифицированная узкопрофильная версия для определения значимости эстетических нарушений лица и улыбки в снижении КЖ стоматологического пациента (рационализаторское предложение № 2615 «Анкета-опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14- aesthetic-RU» от 18.04.2013).

Разработка анкеты-опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14- aesthetic-RU проведена с помощью метода экспертного анализа. Для осуществления экспертизы был использован способ получения

индивидуального экспертного мнения (проведена независимая анонимная экспертиза с последующей обработкой данных). Использованы следующие варианты способа получения мнения эксперта: анкетный опрос (без обратной связи) и метод «Дельфи» (с обратной связью). В соответствии с поставленной задачей была сформирована экспертная группа из 34 квалифицированных специалистов с высоким уровнем компетенции, состоящая из профессоров, доцентов и ассистентов стоматологического факультета ГБОУ ВПО ПГМА и высоко квалифицированных врачей стоматологических поликлиник г.Перми. Группа управления экспертизой провела выбор и утвердила группу экспертов после их самооценки и получения их информированного согласия на участие в экспертизе. Четко формулировались цель и задачи экспертизы: цель – разработка специализированного стоматологического опросника, способного выявить и оценить влияние различных эстетических дефектов в зоне улыбки на стоматологические составляющие КЖ пациента. Группа экспертов была разделена на 2 подгруппы: 25 человек (индекс компетентности $0,87 \pm 0,13$ ед.) принимали участие в анкетном опросе без обратной связи; 9 экспертов (индекс компетентности $0,86 \pm 0,09$ ед.) составили группу «Дельфи» – анкетирование с обратной связью и многократным обсуждением позиций.

На первом этапе всем экспертам было предложено проанализировать развернутую русскоязычную версию анкеты-опросника «Профиль стоматологического здоровья» ОНП-49-RU, состоящую из 7 блоков: «Ограничение функции», «Физический дискомфорт», «Психологический дискомфорт», «Физические расстройства», «Психологические расстройства», «Социальная дезадаптация», «Ущерб». Формулировалась конкретная экспертная задача: выбрать из каждого блока по 4 ведущих вопроса, имеющих какое-либо определенное отношение к наиболее типичным жалобам пациентов при дефектах зубов в эстетически значимых зонах лица. По итогам первого этапа была подготовлена «промежуточная анкета-опросник», содержащая 28 ведущих профильных вопросов.

На втором этапе экспертизы промежуточная версия анкеты-опросника была предложена для анализа 9-ти экспертам. Формулировалась новая экспертная задача: из 28 профильных вопросов выбрать в качестве наиболее значимых 14 вопросов, наиболее полно объективизирующих проблемы пациентов с поражениями твердых тканей зубов в зоне улыбки. Полученные результаты обсуждались с учетом аргументов каждого эксперта, далее предлагался пересмотр предыдущих экспертных позиций. Всего было осуществлено 3 цикла уточнений и стабилизации экспертных позиций. Итогом экспертизы стало создание модифицированного опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU с учетом 14-ти выявленных экспертами наиболее значимых параметров утраты эстетики улыбки при заболеваниях зубов фронтальной группы.

Итоговый вариант анкеты (приложение №2) содержал 7 блоков вопросов (по 2 вопроса в каждом блоке), отражающих ключевые позиции по шкалам ограничения функций, проявления физического дискомфорта, физических расстройств, психологического дискомфорта и психологических расстройств, социальной дезадаптации и ущерба у пациентов с эстетическими дефектами зубов в зоне улыбки. На каждый вопрос пациент отвечал в пяти вариантах ответа: от «очень часто» (4 балла) до «никогда» (0 баллов). Об ухудшении стоматологических параметров КЖ за счет субъективно очевидных эстетических дефектов лица и улыбки свидетельствовало снижение количества баллов до максимального (56 баллов.).

Стоматологические показатели КЖ пациентов в группах наблюдения оценивали на 3-х точках отсчета: до начала эстетической реставрации зубов, через 1 неделю и 6 месяцев по ее завершению, рассчитывая суммарный показатель Σ ОНП-14- aesthetic-RU и процент (%) его изменения (повышения, снижения) в динамике. «Идеальной нормой» соответствовало обнуление показателя. В работе ориентировались на региональный нормативный показатель индекса ОНП-14-aesthetic-RU, рассчитанный применительно к лицам молодого возраста без объективных и субъективных признаков эстетических нарушений во фронтальном отделе полости рта (интактные зубы 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2,

4.3; здоровая десна без признаков воспаления и кровоточивости, неизменная красная кайма губ, сохраненный зубной ряд во фронтальном отделе, отсутствие зубочелюстных аномалий), составивший $5,7 \pm 1,1$ балла.

Для оценки эффективности проведенной эстетической реставрации в критериях КЖ, на основе сравнения значений индекса ОНП-14-aesthetic-RU до и после лечения определяли величину клинического эффекта (по Cohen, Δ ОНП-14-aesthetic-RU) по формуле:

$$\Delta \text{ОНП-14-aesthetic-RU} = \frac{M1 \text{ (медиана до лечения)} - M2 \text{ (медиана после лечения)}}{m1 \text{ (стандартное отклонение от среднего показателя лечения)} \times \sqrt{n}}$$

интерпретируя результаты следующим образом:

Δ ОНП-14-aesthetic-RU $< 0,2$ балла - клинически малозаметный или нулевой эффект;

Δ ОНП-14-aesthetic-RU от $0,2-0,8$ балла – умеренно выраженный клинический эффект;

Δ ОНП-14-aesthetic-RU $> 0,8$ баллов – выраженный клинический эффект.

2.4 Методы статистического анализа

Статистическая обработка материала производилась на персональном компьютере с использованием программных пакетов статистической обработки данных Stat Soft Statistics 6.0 for Windows, с вычислением критерия углового преобразования ϕ Фишера. В качестве непараметрических методов использовали критерии Манна-Уитни. Вычисляли M – среднее арифметическое и m - ошибку среднего арифметического. Расчет парного t -критерия Стьюдента для двух вариационных рядов устанавливал p - вероятность их отличия. Результаты исследования считались статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза $P=95\%$ и более ($p < 0,05$).

Комплексный подход к проведению проспективного контролируемого одноцентрового клинико-социологического исследования заключался в интеграции организационных, клинических, функциональных, социологических,

статистических и математических методов исследования, используемых для решения поставленных задач.

Результаты исследования, представленные в этой главе, опубликованы в:

- 1) Пленкина Ю.А. *Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни / О.С.Гилева, Т.В.Либик, Е.В.Халилаева, К.В.Данилов, И.Н.Халявина, Ю.А.Пленкина, Е.С.Гилева, В.А.Садилова, Д.В.Хохрин // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т.6. - №3. - С. 6-11 (из перечня ВАК РФ).*
- 2) Пленкина Ю.А. *Общие положения оказания стоматологической помощи больным гемофилией / О.С.Гилева, И.Н.Халявина, Ю.А.Пленкина, Д.В.Хохрин // Стоматология. – 2012. – Т.91. - №2. – С. 9-11 (из перечня ВАК РФ).*
- 3) Пленкина Ю.А. *Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНПР-49-RU и его практическое применение в отечественной стоматологии / О.С.Гилева, Т.В.Либик, И.Н.Халявина, Е.С.Гилева, Ю.А.Пленкина, Д.В.Хохрин // Мат. IX Всероссийской науч.-практ. конф. «Пути повышения качества стоматологической помощи» 20 – 22 февраля 2012, Москва. – 2012. – С. 63-65.*
- 4) Пленкина Ю.А. *Современный инструмент оценки стоматологического здоровья / О.С.Гилева, Т.В.Либик, Е.В.Халилаева, В.А.Садилова, Ю.А.Пленкина, Д.В.Хохрин, А.А.Позднякова, Е.А.Городилова, Е.Д.Назукин // Мат. Всероссийского конгресса «Стоматология большого Урала. Инновационные технологии в стоматологии». Пермь. – 2011. – С. 37-41.*

ГЛАВА 3

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Общая характеристика стоматологического статуса пациентов в группах наблюдения

3.1.1. Сравнительная оценка распространенности и интенсивности кариеса зубов у больных с наследственными коагулопатиями и соматически сохранных лиц

По результатам комплексного стоматологического обследования установлено, что распространенность кариеса зубов была одинаково высокой (100%) у больных ГА, ГВ и пациентов с БВ, тогда как у соматически здоровых лиц группы сравнения распространенность кариеса была достоверно ($p < 0,05$) ниже и составила $93,2 \pm 1,4\%$.

Интенсивность кариеса зубов и внутрискелетный анализ индекса КПУ проанализированы (таблицы 3.1.1.1, 3.1.1.2, 3.1.1.3, 3.1.1.4) в сравнительном аспекте по следующим направлениям: 1. У пациентов основной группы (ГА, ГВ и БВ) – в зависимости от тяжести системного заболевания; 2. У пациентов основной группы – в зависимости от формы НК (ГА, ГВ и БВ); 3. У пациентов основной и группы сравнения – между исследуемыми показателями.

Данные по интенсивности кариеса зубов у пациентов основной группы, страдающих гемофилией А различной степени тяжести, представлены в таблице 3.1.1.1.

Таблица 3.1.1.1 - Интенсивность кариеса зубов (индекс КПУ) у пациентов основной группы в зависимости от тяжести заболевания (*гемофилия А*)

Форма (степень тяжести) гемофилии А	Структура индекса КПУ			КПУ М±m
	К	П	У	
Легкая	6,16 ± 0,32	1,70±0,64	2,00±0,31	9,17±0,72
Средняя	5,10±0,48	3,64±0,30	4,10±0,58	12,86±0,58 p<0,001
Тяжелая	8,33±0,91 p<0,01	5,52±0,74	4,12±0,91	17,98±0,80 p<0,001
Всего	7,37±0,75 p'''<0,001	4,73±0,63 p'<0,001	3,90±0,78	16,00±0,74

Примечание: p – достоверность различий между показателями относительно более легкой формы наследственной коагулопатии;

p' – достоверность различий между компонентами «К» и «П»;

p'' – достоверность различий между компонентами «П» и «У»;

p''' - достоверность различий между компонентами «У» и «К».

Как свидетельствуют данные таблицы 3.1.1.1, у пациентов основной группы (гА) интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ, в целом, составила 16,00±0,74, отражая очень высокий уровень его интенсивности, и достоверно (p<0,001) превышала (таблица 3.1.1.4) показатель индекса у соматически сохранных лиц группы сравнения (КПУ=5,83±0,68), соответствующий высокому уровню интенсивности кариеса зубов.

Сводные данные по интенсивности кариеса зубов у пациентов с ГВ, входящих в основную группу, отражены в таблице 3.1.1.2.

Таблица 3.1.1.2 – Интенсивность кариеса зубов (индекс КПУ) пациентов основной группы в зависимости от тяжести заболевания (*гемофилия В*).

Форма (степень тяжести) гемофилии В	Структура индекса КПУ			КПУ M±m
	К	П	У	
Легкая	5,00±0,41	1,00±0,54	2,00±0,45	8,00±0,53
Средняя	6,50±0,54	3,00±0,41	4,00±0,61	13,50±0,58 p<0,001
Тяжелая	9,83±0,78	4,50±0,75	5,16±0,72	19,46±0,79 p<0,001
Всего	8,55±0,69 p'''<0,001	3,78±0,65 p'<0,001	4,56±0,67	16,89±0,71

Примечание: *p* – достоверность различий между показателями относительно более легкой формы наследственной коагулопатии;

p' – достоверность различий между компонентами «К» и «П»;

p'' – достоверность различий между компонентами «П» и «У»;

p''' – достоверность различий между компонентами «У» и «К».

По данным таблиц 3.1.1.1 и 3.1.1.2, при сравнении интегральных значений индекса КПУ у пациентов с ГА (КПУ=16,00±0,74) и ГВ (КПУ= 16,89±0,71) достоверных различий не выявлено.

Данные по показателям интенсивности кариеса зубов у пациентов с БВ представлены в таблице 3.1.1.3.

Таблица 3.1.1.3 – Интенсивность кариеса зубов (индекс КПУ) у пациентов основной группы (*болезнь Виллебранда*)

Форма коагулопатии	Структура индекса КПУ			КПУ M±m
	К	П	У	
Болезнь Виллебранда	5,50±0,31	4,50±0,20 p<0,05	4,50±0,61	14,50±0,35

Примечание: *p* – достоверность различий между компонентами «К» и «П» индекса КПУ;

p' – достоверность различий между компонентами «П» и «У»;

p'' – достоверность различий между компонентами «У» и «К».

Как свидетельствуют данные табл. 3.1.1.3, интегральный показатель интенсивности кариеса зубов у пациентов с БВ составил $14,5 \pm 0,35$ и достоверно не отличался от соответствующих значений у лиц, страдающих ГА ($16,00 \pm 0,74$) и ГВ ($16,89 \pm 0,71$). Интегральные значения индекса КПУ у пациентов с БВ также объективизировали очень высокий уровень интенсивности кариозного процесса.

Внутриструктурный анализ индекса КПУ у лиц с БВ указывает на наличие достоверных различий между значениями компоненты «К» по сравнению с составляющей «П» и «У» - $5,50 \pm 0,31$ ($p < 0,05$). Иных достоверных различий при внутриструктурном анализе индекса КПУ у этих пациентов не выявлено.

Интенсивность кариеса зубов у пациентов группы сравнения, не имеющих отклонений в состоянии системного здоровья, отражена в таблице 3.1.1.4.

Таблица 3.1.1.4 – Интенсивность кариеса зубов (индекс КПУ) у пациентов группы сравнения (*соматически сохранные пациенты*)

Группа сравнения (62)	Структура индекса КПУ			КПУ M±m
	К	П	У	
	$1,85 \pm 0,35$ $p'' < 0,001$	$3,28 \pm 0,44$ $p < 0,05$	$0,70 \pm 0,31$ $p' < 0,001$	$5,83 \pm 0,68$

Примечание: p – достоверность различий между компонентами «К» и «П» индекса КПУ;

p' - достоверность различий между компонентами «П» и «У»;

p'' - достоверность различий между компонентами «У» и «К».

У пациентов группы сравнения (табл. 3.1.1.4) очевидны достоверные ($p < 0,001$) различия между компонентами «К» и «У», между «К» и «П» ($p < 0,05$), «П» и «У» ($p < 0,001$).

Обобщенные данные, характеризующие интенсивность КЗ у пациентов со всеми исследуемыми клиническими формами НК (ГА, ГВ, БВ) в сравнении с показателями у соматически сохранных лиц, представлены в табл. 3.1.1.5.

Таблица 3.1.1.5 – Сравнительный анализ интенсивности кариеса зубов (КПУ) у пациентов с наследственными коагулопатиями (Σ НК) и соматически сохранных лиц группы сравнения ($M \pm m$)

Группа наблюдения		Структура индекса КПУ			КПУ $M \pm m$
		К	П	У	
Тип наследственной коагулопатии					
Основная группа	Гемофилия А	7,37 \pm 0,75 $p' < 0,01$	4,73 \pm 0,63	3,90 \pm 0,78	16,00 \pm 0,74 $p' < 0,05$
	Гемофилия В	8,55 \pm 0,69 $p' < 0,001$	3,78 \pm 0,65	4,56 \pm 0,67	16,89 \pm 0,71 $p' < 0,01$
	Болезнь Виллебранда	5,50 \pm 0,31	4,50 \pm 0,20	4,50 \pm 0,61	14,50 \pm 0,35
	Σ НК	7,28 \pm 0,44	4,58 \pm 0,58	4,06 \pm 0,75	15,92 \pm 0,69
Группа сравнения		1,85 \pm 0,69 $p < 0,001$	3,28 \pm 0,44	0,70 \pm 0,31 $p < 0,001$	5,83 \pm 0,68 $p < 0,001$

Примечание: p- достоверность различий между показателями лиц с наследственной коагулопатией и лиц группы сравнения;

p' – достоверность различий между показателями в сравнении с таковыми при болезни Виллебранда.

Как свидетельствуют данные таблицы 3.1.1.5 и рисунка 3.1.1.1, у всех пациентов с НК (ГА, ГВ и БВ), выявлены достоверно ($p < 0,001$) более высокие показатели интенсивности КЗ (КПУ=15,92 \pm 0,69), характеризующие его очень высокий уровень, чем у соматически сохранных лиц группы сравнения (КПУ=5,83 \pm 0,68, высокий уровень интенсивности КЗ). Наиболее высокие показатели интенсивности КЗ (КПУ=16,89 \pm 0,71) выявлены у больных ГВ, тогда как относительно низкие установлены у лиц с БВ (КПУ=14,50 \pm 0,35). Однако и у этих пациентов значения индекса КПУ достоверно ($p < 0,001$) выше показателей лиц группы сравнения (КПУ=5,83 \pm 0,68) и соответствуют очень высокому уровню интенсивности КЗ.

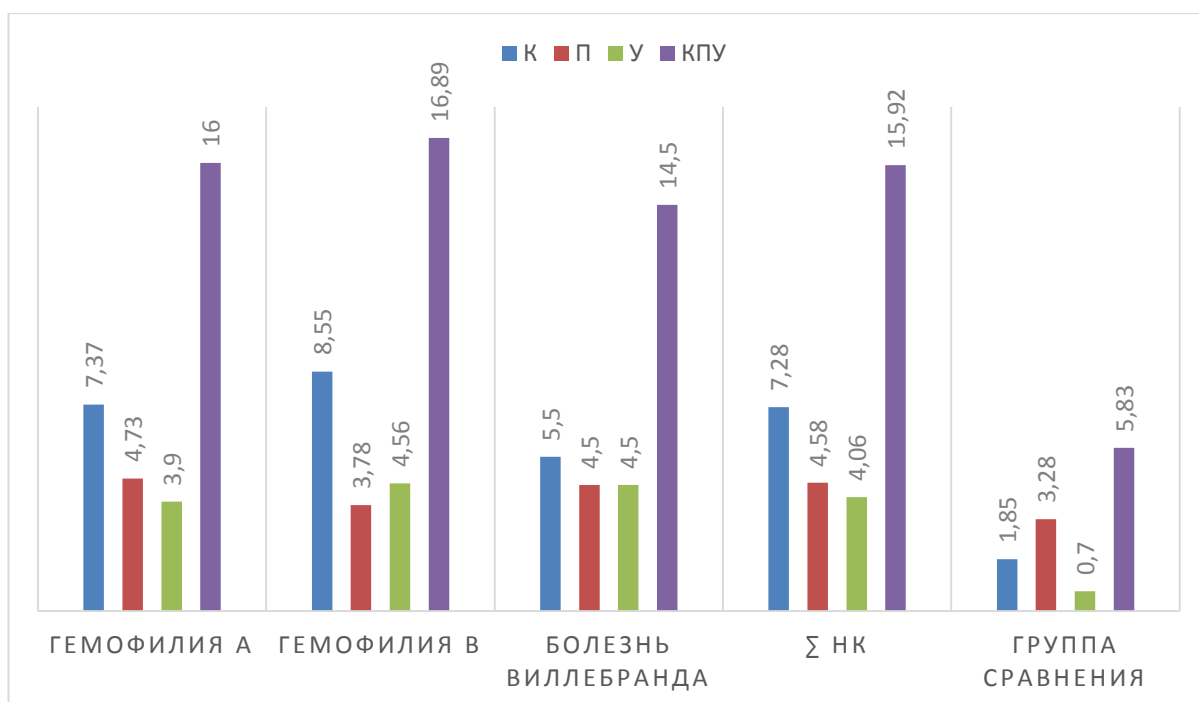


Рисунок 3.1.1.1 – Интенсивность кариеса зубов у пациентов в группах сравнения

Достоверных различий между показателями интенсивности кариеса зубов у больных ГА и ГВ не выявлено. Достоверны различия при сравнении интегральных показателей интенсивности кариеса с таковыми при БВ (соответственно $p < 0,05$ и $p < 0,01$).

При внутривидовом анализе индекса КПУ у лиц с НК (таблица 3.1.1.5) достоверно ($p < 0,001$) выше число кариозных зубов (компонента «К» $7,28 \pm 0,44$ при $1,85 \pm 0,35$ в группе сравнения) и число удаленных зубов ($4,06 \pm 0,75$ против $0,70 \pm 0,31$ в группе сравнения). Различия по компоненте «П» не достоверны.

Внутригрупповой (у пациентов основной группы) внутривидовый анализ индекса КПУ указывает на достоверное ($p < 0,01$) преобладание числа кариозных зубов у больных ГА ($7,37 \pm 0,75$) в сравнении с пациентами с БВ ($5,50 \pm 0,31$) и больных ГВ в сравнении с последними ($p < 0,001$). Различий в числе кариозных зубов у больных ГА и ГВ не выявлено. Достоверность различий по компонентам «П» и «У» у больных с различными формами НК не выявлена.

Анализ интенсивности КЗ и структуры индекса КПУ у пациентов с различными формами гемофилии в зависимости от тяжести их течения представлен в таблице 3.1.1.6 и рисунке 3.1.1.2.

Таблица 3.1.1.6 – Внутривидовой анализ индекса КПУ у соматически сохранных лиц и пациентов с наследственными коагулопатиями (гемофилия А и В) в зависимости от степени тяжести гемофилии (M±m)

Группы наблюдения		Структура индекса КПУ			КПУ M±m
		К	П	У	
Тяжесть гемофилии					
Основная группа (гемофилия А и В)	Легкая форма	5,58±0,36 p<0,001 -	1,35±0,59 p<0,001 p''<0,01	2,00±0,36 p<0,01 p''<0,01	8,58±0,62 p<0,01
	Средняя форма	5,80±0,51 p<0,001 -	3,32±0,32 - p'<0,01 p''<0,01	4,05±0,59 p<0,001 p'<0,01	13,18±0,58 p<0,001 p'<0,001
	Тяжелая форма	9,08±0,89 p<0,001 p'<0,001	5,01±0,74 - p'<0,001 p''<0,001	4,64±0,81 p<0,001 - p''<0,001	18,72±0,79 p<0,001 p'<0,001
Группа сравнения		1,85±0,35	3,28±0,44 p''<0,05	0,70±0,31 p''<0,001	5,83±0,68

Примечание: *p* – достоверность различий между показателями соответствующей степени тяжести наследственной коагулопатии и показателями группы сравнения;

p' – достоверность различий между показателями относительно более легкой формы наследственной коагулопатии;

p'' – достоверность различий между отдельными компонентами индекса («К» и «П», «К» и «У»).



Рисунок 3.1.1.2 – Показатели индекса КПУ у соматически сохранных лиц и пациентов с наследственными коагулопатиями (гемофилия А и В) в зависимости от степени тяжести гемофилии

Как следует из данных таблицы 3.1.1.6, у пациентов основной (ГА, ГВ различной степени тяжести) группы и группы сравнения установлены достоверно ($p < 0,01$) более высокие показатели интенсивности кариеса зубов у лиц с НК даже при легкой степени заболеваний ($KPY = 8,58 \pm 0,62$ при легкой форме НК против $5,83 \pm 0,68$ в группе сравнения). Интенсивность кариеса зубов у пациентов с НК прогрессивно нарастала по мере утяжеления основного заболевания: от $KPY = 8,58 \pm 0,62$ – при легкой степени НК до $KPY = 13,18 \pm 0,58$ ($p < 0,01$) - при ее средней степени, вплоть до $KPY = 18,72 \pm 0,79$ – при ее тяжелой форме ($p < 0,001$). В зависимости от степени тяжести ГА и ГВ интенсивность кариеса зубов у больных с НК была в 1,2-3,0 раза выше, чем у соматически сохранных лиц.

Внутриструктурный анализ индекса КПУ у пациентов с легкой формой НК (анализ таблицы 3.1.1.6 по горизонтали) указывал на доминирование компоненты «К» ($5,58 \pm 0,36$), достоверно превышающей показатели числа запломбированных ($p < 0,01$) и удаленных ($p < 0,01$) зубов. Подобная закономерность в преобладании нелеченого кариеса (компонента «К» = $5,80 \pm 0,51$) была выявлена и у пациентов со

средней степенью тяжести НК. У пациентов со средне-тяжелым течением НК были статистически достоверны ($p < 0,001$) различия между значениями компоненты «П» ($3,32 \pm 0,32$) и компоненты «К» ($5,80 \pm 0,51$). У пациентов с тяжелой формой НК также доминировала компонента «К» ($9,08 \pm 0,89$), достоверно ($p < 0,001$) отличаясь от значений компоненты «П» ($5,01 \pm 0,75$) и компоненты «У» ($4,64 \pm 0,81$). Внутривидовый анализ индекса КПУ у соматически сохраненных лиц выявил иную закономерность: достоверное (более чем в 2 раза) преобладание запломбированных зубов при достоверно более низком числе удаленных зубов и зубов с нелеченым кариесом.

Анализ данных таблицы 3.1.1.6 по вертикали свидетельствовал, что среднее число кариозных зубов (компонента «К») у лиц с НК не только почти в 3-4 раза (в зависимости от степени тяжести гемофилии) превышало таковое у соматически сохраненных лиц, но и с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) нарастало при тяжелой форме гемофилии (до $9,08 \pm 0,89$). Сравнительный анализ среднего числа запломбированных зубов (компонента «П») у лиц основной и группы сравнения выявил достоверное увеличение показателя компоненты «П» при переходе от легкой к средней степени тяжести НК ($p' < 0,01$), между их легкой и тяжелой степенью ($p' < 0,001$), между показателями при легком ($1,35 \pm 0,59$) течении НК и лицами группы сравнения ($3,28 \pm 0,44$). Число удаленных зубов (компонента «У») у больных с НК прогрессивно нарастало по мере утяжеления процесса, составляя $2,00 \pm 0,36$ - при легкой степени, достоверно ($p < 0,001$) увеличиваясь до $4,05 \pm 0,59$ и $4,64 \pm 0,81$, соответственно, при среднем и тяжелом течении. При средне-тяжелом течении НК число удаленных зубов в 6 раз превышало таковое у соматически здоровых лиц.

Таким образом, стоматологический статус больных с НК характеризуют достоверно более высокие, чем у соматически сохраненных лиц показатели распространенности (100%) и интенсивности ($KПУ = 15,92 \pm 0,69$) кариеса зубов преимущественно за счет доминирования компоненты «К» ($7,28 \pm 0,44$); наиболее высокие, прогрессивно нарастающие по мере утяжеления системного заболевания уровни интенсивности кариеса выявлены у больных ГА и ГВ; индекс КПУ у лиц с

БВ достоверно ниже, чем при Г ($p < 0,05$ при ГА и $p < 0,01$ при ГВ), преимущественно за счет числа зубов с нелеченым кариесом, но достоверно ($p < 0,001$) отличен от показателя группы сравнения. Соотношение неосложненного к осложненному кариесу у пациентов с НК составило 2:1, тогда как в группе сравнения – 4:1.

3.1.1.1. Сравнительная оценка распространенности, интенсивности и клинических особенностей кариеса фронтальных зубов с позиции эстетики улыбки у пациентов в группах наблюдения

При целевом эстетически ориентированном осмотре пациентов и обследовании ЗФГ практически у каждого пациента основной группы выявляли признаки кариеса зубов (распространенность кариеса ЗФГ приближалась к 100%), тогда как в группе сравнения показатель был достоверно ($p < 0,001$) ниже и составил $41,9 \pm 3,2\%$.

В соответствии с задачами работы акцент был сделан на сравнительном анализе показателя интенсивности кариеса ЗФГ и значениях его внутрискелетальных компонентов в этих зубах, входящих в зону улыбки [43,105]:

1.3 1.2 1.1 2.1 2.2 2.3

4.3 4.2 4.1 3.1 3.2 3.3

Всесторонний анализ проявлений кариеса ЗФГ проводили для характеристики важнейшего зубного параметра эстетики улыбки.

Анализ кариеса ЗФГ в терминах индекса КПУ (КПУфз) и внутрискелетальный анализ КПУфз у пациентов сравниваемых групп проведен по данным таблицы 3.1.1.1.1 и рисунка 3.1.1.1.1.

Таблица 3.1.1.1.1 – Интенсивность кариеса зубов фронтальной группы (КПУфз) и внутрисканальный анализ индекса КПУфз у пациентов основной группы и группы сравнения ($M \pm m$)

Группы наблюдения	Структура индекса КПУфз			КПУфз $M \pm m$
	К	П	У	
Основная	$2,54 \pm 0,13$	$1,72 \pm 0,24$ $p' < 0,001$ $p''' < 0,001$	$0,27 \pm 0,02$ $p'' < 0,001$	$4,53 \pm 0,13$
Сравнения	$1,45 \pm 0,12$ $p < 0,001$ $p' < 0,001$	$0,81 \pm 0,11$ $p < 0,001$	-	$1,26 \pm 0,12$ $p < 0,001$

Примечание: p – достоверность различий между показателями основной группы и группы сравнения;

p' – достоверность различий между компонентами «К» и «П»;

p'' – достоверность различий между компонентами «К» и «У»;

p''' – достоверность различий между компонентами «П» и «У».

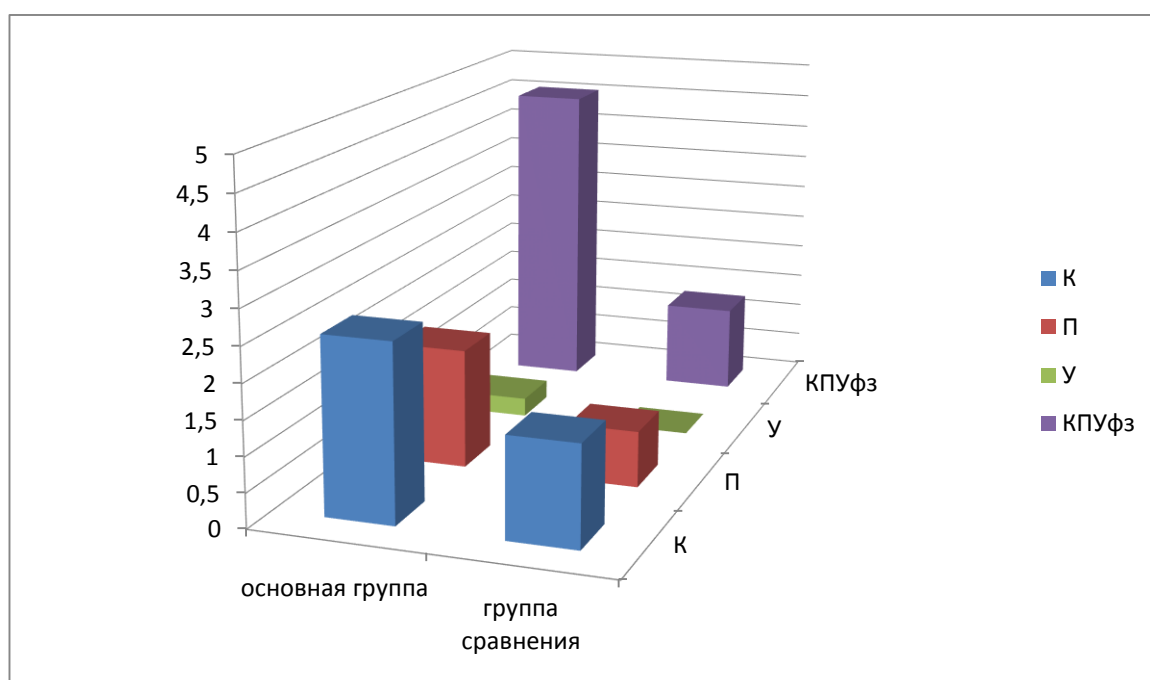


Рисунок 3.1.1.1.1 – Интенсивность кариеса зубов фронтальной группы (КПУфз) у пациентов основной группы и группы сравнения

Интегральный показатель интенсивности кариеса ЗФГ у больных с НК составил $4,53 \pm 0,13$, достоверно (в 3,5) раза превышал соответствующие значения у соматически здоровых лиц группы сравнения ($1,26 \pm 0,12$, $p < 0,001$). Внутроструктурный анализ индекса КПУфз у больных с НК указывал на доминирование компоненты «К» (среднее число нелеченых, пораженных КЗФГ) – $2,54 \pm 0,13$, на долю компоненты «П» приходилось достоверно меньшее значение ($p < 0,001$) – $1,72 \pm 0,24$, компоненты «У» – $0,27 \pm 0,02$ ($p < 0,001$).

Доли компонент «К» и «П» у пациентов группы сравнения были достоверно ниже, чем у лиц основной группы (соответственно $1,45 \pm 0,12$ и $0,81 \pm 0,11$ при $p < 0,001$). Отсутствующих ЗФГ у пациентов группы сравнения не выявили.

Таким образом, для лиц с НК характерен достоверно (в 3,5 раза) более высокий, чем у здоровых лиц, уровень интенсивности кариеса фронтальных зубов (КПУфз = $4,53 \pm 0,13$ против $1,26 \pm 0,12$, при $p < 0,001$) при достоверно более высоком числе нелеченых кариозных и запломбированных по поводу кариеса фронтальных резцов и клыков на одного пациента.

Для анализа *клинических особенностей* кариеса ЗФГ (зона улыбки) у лиц с НК проведена комплексная оценка состояния твердых тканей 860 зубов (с учетом удаленных – 13, адентии – 3) и выявленных на них 192 кариозных дефектов.

Чаще (79,6%) у лиц с НК кариесом поражались фронтальные зубы верхней челюсти; реже (20,4%), пораженные кариесом зубы выявляли в нижнечелюстном сегменте. Аналогичная закономерность выявлена у соматически сохраненных пациентов (соответственно 84,1% и 15,9%).

При анализе поражаемости кариесом в *зависимости от групповой принадлежности зубов в зоне улыбки* (центральных верхних резцов – ЦВР, боковых верхних резцов – БВР, верхних клыков – ВК, центральных нижних резцов – ЦНР, боковых нижних резцов – БНР, нижних клыков – НК) (таблица 3.1.1.1.2) выявлено, что достоверно ($p < 0,01$) чаще среди фронтальных зубов у пациентов сравниваемых групп кариесом поражались ЦВР (соответственно 45,8% ЗФГ у лиц основной и 40,9% ЗФГ у лиц группы сравнения).

Таблица 3.1.1.1.2 – Анализ поражаемости кариесом зубов фронтальной группы (зона улыбки) в зависимости от их групповой принадлежности у пациентов сравниваемых групп (%).

Группы наблюдения	Группы фронтальных зубов, пораженных кариесом					
	ЦВР	БВР	ВК	ЦНР	БНР	НК
Основная 192	45,8	20,8	13,1	11,9 p<0,001	4,7 p<0,001	3,7 p<0,001
Сравнения 88	40,9	23,8	19,3	9,1 p<0,001	4,5 p<0,001	2,3 p<0,001

Примечание: p – достоверность внутригрупповых различий между показателями соответствующих групп зубов верхней и нижней челюсти в группе наблюдения;

p' – достоверность межгрупповых различий между показателями соответствующих групп зубов.

У пациентов основной группы на долю всех резцов приходилось 83,3% всех пораженных кариесом зубов (160 зубов из 192), причем преимущественно (в 66,6%) в процесс вовлекались резцы верхней челюсти (ЦВР и БВР), тогда как поражаемость резцов нижней челюсти (ЦНР и БНР) была достоверно ($p<0,001$) меньше (16,6%). На долю ЦВР приходилось 45,8%. БВР поражались кариесом в 2 раза реже ($p<0,01$), в 20,8%, ВК – в 13,1% случаев.

Таким образом, при анализе поражаемости кариесом различных групп ЗФГ у пациентов сравниваемых групп достоверных различий выявлено не было. И у пациентов, страдающих НК, и у соматически сохранных лиц достоверно чаще поражались кариесом центральные (45,8% и 40,9%) и боковые (20,8% и 23,8%) верхние резцы, т.е. поражаемость кариесом зубов в зоне улыбки у пациентов с НК была в 2 раза выше, чем у пациентов группы сравнения.

Развернутая клинико-топографическая характеристика кариеса ЗФГ у пациентов сравниваемых групп представляла существенный интерес по профилю проводимых исследований (таблица 3.1.1.1.3). При обследовании пациентов обеих

групп кариозные полости на режущем крае фронтальных зубов (VI класс) не выявлены.

Таблица 3.1.1.1.3 – Клинико-топографическая характеристика кариеса зубов фронтальной группы у пациентов сравниваемых групп (абс. число, %)

Группы Сравнения	Классы кариозных полостей по Блэку					
	III		IV		V	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Основная 192	61	31,8	43	22,4	88	45,8 p<0,01
Сравнения 88	43	48,8	16	18,2	29	32,9 p<0,001

Примечание: p – достоверность различий между показателями полостей по IV и V классам Блэка.

Топографически кариозные дефекты зубов в зоне улыбки (рисунки 3.1.1.1.2, 3.1.1.1.3, 3.1.1.1.4) у пациентов основной группы достоверно ($p<0,01$) чаще (45,8%) располагались в пришеечных областях (V класс Блэка) и на контактных поверхностях резцов и клыков (III класс Блэка – 31,8%); в 22,4% случаев кариес определяли на контактных поверхностях ФЗ с разрушением угла коронки (IV класса Блэка); характерно, что 12,9% дефектов по V классу соответствовали кариесу в стадии пятна.



Рисунок 3.1.1.1.2 - Пациент С-в С.С., 28 лет.

Диагноз: гемофилией А средней степени тяжести, КПУфз = 4.

Зубные признаки утраты эстетики улыбки:

- Зуб 1.1 - композитная реставрация дефекта III класса Блэка в неприемлемом состоянии по критериям Ryge: анатомическая форма – оценка Tango, поверхность и цвет – оценка Victor (утрата цвето-текстурного соответствия реставрации и тканей зуба), краевая адаптация – оценка Victor (размягчение тканей на границе пломба/зуб, вторичный кариес).
- Зуб 1.2 - композитная реставрация III класса Блэка в неудовлетворительном состоянии по критериям Ryge: анатомическая форма – оценка Tango (неудовлетворительно), поверхность и цвет – оценка Tango (поверхность утратила эстетический вид – ямки, борозды), краевая адаптация – оценка Tango (неудовлетворительно).
- Зуб 2.1 - композитная реставрация зуба дефекта IV класса Блэка в неудовлетворительном состоянии по критериям Ryge: анатомическая форма – оценка Sierra, поверхность и цвет – оценка Tango (несоответствие цвета реставрации тканям зуба), краевая адаптация – оценка Sierra (наличие щели на границе пломба/зуб).
- Зуб 2.2 - композитная реставрация дефекта III класса Блэка в приемлемом состоянии по критериям Ryge: анатомическая форма – оценка Sierra, поверхность и цвет – оценка Sierra, краевая адаптация – оценка Sierra (приемлемо).
- Пигментированный налет на зубах 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3.

Десневые признаки утраты эстетики улыбки:

- Хронический генерализованный катаральный гингивит легкой степени тяжести (изменение цветотекстурных характеристик десневого края и межзубных сосочков в передне-челюстных сегментах)

Заключение: пациент нуждается в незамедлительной замене реставрации зуба 1.1 и замене с профилактической целью реставраций на зубах 1.2 и 2.1, проведении профессиональной гигиены полости рта: удаление пигментированного налета, лечении гингивита.



Рисунок 3.1.1.1.3 - Пациент Ж-в К.М., 34 года.

Диагноз: гемофилия тяжелой степени тяжести; КПУфз=5.

Зубные признаки утраты эстетики улыбки:

- Зуб 1.1 - композитная реставрация дефекта IV класса Блэка в неприемлемом состоянии по критериям Ryge: анатомическая форма – оценка Victor (реставрация не соответствует анатомической форме зуба), поверхность и цвет – оценка Victor (пломба не соответствует цвето-текстурным характеристикам тканей зуба), краевая целостность – оценка Victor (пломба подвижна, на границе пломба/зуб - вторичный кариес).
- Зуб 1.2 - композитная реставрация дефекта III класса Блэка в неудовлетворительном состоянии по критериям Ryge: анатомическая форма – оценка Tango (неудовлетворительно), поверхность и цвет – оценка Tango, краевая целостность – оценка Tango (неудовлетворительно).

Заключение: пациент нуждается в незамедлительной замене реставрации зуба 1.1 и замене с профилактической целью реставрации зуба 1.2.



Рисунок 3.1.1.1.4 - Пациент Г-в И.Л., 34 года.

Диагноз: гемофилия А средней степени тяжести,; КПУфз = 4.

Зубные признаки утраты эстетики улыбки:

- Зубы 1.1 и 1.2 - композитные реставрации дефектов V класса Блэка в неудовлетворительном состоянии по критериям Ruge: анатомическая форма – оценка Sierra, поверхность и цвет – оценка Sierra, краевая адаптация – оценка Tango (изменение цвета и размягчение эмали на границе пломба/зуб).
- Зуб 2.2 - композитная реставрация дефекта III класса Блэка в неприемлемом состоянии по критериям Ruge: анатомическая форма – оценка Tango, поверхность и цвет – оценка Tango, краевая адаптация – оценка Victor (пломба подвижна, размягчение тканей на границе пломба/зуб, вторичный кариес).
- Пигментированный зубной налет на зубах 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3.

Заключение: пациент нуждается в незамедлительной замене реставрации зуба 2.2 и в замене с профилактической целью реставраций зубов 1.2 и 1.1.

При анализе поражаемости кариесом ЗФГ *в зависимости от глубины дефекта (стадии поражения)* установлено, что осложненные формы кариеса фронтальных резцов (рисунок 3.1.1.1.5) у пациентов основной группы встречались достоверно (в 2 раза) чаще (51,56%), чем у соматически сохранных пациентов (20,54%). Соотношение неосложненных к осложненным формам кариеса фронтальных зубов у пациентов с НК составило 2:1, в группе сравнения 4:1. Было выявлено, что у пациентов с НК глубокий кариес (состояние, определяемое по МКБ-10 как гиперемия пульпы) выявляли в 49,5% наблюдений. При глубоком кариесе больные с НК предъявляли жалобы были на острую кратковременную боль при приеме холодной, сладкой пищи, некоторые пациенты были вынуждены при приеме изменить свой привычный пищевой рацион из-за проблем, связанных с ограничением приема пищи. Некоторые пациенты испытывали психологический дискомфорт (стеснение и неловкость) в связи с эстетическими дефектами - обширными кариозными полостями в зоне улыбки, это затрудняло процесс общения с другими людьми (многие пациенты старались избегать общения).

Кариес дентина (МКБ-10) у пациентов основной группы диагностирован в 30,1% случаев, проявлялся кратковременной болью от температурных и химических раздражителей, а за счет наличия эстетического дефекта пациенты испытывали определенный психологический дискомфорт, особенно при общении с людьми.



Рисунок 3.1.1.1.5 - Пациент С-в М.Н., 39 лет.

Диагноз: гемофилия А тяжелой степени тяжести; КПУфз=5.

Зубные признаки утраты эстетики улыбки:

- Зуб 2.1 – эстетический дефект коронки по IV классу Блэка при хроническом фиброзном пульпите
- Зуб 2.2 – эстетический дефект коронки по IV классу Блэка при глубоком кариесе (начальном пульпите)
- Пигментированный зубной налет на зубах 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3.

В 20,43% случаев эстетические дефекты фронтальных зубов (рисунок 3.1.1.1.6) у пациентов основной группы были обусловлены наличием кариозных пятен (кариес в стадии пятна). Обращало на себя внимание, что чаще кариозные пятна были белесоватыми, с вкраплениями пигментаций желтовато-коричневого цвета за счет отложения обильного мягкого зубного налета и частых десневых кровотечений, располагались преимущественно на вестибулярной поверхности верхних резцов в пришеечной области. Даже при кариесе в стадии пятна пациентов беспокоили эстетические недостатки «передних» зубов, предъявлялись жалобы на

повышенную чувствительность к химическим раздражителям (кислое, соленое, сладкое) при приеме пищи, на определенный психологический дискомфорт.



Рисунок 3.1.1.1.6 – Пациент Ог-в В.К., 20 лет.

Диагноз: гемофилия А легкой степени тяжести; КПУфз = 12.

Зубные признаки утраты эстетики улыбки:

- множественная очаговая деминерализация эмали зубов
1.3,1.2,1.1,2.1,2.2,2.3,3.1,3.2,3.3,4.1,4.2,4.3
- пигментированный зубной налет на зубах 4.1,4.2,4.3,3.1,3.2,3.3.

Дневные признаки утраты эстетики улыбки:

- хронический локализованный катаральный гингивит легкой степени тяжести (РМА=21,3%)

Чаще кариес зубов у больных с НК имел хроническое течение, так как ранее к врачу-стоматологу пациенты с НК предпочитали не обращаться в связи: с опасением травмирования десны во время лечения и появления длительного десневого кровотечения, требующего гематологического пособия; с боязнью появления или усиления болевого симптома; и с отсутствием прямой мотивации к лечению для поддержания привлекательного внешнего облика.

3.1.1.2 Сравнительная характеристика эстетико-функциональных реставраций/пломб фронтальных зубов у пациентов в группах наблюдения

В соответствии с задачами исследования, с учетом полученных при внутрискановом анализе индекса КПУ у пациентов с НК и соматически сохраненных лиц проведена оценка эстетико-функциональных параметров 175 реставраций/пломб на ЗФГ (137 – у пациентов основной группы, 38 – группы сравнения). Анализ проведен по клиническим критериям Ryge G. (1975) оценивающим параметры качества поверхности и цвета, качество анатомической формы и качество краевого прилегания пломбы. Исходные пломбировочные материалы, которые мы фиксировали на ЗФГ при оценке реставраций у пациентов основной группы, были в большинстве случаев представлены различными стеклоиономерными цементами и композитами химического отверждения, значительно реже были использованы фотополимеризационные материалы.

При анализе *локализации пломб/реставраций на зубах фронтальной группы в зависимости от их групповой принадлежности* выявлено, что у пациентов основной группы и группы сравнения пломбами достоверно чаще были восстановлены зубы верхней челюсти (соответственно 70,8% и 65,7%). У всех обследованных достоверно чаще были восстановлены пломбами резцы верхней челюсти (42,3% пломб на ВЦР и ВБР пациентов с НК и 42,1% - у пациентов группы сравнения). Пломбы на ВК определены в 28,4% случаев у пациентов основной и 23,6% пациентов группы сравнения. Достоверно реже у пациентов сравниваемых групп фиксировали наличие пломб на клыках нижней челюсти (соответственно 8,0% - в основной группе и 13,1% - в группе сравнения). На резцах нижней челюсти пациентов основной группы локализовались 21,1% пломб, у пациентов группы сравнения – 34,2% пломб.

Топографические особенности локализации реставраций ЗФГ с учетом классификации Блэка указывают на то, что у пациентов основной группы пломбы чаще (92,8%) располагались на контактной поверхности резцов и клыков (III и IV классы по Блэку), в пришеечной области - в 7,8% случаев. У пациентов группы

сравнения на долю контактных поверхностей резцов и клыков приходилось 81,6% реставраций, а на пломбы, расположенные по V классу Блэка – 18,4% от их общего числа.

Исходная характеристика различных эстетико-функциональных параметров реставраций/пломб фронтальных зубов у пациентов в группах наблюдения представлена в последующих 14 таблицах.

Эстетико-функциональные характеристики реставраций ЗФГ проанализированы по следующим направлениям: по критериям «анатомической формы», «поверхности и цвета», «краевой целостности»; с учетом их оценок по кодам Romeo, Sierra, Tango, Victor применительно к каждому классу Блэка; применительно к показателям качества всех реставраций/пломб, имеющих на фронтальных зубах у пациентов основной группы и группы сравнения.

Исходная (интегральная и развернутая) оценка эстетико-функциональных параметров РЗФГ (*III класса Блэка*) по критерию «Анатомическая форма» приведена в таблицах 3.1.1.2.1 и 3.1.1.2.2.

Таблица 3.1.1.2.1 – Исходная интегральная оценка эстетико-функциональных параметров реставраций фронтальных зубов (*III класс Блэка*) по критерию «Анатомическая форма» у пациентов в группах наблюдения (абс. числа, %)

Группа наблю- дения	Оценка									
	Romeo		Sierra		Tango		Victor		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Основная 89	14	15,7	12	13,5	42	47,2	21	23,6	89	100,0
Сравнения 16	11	68,7 p<0,001	4	25,0	1	6,3 p<0,001	-	-	16	100,0

Примечание: p – достоверность различий между показателями сравниваемых групп.

Таблица 3.1.1.2.2 – Развернутая характеристика эстетико-функциональных параметров реставраций зубов фронтальной группы (*III класс Блэка*) по критерию «*Анатомическая форма*» у пациентов сравниваемых групп (абс. число, % реставраций, по оценочным критериям Ryge G.)

Группа наблюдения Число реставраций	Оценка															
	Romeo		Sierra				Tango						Victor		Итого	
			SUCO		SOCO		TUCO		TCO		TOCO					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Основная 89	14	15,7	9	10,1	3	3,4	12	13,5	24	26,9	6	6,7	21	23,6	89	100,0
Сравнения 16	11	68,7	4	25,0	-	-	1	6,3	-	-	-	-	-	-	16	100,0

Детальный анализ нарушений *анатомической формы* исходно существующих реставраций ЗФГ по *III классу Блэка* (таблицы 3.1.1.2.1 и 3.1.1.2.2) позволил уточнить клинические проявления нарушения пломб по кодам оценки Romeo (превосходная реставрация), Sierra (приемлемая реставрация), Tango (неудовлетворительная реставрация) и Victor (неприемлемая реставрация, нуждающаяся в немедленной замене).

У пациентов *основной группы*, страдающих НК, при анализе анатомической формы РЗФГ, ранее восстановленных по *III классу Блэка*, их стабильно хорошие эстетико-функциональное состояние выявлено в 15,7% случаев (Romeo). У этих пациентов чаще (в целом в 13,5% случаев) приемлемые отклонения в геометрии эстетической реставрации по оценке Sierra были связаны или с «заниженностью» пломбы (10,1%) или, реже (3,4%), с ее «незначительным, легко коррегируемым, завышением». Неудовлетворительные по критерию «Анатомическая форма» реставрации полостей III класса в зубах пациентов основной группы чаще (47,2%) проявлялись нарушением контакта пломбы с рядом стоящим фронтальным зубом (26,9%) или значительной усадкой пломбы (13,5%).

У пациентов основной группы 23,6% от числа всех реставраций ЗФГ, замещающих кариозные дефекты по III классу Блэка по критерию «Анатомическая форма» оценивались как неприемлемые (оценка Victor), нуждались в обязательной замене, преимущественно в связи с грубой деструкцией пломбы, сопровождающейся болевым симптомом в зубах, маргинальной или папиллярной десне.

У соматически сохранных пациентов *группы сравнения* в подавляющем большинстве случаев (68,7%) на ЗФГ определялись реставрации (III класс) с отличной (оценка Romeo) эстетико-функциональной характеристикой по критерию анатомической формы. По коду «S» было оценено 25,0% РЗФГ, характеризующихся как приемлемые, но слегка «заниженные», не обнажающие подкладку. У пациентов группы сравнения неудовлетворительные РЗФГ (Tango), требующие коррекции анатомической формы (6,3%), были связаны с усадкой (значительным

уплощением) пломбы. Неприемлемо низкую оценку не получила ни одна из реставраций.

Исходная оценка (интегральная и развернутая) качества эстетико-функциональных параметров реставраций ЗФГ (*IV класс Блэка*) по критерию «Анатомической форма» приведена в таблицах 3.1.1.2.3 и 3.1.1.2.4.

Таблица 3.1.1.2.3 – Исходная интегральная оценка эстетико-функциональных параметров реставраций зубов фронтальной группы (*IV класс Блэка*) по критерию «Анатомическая форма» у пациентов в группах наблюдения (абс. число, %)

Группа наблю- дения	Оценка									
	Romeo		Sierra		Tango		Victor		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Основная 38	-	-	8	21,0	26	68,6 $p' < 0,001$ $p''' < 0,01$	4	10,5 $p'' < 0,001$ $p'''' < 0,01$	38	100,0
Сравнения 15	10	66,6 $p < 0,001$	3	20,0	2	13,3 $p < 0,05$	-	- $p < 0,001$	15	100,0

Примечание: p – достоверность различий между показателями сравниваемых групп;

p' – достоверность различий между «R» и «T»;

p'' – достоверность различий между «R» и «V»;

p''' – достоверность различий между «S» и «T»;

p'''' – достоверность различий между «T» и «V».

Таблица 3.1.1.2.4 – Развернутая характеристика эстетико-функциональных параметров реставраций зубов фронтальной группы (*IV класс Блэка*) по критерию «Анатомическая форма» у пациентов сравниваемых групп (абс. число, % реставраций, по оценочным критериям Ryge G.)

Группа наблюдения	Оценка															
	Romeo		Sierra				Tango						Victor		Итого	
			SUCO		SOCO		TUCO		TCO		TOCO					
Число реставраций	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Основная 38	-	-	5	13,2	3	7,9	4	10,5	18	47,4	4	10,5	4	10,5	38	100,0
Сравнения 15	10	66,7	-	-	3	20,0	-	-	2	13,3	-	-	-	-	16	100,0

При клинической оценке состояния реставраций ЗФГ по *IV* классу Блэка у пациентов *основной группы* ни в одном из случаев не была выставлена высокая оценка их эстетико-функциональным характеристикам (критерий Romeo) (таблицы 3.1.1.2.3 и 3.1.1.2.4). У лиц с НК чаще (в целом, в 21,0% случаев) приемлемые отклонения в анатомической форме реставраций (Sierra) по *IV* классу Блэка были связаны с легким уплощением пломбы (13,2%), избыточным объемом реставрации, который можно было удалить (7,9%). Неудовлетворительные по анатомической форме реставрации (Tango) по *IV* классу Блэка, выявляемые у 68,6% у пациентов *основной группы*, чаще (47,4%) манифестировали нарушением контакта пломбы с рядом стоящим боковым зубом, в 10,5% реставрации сопровождалась значительной усадкой пломбировочного материала без обнажения подкладки и были сильно завышены. У пациентов *основной группы* 10,5% всех реставраций были оценены как неприемлемые, нуждающиеся в немедленной замене, так как имелся краевой выступ пломбы, и травмирующей окружающие мягкие ткани (слизистая губы).

У пациентов *группы сравнения* 66,6% реставраций ЗФГ характеризовались кодом Romeo как отличные, 20,0% пломб по оценочному критерию Sierra и кодам определены как приемлемые, проявляющиеся их легким занижением (SOCO). Неприемлемые нарушения анатомической формы (Tango) (13,3%) были связаны с нарушением контакта с соседним зубом, а реставраций, нуждающихся в немедленной замене, обнаружено не было.

Исходная развернутая оценка качества эстетико-функциональных параметров реставраций ЗФГ (*V* класс Блэка) по критерию «Анатомическая форма» приведена в таблице 3.1.1.2.5.

Таблица 3.1.1.2.5 – Развернутая характеристика эстетико-функциональных параметров реставраций зубов фронтальной группы (*V* класс Блэка) по критерию «Анатомическая форма» у пациентов сравниваемых групп (абс. число, % реставраций, по оценочным критериям Ryge G.)

Группа наблю- дения	Оценка									
	Romeo		Sierra (SUCO)		Tango (TUCO)		Victor		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Основная 10	-	-	-	-	2	20,0 $p' < 0,001$ $p''' < 0,001$	8	80,0 $p'' < 0,001$ $p'''' < 0,001$	10	100,0
Сравнения 7	3	48,9 $p < 0,001$	3	42,9 $p < 0,001$	1	14,3	-	-	7	100,0

Примечание: p – достоверность различий между показателями сравниваемых групп;
 p' – достоверность различий между «R» и «T»;
 p'' – достоверность различий между «R» и «V»;
 p''' – достоверность различий между «S» и «T»;
 p'''' – достоверность различий между «T» и «V».

Как свидетельствуют данные таблица 3.1.1.2.5, на ЗФГ у пациентов основной группы не определялись пломбы/реставрации, характеризуемые критериями Romeo (отлично) и Sierra (приемлемо). Неприемлемыми (критерий Tango и Victor) были признаны 100% реставраций, из которых немедленной замены из-за наличия краевых выступов, неправильно установленного контура реставрации требовали 80%, а 20% реставраций нуждались в замене с целью профилактики, в связи со значительным занижением контуров реставрации.

У пациентов группы сравнения отлично сохранилось 48,9% фронтальных реставраций, немедленной замены реставраций дефектов зубов по V классу Блэка

не требовалось, тогда как 14,3% некачественных пломб нуждались в коррекции анатомической формы.

Исходная оценка (интегральная и развернутая) качества эстетико-функциональных параметров РЗФГ (*III класс Блэка*) по критерию «*Качество поверхности и цвет*» приведена в таблицах 3.1.1.2.6 и 3.1.1.2.7.

Таблица 3.1.1.2.6 – Исходная интегральная оценка эстетико-функциональных параметров реставраций зубов фронтальной группы (*III класс Блэка*) по критерию «*Качество поверхности и цвет*» у пациентов в группах наблюдения (абс. число, %)

Группа наблю- дения	Оценка									
	Romeo		Sierra		Tango		Victor		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Основная 89	23	25,8	13	14,6	25	28,1	28	31,5	89	100,0
Сравнения 16	11	68,8 $p<0,01$	4	25,0	1	6,3	-	- $p<0,001$	16	100,0

Примечание: p – достоверность различий между показателями сравниваемых групп;

p' – достоверность различий между «R» и «T»;

p'' – достоверность различий между «R» и «V»;

p''' – достоверность различий между «S» и «T»;

p'''' – достоверность различий между «T» и «V».

Таблица 3.1.1.2.7 – Развернутая характеристика эстетико-функциональных параметров реставраций /пломб бов фронтальной группы (*III класс Блэка*) по критерию «*Качество поверхности и цвет*» у пациентов сравниваемых групп (абс. число, % реставраций, по оценочным критериям Ryge G.)

Группа наблюдения	Оценка															
	Romeo		Sierra				Tango				Victor				Итого	
			SPO		SMM		TPIT		TMM		VSF		VFK			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Основная 89	23	25,8	6	6,7	7	7,9	11	12,4	14	15,7	7	7,9	21	23,6	89	100,0
Сравнения 16	11	68,8	2	12,5	2	12,5	-	-	1	6,3	-	-	-	-	16	100,0

Как свидетельствуют данные таблиц 3.1.1.2.6 и 3.1.1.2.7, у пациентов *основной группы* превосходные (Romeo) эстетико-функциональные характеристики по показателю «Качество и цвет поверхности» выявлены в 25,8% случаев, приемлемые отклонения по этому критерию связаны появлением шероховатой поверхности реставрации в 6,7% случаев, в 7,9% - приемлемое отклонение проявляло как незначительное несоответствие оттенка между реставрацией и структурами зуба. Почти треть (28,1%) реставраций признаны неудовлетворительными (Tango): 12,4% реставраций по коду ТРПГ - поверхность пигментирована и не может быть очищена, 15,7% - по несоответствию в оттенках и светопрозрачности между реставрацией и окружающими структурами зуба. Неприемлемые по качеству поверхности и цвету были 31,5% РЗФГ (т.е. каждая третья).

У пациентов *группы сравнения* отлично по цвету и характеру поверхности оценено подавляющее большинство (68,8%) реставраций, 25,0% характеризовались как приемлемые, причем у 12,5% реставраций поверхность была неровной, испещренной ямками, хотя могла быть очищена, а у 12,5% реставраций цвет диссонировал с цветом окружающей эмали. Удовлетворительная оценка (Tango) выставлена 6,3% реставраций, неприемлемых РЗФГ выявлено не было.

Исходная (интегральная и развернутая) оценка качества эстетико-функциональных параметров РЗФГ (IV класса Блэка) по критерию «Качество поверхности и цвет» приведена в таблицах 3.1.1.2.8 и 3.1.1.2.9.

Таблица 3.1.1.2.8 – Исходная интегральная оценка эстетико-функциональных параметров реставраций фронтальных зубов (*IV* класс Блэка) по критерию «*Качество поверхности и цвет*» у пациентов в группах наблюдения (абс. числа, %)

Группа наблю- дения Число пломб	Оценка									
	Romeo		Sierra		Tango		Victor		Итого	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Основная 38	-	-	13	34,3	14	36,8 $p' < 0,001$	11	28,9 $p'' < 0,001$	38	100,0
Сравнения 15	10	66,7 $p < 0,001$	4	26,6	1	6,7 $p' < 0,001$	-	- $p < 0,001$ $p'' < 0,001$ $P''' < 0,001$	15	100,0

Примечание: p – достоверность различий между показателями сравниваемых групп;

p' – достоверность различий между «R» и «T»;

p'' – достоверность различий между «R» и «V»;

p''' – достоверность различий между «S» и «T»;

p'''' – достоверность различий между «T» и «V».

Таблица 3.1.1.2.9 – Развернутая характеристика эстетико-функциональных параметров реставраций /пломб (IV класс Блэка) по критерию «Качество поверхности и цвет» у пациентов сравниваемых групп (абс. число, % реставраций, по оценочным критериям Ryge G.)

Группа наблюдения	Оценка															
	Romeo		Sierra				Tango				Victor				Итого	
			SPO		SMM		TPIT		TMM		VSF		VFK			
Число реставраций	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Основная 38	-	-	8	21,1	5	13,2	9	23,6	5	13,2	-	-	11	28,9	38	100,0
Сравнения 15	10	66,7	4	26,6	-	-	-	-	1	6,7	-	-	-	-	15	100,0

Как свидетельствуют цифровые данные таблиц 3.1.1.2.8 и 3.1.1.2.9, анализируя качество поверхности и цвет реставраций ЗФГ IV класса Блэка у пациентов *основной группы*, отличных оценок поставлено не было. Чуть более трети (34,3%) реставрации у пациентов с НК отвечали приемлемым требованиям (Sierra), но имели незначительные отклонения – в 21,1% случаев - за счет шероховатости поверхности, в 13,2% - за счет незначительного несоответствия оттенков реставраций и структур зуба. Оценка неудовлетворительно (в целом 36,8% реставраций) в 23,6% случаев выставлялась при явных признаках нарушения архитектоники поверхности, ямки, борозды), которые затрудняли ее очищение. В 13,2% - наблюдалось несоответствие в цветовых оттенках реставрации и тканей зуба. Неприемлемо по цвету и состоянию поверхности оценены 28,9% реставраций ЗФГ (VFK).

У пациентов *группы сравнения* 66,7% пломб оценивались критерием Romeo, в 6,7% - наблюдалась очевидная цветовая разница между реставрацией и структурой зуба, а в 26,6% случаях была выявлена незначительная шероховатость поверхности реставрации, которую можно было устранить с помощью полирования.

Исходная (интегральная и развернутая) оценка качества эстетико-функциональных параметров реставраций фронтальных зубов (*V класса Блэка*) по критерию «*Качество поверхности и цвет*» приведена в таблицах 3.1.1.2.10 и 3.1.1.2.11.

Таблица 3.1.1.2.10 – Исходная интегральная оценка эстетико-функциональных параметров реставраций зубов фронтальной группы (*V* класс Блэка) по критерию «*Качество поверхности и цвет*» у пациентов в группах наблюдения (абс. число, %)

Группа наблю- дения	Оценка										
	Romeo		Sierra		Tango		Victor		Итого		
	Число пломб	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Основная	10	-	-	-	-	-	-	10	100,0	10	100,0
Сравнения	7	3	42,8 $p < 0,001$ $p' < 0,001$	3	42,8 $p < 0,001$ $p''' < 0,001$	-	-	1	14,3 $p < 0,001$ $p'''' < 0,001$	15	100,0

Примечание: p – достоверность различий между показателями сравниваемых групп;

p' – достоверность различий между «R» и «T»;

p'' – достоверность различий между «R» и «V»;

p''' – достоверность различий между «S» и «T»;

p'''' – достоверность различий между «T» и «V».

По данным таблиц 3.1.1.2.10 и 3.1.1.2.11, у пациентов *основной группы* при оценке качества поверхности и цвета реставраций V класса Блэка все 100% реставраций были признаны неприемлемыми, и они подлежали немедленной замене в 30% случаев из-за грубого нарушения целостности пломб (появление трещины, выпадение пломбы), в 70% – из-за эстетически неприемлимого окрашивания реставрации. У пациентов *группы сравнения* необходимость в немедленной реставрации была выявлена только в 14,3% случаев, по причине эстетического дефекта, связанного с окрашиванием пломбы. Подавляющее большинство (85,72%) реставраций были достойного качества: 42,8% по оценке Romeo превосходные и 42,8% по оценке Sierra приемлемые.

Исходная развернутая оценка качества эстетико-функциональных параметров реставраций фронтальных зубов (*III класс Блэка*) по критерию «*Качество краевой целостности*» приведена в таблице 3.1.1.2.12.

Таблица 3.1.1.2.12 – Исходная развернутая характеристика эстетико-функциональных параметров реставраций /пломб зубов фронтальной группы (*III класс Блэка*) по критерию «*Качество краевой целостности*» у пациентов сравниваемых групп (абс. число, % реставраций, по оценочным критериям Ryge G.)

Группа наблюдения	Оценка									
	Romeo		Sierra (SDIS)		Tango (TPEN)		Victor (VTF)		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Основная 89	18	20,2	12	13,5	55	61,8 $p' < 0,001$ $p''' < 0,001$	4	4,5 $p'''' < 0,001$	89	100,0
Сравнения 16	11	68,8 $p < 0,01$	3	18,8	2	12,5 $p' < 0,001$	-	- $p < 0,001$ $p'' < 0,001$ $p'''' < 0,001$	16	100,0

Примечание: p – достоверность различий между показателями сравниваемых групп;
 p' – достоверность различий между «R» и «T»;
 p'' – достоверность различий между «R» и «V»;
 p''' – достоверность различий между «S» и «T»;
 p'''' – достоверность различий между «T» и «V».

У пациентов *основной группы* каждая пятая (20,2%) реставрация III класса Блэка по состоянию краевой целостности оценивалась критерием Romeo как превосходная, 13,5% реставраций характеризовались как приемлемые (Sierra), а 61,8% реставраций – как неприемлемые, требующие замены с профилактической целью из-за наличия окрашенного контура по краю реставрационного материала, а в 4,5% случаев некачественные пломбы требовалось заменить немедленно. У пациентов *группы сравнения* 12,5% реставраций нуждались в замене (Tango) по причине очевидного изменения цвета на границе зуб-пломба. Реставраций с показанием для немедленной замены у соматически сохраненных пациентов выявлено не было, 18,8% реставраций были признаны удовлетворительными по критерию Sierra (незначительное изменение цвета на границе зуб-пломба), но большая часть реставраций сохраняла высокие эстетико-функциональные характеристики (68,8%).

Исходная развернутая оценка качества эстетико-функциональных параметров реставраций ЗФГ (*IV класс Блэка*) по критерию «*Качество краевой целостности*» приведена в таблице 3.1.1.2.13.

Таблица 3.1.1.2.13 – Исходная развернутая характеристика эстетико-функциональных параметров реставраций /пломб зубов фронтальной группы (*IV класс Блэка*) по критерию «*Качество краевой целостности*» у пациентов сравниваемых групп (абс. число, % реставраций по оценочным критериям Ryge G.)

Группа наблюдения	Оценка									
	Romeo		Sierra (SDIS)		Tango (TPEN)		Victor (VTF)		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Основная 38	-	-	8	21,1	18	47,3 $p' < 0,001$	12	31,6 $p' < 0,001$	89	100,0
Сравнения 15	10	66,7 $p'' < 0,01$	2	13,3 $p < 0,001$	3	20,0	-	-	15	100,0

Примечание: p – достоверность различий между показателями сравниваемых групп;
 p' – достоверность различий между «R» и «T»;
 p'' – достоверность различий между «R» и «V»;
 p''' – достоверность различий между «S» и «T»;
 p'''' – достоверность различий между «T» и «V».

Как следует из данных таблицы 3.1.1.2.13, у лиц с НК, входящих в основную группу и имеющих реставрации ЗФГ по IV классу Блэка, не было обнаружено отличных по критерию краевой целостности ни одной пломбы. Каждая пятая (21,1%) реставрация по критерию Sierra оценивалась как приемлемая, а 47,3% отнесены к удовлетворительным из-за значительного изменения цвета на границе пломба-зуб, тогда как 31,6% реставраций было необходимо заменить немедленно (Victor), так как по краю реставрации определяли рецидив кариеса (VTF).

Реставраций, требующих немедленной замены по эстетико-функциональной несостоятельности краевого прилегания пломбы у пациентов группы сравнения выявлено не было. У этих лиц в 20% случаев удовлетворительных (Tango) по краевой адаптации реставраций была необходима их замена с целью профилактики по причине нарушения цветовых характеристик по краю реставрационного материала. В группе сравнения 13,3% реставраций по IV классу Блэка были признаны приемлемыми, то есть имели незначительное изменение цвета на границе пломба-зуб. Вместе с тем, большая часть анализируемых пломб (66,6%) были отмечены как превосходные.

Исходная развернутая оценка качества эстетико-функциональных параметров реставраций ЗФГ (V класс Блэка) по критерию «Качество краевой целостности» приведена в таблице 3.1.1.2.14.

Таблица 3.1.1.2.14 - Исходная развернутая характеристика эстетико-функциональных параметров реставраций /пломб зубов фронтальной группы (V класс Блэка) по критерию «Качество краевой целостности» у пациентов сравниваемых групп (абс. число, % реставраций, по оценочным критериям Ryge G.)

Группа наблюдения	Оценка									
	Romeo		Sierra (SDIS)		Tango (TPEN)		Victor (VTF)		Итого	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Основная 10	-	-	-	-	4	40,0 $p' < 0,001$ $p''' < 0,001$	6	60,0 $p'' < 0,001$	10	100,0
Сравнения 7	3	42,9 $p < 0,001$	2	28,6 $p < 0,001$ $p''' < 0,001$	1	14,3	1	14,3	7	100,0

Примечание: p – достоверность различий между показателями сравниваемых групп;

p' – достоверность различий между «R» и «T»;

p'' – достоверность различий между «R» и «V»;

p''' – достоверность различий между «S» и «T»;

p'''' – достоверность различий между «T» и «V».

Как видно из таблицы 3.1.1.2.14, у пациентов *основной группы* подавляющее большинство (60%) реставраций по V классу Блэка оценивались как неприемлемые (Victor) по критерию качества краевой целостности реставрации, в связи с развитием вторичного кариеса по краю реставрации, неудовлетворительными по всем иным характеристикам было охарактеризовано 40% реставраций (критерий Tango), которые необходимо было заменить с профилактической целью в связи с пигментацией края реставрационного материала.

У пациентов *группы сравнения* 14,3% реставраций требовали замены только с целью профилактики по причине изменения цвета на границе пломба-зуб, а в 14,3% случаев была нужна немедленная замена реставраций в связи с подвижностью. Достоверно большим, чем у лиц основной группы, было число

(42,9%) превосходных в плане краевой адаптации реставраций, а также пломб, оцениваемых критерием Sierra (SDIS) как удовлетворительные с незначительным изменением цвета по краю реставрации (28,6%).

Таким образом, результаты комплексной оценки эстетико-функциональных параметров реставраций ЗФГ у пациентов с НК (таблица 3.1.1.2.15, 3.1.1.2.16, 3.1.1.2.17) указывают на их низкое качество (неудовлетворительный и неприемлемый результаты), фиксируемое, в первую очередь, по критериям анатомической формы и краевого прилегания и в 100,0% случаев выявляемое у реставраций по V классу Блэка. Максимально часто (100,0%) низкое, требующее немедленной замены, качество пришеечных реставраций определено по критерию «Качество поверхности и цвет»; критически низкий уровень качества по критерию анатомической формы зафиксирован у 80,0% и по критерию краевой адаптации у 60,0% пришеечных реставраций. Отличное качество реставраций ЗФГ сохранили только 15,7-25,8% (в зависимости от оценочного критерия) реставрации по III классу Блэка. Максимально высок (25,8%) процент отличных реставраций III класса Блэка, сохранивших превосходное качество поверхности и цвет.

Качество подавляющего большинства реставраций ЗФГ по III-IV классу Блэка (66,7-68,8%) у пациентов группы сравнения оценивалось как превосходное. Критически низкий уровень качества пломб фронтальных зубов у соматически сохраненных лиц практически не выявляли (за исключением осложненных 14,2% случаев пришеечных реставраций, вторичным кариесом за счет нарушения краевого прилегания). Таким образом, показания к эстетической реставрации зубов у пациентов с НК были обусловлены необходимостью замены реставраций ЗФГ неприемлемого качества; у пациентов группы сравнения замене с последующей эстетической реставрацией подлежали 290 реставраций ЗФГ.

Таблица 3.1.1.2.15 – Сводные данные по оценке качества реставраций у пациентов основной группы (ОС) и группы сравнения (ГС) (%)

Критерий Ryge / класс по Блэку		Оценка									
		Romeo		Sierra		ОС / ГС (Romeo+Sierra)	Tango		Victor		ОС / ГС (Tango+Victor)
		ОС	ГС	ОС	ГС		ОС	ГС	ОС	ГС	
Анатомическая форма	III кл.	15,7	68,7	13,5	25,0	29,2 / 93,7	47,2	6,3	23,6	-	70,8 / 6,3
	IV кл.	-	66,6	21,0	20,0	21,0 / 86,6	68,4	13,3	10,5	-	78,9 / 13,3
	V кл.	-	42,9	-	42,9	- / 85,8	20,0	14,2	80,0	-	100,0 / 14,2
Качество поверхности и цвет	III кл.	25,8	68,8	14,6	25,0	40,4 / 93,8	28,1	6,2	31,5	-	59,6 / 6,2
	IV кл.	-	66,7	34,3	26,6	34,3 / 93,3	36,8	6,7	28,9	-	65,7 / 6,7
	V кл.	-	42,9	-	42,9	- / 85,8	-	14,2	100,0	-	100,0 / 14,2
Качество краевой целостности	III кл.	20,2	68,8	13,5	18,7	33,7 / 87,5	61,8	12,5	4,5	-	66,3 / 12,5
	IV кл.	-	66,7	21,1	13,3	21,1 / 80,0	47,3	20,0	31,6	-	78,9 / 20,0
	V кл.	-	42,9	-	28,7	- / 71,7	40,0	14,2	60,0	14,2	100,0 / 28,4

Таблица 3.1.1.2.16 - Сводные данные по оценочным критериям Ryge у пациентов основной группы с реставрациями зубов фронтальной группы (абс. число пломб / %)

Показатель	Оценка				Итого
	Romeo	Sierra (SDIS)	Tango (TPEN)	Victor (VTF)	
Анатомическая форма	14 / 10,2	20 / 14,6	70 / 51,1	33 / 24,1	137 / 100,0
	34 / 24,8		103 / 75,2		
Качество поверхности и цвет	23 / 16,8	26 / 19,0	39 / 28,5	49 / 35,7	137 / 100,0
	49 / 35,8		88 / 64,2		
Качество краевой целостности	18 / 13,1	20 / 14,6	77 / 56,2	22 / 16,1	137 / 100,0
	38 / 27,7		99 / 72,3		

Таблица 3.1.1.2.17 - Сводные данные по оценочным критериям Ryge у пациентов группы сравнения с реставрациями зубов фронтальной группы (абс. число пломб / %)

Показатель	Оценка				Итого
	Romeo	Sierra (SDIS)	Tango (TPEN)	Victor (VTF)	
Анатомическая форма	24 / 63,2	10 / 26,3	4 / 10,5	-	38 / 100,0
	34 / 89,5		4 / 10,5		
Качество поверхности и цвет	24 / 63,2	11 / 28,9	3 / 7,9	-	38 / 100,0
	35 / 92,1		3 / 7,9		
Качество краевой целостности	24 / 63,2	7 / 18,4	6 / 15,8	1 / 2,6	38 / 100,0
	31 / 81,6		7 / 18,4		

Таким образом, у пациентов с НК достоверно чаще, чем у соматически сохранных лиц (100,0% против 41,9%) в ЗУ выявляются эстетически значимые формы кариеса зубов, характеризующиеся достоверно более высокой интенсивностью (КПУфз $4,53 \pm 0,13$ против $1,26 \pm 0,12$) и клинито-топографическими особенностями, а также некачественные пломбы / реставрации, неприемлемые по критериям анатомической формы (75,2%), краевого прилегания (72,3%), цвета и поверхности (64,2%) (т.е. показания к эстетической реставрации зубов у больных с НК связаны с необходимостью замены 290 пломб низкого качества (75,2% от числа пломб у основной группы)).

3.1.1.3. Сравнительная оценка распространенности и клинические особенности некариозных поражений зубов фронтальной группы с позиции эстетики улыбки у пациентов сравниваемых групп

Данные о распространенности некариозных поражений ЗФГ у пациентов сравниваемых групп представлены в таблице 3.1.1.3.1.

Таблица 3.1.1.3.1 – Распространенность некариозных поражений зубов фронтальной группы у пациентов сравниваемых групп (абс. число, %)

Группы сравнения	Флюороз		Гипоплазия		Клиновидный дефект		Патологическая стираемость		Травма	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. Число	%
Основная	1	1,4	5	6,9	7	9,6	1	1,36	2	2,7
Сравнения	2	3,2	1	1,6	6	9,7	-	-	4	6,5

Как видно из таблицы 3.1.1.3.1, распространенность некариозных поражений зубов у пациентов основной группы и группы сравнения была одинакова – 21,9% и 20,9% соответственно. Различные формы гипоплазии (преимущественно системной, поражающей в том числе вестибулярные

поверхности фронтальных зубов) выявлены у 5 (6,8%) пациентов с НК (рисунок 3.1.1.3.1). В группе сравнения гипоплазия (местная форма) была диагностирована у 1 (1,6%) пациента, проявлялась в виде пятен бело-желтого цвета на вестибулярной поверхности верхних центральных резцов.



Рисунок 3.1.1.3.1 – Пациент Ш-в Е.С., 35 лет.

Диагноз: гемофилия А средней степени тяжести; КПУфз=1.

Зубные признаки утраты эстетики улыбки:

- Системная гипоплазия зубов в стадии узур и дефектов по Н.А.Беловой (1982)
- Пигментированный налет на зубах 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2.

У 1 пациента (1,4%) основной группы и 2-х (3,2%) пациентов группы сравнения выявлена пятнистая форма флюороза – множественные пятна, светло-желтого цвета, расположенные на всех поверхностях зубов, особенно крупные и четко контурированные на верхних центральных резцах. Один (1,36%) пациент основной группы имел эстетически значимые некариозные поражения зубов в виде патологической стираемости. У 7 пациентов основной группы (9,6%) и у 6 (9,7%) – группы сравнения выявлены клиновидные дефекты, симметрично поражающие

преимущественно верхние клыки. Жалобы пациентов при этих формах некариозных поражений сводились к эстетическому дефекту. Эстетически значимые травматические повреждения фронтальных зубов (отлом углов коронки) определены у 2,7% больных с НК и у 6,7% соматически сохранных лиц. Показания к эстетической реставрации по поводу некариозных поражений зубов были определены в 11,0% случаев

3.1.1.4 Результаты оценки цветовых параметров зубов как показателя микроэстетики улыбки у пациентов сравниваемых групп

В связи с основными задачами работы изучались цветовые характеристики верхних фронтальных зубов. У пациентов основной группы выявлены следующие преобладающие их цвета: А3,5 (35,4%), А4 (27,6%), А3 (19,8%), В3 (17,2%), у пациентов группы сравнения: А3 (35,4%), А2 (31,8%), В2 (16,9%), А1 (15,9%), что учитывали для при выборе цветовых оттенков материалов для ЭРЗ.

У пациентов *основной группы* легкая степень дисколорита фронтальных зубов в зоне улыбки (рисунок 3.1.1.4.1) была выявлена у 9 обследованных (12,3%), средняя – у 3 пациентов (4,1%) и тяжелая степень дисколорита (преимущественно одиночных зубов в зоне улыбки) выявлена у 7 обследованных (9,6%). У пациентов *группы сравнения* в 3,22% случаях выявлена тяжелая степень дисколорита зубов фронтальной группы, преимущественно в виде потемнения одиночных ЗФГ.

Стойкие дисколориты фронтальных групп зубов у пациентов основной группы носили приобретенный характер и были связаны с приемом пищевых хромогенов (чай, кофе), никотинового пигмента, обильного пигментированного мягкого зубного налета, частыми десневыми кровотечениями, эндодонтическим лечением, травмой зубов, общесоматической патологией и приемом лекарственных препаратов. У пациентов группы сравнения дисколориты ЗФГ преимущественно были связаны с ранее некачественно проведенным эндодонтическим лечением.



Рисунок 3.1.1.4.1 - Пациент Гр-в Г.Н., 21 год.

Диагноз: гемофилия А средней степени тяжести; КПУфз = 7.

Зубные признаки утраты эстетики улыбки:

- зуба 1.1 - дисколорит III-ей степени (осложнение после эндодонтического лечения)
- Пигментированный налет на зубах 3.1,3.2,3.3,4.1,4.2,4.3.

Десневые признаки утраты эстетики улыбки:

- Генерализованный катаральный гингивит легкой степени тяжести (РМА=15,7%), рецессия десны в области 1.2, 1.3, 2.2, 2.3, 3.1 зубов
- Утрата контурно-топографических и цвето-текстурных характеристик десневого края

Для интегральной оценки выраженности эстетических нарушений в зоне улыбки проведен расчет индекса совокупной утраты эстетики улыбки [43], который выявил у пациентов *основной группы*: в 54,3% – утрату зубных параметров эстетики улыбки, в 27,6% – утрату десневых параметров, в 12,9% – окклюзионных параметров, в 5,2% – губных параметров. У пациентов группы сравнения: в 53% – зубных параметров, в 18,7% – десневых параметров, в 23,6% – окклюзионных параметров, в 4,7% – губных параметров.

В критерии «зубные параметры» утраты ЭУ у пациентов основной группы входили: в 94,3% – кариозные и некариозные поражения, включая наличие реставраций/пломб низкого качества – 84%, дисколориты – 12,3%, скученное положение ЗФГ – 6,8%, отсутствие ЗФГ – 6,4%, аномалии формы ЗФГ – 2,7%, отлом части коронки – 2,7%, аномалии положения отдельных зубов – 1,4%. В критерии «десневые параметры» утраты ЭУ у пациентов основной группы входили: в 96% – клинические проявления гингивита, в 1,4% – избыточная визуализация десны при улыбке. В критерии «губные параметры» утраты ЭУ входили различные поражения красной каймы губ (эксфолиативный хейлит) в 4,1%. В критерии «окклюзионные параметры» – различные формы аномалий прикуса – 17,8%.

У пациентов *группы сравнения* в критериях «зубные параметры» утраты ЭУ преобладали наличие неэстетичных реставраций/пломб ЗФГ – 54%,0, в 44,3% – кариозные и некариозные поражения ЗФГ, дисколориты – 3,2%, скученное положение ЗФГ – 12,9%, отсутствие ЗФГ – 1,2%, отлом части коронки – 6,5%, аномалии положения отдельных зубов – 4,8%. В критериях «десневые параметры» утраты ЭУ у пациентов группы сравнения в 32,6% – клинические проявления гингивита, 4,8% - избыточная визуализация десны при улыбке. В критерии «губные параметры» утраты ЭУ – сухая форма эксфолиативного хейлита – 2,7%. В критерии «окклюзионные параметры» утраты ЭУ – различные аномалии прикуса – 11,3%.

Обследование зубных рядов пациентов с НК показало, что в 52,1% (38 человек) выявлен ортогнатический прикус, у 30,1% пациентов – прямой, у 16,4% – глубокий, у 1,4% – перекрестный прикус. Достоверных отличий в характеристике прикуса у пациентов с различными формами НК не выявлено, в тоже время представительство различных видов прикуса у пациентов группы сравнения было несколько иным: у 59,7% человека – ортогнатический, у 29,0% – прямой, у 6,5% – глубокий, у 3,22% – перекрестный, у 1,6% – прогнатический прикус.

Среди зубочелюстных аномалий первое место по распространенности у пациентов основной группы заняли аномалии прикуса – 17,8%. Среди аномалий прикуса наиболее часто выявляли глубокий прикус – 16,4%, перекрестный прикус

– 1,4%. Аномалия положения зубов и зубных рядов установлена в 9,6% случаев (6,8% - скученное положение, 1,4% - неправильное положение отдельных зубов, 1,4% - наличие трем и диастем). Аномалия отдельных зубов была установлена у 2,7% и проявилась в виде микродентии.

У пациентов группы сравнения аномалии прикуса были выявлены в 11,3% случаев (6,5% - глубокий прикус, 3,22% - перекрестный прикус, 1,6% - прогнатический прикус). Аномалии положения зубов и зубных рядов установлены в 20,9% случаев (12,9% - скученное положение зубов, 4,8% - неправильное положение отдельных зубов, 3,2% - наличие трем и диастем).

Очевидно, что наличие зубочелюстных аномалий и нарушений прикуса вносит свой вклад в эстетику улыбки у больных с НК и предопределяет не только необходимость комплексного ортодонтического лечения, но и особых методологических подходов к проведению эстетической реставрации фронтальных зубов.

Таким образом, у пациентов основной группы среднее суммарное значение индекса совокупной утраты эстетики улыбки составило $32,8 \pm 4,8$, у пациентов группы сравнения – суммарный показатель индекса был в 2 раза достоверно ($p < 0,001$) ниже – $15,3 \pm 3,1$.

3.1.2. Оценка десневых параметров эстетики улыбки по результатам комплексного пародонтологического обследования пациентов с наследственными коагулопатиями и соматически сохранных лиц

Большая часть обследованных лиц *основной группы* предъявляла жалобы на изменение цвета (чаще покраснение), формы (отечность, рецессия), кровоточивость десен, боль или дискомфорт, наличие зубных отложений (рисунок 3.1.2.1), а также неприятный запах изо рта. Необходимо отметить, что при опросе все больные с НК указывали на кровоточивость десен, которая могла возникать как спонтанно (21,9%), так и в результате ряда причин: во время чистки зубов у (69,9%), во время приема пищи (57,5%), во время и после стоматологического

лечения (52,1%) или проведения диагностических процедур на стоматологическом приеме (83,6%). Наиболее частые и длительные кровотечения из десен наблюдались у больных с тяжелой формой наследственной коагулопатии. В соответствии с целями эстетически ориентированного обследования, по результатам комплексной оценки пародонтологического статуса у пациентов сравниваемых групп характеризовали десневые параметры эстетики улыбки (эстетика «красного»). Исходили из существующего мнения, что состояния десны и десневого контура играют важную роль в создании ЭУ, а наличие воспаления (рецессии, гипертрофии) десны, пародонтологических карманов, зубных отложений (особенно пигментированных) может привести к жалобам на эстетико-функциональные нарушения, особенно в сочетании с эстетическими дефектами зубов и зубных рядов.



Рисунок 3.1.2.1 - Пациент Ф-н Ф.Н., 24 года.

Диагноз: гемофилией В легкой степени тяжести; КПУфз=1.

Десневые признаки утраты эстетики улыбки:

- хронический генерализованный катаральный гингивит средней степени тяжести (РМА=47,3%) с нарушением контурно-топографических и цветотектурных параметров десны, выраженным десневым геморрагическим симптомом в области 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.3

Заключение: пациент нуждается в лечении гингивита

Ценная информация о причинах и особенностях проявления геморрагического десневого симптома получена в процессе анкетирования пациентов с НК (Приложение №1). Анализ фрагмента анкеты, представляющего врачу сведения об особенностях геморрагического десневого феномена у лиц с НК позволяет заключить, что большая часть (69,9%) опрошенных отмечали появление кровоточивости десен во время чистки зубов, в то время как только 3,2% пациентов группы сравнения (соматически сохранные лица) предъявляли подобную ($p < 0,001$) жалобу. На спонтанную кровоточивость десен жаловались 21,9% пациентов с заболеваниями крови, тогда как у лиц группы сравнения подобная жалоба отсутствовала. Незначительная кровоточивость десен во время приема твердой пищи проявлялась у 57,5% пациентов основной группы. У половины опрошенных (52,1%) основной группы кровоточивость десен могла проявиться при стоматологическом лечении. На вопрос: «Были ли десневые проявления первым симптомом наследственной коагулопатии» 89,04% опрошенных затруднялись ответить, только у 1 пациента выяснили, что диагноз гемофилии был поставлен на основании дебютного десневого кровотечения. По результатам анкетирования выяснили топографические особенности десневых кровотечений у больных с НК. Так, чаще симптом кровоточивости проявлялся в области ЗФГ нижней челюсти (69,9%). Показательно, что 83,6% пациентов основной группы отмечали появление десневой кровоточивости при проведении стоматологического обследования с помощью стандартных стоматологических инструментов, в то время как у пациентов группы сравнения этот факт отмечен только в 12,9% случаев ($p < 0,001$). По данным анализа больных с НК в 16,4% случаев кровотечение из десен возникало при проведении местной аппликационной или спрей-анестезии, в 87,7% - при проведении эстетической реставрации зубов, в 94,5% (в сочетании с кровотечением и образованием периодонтальных гематом) – при проведении эндодонтического лечения, в 89,0% - при лечении заболеваний десен, в 95,9% - после удаления зубов, В 2,7% – при проведении зубного протезирования (снятие слепков, фиксация протеза). Каждый четвертый (24,5%) пациент с НК отмечал в анамнезе случаи травмирования альвеолярного отростка десны и СОПР с появлением кровотечения

при использовании слюноотсоса во время лечения зубов. Эти факты указывают на наличие у больных НК стоматологических факторов ятрогенного риска, необходимость разработки для них особых атравматичных или минимально травматичных инструментально-технологических подходов к проведению стоматологических лечебных и диагностических процедур.

Получаемые в процессе анализа анкетных данных сведения помогали врачу-стоматологу скорректировать программы индивидуальной гигиены полости рта, повысить мотивированность к посещению и диспансерному наблюдению у врача-стоматолога, правильно оценить роль стоматологического лечения и здоровья полости рта в поддержании общего благополучия при наличии хронической наследственной патологии системы крови, указать на наиболее приемлемые для этой категории пациентов пути повышения их приверженности к поддержанию должного уровня гигиены полости рта и стоматологического здоровья. Данные анкеты (вопрос 42), заполняемой пациентом основной группы до лечения позволяли понять его настрой и веру в успешность планируемой эстетической реставрации в плане улучшения их жизненного благополучия, социального функционирования, укрепления доверительных отношений к лечащему врачу-стоматологу.

Результаты, полученные в ходе опроса и анкетирования пациентов по вопросу симптома кровоточивости десен, были сопоставлены с данными объективного показателя кровоточивости десен – индекса Kótschke, который в отличие от инструментальных проб для оценки степени кровоточивости десен, справедливо считали атравматичным. Зависимость степени выраженности симптома десневой кровоточивости от степени тяжести НК проанализирована на примере группы пациентов с ГА (рисунок 3.1.2.2).

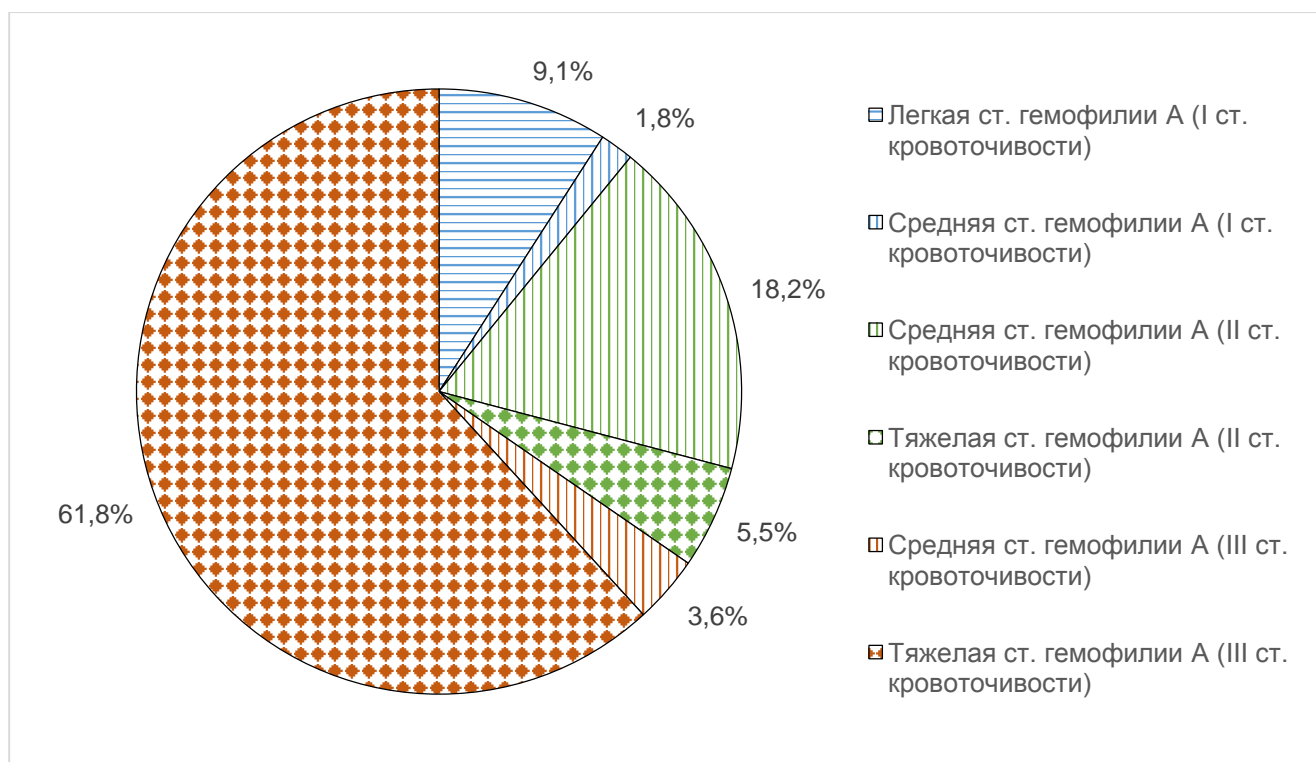


Рисунок 3.1.2.2 - Индекс кровоточивости десны Köttschke (% лиц) у пациентов основной группы в зависимости от тяжести заболевания (гемофилия А).

Как свидетельствуют данные рисунка 3.1.2.2, у пациентов основной группы (гемофилия А) степень кровоточивости нарастала по мере утяжеления основного заболевания. При легкой форме ГА выявлялась (в 9,1% случаев) только I-ая степень кровоточивости десен, при которой кровоточивость либо отсутствовала, либо наблюдалась редко. У больных с ГА средней степенью тяжести выявляли преимущественно (в 18,2% случаев) II-ую степень десневой кровоточивости, характеризующуюся кровоточивостью во время чистки зубов. У 65,5% больных с тяжелой формой ГА определялась преимущественно развившаяся III-ья степень кровоточивости десен, II-ая степень индуцированного симптома кровоточивости выявлена у 5,5% лиц. Аналогичная закономерность выявлена у пациентов с ГВ, у которых при легком течении выявлялась только I-ая степень кровоточивости десен, при средне-тяжелом – в равном проценте – I-ая и II-ая степени, а при тяжелой форме ГВ доминировала (55,5%) III-ья степень десневой кровоточивости. Для пациентов с БВ преимущественно была характерна I-ая степень кровоточивости (55,6%), II-ая степень определена у 44,4% пациентов.

Обобщенные по всем нозологическим формам НК данные, представленные в сравнении с данными у соматически сохранных лиц, представлены в таблице 3.1.2.1.

Таблица 3.1.2.1 – Сравнительный анализ индекса кровоточивости десны Кёйтсхе у пациентов с наследственными коагулопатиями (Σ НК) и соматически сохранных лиц (%)

Степень кровоточивости	Σ НК		Группа сравнения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
I	13	17,8	9	14,5
II	19	26,0	4	6,5
III	41	56,2 $p < 0,01$	-	- $p < 0,001$

Примечание: p – достоверность различий между показателями относительно более легкой степени кровоточивости.

По данным таблицы 3.1.2.1, у пациентов основной группы достоверно чаще (56,2%) выявляли наиболее тяжелую (III) степень кровоточивости десен, тогда как у соматически сохранных лиц доминировала (в 14,5% случаев) легкая степень кровоточивости десен по индексу Кёйтсхе.

Очевидно, что всесторонний анализ данных анкеты по направлению «симптом кровоточивости десен у больных с НК» не только дополнил картину клинической симптоматики этого важнейшего для гематологической патологии геморрагического десневого симптома, но и указывал на те ятрогенные, возникающие в ходе обследования и стоматологического лечения причины, которые следует избегать (или максимально нивелировать) при разработке особых подходов к инструментально-технологическому обеспечению эстетической реставрации зубов, эндодонтического лечения, лечения гингивита, проведения анестезии, различных травмоопасных диагностических процедур.

Оценку гигиенического состояния полости рта у больных с НК проводили по индексу Федорова-Володкиной (рисунок 3.1.2.3), который определялся по площади окраски вестибулярной поверхности шести нижних фронтальных резцов Color-тестом.

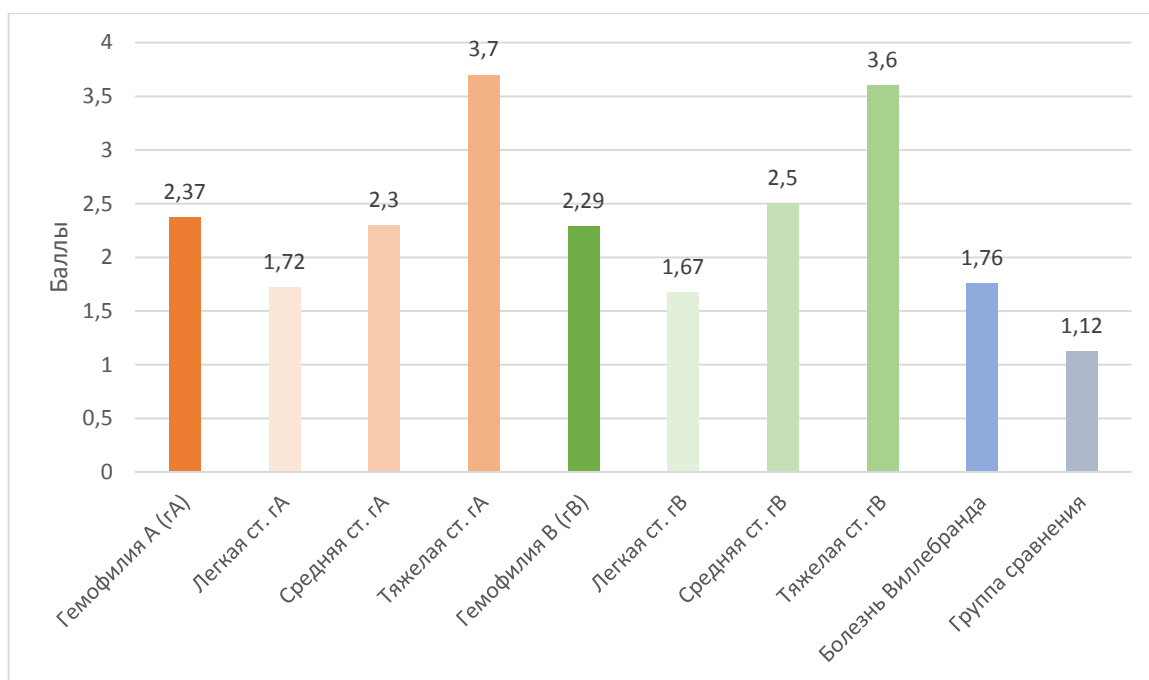


Рисунок 3.1.2.3 – Оценка гигиенического статуса полости рта по индексу Федорова-Володкиной у пациентов в группах наблюдения (баллы)

Как видно из рисунка 3.1.2.3, индекс гигиены у пациентов с ГА ухудшался по мере утяжеления основного заболевания: при легкой форме ГА составлял $1,72 \pm 0,21$ (удовлетворительный уровень гигиены), бал достоверно ниже ($p < 0,01$), чем при ГА тяжелой степени, при которой уровень гигиены определялся как плохой ($3,70 \pm 0,61$). У пациентов со средней степенью ГА отмечен неудовлетворительный уровень ГПР, индекс Федорова-Володкиной составил $2,30 \pm 0,42$. У больных с ГВ была выявлена такая же закономерность, как и у пациентов с ГА, а именно, чем тяжелее форма НК, тем достоверно хуже ($p < 0,001$) гигиеническое состояние ПР пациентов. Среднее значение индекса гигиены пациентов с БВ составило $1,76 \pm 0,10$ и соответствовало удовлетворительному уровню ГПР. Уровень ГПР соматически сохраненных пациентов, в целом,

соответствовал хорошему ($1,12 \pm 0,28$). Сравнивая значения индекса ГПР у этих пациентов с таковыми у лиц, страдающих НК (основная группа) (таблица 3.1.2.2), установлены достоверные ($p < 0,001$) отличия, характеризующие, в целом, плохой уровень ГПР у лиц с НК ($2,99 \pm 0,32$) и преимущественно (у 66,6% пациентов) хороший уровень ГПР ($1,12 \pm 0,28$) у здоровых лиц группы сравнения.

Таблица 3.1.2.2 – Оценка гигиенического статуса полости рта у больных наследственными коагулопатиями и пациентов группы сравнения по индексу Федорова-Володкиной

Группы обследованных	Индекс гигиены $M \pm m$	Индекс гигиены, число больных (%)									
		Хор. 1,1-1,4		Удовл. 1,5-1,8		Неуд. 1,9-2,5		Плохая 2,6-3,8		Оч.плох. 3,9-5,0	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Σ НК	$2,99 \pm 0,32$	7	9,6	12	16,4	16	21,9	23	31,5	15	20,5
Группа сравнения	$1,12 \pm 0,28$ $p < 0,001$	41	66,1 $p < 0,001$	17	27,4	2	3,2 $p < 0,001$	2	3,2 $p < 0,001$	-	-

Примечание: p – достоверность различий между показателями лиц группы сравнения и лиц с наследственными коагулопатиями

Каждый третий пациент с НК (31,5%) имел плохой уровень ГПР (в диапазоне индекса от 2,6 до 3,8 баллов), каждый 5-ый (20,5%) – очень плохую ГПР. Хороший и удовлетворительный уровень ГПР (соответственно 9,6% и 16,4%) по группе, в целом, отмечали у ГА и пациентов с БВ и лиц с легким течением ГВ.

Следствием неудовлетворительной ГПР у пациентов с НК являлась кумуляция бактериального, чаще пигментированного на фоне геморрагического десневого симптома, зубного налета, агрессивные свойства которого не только потенцировали риск развития и утяжеления кариозного процесса и воспалительных заболеваний пародонта, но и косвенно приводили к потере зубного и десневого компонентов улыбки.

Выявленные в ходе оценки ППР особенности гигиенического стоматологического статуса у пациентов с НК указывают на необходимость

привития навыков индивидуальной ГПР, поиск рациональных, минимально травматичных методик гигиенического ухода за ПР, особых атравматичных методик оценки гигиенического статуса и профессиональной гигиены ПР. Выявленные факты плохого гигиенического статуса у пациентов с НК указывают на необходимость включения рациональных методик индивидуальной и профессиональной ГПР в разрабатываемые алгоритмы эстетической реставрации зубов, поиска методических подходов к повышению мотивации к должному гигиеническому уходу за ПР.

Во многом информация о причинах неудовлетворительной ГПР у пациентов с НК раскрывалась по результатам проведенного анкетирования (приложение №1). Пациенты с НК действительно нуждались в привитии элементарных навыков ГПР, т.к.: 38,4% из них вообще предпочитали не чистить зубы; правильный временной регламент ГПР соблюдали 43,4% из них; хорошо ориентировались в современных средствах ГПР и использовали достаточно широкий их спектр (зубная паста, зубная щетка, ополаскиватель) только 10,9% пациентов; вне зависимости от состояния десен и ГПР использовали мягкую (ультрамягкую) зубную щетку практически все пациенты основной группы; замену зубной щетки на новую чаще (65,8%) проводили 1 раз в год; посещения стоматолога проводились преимущественно для лечения и удаления зубов (42,5% и 50,7%), а не с профилактической целью; во время стоматологического приема только у 12,3% пациентов с НК врач-стоматолог контролировал уровень ГПР; 90,4% пациентов с НК осознавали значимость правил гигиенического ухода за ПР, в целом, понимая его роль для поддержания стоматологического и системного (гематологического) здоровья; 89,0% пациентов с НК считали необходимым повысить собственную мотивацию к поддержанию должного уровня ГПР для поддержания привлекательности собственной улыбки, своей личности; 93,2% пациентов считали, что неудовлетворительный гигиенический уход за ПР может поддерживать и усиливать болевой симптом в полости рта и десневую кровоточивость; только 24,7% больных НК считали недостаточными практические усилия и убедительность аргументации врача-стоматолога и врача-гематолога для поддержания необходимого уровня ГПР;

74,0% пациентов связывали плохой уровень ГПР с собственными плохими практическими навыками и нуждались в их привитии и закреплении; 84,9% пациентов считали необходимым и проявляли готовность расширить свои теоретические познания и практические навыки по уходу за ПР; для большей части пациентов (56,2%) источником этих знаний и навыков был лечащий врач-стоматолог, 28,8% черпали дополнительную информацию из интернета. Значимый в контексте настоящего исследования факт, зафиксированный после анализа анкет пациентов с НК – 76,7% из них считают, что успешное / безболезненное, безопасное и плане провоцирования болевого и геморрагического симптома в ПР, эффективное с точки стабильного эстетического результат и обеспечения комфорта при приеме пищи, выполнении социальных и профессиональных функций лечение зубов (эстетико-функциональная реставрация) могут в значительной степени поднять и закрепить мотивацию к поддержанию должного уровня ГПР и регулярному посещению врача-стоматолога. Вся полученная по результатам анкетирования и проанализированная информация об отношении пациентов с НК к ГПР, причинах низкого уровня гигиенического ухода за ПР, видимых глазами самого пациента путях повышения их мотивации к поддержанию необходимого уровня ГПР и стоматологического здоровья, в целом, была учтена в индивидуальных программах комплексного стоматологического лечения, алгоритмах эстетической реставрации зубов, проводимой по показаниям этим пациентам.

Тяжесть воспалительного процесса в пародонте у лиц с НК объективизировали и дополнили расчетом традиционного показателя тяжести гингивита – индекса РМА.

Таблица 3.1.2.3 – Значение индекса РМА (%) у пациентов основной группы в зависимости от тяжести заболевания (гемофилия А)

Форма (степень тяжести) гемофилии А	Значение индекса РМА (%)
Легкая	18,6±1,4
Средняя	31,4±0,9; p<0,001
Тяжелая	56,2±0,3; p<0,001
В целом у пациентов с гемофилией А	46,9±0,6

Примечание: p – достоверность различий между показателями относительно более легкой формы наследственной коагулопатии

Как видно из таблицы 3.1.2.3, среднее значение индекса РМА у пациентов с ГА составило 46,9±0,6%, при этом тяжесть воспалительного процесса в пародонте достоверно (p<0,001) ухудшалась по мере утяжеления основного заболевания. Так при легкой степени ГА индекс РМА был равен 18,6±1,4, и соответствовал легкой степени тяжести гингивита, нарастал до 31,4±0,9 при средней степени тяжести ГА, а при тяжелой степени ГА достигал 56,2±0,3 (p<0,001). Аналогичная закономерность была выявлена и у пациентов с ГВ (таблица 3.1.2.4) – средние значения индекса составили 43,9±0,6%, а тяжесть воспалительного процесса в пародонте также, как и при ГА напрямую зависела от степени тяжести гемофилии и ухудшалась по мере основного заболевания.

Таблица 3.1.2.4 – Значение индекса РМА (%) у пациентов основной группы в зависимости от тяжести заболевания (гемофилия В)

Форма (степень тяжести) гемофилии В	Значение индекса РМА (%)
Легкая	19,8±1,1
Средняя	30,5±0,3; p<0,001
Тяжелая	55,7±0,5; p<0,001
В целом у пациентов с гемофилией В	43,9±0,6

Примечание: p – достоверность различий между показателями относительно более легкой формы наследственной коагулопатии

У пациентов с БВ среднее значение индекса РМА составило $12,0 \pm 0,5\%$ и было достоверно ($p < 0,001$) ниже такового, чем у лиц, страдающих ГА и ГВ. У пациентов группы сравнения индекс РМА был равен $7,9 \pm 0,6\%$ и был достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем у лиц с НК.

Таблица 3.1.2.5 – Сравнительный анализ значений индекса РМА (%) у пациентов с наследственными коагулопатиями (Σ НК) и соматически сохранных лиц группы сравнения.

Группа наблюдения	Индекс РМА (%)
Основная	$40,1 \pm 0,5$; $p < 0,001$
Сравнения	$7,9 \pm 0,6$

Примечание: p – достоверность различий между показателями лиц с наследственными коагулопатиями и лиц группы сравнения.

При анализе результатов (таблица 3.1.2.5) следует отметить, что средние значения индекса РМА у больных с НК составили $40,1 \pm 0,5\%$, что соответствует средней степени тяжести гингивита. У лиц группы сравнения средняя величина индекса РМА – $7,9 \pm 0,6$ (легкая степень тяжести гингивита) была достоверно менее высокой.

В структуре заболеваний пародонта у лиц с НК доминировали (90,4%) различные формы гингивита: катаральная (86,4%) и гипертрофическая (13,6%). Катаральный гингивит преимущественно носил генерализованный характер (89,5%) и чаще протекал в хронической средне-тяжелой форме. Гипертрофическая форма гингивита протекала чаще в легкой отечной форме (66,7%) и носила локализованный характер. Признаки хронического генерализованного пародонтита были выявлены у 10,0% обследованных, чаще (75,7%) средней степени тяжести.

Для комплексной характеристики стоматологического статуса пациентов в сравниваемых группах проанализирована нуждаемость в пародонтологической

помощи по индексу СРІТN. Данные оценки нуждаемости в пародонтологическом лечении пациентов сравниваемых групп представлены в таблице 3.1.2.6.

Таблица 3.1.2.6 – Нуждаемость в пародонтологической помощи (СРІТN) пациентов с наследственными коагулопатиями и у соматически сохранных лиц

Группы наблюдения	Значение индекса СРІТN	p
ΣНК	2,50±0,21	p<0,001
Группа сравнения	0,42±0,20	

Примечание: p – достоверность межгрупповых различий между показателями.

Установлено, что в различных видах пародонтологической помощи нуждались все пациенты с НК. Среднее значение индекса СРІТN у пациентов с НК (2,50±0,21) соответствовало коду обучения гигиене полости рта, проведению профессиональной гигиены и устранению причинных факторов риска возникновения пародонтальной патологии. У лиц группы сравнения индекс СРІТN был достоверно (0,42±0,20) ниже, что свидетельствовало о том, что лицам группы сравнения пародонтологическое лечение, в целом, не требовалось.

Таким образом, достоверно более выраженные, чем у соматически сохранных лиц, нарушения пародонтологического статуса пациентов с НК объективизированы: неудовлетворительным уровнем гигиены полости рта (ИГ=2,99±0,32 балл.), максимально высоким (3,65±0,40) при тяжелых формах заболевания; в 3 раза более высокими, чем у лиц группы сравнения, значениями индекса гингивита (РМА=40,1±0,5%), проявляющегося преимущественно в форме генерализованного средне-тяжелого катарального или локализованного гипертрофического гингивита; достоверно более высокой степенью выраженности десневого геморрагического симптома (II-III ст. в 82,2%) по индексу Kötschke. Отложение обильного пигментированного мягкого зубного налета, клинические признаки воспаления и кровоточивость десны у пациентов с НК отражались на контурно-топографических и цвето-текстурных характеристиках десневого комплекса в зоне улыбки; индекс совокупной утраты эстетики улыбки у

гематологических пациентов достоверно превышал показатель у здоровых лиц, преимущественно за счет десневого и зубного компонентов.

3.1.3. Оценка тяжести поражения височно-нижнечелюстного сустава у больных с наследственными коагулопатиями и соматически сохранных пациентов

Тяжесть поражения ВНЧС у лиц с НК оценивали по суммарно-суставному индексу (ССИ), данные оценки поражения ВНЧС представлены в таблице 3.1.3.1.

Таблица 3.1.3.1 – Состояние ВНЧС (ССИ, баллы) у пациентов с наследственными коагулопатиями и пациентов группы сравнения

Группы обследования	Значение ССИ	p
∑ НК	8,93±0,48	p"<0,001
Группа сравнения	3,75±0,61	

Примечание: p – достоверность межгрупповых различий показателей.

Объективизация клинико-функциональных нарушений ВНЧС у больных с НК по суммарно-суставному индексу ССИ проведена после анализа общих (количество пораженных суставов) и местных (со стороны ВНЧС) жалоб (на боль, шум в ВНЧС при нагрузке, наличие функциональных нарушений ВНЧС и т.д.) и объективных данных. Основными клиническим симптомами поражения ВНЧС у лиц с НК (ГА и ГВ) были дискомфорт и/или незначительный, чаще билатеральный, болевой симптом ВНЧС, усиливающийся при длительном открывании рта, больших речевых нагрузках, интенсивном жевании, проведении длительных стоматологических лечебно-диагностических процедур, при проблемах ФЗТ. Пациентов с ГА беспокоили также чувство скованности ВНЧС, напряженность мышц, окружающих ВНЧС, проявляющиеся при указанных выше функциональных нагрузках. Подобные жалобы не выявляли у лиц с БВ и лиц группы сравнения.

Как видно из таблицы 3.1.3.1 у пациентов с НК значения индекса ССИ ($8,93 \pm 0,48$ баллов) укладывались в характеристику средне-тяжелых функциональных нарушений ВНЧС, тогда как индекс, равный $3,75 \pm 0,61$ у лиц группы сравнения отражал наличие легких функциональных нарушений. У пациентов с БВ средние значения индекса ($6,23 \pm 0,43$) достоверно отличались от среднегрупповых показателей ($p < 0,05$) и значений соматически здоровых лиц ($p < 0,001$). Выявленные по индексу ССИ функциональные нарушения ВНЧС у больных гемофилией не только объективизировали средне-тяжелую степень поражения сустава у больных гемофилией, для которых развитие функциональных, а затем, по мере прогрессирования процесса и органических нарушений (гемофилических остеоартрозов) ВНЧС является закономерным, но и указывали на необходимость учета этих проявлений при планировании санационных мероприятий, эстетической реставрации ЗФГ, разработки их основных атравматических режимов и инструментально-технологического обеспечения.

3.2. Результаты оценки психоэмоционального статуса пациентов сравниваемых групп по показателю стоматологической тревожности Кораха

Для уточнения показаний и противопоказаний, планирования объема и направлений консервативного стоматологического лечения у пациентов с эстетическими дефектами ЗФГ проводили исходное психологическое тестирование по шкале Кораха, рассчитывали среднегрупповой показатель DAS у пациентов основной группы и группы сравнения (таблица 3.2.1).

Таблица 3.2.1 – Исходный уровень стоматологической тревожности по показателю DAS ($M \pm m$) у пациентов в группах наблюдения

Группа наблюдения	Показатель DAS
Основная	$17,22 \pm 2,05$; $p < 0,01$
Сравнения	$8,07 \pm 3,10$

Примечание: p – достоверность различий межгрупповых показателей DAS

Анализ полученных данных (таблица 3.2.1) свидетельствует о том, что при первичном посещении стоматолога как пациенты основной группы, направленные на санацию полости рта врачом-гематологом центра, так и соматически сохранные пациенты, обращающиеся с целью эстетического лечения зубов, испытывали перед предстоящим лечением ощущение тревожности той или иной степени выраженности. Среднегрупповой показатель DAS у пациентов *группы сравнения*, т.е. у соматически сохранных лиц молодого и среднего возраста, имеющих для себя четкую, осознанную установку на коррекцию эстетических дефектов фронтальных зубов (эстетическую реставрацию зубов), составил $8,07 \pm 3,10$, вполне логично в канун предстоящего посещения стоматолога отражая минимальный или легкий уровень реактивной тревожности. У 9,7% соматически сохранных лиц выявляли минимально низкий уровень стоматологической тревожности ($DAS \leq 4,0$ балла), тогда как подавляющее их большинство (90,3%) испытывали легкое беспокойство перед предстоящим лечением (DAS от 5 до 12 баллов), не требующее активных профессиональных воздействий.

У пациентов с НК, входящих в *основную группу* было выявлено более выраженное психоэмоциональное напряжение перед предстоящим стоматологическим лечением, что нашло отражение в достоверно ($p < 0,01$) более высоких уровнях показателя тревожности DAS – $17,22 \pm 2,05$. В единичных наблюдениях у лиц основной группы в ходе обследования фиксировали средний уровень стоматологической тревожности, тогда как преимущественно у этих лиц исходно определяли высокий уровень реактивной тревожности ($DAS \geq 15$ баллов), что потребовало проведения согласованного со специалистами центра комплекса коррекционных воздействий, включающих психотерапевтические мероприятия и фармакологическую поддержку.

В процессе опроса и анкетирования пациентов с НК чаще выявляли следующие причины стоматофобий: страх перед неизбежностью получения травмы и провоцирования кровотечения из полости рта во время проведения лечебно-диагностических процедур (особенно профессиональной ГПР, местного инъекционного обезболивания, препарирования зубов, эндодонтического

лечения); переживание в связи с плохой переносимостью болевых ощущений, связанных с лечением зубов, длительным открыванием рта (боль в ВНЧС), инъекционным обезболиванием, страх в связи с возможной длительной иммобилизацией во время продолжительного стоматологического приема, усугубляющей дисфункцию пораженных крупных суставов; неуверенность в вопросах осведомленности врача стоматолога о специфике «исключительного» для самого пациента заболевания, а также о наличии особых атравматичных методик стоматологического лечения, разработанных специально для оказания стоматологической помощи этим пациентам; личностные особенности психотипа пациента, связанные с привычным тревожно-депрессивным фоном настроения (чувством беспомощности, неуверенности в себе, в возможность получения отличных результатов эстетического лечения зубов, трудностями принятия самостоятельных решений и др.). Наличие этих тревожных ожиданий и переживаний во многом снижало мотивацию к стоматологическому лечению. Почти треть (34,2%) пациентов с НК имела собственный отрицательный предшествующий опыт лечения у стоматолога, чаще связанный с операцией удаления зуба, 20,5% ссылались на негативный «семейный» опыт и соответствующие рекомендации родственников, 30,1% пациентов переносили негативный опыт лечения сочетанной общесоматической патологии на область стоматологии. Большая часть пациентов с НК, благодаря СМИ, рекомендациям знакомых и сослуживцев понимали значимость сохранения здоровых красивых зубов, белоснежной улыбки для своего жизненного благополучия, но лишь единицы испытывали уверенность в достижении эстетического результата лечения фронтальных зубов на фоне неуверенности в собственных силах и в профессиональных компетенциях врача-стоматолога, обладающего дополнительными (по профилю сочетанной системной патологии) знаниями, умениями и соответствующим инструментально-технологическим обеспечением на поликлиническом стоматологическом приеме.

Обобщенный анализ типа личности стоматологических пациентов [146] в сравниваемых группах свидетельствовал, что лица с НК достоверно ($p < 0,001$) чаще

(87,7%) относились к пессимистическому типу, гармоничному типу соответствовало лишь 8,2% пациентов, к оптимистичному – 4,1% обследованных. Иные особенности структуры психотипов личности выявлялись у соматически сохранных лиц, обратившихся к стоматологу по поводу РЗФГ: гармоничный тип, адекватный целям и задачам лечения, хорошо контактирующий с врачом-стоматологом, не отягощённый ощущениями тревоги, имели 46,2% пациентов, к пессимистическому типу отнесли лишь 19,4% из них, тогда как оптимистичный тип личности отличал 34,4% соматически сохранных лиц группы сравнения.

Учитывая результаты исходного психологического тестирования пациентам основной и группы сравнения по показаниям, совместно с психологом проведены психокорректирующие мероприятия, дополненные необходимой фармакокоррекцией (тенотен – гомеопатический препарат с анксиолитическими, антидепрессивными, стрессопротекторным, антиастеническим, противогипоксическим и нейропротекторным действием, созданный на основе сверхмалых доз афинно-очищенных антител к мозгоспецифическому белку, по схеме 1 таблетка 2 раза в день до начала, во время и в течение двух месяцев после стоматологического лечения.

Таким образом, по результатам психологического тестирования по шкале стоматологической тревожности Кораха у пациентов с НК, нуждающихся в эстетической реставрации ЗФГ, выявлены достоверно более высокие, чем у лиц группы сравнения, уровни реактивной тревожности ($DAS\ 17,22 \pm 2,05$, $p < 0,05$), связанные с комплексом специфичных для имеющейся у них гематологической патологии причин и требующие своевременной комплексной коррекции на этапах эстетически ориентированного обследования и эстетического лечения.

3.3. Результаты оценки стоматологических составляющих качества жизни пациентов сравниваемых групп по индексу «Профиль влияния стоматологического здоровья» OHIP-14 aesthetic-RU

В соответствии с задачами работы исследование стоматологических показателей КЖ по версии OHIP-14-aesthetic-RU у пациентов основной группы и группы сравнения проводили при первичном стоматологическом осмотре (до проведения эстетической реставрации зубов) с целью оценки их удовлетворенности состоянием зубов в зоне улыбки с позиций КЖ (ограничение функций, проявлением физического дискомфорта, физических расстройств, психологического дискомфорта, психологических расстройств, социальной дезадаптации и ущерба) (таблица 3.3.1).

Таблица 3.3.1. Интегральный и пошкаловые показатели индекса «Профиль влияния стоматологического здоровья» OHIP-14-aesthetic-RU у пациентов групп наблюдения

Показатели индекса OHIP-14-aesthetic-RU	Основная группа		Группа сравнения	
	Баллы	Ранг	Баллы	Ранг
$\Sigma_{\text{OHIP-14-aesthetic-RU}}$	46,76±2,28		10,58±1,57 p<0,001	
ОФ	6,57±0,49	IV	1,87±0,21 p<0,001	III
ФД	7,22±0,12	III	2,66±0,14 p<0,001	I
ПД	7,67±0,48	II	0,80±0,34 p<0,001	VII
ФР	5,31±0,14	VII	1,12±0,13 p<0,001	IV
ПР	6,18±0,15	V	1,11±0,44 p<0,001	V
СД	7,69±0,54	I	1,10±0,10 p<0,001	VI
У	6,12±0,36	VI	1,92±0,21 p<0,001	II

Анализ показателей КЖ у пациентов основной группы с НК, нуждающихся в эстетической РЗФГ, свидетельствовал, что эстетически значимые структурно-функциональные дефекты зубов в зоне улыбки сопровождаются, по мнению самих пациентов, определенными изменениями, трактуемыми по шкалам «Ограничение функций», «Физический дискомфорт», «Психологический дискомфорт», «Физические расстройства», «Психологические расстройства», «Социальная дезадаптация» и «Ущерб» (таблица 3.3.1). Интегральный показатель профильного эстетического стоматологического индекса КЖ у пациентов основной группы ($\Sigma\text{ONIP-14-aesthetic-RU}=46,76\pm 2,28$) был достоверно ($p<0,001$) снижен на $83,5\pm 4,07\%$ относительно гипотетической нулевой нормы. Наибольший вклад в потерю КЖ у пациентов основной группы вносили шкалы «Социальная дезадаптация» (I-ый ранг), «Психологический дискомфорт» (II-ой ранг) и «Физический дискомфорт» (III-ий ранг) (снижение пошкаловых показателей на $96,1\pm 6,7\%$, $95,87\pm 6,0\%$ и $90,2\pm 1,8\%$, соответственно).

У пациентов *группы сравнения*, соматически сохранных, нуждающихся в эстетической реставрации ЗФГ, снижение стоматологических показателей КЖ по интегральному показателю ($\Sigma\text{ONIP-14-aesthetic-RU}=10,58\pm 1,57$) было достоверно ($p<0,001$) меньшим (снижение относительно «нормы» на $18,9\pm 2,80\%$), а приоритетное значение в снижении стоматологических показателей КЖ имели иные шкалы: «Физический дискомфорт» (I-ый ранг), «Ущерб» (II-ой ранг) и «Ограничение функций» (III-ий ранг) (снижение пошкалового показателя на $33,3\pm 1,8\%$, $24,0\pm 2,6\%$ и $23,4\pm 2,6\%$, соответственно). Интегральный и все пошкаловые показатели у пациентов основной группы и группы сравнения имели достоверные ($p<0,001$) различия.

Разница в ранжировании шкал внутри групп может объясняться особенностями исходного психологического статуса пациентов, страдающих НК, избегающих любых медицинских (и стоматологических), особенно инвазивных вмешательств, имеющих сложности в плане социальных контактов и интеграции в окружающее общество, имеющих выраженные психоэмоциональные нарушения в связи с наличием хронических соматических и стоматологических заболеваний;

страдающих дентостоматофобией. Физический дискомфорт для них является «привычным» состоянием, поэтому занимает только третью ранговую позицию. Пациенты группы сравнения социально активны, более уверены в себе и наибольшую тревогу у них вызывают финансовые затраты на лечебно-профилактические стоматологические мероприятия, что объективизируется показателями шкалы «Ущерб». Шкалы «Физический дискомфорт» и «Ограничение функций» занимают 2-ую и 3-ью ранговые позиции, соответственно, что объяснимо стоматологическими алгическими симптомами, которые не являются для них «привычными» и вызывают значительный физический дискомфорт.

Таким образом, разработанная нами анкета-опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-14-aesthetic-RU оказалась чувствительным инструментом для оценки и верификации влияний эстетических дефектов в зоне улыбки у пациентов с НК, может быть использована и у соматически сохранных лиц с эстетически значимыми дефектами зубов фронтальной группы для оценки стоматологических показателей качества жизни пациента. Установлено, что наличие эстетических дефектов ЗФГ, зубных рядов и десневого комплекса в передне-челюстных сегментах у пациентов с НК сопровождается достоверно более значимым, чем у лиц группы сравнения, снижением (на $83,5 \pm 4,7\%$) интегрального показателя $\Sigma_{\text{ОНIP-14-aesthetic-RU}}$ до $46,8 \pm 2,3$, особенно выраженным по шкалам «Социальная дезадаптация» (до $7,7 \pm 0,5$, снижение на $96,1 \pm 6,7\%$) и «Психологический дискомфорт» (до $7,6 \pm 0,5$, снижение на $95,87 \pm 6,0\%$). У соматически сохранных, нуждающихся в эстетической реставрации ЗФГ пациентов, выявлено достоверно меньшее их влияние на интегральный показатель индекса ($\Sigma_{\text{ОНIP-14-aesthetic-RU}} = 10,6 \pm 1,6$, снижение относительно нормативных значений на $18,9 \pm 2,8\%$), преимущественно за счет шкал «Физический дискомфорт», «Ущерб» и «Ограничение функций».

Результаты исследований, представленные в этой главе, опубликованы в:

- 1) Пленкина Ю.А. Экспериментальное исследование структуры эмали на этапах профессионального отбеливания зубов / Ерофеева Е.С., Гилева О.С.,

Морозов И.А., Пленкина Ю.А., Свистков А.Л. // Проблемы стоматологии.- №5.-2011.- С.4-9.

- 2) *Пленкина Ю.А. Эстетически-функциональная характеристика дефектов зубов пришеечной локализации / Серебренникова Е.В., Муравьева М.А., Пленкина Ю.А. // I Всероссийское рабочее совещание по проблемам фундаментальной стоматологии, сборник статей. Екатеринбург 2013.- С. 236 -238.*
- 3) *Пленкина Ю.А. Оптимизация методов ранней диагностики кариеса зубов / Муравьева М.А., Ю.А.Пленкина, Гилева Е.С.// I Всероссийское рабочее совещание по проблемам фундаментальной стоматологии, сборник статей. Екатеринбург 2013.- С. 111-113.*
- 4) *Пленкина Ю.А. Характеристика функциональных нарушений ВНЧС при врожденных коагулопатиях / О.С.Гилева, Ю.А.Пленкина И.Н.Халявина, Д.В.Хохрин // Стоматология 21 века: «Стоматология Большого Урала. Профилактика стоматологических заболеваний». Мат. Всероссийского конгресса – Пермь. - 2009. – С.. 161-163.*
- 5) *Пленкина Ю.А. Клинико-диагностические аспекты гиперестезии зубов у лиц молодого возраста / О.С. Гилева, И.Н. Халявина, Ю.А.Пленкина, И. Г. Шабунина, Т. В. Либик, А.А. Позднякова, Д. В. Хохрин // Маэстро стоматологии №2(34), 2009г.*

ГЛАВА 4

КОМПЛЕКСНАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ В ГРУППАХ НАБЛЮДЕНИЯ: АЛГОРИТМЫ, МЕТОДИЧЕСКОЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

4.1 Предпосылки, цель и задачи разработки алгоритмов прямой эстетической реставрации зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями

По результатам комплексного обследования были установлены основные причины эстетических нарушений зубов в зоне улыбки у пациентов с НК: кариес ЗФГ, выявленный на их вестибулярных и контактных поверхностях у 72,6% обследованных, дефекты зубов некариозного происхождения (24,4%) и некачественные фронтальные реставрации, нуждающиеся в замене по неприемлемым цвето-текстурным и контурно-топографическим характеристикам и нарушению краевого прилегания (65,7% пациентов). Достоверно более высокие, чем у соматически сохраненных лиц, значения компоненты «П» индекса КПУфз ($1,72 \pm 0,24$) у пациентов с НК коррелировали с исходно определяемым низким качеством пломб/реставраций ЗФГ, в 75,2% случаев неприемлемых по критериям анатомической формы, в 72,3% – по критерию краевой адаптации и в 64,2% – по цвето-текстурным параметрам.

Программа настоящего исследования носила комплексный характер и предусматривала отбор на научной основе эффективных технологий проведения прямой реставрации зубов и их алгоритмирование применительно к особенностям стоматологического статуса у больных с НК.

При разработке алгоритмов прямой эстетической РЗФГ все заявляемые действия врача-стоматолога были конкретны, четко сформулированы, определены и понятны; каждый этап обоснованы, обозначен с помощью общепринятых терминов, определен на основе анализа многочисленных материалов и

технологических регламентов по проведению реставраций или реконструкций зубов, по общему (ФЗТ) и местному (стоматологическому) лечению пациентов, страдающих врожденной патологией гемостаза.

В рамках настоящего клинико-социологического исследования целью алгоритмизации процесса эстетической реставрации ЗФГ было создание гарантий соблюдения врачом-стоматологом, осуществляющим лечение зубов у лиц с НК, поэтапной технологии проведения прямой композитной эстетической реставрации ЗФГ для достижения гарантированно высокого уровня качества (эффективности и безопасности) эстетического лечения с достижением максимальных эстетико-функциональных результатов при снижении рисков развития осложнений гематологической патологии в условиях стоматологического приема. Считали, что разработанные алгоритмы эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК могут быть представлены как методические указания по осуществлению всего комплекса реставрационных работ при восстановлении дефектов ЗФГ у лиц, страдающих заболеваниями системы крови, а также по комплексной оценке качества их проведения.

При выборе метода реставрации дефектов зубов исходили из того, что прямая, т.е. проводимая непосредственно в ПР, реставрация зубов в настоящее время является наиболее востребованным методом эстетического лечения зубов в зоне улыбки. За редким исключением она выполняется одномоментно, что экономит время врача и пациента, не требует лабораторного этапа, выполняется из высокотехнологичных фотополимерных материалов, и, в целом, доступна для среднестатистического российского потребителя стоматологических услуг.

В настоящей работе были использованы два метода восстановления дефектов ЗФГ – прямая одноэтапная реставрация, предполагающая применение СИЦ в качестве подкладки с последующим покрытием композитными материалами, и прямая двухэтапная отсроченная методика реставрации ЗФГ с использованием компомеров и композитных материалов. Оба метода предполагали использование так называемой сэндвич-техники – послойного нанесения компомера или СИЦ в качестве утолщенной подкладки с последующим ее покрытием композиционным

реставрационным материалом. Сэндвич-техника применялась преимущественно в случаях, когда кариозные полости по III-V классам располагались в пришеечных зонах, вблизи границ десны или распространялись под нее. Применение сэндвич-техники было особенно показано у пациентов с НК, имеющих «проблемную» ПР с низким уровнем ГПР, высоким показателем КПУ, исходно высокой частотой рецидивного кариеса, в случаях, когда возникали трудности с полноценным высушиванием кариозной полости.

4.2 Показания, материал и методы прямой эстетической реставрации зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями

Показания к прямой эстетической реставрации ЗФГ в связи с наличием кариеса, некариозных поражений и некачественных реставраций выявлены у 97,0% лиц основной группы. У большинства пациентов требовались средние объемы реставрационных работ (4-6 зубов, подлежащих реставрации).

Метод прямой одноэтапной послойной эстетической реставрации ЗФГ применен в 188 зубах фронтальной группы (97 зубов – у пациентов основной группы и 91 зуб – у пациентов группы сравнения), имеющих те или иные эстетические дефекты (кариес, некариозные поражения, некачественные реставрации) зубов в зоне улыбки. Метод *прямой двухэтапной отсроченной послойной реставрации* применен в 69 фронтальных зубах пациентов с НК, имеющих кариозные дефекты, расположенные в пришеечных областях, непосредственно у края десны. Таким образом, у пациентов основной группы проведено эстетическое лечение 166 ЗФГ, в группе сравнения – 91 пораженного зуба со сходной, в целом, топографией, природой происхождения, клинической симптоматикой дефектов.

Критерии исключения из исследования: эстетическая реставрация зубов не планировалась (хотя и была показана) у пациентов с НК, не имеющих разрешения врача-гематолога на проведение стоматологического лечения в поликлинических условиях, когда пациент имел тяжелую патологию опорно-двигательного аппарата,

исключающую возможность проведения стоматологического лечения в условиях поликлинического приема; при наличии у пациентов декомпенсированных форм общесоматической патологии; при отсутствии персонального информированного согласия на проведение эстетической реставрации зубов; при невозможности (нежелании) соблюдения врачебных рекомендаций по гигиеническому уходу за полостью рта.

4.3 Клинические алгоритмы проведения прямой реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями

1. Перед началом эстетической реставрации пациент с НК предоставлял врачу-стоматологу информированное разрешение от врача-гематолога на консервативное лечение зубов и заболеваний пародонта, а также профессиональную ГПР, в котором указывались следующие данные: основной диагноз пациента, уровень фактора свертывания крови, время свертывания крови, получаемая ФЗТ.

Основу ФЗТ у больных с НК составляло совместно с консультацией гематолога назначение за 3-4 дня до приема гамма-аминокапроновой кислоты 4-6 гр. в сутки (на 4 приема). Непосредственно перед лечением повышали концентрат фактора 30-40 МЕ/кг однократно, затем по 20 МЕ/кг каждые 12 часов в течении 3 дней.

2. На следующем этапе врач-стоматолог проводил сбор анамнеза, систематизацию жалоб, связанных с системной патологией, определение тяжести НК по заключению врача-гематолога, что обосновывало необходимость создания нужных условий для эргономического стоматологического приема при наличии у пациента гемофилического остеоартроза крупных (коленных, тазобедренных и др.) суставов, выраженного артралгического симптома, затрудняющего длительное статическое положение в стоматологическом кресле. Время одномоментного нахождения пациента в кресле врача-стоматолога сокращалось до 20 минут, затем, после 20-минутного периода активного отдыха, обследование продолжалось.

Максимально допустимое время «иммобилизации» пациента с выраженной артропатией в стоматологическом кресле – в день не более 50 минут с 20-минутным перерывом.

3. Определение показаний и противопоказаний к эстетической реставрации ЗФГ, исходного уровня стоматологической тревожности по тесту Кораха (психологическое тестирование по анкете-опроснику Кораха).

Показаниями для проведения эстетической РЗФГ у пациентов с НК были: кариес III, IV, V классов Блэка, некариозные поражения твердых тканей зубов (клиновидный дефект, эрозия), деструктивные формы гипоплазии, флюороза, травма зубов (скол, отлом части коронки).

Относительными противопоказаниями к эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК считали: плохую ГПР, патологию прикуса (наличие прямого прикуса), бруксизм, выраженную повышенную стираемость зубов, деструктивные изменения в костной ткани пародонта и периодонта, наличие аллергических реакций на реставрационные материалы, а также отказ от лечения по личным причинам.

Выраженный высокий уровень стоматофобии у пациента считали противопоказанием к эстетической реставрации ЗФГ. Если при исходном психологическом тестировании пациентов с НК показатель Кораха демонстрировал предельно высокие значения (DAS=17 и более баллов), то проводили комплекс коррекционных мероприятий, включающих профессиональное психологическое убеждение (врач-психотерапевт центра), психологическую поддержку врача-стоматолога, адаптацию, а также фармакологическую коррекцию (тенотен в таблетках сублингвально по схеме). При достоверной редукации показателя на 30-50%, когда уровень стоматологической тревожности значительно снижался до легкого или умеренного уровня, считали возможным начинать мероприятия по эстетической РЗФГ. Проводимая врачом центра и врачом-стоматологом психологическая поддержка перед и во время лечения позволила успешно и продуктивно провести трудоемкое лечение зубов.

4. Проводили комплексное стоматологическое обследование по ВОЗ (распространенность и интенсивность заболеваний твердых тканей ЗФГ, определение нуждаемости в лечении заболеваний пародонтита и эндодонтии; оценка распространенности и типа дефектов твердых тканей зубов), а также целевое эстетически ориентированное обследование ЗФГ (анализ зубных и десневых компонентов эстетики улыбки), дифференциальную диагностику, постановку диагноза по МКБ-10. Диагноз ставили на основе анализа данных основных и дополнительных объективных и субъективных данных – жалоб, анамнеза, осмотра, зондирования, перкуссии, данных термодиагностики, люменоскопии, витального окрашивания зубов и рентгенографии. В процессе опроса фиксировались жалобы пациента, сведения о проводимом ранее лечении. Обращали особое внимание на жалобы, связанные с эстетическими недостатками. Психометрическим методом определяли навыки гигиенического ухода за ПР, выясняли представление пациента об эстетике улыбки, анализировали результаты самооценки пациентом качества ранее проведенных реставраций. При осмотре зубных рядов отмечали состояние прикуса, характер расположения зубов, клиническое состояние исходных реставраций по критериям Ryge. Обращали внимание на наличие и качество зубных протезов, если они имелись в полости рта. Оценивалась анатомическая форма зубов, их положение в зубной дуге. Данные заносились в зубную формулу карты стоматологического больного.

5. Проводили исходную оценку влияния качества эстетических дефектов на стоматологические показатели качества жизни по индексу «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU.

6. Определяли тип личности стоматологического пациента по Трезубову и соавт. (1989) по его реакции на болезнь и оценивали как: гармоничный/адекватный к лечению, входящий в контакт с врачом, не тревожный или умеренно тревожный; оптимистичный / не тревожный, иногда вплоть до полного игнорирования заболевания, отношения с врачом неконструктивные; пессимистичный – подавленное настроение, отсутствие веры в лечение.

В процессе интерактивного общения с пациентом, страдающим наследственным недугом, при проведении различных психометрических тестов, старались сформировать у последнего позитивное отношение к врачу-стоматологу, стоматологическому лечению, в целом, и к эстетической реставрации, в частности, а также к профессиональным советам и рекомендациям врача. Деликатно, спокойно и уверенно с помощью наглядных средств, фотоальбомов, видеофильмов и т.д. демонстрировали свои профессиональные знания в области стоматологии (эстетическая реставрация) и гематологии (знания специфики общеклинических и гематологических проявлений патологии системы крови), умения выбрать наиболее эффективные и безопасные методы и технологии стоматологического лечения и обезболивания (демонстрация специальных устройств и приборов), индивидуальной гигиены полости рта и имеющийся по этому направлению предшествующий клинический опыт лечения этой категории пациентов.

Целям психологической «разгрузки», установления доверительных отношений с врачом способствовало проведение и совместный разбор результатов многих психометрических тестов, которые предлагалось пройти пациентам в ходе комплексного стоматологического обследования: самоанализ причины страха перед стоматологическим лечением, самооценка эстетики улыбки, самооценка влияния эстетически значимых дефектов в полости рта на стоматологические параметры качества жизни и др.

Старались сформировать «терапевтический альянс» между лечащим врачом-стоматологом и пациентом гематологического профиля, которого ориентировали на конечную цель реставрационного лечения зубов – восстановление их структурно-функционального и эстетического единства в зоне улыбки для поддержания стоматологического и системного здоровья, осознание гармоничности и привлекательности собственной личности, улучшение социальной адаптации, семейного благополучия и профессиональной реализации, поддержание необходимого уровня качества жизни. Справедливо считали, что все проводимые нами профессиональные (лечебные и диагностические) действия, направленные не только на структурно-функциональные результаты, но и на

эстетический эффект, улучшают психоэмоциональную сферу и создают условия для формирования у больного гемофилией и другими НК дополнительной системы ценностей, пробуждающих в нем важнейшую «оздоровительную» эмоционально значимую потребность человека – желание быть привлекательным, иметь приятный внешний вид и располагающую улыбку, здоровые и красивые зубы как важнейший атрибут современного благополучного человека.

7. Считали целесообразным совместно с пациентом обсуждать план и перспективные результаты лечения, включали пациента в процесс их оценки на основе самоанализа. Определяли планируемые объемы, основные этапы, техники реставрации, реставрационные материалы, техники атравматичной анестезии, атравматичное инструментально-технологическое обеспечение; обсуждали коррекционные мероприятия в случае появления осложнений – болевого симптома в ВНЧС, травмы СОПР, десны с последующим кровотечением и т.д. Обсуждали прогноз – позитивный, при соблюдении должного ухода за ПР, негативный – при несоблюдении ухода за ПР, утяжелении системной патологии.

8. Формировали мотивацию у пациента к санации полости рта, включающей эстетически ориентированное лечение зубов. В процессе подготовки пациента считали важным сформировать у него мотивацию к эстетическому лечению зубов, убедив в том, что в современном обществе здоровые и красивые зубы стали одним из символов благосостояния и неотъемлемой частью имиджа благополучного человека. Раскрывая «секреты» личного клинического опыта, убеждали пациента, что качественно выполненное лечение зубов может сохранить здоровье зубов на долгие годы, облегчить пациенту дальнейшую жизнь, выполнение профессиональной деятельности, социальных, семейных обязанностей. Убеждали, что после успешного лечения зубов появятся перемены в его самоощущении, самовосприятии и самовыражении. При беседах показывали альбомы с успешно выполненными реставрациями зубов и счастливыми улыбками пациентов.

9. Информировали пациента о ходе подготовки и основных этапах лечения, необходимости проведения тех или иных лечебно-диагностических манипуляций. Получали от пациента в письменном виде информированное согласие на лечение

на строго определенном бланке. В случае, если согласия на лечение получено не было, то вопросы тактики и прогнозирования результатов лечения обсуждались с пациентом вновь.

10. Проводили подготовку к эстетической реставрации ЗФГ, которая включала: фотодокументирование исходной клинической ситуации; подготовительный этап, заключающийся в составлении индивидуальной программы первоочередных лечебно-профилактических мероприятий: проведение профессиональной ГПП – удаление с поверхности зубов твердых и мягких зубных отложений, пигментации с помощью малотравматичного ультразвукового скалера Varios 750 (NSK) с последующим полированием зубной поверхности пастой Clean-Polish (Kerr) и полировочных головок Kenda Dental Polishers (Kenda). После очищения и полирования зубов проводили люминесцентную диагностику, при необходимости повторное фотодокументирование клинического материала. До реставрации зубов всем пациентам подбирали средства и методы индивидуальной гигиены, а также проводили обучение и контроль ГПП. Считали, что, средствами выбора из предметов ГПП может стать ультрамягкая зубная щетка Curaprox CS 5460 Ultra Soft с толщиной атрауматичных щетинок 0,10 мм, бережно и деликатно очищающих поверхности зубов и десен; гелевая зубная паста Curasept ADS 712 с 0,12%, содержащая хлоргексидина биглюконата, и ополаскиватель для полости рта Curasept ADS 212 с содержанием хлоргексидина биглюконата 0,12%. Зубная паста и ополаскиватель оказывали противовоспалительное действие, предотвращали образование зубного налета. Их рекомендовали применять сроком не более 14 дней, далее пациенту рекомендовалось использовать обычные лечебно-профилактические средства гигиены. Перед лечением все пациенты были предупреждены о необходимости соблюдения тщательной ГПП.

Подбирали оптимальную технологию эстетической реставрации зубов для каждого пациента (прямая одномоментная или прямая отсроченная реставрация зубов) с подбором атрауматичных стоматологических инструментов для эстетической реставрации зубов.

Обосновывали выбор пломбировочных материалов, применение которых было наиболее обоснованно с медицинской, биомеханической и эстетической точек зрения. Выбор пломбировочного материала и адгезивной системы для реставрации определялся в основном локализацией дефекта и его глубиной.

11. Определяли цвет, форму зубов, состояние реставрации ЗФГ, десневую эстетику, окклюзионные контакты, состояние прикуса, ВНЧС.

Цвет зуба оценивали по шкале VITA – classical, планировали способ его имитации при помощи реставрационных материалов, соответствующих оттенку зуба. Подбор цвета проводили при естественном освещении в дневное время, поверхность зуба и расцветку увлажняли. В течение 15-ти секунд определяли основной тон зуба, делали перерыв и подбирали цвет центральной части вестибулярной поверхности, тела и пришеечной области коронки зуба. Далее определяли оттенки и прозрачность медиальной и дистальной граней. При сомнении в выборе цвета использовали более темные оттенки, выглядящие в реставрации лучше, чем светлые. Для подбора оттенков и цвета реставрации использовали «методику горошин» (рисунок 4.3.1) при которой небольшую порцию материала помещали на вестибулярной поверхности, светополимеризовали 2-3 секунды, увлажняли и сравнивали цвет с цветом подлежащих тканей зуба.



Рисунок 4.3.1 – «Методика горошин» для подбора оттенков и цвета реставрации на 11 этапе алгоритма эстетической реставрации

Проводили визуальную оценку анатомо-морфологических особенностей коронки зуба и его цветовых характеристик (прозрачности, тона и насыщенности, оттенка), окклюзионных взаимоотношений реставрируемого зуба. Оценивали высоту прикуса и анализ окклюзионных соотношений (центрального, переднего, правого, левого), анализ окклюзионных контактов.

При анализе жалоб пациента со стороны ВНЧС выявляли основные – наличие и характер болевого симптома, шумовых эффектов (шелчок, хруст), особенности открывания рта, наличие и продолжительность утренней скованности, объективизируя их суммарно-суставным индексом.

12. Проведение анестезии (рисунок 4.3.2). Учитывая резко негативное отношение пациентов с НК к болевым ощущениям, препарирование кариозной полости проводили под интралигаментарной анестезией. Для проведения анестезии использовали карпульные шприцы с иглами С-К Ject (С-К Dental), анестетик «Ultracain DS» (Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Германия).

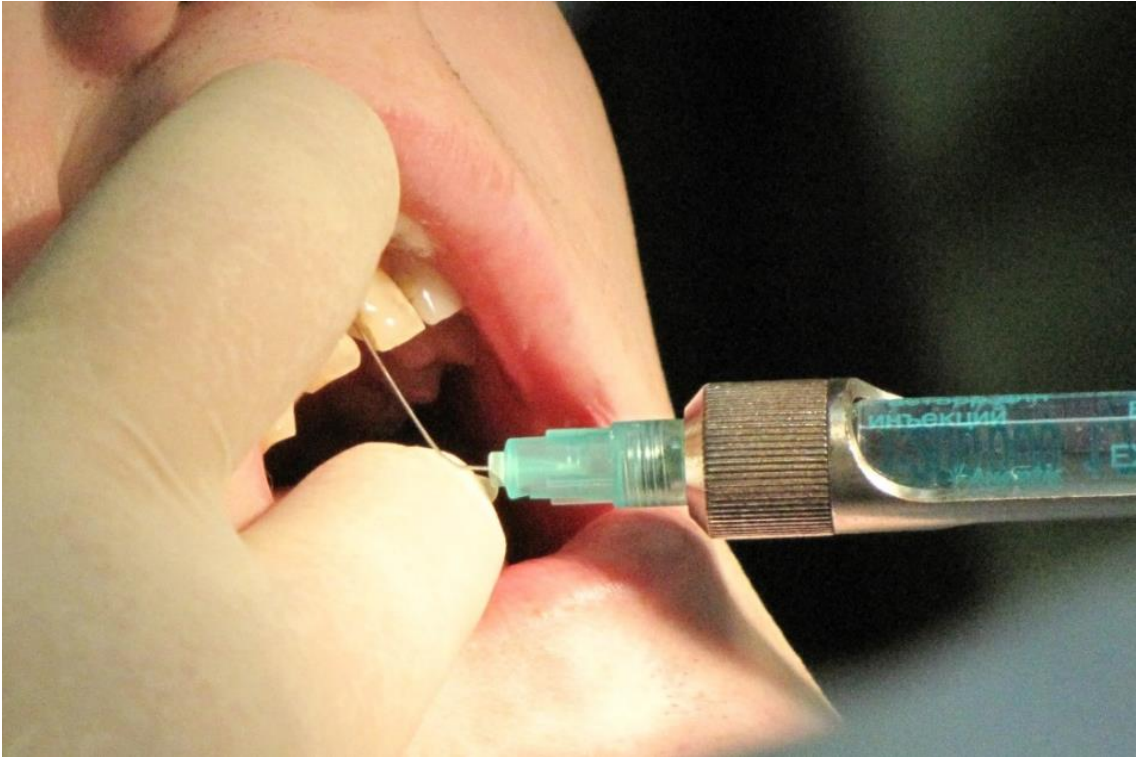


Рисунок 4.3.2 - Проведение интралигаментарной анестезии перед эстетической реставрацией зуба 1.1 у пациента с наследственной коагулопатией

13. Препарирование полости – важный подготовительный этап к реставрации зубов композитами. Препарирование полостей под реставрации в области эмали проводили с помощью турбинного наконечника на сверхвысоких скоростях, а в области дентина - с использованием микромотора на средней скорости работы инструмента с водяным охлаждением. Применяли алмазные и твердосплавные боры. Сухость операционного поля обеспечивали, используя ватные валики отечественного производства и слюноотсос. Принимая во внимание данные специальной литературы и собственные наблюдения, о возможности травмирования слизистой в подъязычной области с последующим кровотечением, слюноотсос использовали строго по показаниям, с изоляцией острых его краев специальным материалом.

При применении композитов, компомеров, стеклоиономерных цементов руководствовались принципами «адгезивного препарирования» и «профилактического пломбирования композитами». До начала препарирования определяли с какой поверхности (вестибулярной или небной) стоит начинать

препарирование. При раскрытии кариозной полости удаляли всю эмаль, лишенную дентинной поддержки, обеспечивая обзор полости и доступ к проведению дальнейших манипуляций. Раскрытие проводили цилиндрическими или шаровидными алмазными борами, диаметр которых немного меньше размеров входного отверстия кариозной полости, турбинным наконечником с воздушно-водяным охлаждением на скорости 300 000 оборотов инструмента в минуту. Профилактическое расширение полости выполняли торпедовидным или конусовидным алмазным бором на турбинном наконечнике с воздушно-водяным охлаждением с целью профилактики рецидивного кариеса.

Этап некрэктомии проводили атравматичными борами SmartBurs II производства SS White на угловом наконечнике при низких скоростях до 10000 оборотов в минуту (рационализаторское предложение №2536 от 5.03.2011). При одонтопрепарировании глубоких кариозных дефектов считали важным сохранить слой интактного неповрежденного дентина на дне полости, чтобы избежать вскрытия полости зуба и травмирования пульпы. Считали, что, профилактика случайного вскрытия пульпы весьма актуальна для больных с НК, у которых травмирование обильно васкуляризированной пульпы может привести к кровотечению, внутрипульпарным кровоизлияниям и эндодонтическому вмешательству. Использование для одонтопрепарирования атравматичных боров SmartBurs II позволяло избежать случайного травмирования пульпы, и, соответственно, незапланированного эндодонтического лечения. Управление процессом одонтопрепарирования с помощью SmartBurs II основывается на детекции твердости дентина, а не на его окрашивании с помощью особых красителей (кариесдетекторов), которые весьма приблизительно характеризуют степень поражения кариесом. При использовании боров SmartBurs II при одонтопрепарировании удавалось сохранить пласт здорового дентина, снизить постоперационную чувствительность, избежать вынужденного эндодонтического лечения при травматическом пульпите, что было важно для наших пациентов. При проведении одонтопрепарирования у больных с НК боры SmartBurs II фиксировали на угловом наконечнике, на низкой скорости (до 10000 об/мин). Начинали удаление

пораженного дентина легкими круговыми движениями с центральной части дна кариозной полости к периферии. При контакте бора SmartBurs II с интактным дентином тактильно ощущали легкую вибрацию, так как бор не производит режущих движений по неповрежденному, хорошо минерализованному дентину. Проверку адекватности удаления тканей, пораженных кариесом, проводили зондированием. После удаления измененного дентина производили пломбирование по традиционным методикам. При традиционном препарировании глубоких кариозных полостей в условиях обычного поликлинического приема очень сложно оценить толщину слоя неизмененного дентина, покрывающего пульповую камеру, что увеличивает риск случайного вскрытия пульпы зуба. Как показали наши наблюдения, применение боров SmartBars II для одонтопрепарирования глубоких кариозных полостей у больных с НК позволяло эффективно предупредить случайное вскрытие пульпы, возникновение кровотечения и развитие травматического пульпита.

Этап формирования полости выполняли торпедовидными, конусовидными и грушевидными алмазными борами на большой скорости с обязательным воздушно-водяным охлаждением. Сформированная полость имела грушевидную форму, сглаженные «мягкие» контуры, плавные переходы между дном и стенками без острых углов, скос эмали под углом 10-45°. При препарировании полостей III, IV, V классов по Блэку на фронтальных зубах обращали внимание на препарирование кромок полости. Важным условием для достижения нужного результата считали формирование скоса шириной порядка 0,5 миллиметров по всему периметру полости, протяженность скоса зависит от величины кариозной полости или дефекта тканей: у основания полости препарировали глубокий скос на всю толщину эмали, причем контуры скоса предпочитали делать волнистыми для достижения наилучшего эстетического результата. Вариант отпрепарированной кариозной полости по V классу представлен на рисунке 4.3.3.



Рисунок 4.3.3 – Зуб 1.3 – отпрепарированная кариозная полость, V класс Блэка у пациента с наследственной коагулопатией

Финирование стенок полости проводили с целью удаления поврежденных и ослабленных в процессе препарирования участков эмали, для придания им гладкости, обеспечения условий качественного краевого прилегания пломбирочного материала. Использовали 16- и 32-гранные твердосплавные финиры на малой скорости угловым наконечником без давления. Рациональное одонтопрепарирование у больных с НК подразумевало наиболее атравматичное и безопасное в отношении СОПР, максимально быстрое и эффективное удаление патологически измененных твердых тканей зуба. Считали, что увеличение скорости одонтопрепарирования не должно преследовать цели выполнения большего объема реставраций за одно посещение, а быть направлено на сокращение времени посещения – нагрузки для пациента. Из большого разнообразия боров нашим требованиям удовлетворяли боры серии Great White производства SS White. С их помощью время, затрачиваемое у больных с НК на препарирование зубов по поводу среднего кариеса, удалось сократить на 30%, а несостоятельные пломбы удалялись быстрее в 2-3 раза. Идеальная центровка бора,

отсутствие вибраций и минимальный нагрев бора в процессе работы позволяли проводить некрэктомию и препарирование кариозной полости легко и наименее травматично как для твердых тканей зуба, так и СОПР.

14. Эндодонтическое лечение зубов (по показаниям) проводили по поводу пульпита и периодонтита с применением современных методик обезболивания, профилактики и остановки кровотечения. При эндодонтическом лечении механическую обработку корневых каналов проводили двумя методиками: апикально-корональным (стандартная техника «step-back») и коронально-апикальным («crown-down») при помощи никель-титановых вращающихся инструментов ProTaper (DENTSPLY) и эндомотора X-Smart (Dentsply) (рисунок 4.3.4) с обязательным контролем рабочей длины канала с помощью апекс лолятора IPHX (NSK) для профилактики апикального кровотечения.

Справедливо предполагали, что при реставрации зубов после эндодонтического лечения возникают две основные проблемы: ослабление твердых тканей зубов и отсутствие достаточной ретенции. Для улучшения ретенции и эстетичности реставрации в депульпированных зубах применяли стекловолоконные штифты Easy Post (Mallifer), которые не вызывали потемнения коронковой части зуба. Наиболее эффективным методом укрепления депульпированных зубов считали адгезивную реставрацию нанокомпозитными материалами в сочетании со стекловолоконными штифтами.

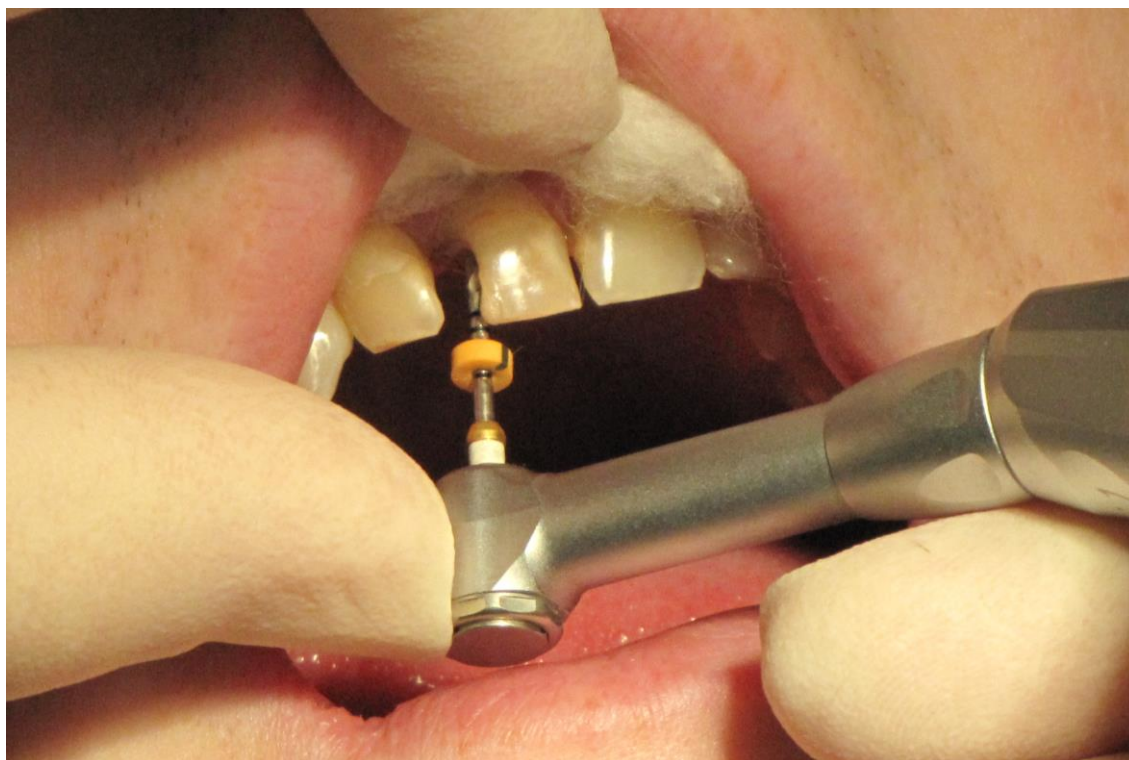


Рисунок 4.3.4 – Эндодонтическое лечение зуба 1.1. с использованием ротационных инструментов ProTaper у пациента с наследственной коагулопатией

Для медикаментозной обработки канала использовали 5% раствор гипохлорита натрия, обладающий выраженным антимикробным действием.

Пломбирование каналов осуществляли методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи с использованием герметиков на основе эпоксидных смол «АН – plus». При пломбировании канала в два посещения на промежуточном этапе применяли турунду с гемостатическим препаратом ViscoStat Clear (Ultradent).

15. На этапах препарирования кариозной полости и/или эндодонтического лечения пациентам с НК по показаниям делали 1-2 десятиминутных перерыва в лечении, для профилактики проявления артралгического симптома в области ВНЧС.

16. При быстрой утомляемости, появлении болевого симптома в ВНЧС, в полость рта пациента вводили разработанное нами совместно с группой соавторов специальное устройство для удержания нижней челюсти в открытом положении – разгрузочную капу (рисунок 4.3.5 и 4.3.6).

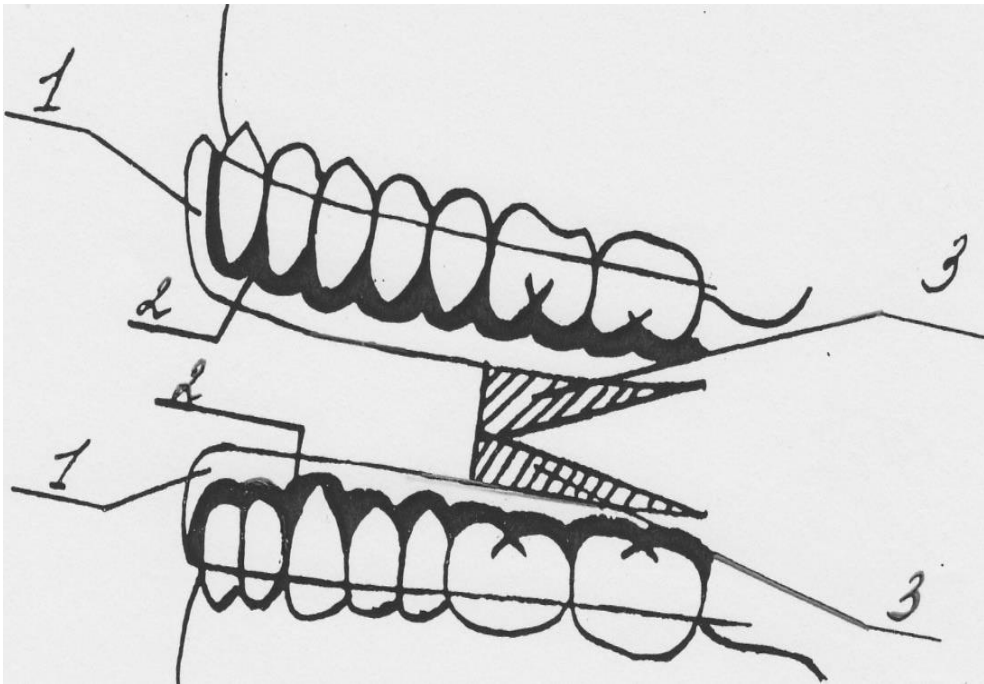


Рис.4.3.5 – Схема устройства для удержания нижней челюсти в открытом положении при стоматологическом лечении у больных гемофилией



Рисунок 4.3.6 – Устройство для удержания нижней челюсти в открытом положении (патент на полезную модель № 108292 от 28.03.2011) для профилактики артралгического симптома (ВНЧС) при проведении эстетической реставрации фронтальных зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями

По данным Хохрина Д.В (2013), длительное нахождение нижней челюсти в открытом положении при проведении стандартных стоматологических манипуляций может стать одним из факторов, провоцирующих болевой симптом в височно-нижнечелюстном суставе и жевательных мышцах у больных с НК. Для удобного удержания нижней челюсти в открытом положении на протяжении всего периода реставрационных работ в ПР вводилось устройство для удержания нижней челюсти в открытом положении (патент на полезную модель № 108292), по сути представляющее своеобразную разгрузочную капу.

Устройство состоит из двух пластмассовых назубных капп, внутренняя поверхность которых покрыта эластичной подкладкой, а на окклюзионной поверхности капп в области жевательных зубов неподвижно зафиксированы клиновидные накладки. Комфорт во время стоматологического лечения достигался за счет обеспечения надежного фиксированного положения максимально открытого рта во время выполнения стоматологических манипуляций, что обеспечивало создание комфортных, эргономичных для пациента и врача условий.

В связи с возможным появлением болевого симптома в ВНЧС пациентам с НК было рекомендовано проводить одномоментно реставрацию 1-2-х небольших эстетических дефектов, продолжительностью по времени не более 45-60 минут, с 10-минутным периодом для мышечно-суставной релаксации.

17. Абсолютная и атравматичная изоляция отпрепарированных полостей от слюны осуществлялась с помощью латексной завесы OptraGate (Ivoclar Vivadent), которая обеспечивала надежное и безболезненное изолирование СОПР на время санационных мероприятий, ее защиту от химических и механических факторов (Рисунок 4.3.7), приспособление создавало мягкую круговую ретракцию губ и щек от передних до боковых зубов без использования каких-либо громоздких травматичных инструментов. Губы полностью перекрывались, тем самым обеспечивалась их защита от травматизации и профилактика кровотечения из СОПР. Трехмерная гибкость и эластичность OptraGate не ограничивала движений нижней челюсти, и, следовательно, завеса могла находиться в ПР от начала до

конца лечения. Также, как описано выше, для изоляции рабочего поля от слюны осторожно использовали слюноотсос (с мягкой «подушкой») и ватные шарики.



Рисунок 4.3.7 – Латексная завеса OptraGate (Ivoclar Vivadent) для атравматичной изоляции и защиты СОПР во время эстетической реставрации зубов

18. Обеспечение гемостаза и контроля за десневой жидкостью – важнейший этап эстетической РЗФГ у больных с НК. Одна из главных задач врача-стоматолога в процессе выполнения различных лечебно-диагностических мероприятий у пациентов с НК – это обеспечение профилактики поддесневого кровотечения и избыточного образования десневой жидкости. Контроль десневого кровотечения составляет необходимый компонент эстетических адгезивных реставраций дефектов коронки, края которых находятся под десной, является важным шагом для точной припасовки поддесневого края. Десневая жидкость может отрицательно влиять на состояние любых адгезивных реставраций, края которых прилегают к свободному краю десны или находятся под ним. Загрязнение адгезивных поверхностей ведет к микропросачиванию, проявляющемуся изменением цвета эстетических реставраций, начинающемуся от их краев.

С целью создания оптимальных условий и выполнения современных эстетических реставраций нами были разработаны эффективные комплексы для ретракции десны у больных с НК. В разработанной нами методике использовали плетеную хлопчатобумажную нить Gingi-Plain (без пропитки) фирмы Gingi-Pak и гемостатическую жидкость Astringedent X фирмы Ultradent (рационализаторское предложение №2533 от 05.03.2011). Преимущества выбора Astringedent X заключались в том, что препарат подходил для остановки сильных кровотечений, свойственных пациентам с НК. Astringedent X - 12, 7% водный раствор, включающий равные количества сульфата и субсульфата железа, был безопасен для больных гемофилией, получающих ФЗТ. Перед постановкой нить Gingi-Plain пропитывали гемостатическим раствором Astringedent X и упаковывали под десной (рисунок 4.3.8).



Рисунок 4.3.8 – Хлопчатобумажная нить Gingi-Plain, пропитанная гемостатическим раствором Astringedent X и упакованная под десну в области 4.4 зуба, на этапе эстетической реставрации дефекта V класса у пациента с наследственной коагулопатией

Также для этого технологического решения (ретракции десны) нами были предложены хлопчатобумажная нить Gingi-Plain (Gingi-Pak) и прозрачный вязкий 25% гель хлорида алюминия ViscoStat Clear (Ultradent) (рационализаторское предложение № 2534 от 05.03.2011) (рисунок 4.3.9). Выбор лекарственной формы ViscoStat Clear у пациентов с НК был обоснован его способностью останавливать профузное капиллярное кровотечение, нередко отмечаемое при стоматологическом лечении больных с НК. Кроме того, считали важным, что прозрачный гель не вызывает окрашивания десны и пломб, идеально подходя для проведения фронтальных реставраций в эстетически значимых зонах. Благодаря прозрачности состава можно эффективно контролировать степень остановки десневого кровотечения. Механизм гемостатического действия геля связан с тем, что хлорид алюминия, входящий в состав ViscoStat Clear, способен стимулировать образование коллагеновых «пробок» в окончаниях капилляров. Это обеспечивает его очевидные преимущества при работе в эстетической зоне, так как препятствует образованию и прилипанию кровяного сгустка к твердым и мягким тканям в зоне препарирования, а также возникновению дисколорита ЗФГ и окрашиванию десны в пришеечной области.



Рисунок 4.3.9 – Хлопчатобумажная нить Gingi-Plain, пропитанная гемостатическим раствором ViscoStat Clear, упакованная под десну в области зуба 1.3 у пациента с наследственной коагулопатией

Для этой категории пациентов с целью максимально атравматичной, более упрощенной, а, стало быть, оптимальной паковки ретракционных нитей мы предлагаем использовать специальный инструмент для паковки нитей Fischer's Ultrapak Packers (рационализаторское предложение №2535 от 05.03.2011). Пакер-инструмент имеет очень тонкие головки и слегка зазубренные края, которые позволяли атравматично, без усилий упаковывать нить в десневую борозду. Тонкие края позволяли атравматично погрузить ретракционную нить в десневую борозду, тем самым, предупреждая возникновение обильного десневого кровотечения. Тонкие края Ultrapak Packers проникают в серединную часть нити, а маленькие зубчики не дают ей ускользнуть и предупреждают повреждение десневого прикрепления и десневое кровотечение. Закругленный конец для паковки исключал необходимость поворота, ротации инструмента в десневой зоне, тем самым также предупреждая нежелательные последствия процедуры: разрыв тканей пародонта и десневые кровотечения. Подобные преимущества инструмента обеспечивали возможность щадящей ретракции десны у стоматологических пациентов, страдающих заболеваниями системы крови и нарушениями кроветворения.

Для достижения полного и надежного гемостаза и контроля образования десневой жидкости при санации полости рта у больных с НК мы использовали инфузионный способ применения местных гемостатиков с помощью насадки Metal Dento-Infusor (Ultradent) (рационализаторское предложение №2533 от 05.03.2011). Dento-Infusor – металлическая насадка 19 размера с пластиковой втулкой и щеточкой на конце, идеально подходила для атравматичного внесения гемостатиков (ViscoStat Clear, Astringedent X) в кровоточащие ткани десневой борозды пациентам с НК. С помощью особой стоматологической насадки Dento-Infusor доставляли гемостатик струйно, непосредственно к травмированному участку. Волосинки щеточки на конце насадки «направляли» гемостатик в капиллярное русло, обеспечивая также удаление образующихся коагуляционных сгустков. «Активный гемостаз» достигался в течение от 2-3 до 20-30 движений

вдоль десневой борозды. Стойкую кровоточивость в небольших участках останавливали путем приложения сильного давления аппликатором в этой области в течение 3-4 секунд, не выполняя втирающих движений, медленно нажимая на поршень. После подобного струйно-инфузионного локального гемостаза в участке поражения образовывалась сухая поверхность, подготовленная для выполнения адгезивной реставрации, профессиональной ГПР, снятия оттиска и других травмоопасных для пациентов с НК процедур.

Гемостаз и контроль за десневой жидкостью перед процедурой бондинга и пломбированием считали основой для постановки эстетических реставраций, выполняемых в пришеечной области у пациентов с НК.

19. Обработанную полость промывали антисептиком – 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата и дистиллированной водой.

20. Высушивание кариозной полости воздухом из пистолета.

21. Установка клиньев и матриц (по показаниям). У пациентов с НК для расклинивания зубов при восстановлении контактных полостей использовались мягкие атравматичные силиконовые фиксирующие клинья «Эластик» и лавсановые атравматичные контурные матрицы.

22. Для герметизации дентинных трубочек и профилактики вторичного кариеса, для лечения гиперэстезии у пациентов с НК использовали методику глубокого фторирования стенок сформированной полости с помощью дентин-герметизирующего ликвида (Humanhémie GmbH, Германия).

23. Наложение лечебной и/или изолирующей подкладок (по показаниям). При выполнении эстетической РЗФГ на дно полости, до уровня эмалево-дентинной границы непосредственно из шприца с пломбировочным материалом, при помощи специальной насадки вносили слой компомера или СИЦ в качестве изолирующей подкладки и проводили его полимеризацию в течение 40 секунд. При лечении глубокого кариеса в качестве изолирующей подкладки нами использовался гибридный стеклоиономер Vitremer//3M ESPE. В качестве лечебной подкладки, если этого требовала клиническая ситуация, применяли светоотверждаемый

рентгеноконтрастный препарат, содержащий гидроокись кальция – Calcimol LC//Voco.

24. Внесение адгезива в полость после тщательного высушивания поверхности зуба для профилактики химической травмы СОПР кислотными компонентами использовали самопротравливающую адгезивную систему 3M ESPE™ Adper™ Easy One (рисунок 4.3.10) и проводили светополимеризацию. Для светополимеризации использовали лампу Megalux Soft-Start (3M ESPE), в которой есть опция специального режима плавного пуска фотополимеризатора – «Softstart».



Рисунок 4.3.10 – Обработка отпрепарированной полости зуба 1.3 адгезивом VII поколения Adper™ Easy One у пациента с наследственной коагулопатией

В зависимости от локализации кариозного процесса мы применяли одноэтапную (пломбирование композиционными пломбировочными материалами в одно посещение) или двухэтапную (отсроченное пломбирование композиционными пломбировочными материалами). Одноэтапное пломбирование композиционными материалами проводилось при условии полной изоляции кариозной полости от десневой жидкости и при условии расположения полости на отдаленном расстоянии от десны. Отсроченная реставрация зубов у пациентов с

НК осуществлялась преимущественно в тех зубах, которые имели кариозные дефекты, расположенные близко к десне.

25.2. При применении одноэтапной прямой послойной техники реставрации ЗФГ у пациентов с НК композитный пломбировочный материал послойно вносили в полость и осуществляли его фотополимеризацию согласно инструкциям фирм производителей. Традиционную реставрацию дефекта проводили, используя опакующую массу и подобранный по цвету эмалевый оттенок. Требования, предъявляемые нами к пломбировочным материалам для эстетической реставрации зубов у пациентов с НК, заключались в их малой усадке, хорошей полируемости, цветостабильности, кариесстатичности, хороших прочностных и эстетических характеристиках. Материалом выбора стал композиционный пломбировочный материалы Filtek™ Ultimate (3M ESPE) – универсальный наноуполненный композиционный материал, содержащий частицы наноразмера от 20 до 75 нм, причем часть наномеров объединена в нанокластеры размером до 1 мкм, а часть находится в смоле в свободном состоянии. Высокий процент содержания микрочастиц обеспечивает высокую прочность материала, а наномеры позволяют гладко, до глянцевого блеска отполировать поверхность реставрации. Эстетичность реставрационного материала Filtek Ultimate обеспечена и богатой цветовой палитрой различного уровня опакующести, насыщенностью и яркостью цвета. Исходя из наших наблюдений, материал Filtek Ultimate легко моделировался, не прилипал к инструментам и позволял воссоздать не только эстетические, но и анатомо-морфологические параметры зуба. Слои толщиной 1,5-2,5 мм отверждали в течение 20 секунд (рисунок 4.3.11, 4.3.12, 4.3.13). Материал применяли с адгезивной системой Adper™ Easy One (3M ESPE™).



Рисунок 4.3.11 – Внесение опакового слоя оттенков A2D композиционного пломбировочного материала Filtek Ultimate при эстетической реставрации дефекта V класса зуба 1.3 у пациента с наследственной коагулопатией



Рисунок 4.3.12 – Внесение слоя Body оттенков A3В композиционного пломбировочного материала Filtek Ultimate при эстетической реставрации зуба 1.3. у пациента с наследственной коагулопатией



Рисунок 4.3.13 – Внесение слоя эмали оттенок А3Е композиционного пломбировочного материала Filtek Ultimate при эстетической реставрации зуба 1.3. у пациента с наследственной коагулопатией

26.2. Проводили коррекцию окклюзии и финишную обработку пломбы. Долгосрочность и эстетичность реставраций, препятствовала образованию зубной бляшки, что было крайне важно для больных с НК, у которых в периоды обострения основного заболевания очищение полости рта затруднено, что составляет важнейший фактор прогрессирования воспалительного процесса в пародонте и возникновения дисколорита зубов. В процессе шлифовки пломбы мы стремились улучшить и придать окончательную форму краям и контурам, что делало реставрацию гармоничной, добивались максимального блеска поверхности для того, чтобы улучшить эстетику, уменьшить окрашивание и ретенцию налета (рисунок 4.3.14 и 4.3.15).



Рисунок 4.3.14 – Внешний вид реставрации 1.3 зуба (V класс Блэка) у пациента с наследственной коагулопатией – состояние до полировки



Рисунок 4.3.15 – Внешний вид реставрации 1.3 зуба (V класс Блэка) у пациента с наследственной коагулопатией – состояние после финишной полировки

Правильная форма инструмента для обработки реставраций во фронтальном отделе зависит от типа обрабатываемой поверхности. Для вестибулярной поверхности резцов отдавали предпочтение длинным конусовидным борам с прямой гранью, которые легко позволяли контурировать прямую форму. Для обработки пришеечной области также использовали конусовидный, но гораздо меньшего размера финишный бор. Для создания соответствующей кривизны при обработке оральной поверхности лучше всего подходил округлый бор. Для окончательной обработки реставраций использовали новые 10 – и 20 – гранные твердосплавные боры Safe-End (SS White). Так, 10 гранные боры Safe-End без особых усилий позволяли снимать излишки композита с поверхности реставраций, определяя ее окончательные размеры и форму. С помощью 20-гранных боров Safe-End завершали процесс полировкой поверхности пломбы, снимая лишь незначительные неровности. После полноценной ретракции десны наличие безопасного окончания на вершине финиров способствовало корректному снятию композита в поддесневой области, без травмы и кровоточивости маргинального края десны и круговой связки.

Эффективная окончательная обработка реставрации проводилась полировочными дисками и полосками с пастами, 3M™ESPE™ Sof-Lex™ Finishind&Polishing System. Для придания блеска реставрации использовали полировочные головки Kenda Dental Polishers (Kenda).

27.2. Проводили фторирование эмали на границе пломба-зуб лаком Gluma Desensitizer (Heraeus Kulzer).

28.2. Обсуждали с пациентом его удовлетворенность результатом лечения; методом анкетирования определяли самооценку пациента удовлетворенности качеством эстетической реставрации.

29.2. Давали рекомендации по гигиене полости рта в домашних условиях. Проводили постановку на диспансерный учет у врача-стоматолога (контрольные осмотры через 1 неделю, через 6 месяцев после реставрации).

30.2. По показаниям, пациентов с исходно определяемой дисфункцией ВНЧС, а также у лиц с проявившимся в ходе лечения болевым симптомом в области

ВНЧС после завершения эстетической РЗФГ направляли на курс физиотерапии – гальванопелоидтерапии. Способ лечения был основан на анальгезирующем, противовоспалительном и рассасывающем сочетанном действии двух физических факторов – постоянного электрического тока и иловосульфидной грязи (патент на изобретение №2457005 от 01.04.2011) озера Нижнеивкинское, которая соответствует требованиям ГОСТ и относится к маломинерализированным иловым сульфидным грязям. Для грязелечения использовали аппарат «Поток-1» (Россия). Продолжительность лечебной процедуры для коррекции миофасциального болевого симптома ВНЧС варьировала от 10 до 30 минут, количество процедур 10-20, через день (рисунок 4.3.16).



Рисунок 4.3.16 – Проведение процедуры гальванопелоидтерапии с помощью оригинального устройства для лечения заболеваний ВНЧС у пациентов с наследственными коагулопатиями

Для комфортного (эффективного и безопасного для пациентов с НК) проведения процедуры гальванопелоидтерапии дисфункций ВНЧС было предложено оригинальное устройство (патент на полезную модель №111000 от 01.04.2011), состоящее из двух тканевых резервуаров с лечебной грязью,

помещаемых в пластмассовые емкости, оригинальным способом подключенных к аппарату для гальванизации.

30.3. Этапная оценка (на 7-ой день и 6-ой месяц) психоэмоционального состояния пациентов, завершивших эстетическую реставрацию зубов в зоне улыбки по шкале Кораха.

30.4. Этапное анкетирование (через 7 дней и 6 месяцев) пациента по специализированному опроснику КЖ ОНIP-14-aesthetic-RU.

В качестве клинической иллюстрации эффективности прямой эстетической РЗФГ у пациентов с НК приводили ряд наблюдений (рисунки 4.3.17, 4.3.18, 4.3.19)



Рисунок 4.3.17 – Пациент Л-в В.С., 25 лет.

Диагноз: гемофилия А средней степени тяжести; КПУфз = 4.

Зубные признаки утраты эстетики улыбки:

- Зуб 1.1 – кариес дентина III класс Блэка (с наличием полости на контактной и небной поверхностях зуба);
- Зуб 2.1 – композитная реставрация дефекта III класса Блэка в неприемлемом состоянии по критериям Ruge: анатомическая форма – оценка Tango, поверхность и цвет – оценка Victor (несоответствие цветотекстурных характеристик реставрации и тканей зуба), краевая адаптация – оценка Victor (по краю реставрации – вторичный кариес);
- Зуб 2.2 – композитная реставрация дефекта III класса Блэка в неприемлемом состоянии по критериям Ruge: анатомическая форма – оценка Tango, поверхность и цвет – оценка Victor (несоответствие цветотекстурных характеристик реставрации и тканей зуба), краевая адаптация – оценка Victor (по краю реставрации – вторичный кариес).

Заключение: пациент нуждается в незамедлительной замене реставраций зуба 2.1 и 2.2 и эстетической реставрации кариозного дефекта зуба 1.1

Состояние до лечения



Рисунок 4.3.18 – Тот же пациент. КПУфз=4. Состояние *непосредственно после прямой эстетической реставрации* кариозного дефекта зуба 1.1 нанокomпозитом Filtek Ultimate (3M ESPE)



Рисунок 4.3.19 – Тот же пациент. *Ближайшие результаты прямой эстетической реставрации* зубов 1.1 и 2.1.

25.1. При проведении прямой двухэтапной (отсроченной) реставрации зубов с использованием компомеров - для временной реставрации и композитных материалов - для постоянной реставрации после проведения адгезивной техники в полость послойно вносили компомер Dyract eXtra (Densply) и проводили его светополимеризацию.

Материал Dyract eXtra (Densply) – светоотверждаемый реставрационный компомер, сочетающий в себе компенсацию усадки и кариесстатическое действие, характерные для стеклоиономеров, с прочностью и эстетикой композитов. Свойства материала, обосновывающие целесообразность его применения для эстетической РЗФГ у пациентов с НК: показания для реставрации полостей всех классов ЗФГ, хорошая адаптация в полости, влагоустойчивость, низкий уровень усадки и продолжительные (до 2-х месяцев выделения ионов фтора) антикариозные свойства, хорошая цветостабильность, отличная полируемость поверхности, высокая эстетичность за счет большого выбора оттенков. Свойство Dyract eXtra выделять фтор (0,9 мкг/см² в неделю) обеспечивает профилактику развития вторичного кариеса. Благодаря эффекту «хамелеона» (8 эмалевых оттенков по шкале Vita и двух опаковых оттенков) он отвечает требованиям большинства клинических ситуаций, наблюдаемых у пациентов с НК.

26.1. Проводили коррекцию окклюзии, финишную обработку пломбы согласно пункту 26.2 алгоритма.

27.1. Проводили фторирование эмали на границе пломба-зуб лаком Gluma Desensitizer (Heraeus Kulzer).

28.1. Обсуждали с пациентом удовлетворенность результатом лечения, самооценка пациента удовлетворенности качеством эстетической реставрации.

29.1. Давали рекомендации по гигиене полости рта в домашних условиях. Проводили постановку на диспансерный учет у врача-стоматолога (контрольные осмотры через 1 неделю, через 6 месяцев, после реставрации). Объясняли, что для достижения максимального результата эстетики реставрации необходимо будет верхнюю часть материала реставрации заменить более эстетичным материалом

после того, как пациент восстановит гигиеническое состояние в полости рта, а десна «придет» в нормальное состояние.

30.1. По показаниям, в случае появления артралгического симптома ВНЧС во время и по завершению эстетической реставрации пациенту выдавали направление на курс физиотерапии (гальванопелоидтерапии). Продолжительность процедуры составила 10-30 минут, курсом 10-20 дней через день.

Каждый месяц пациенты, которым проводилась двухэтапная отсроченная реставрация зубов, приглашались на проведение профессиональной гигиены для профилактики развития воспалительных заболеваний пародонта. Ежемесячно пациентам проводилась профессиональная гигиена полости рта с использованием мелкозернистой пасты для чистки и полирования зубов Clinpro® Prophy Paste (3M ESPE), разработанной специально для удаления интенсивного дисколорита от пищевых красителей, оказывающей слабое абразивное воздействие на эмаль и дентин. Паста не нарушает поверхностную структуру реставраций, сохраняет блеск и эстетику, выделяет фтор во время чистки для противокариозного действия и снижения чувствительности, которая может возникнуть во время чистки.

31.1. Через 6 месяцев пациентов, которым проводилась отсроченная реставрация зубов, приглашали для завершения 2-го этапа лечения (реставрации). Проводили подготовку к лечению.

31.1.1. Фотодокументирование промежуточной клинической ситуации

31.1.2. Проведение профессиональной гигиены полости рта с использованием ультразвукового скалера.

31.1.3 Подбор атравматичных инструментов для эстетической реставрации зубов

31.1.4. Определяли цвет, форму зубов, состояние реставраций ФЗГ, десневую эстетику, окклюзионные контактов, состояние прикуса, ВНЧС.

32.1. Если подготовка соответствовала плану лечения проводили интралигаментарную анестезию (см. п.12 алгоритма).

33.1. После оценки состояния зуба, шаровидным алмазным бором с помощью турбинного наконечника на высоких скоростях (число оборотов бора в минуту 300

000) с обязательным водяным охлаждением снимали верхнюю часть пломбы из компомера с таким расчетом, чтоб для слоя композита осталось пространство толщиной не менее 2 миллиметров (преимущественно до эмалево-дентинной границы). Оставшаяся часть компомера служила изолирующей подкладкой. Если пломба из компомера располагалась под десной или около десны, применяли методику открытого сэндвича – поддесневую или придесневую часть компомера оставляли, не перекрывая ее композиционными материалами.

34.1. После препарирования кариозной полости пациентам с НК делали 5-10-минутный перерыв в лечении для разгрузки височно-нижнечелюстного сустава и релаксации мышц, для профилактики болевой дисфункции и воспалительно-дегенеративных изменений ВНЧС.

35.1. При быстрой утомляемости, появлении болевого симптома в ВНЧС, в полость рта пациента вводили разработанное нами совместно с группой соавторов специальное устройство для удержания нижней челюсти в открытом положении – разгрузочную капу (см. п.16 алгоритма).

36.1. Создание абсолютной изоляции от слюны с использованием OptraGate (Ivoclar Vivadent). Также аккуратно использовали слюноотсос и ватные шарики (см. п.17 алгоритма).

37.1. Обеспечение гемостаза и контроль за десневой жидкостью с использованием хлопчатобумажных нитей Gingi – Plain (Gingi-Pak) и гемостатических жидкостей Astringedent (Ultradent), Viscostat Clear (Ultradent), а также атравматичного инструмента для упаковывания нитей Fischer's Ultrapak Packers (см. п.18 алгоритма).

38.1. Обработку полости проводили антисептиком – раствором хлоргексидина биглюконата 0,05% и дистиллированной водой.

39.1. Высушивали отпрепарированную полость струей воздуха.

40.1. Устанавливали атравматичные клинья и матрицы (по показаниям).

41.1. Вносили в полость однокомпонентную самопротравливающую адгезивную систему Adper™ Easy One (3M ESPE™) с последующей ее светополимеризацией.

42.1. Восстанавливали анатомическую форму зуба с использованием традиционных композитных пломбировочных материалов, причем обоснованно материалом выбора для пациентов с НК стал универсальный наноуполненный композит Filtek™ Ultimate (3M ESPE), вносимый путем послойного нанесения с последующей полимеризацией (см п.25.2 алгоритма).

43.1. Коррекция окклюзии, финишная обработка пломбы полировочными дисками и полосками с пастами, 3M™ESPE™ Sof-Lex™ Finishind&Polishing System. Для придания блеска реставрации использовали полировочные головки Kenda Dental Polishers (Kenda).

44.1. Фторирование эмали на границе пломба-зуб лаком Gluma Desensitizer (Heraeus Kulzer).

45.1. Обсуждение с пациентом удовлетворенности результатами лечения, самооценка пациента удовлетворенности качеством эстетической реставрации.

46.1. Рекомендации по гигиене полости рта, постановка на диспансерный учет, назначение на контрольный осмотр через 6 месяцев.

47.1. По показаниям направляли на курс физиолечения (гальванопелоидтерапии) для коррекции дисфункций сустава после проведенной реставрации зубов. Продолжительность процедуры составила 10-30 минут, курсом 10-20 дней через день (см п.30.2 алгоритма).



Рисунок 4.3.20 – Пациент А-в М.В., 37 лет.

Диагноз: гемофилия В средней степени тяжести; КПУфз = 4.

Зубные признаки утраты эстетики улыбки:

- зуб 1.1 – композитная реставрация дефекта V класса Блэка в приемлемом состоянии по критериям Ruge: анатомическая форма оценка Sierra, поверхность и цвет – оценка Sierra (хорошие цвето-тектурные характеристики пломбы), краевая адаптация – оценка Sierra (зона перехода пломбы в ткань зуба не определяется);
- зуб 1.1. – композитная реставрация дефекта III класса Блэка в неудовлетворительном состоянии по критериям Ruge: анатомическая форма – оценка Sierra, поверхность и цвет – оценка Tango (легкий цветовой диссонанс), краевая адаптация – оценка Tango (наличие щели и изменение на границе пломба/зуб)
- зуб 1.2 – кариес дентина по III класс Блэка
- зуб 2.1. – клиновидный дефект в пришеечной области коронки, требующий эстетической реставрации
- зуб 2.1 – композитная реставрация дефекта IV класса Блэка в неприемлемом состоянии по критериям Ruge: анатомическая форма – оценка Tango, поверхность и цвет – оценка Victor (пломба подвижна, не соответствует цвето-тектурным характеристикам зуба), краевая целостность – оценка Tango (нарушена в области режущего края коронки)
- зуб 2.2 – композитная реставрация дефекта III класса Блэка в ----: анатомическая форма – оценка Sierra, поверхность и цвет – оценка Victor (несоответствие цвета реставрации тканям зуба, наличие пигментированного ободка), краевая целостность – оценка Victor (по краю реставрации – вторичный кариес)

Заключение: пациент нуждается в незамедлительной замене реставраций зубов 2.1, 2.2, профилактической замене реставрации зуба 1.1, в эстетической реставрации кариозного дефекта (III класс Блэка) зуба 1.2.



Рисунок 4.3.21 – Тот же пациент. *Состояние коронок зубов в зоне улыбки после поэтапной эстетической реставрации.*

С учетом эстетической значимости изменений цвета эмали ЗФГ при кариесе в стадии пятна у пациентов с НК в рамках настоящего исследования проведена оценка эффективности лечения 47 зубов (39 – у лиц основной группы, и 8 – у лиц из группы сравнения) с эстетически значимой очаговой деминерализацией эмали методом кариес-инfiltrации материалом Icon (DMG). Принцип действия технологии основан на пропитывании зоны деминерализации специальным жидкотекучим композитом после предварительного протравливания поверхностного, высокоминерализованного слоя эмали.

По некоторым данным [107], использование технологии кариес-инfiltrации при начальных стадиях кариеса приводит к ремоделированию микроструктуры деминерализованной эмали, обеспечивает оптимальный эстетический результат в кратчайшие сроки (по завершению лечебного сеанса), сопровождается улучшением стоматологических составляющих КЖ у пациентов с кариесом ЗФГ, гарантирует отличные и хорошие эстетико-функциональные результаты в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения у 82% пациентов.

Разработанный клинический алгоритм представлен на рисунках 4.3.22, 4.3.23, 4.3.24, 4.3.25, 4.3.26.

Алгоритм комплексной эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями

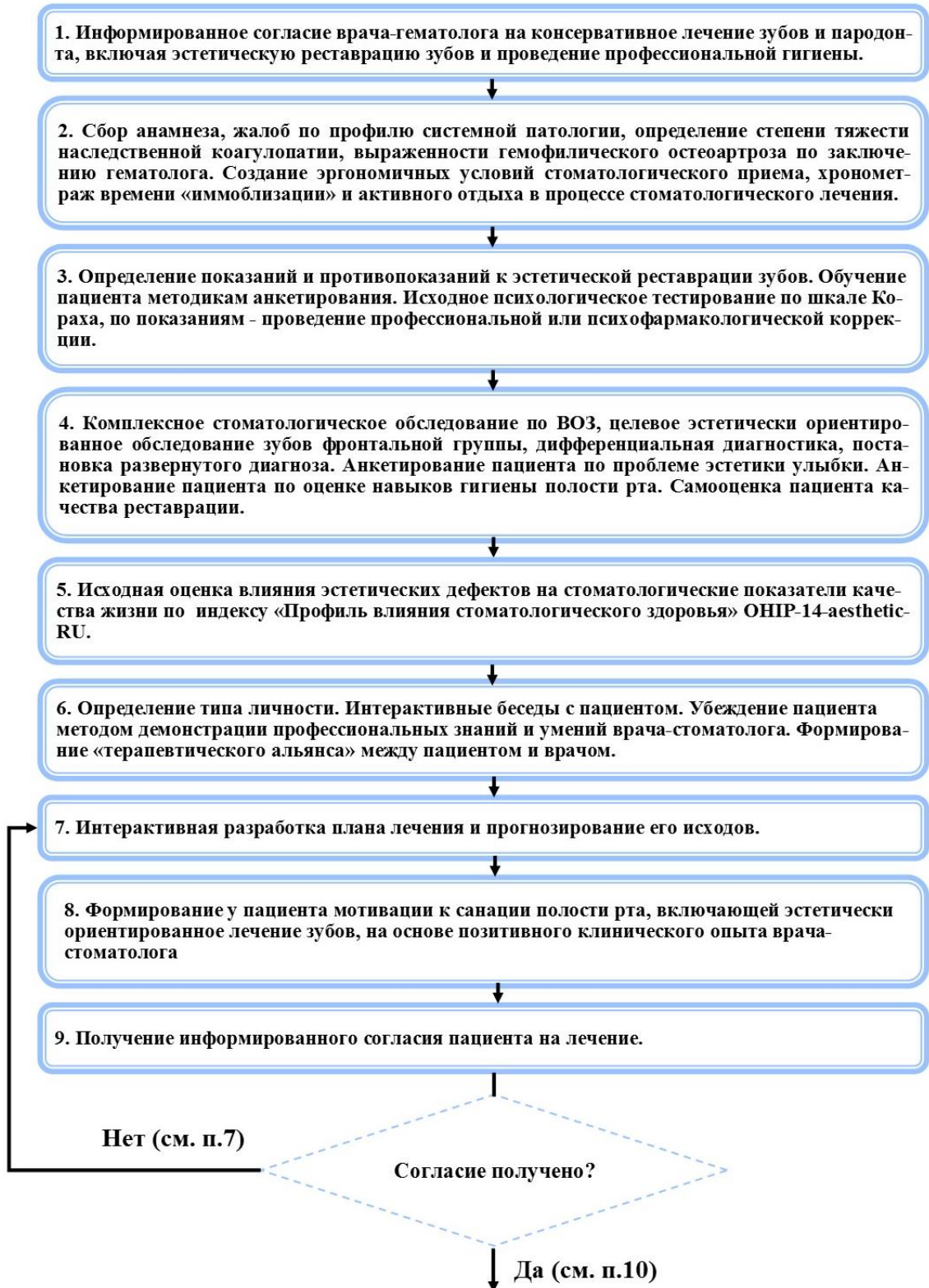


Рисунок 4.3.22 – Алгоритм проведения эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями (1)

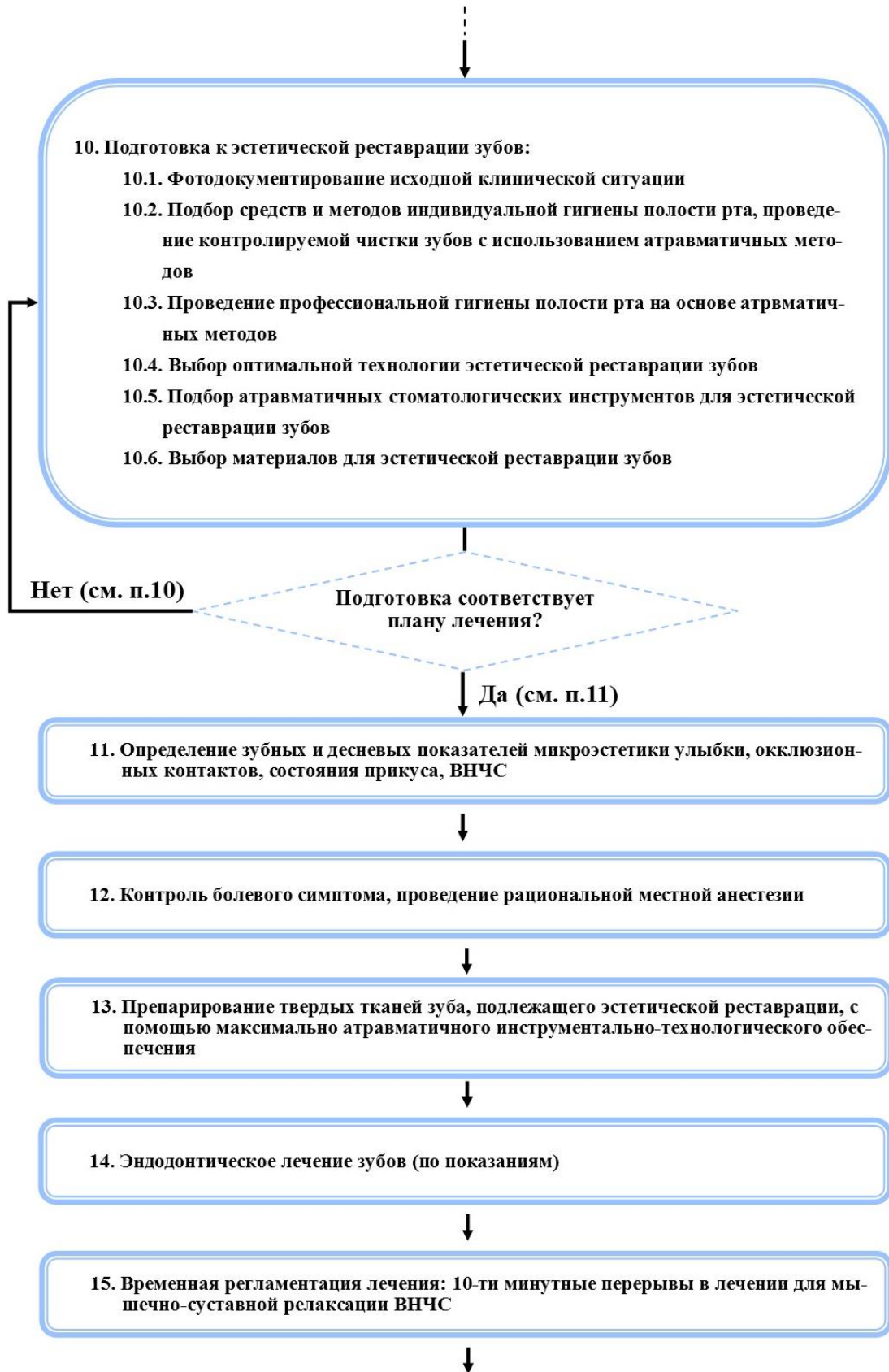


Рисунок 4.3.23 – Алгоритм проведения эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями (2)



Рисунок 4.3.24 – Алгоритм проведения эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями (3)

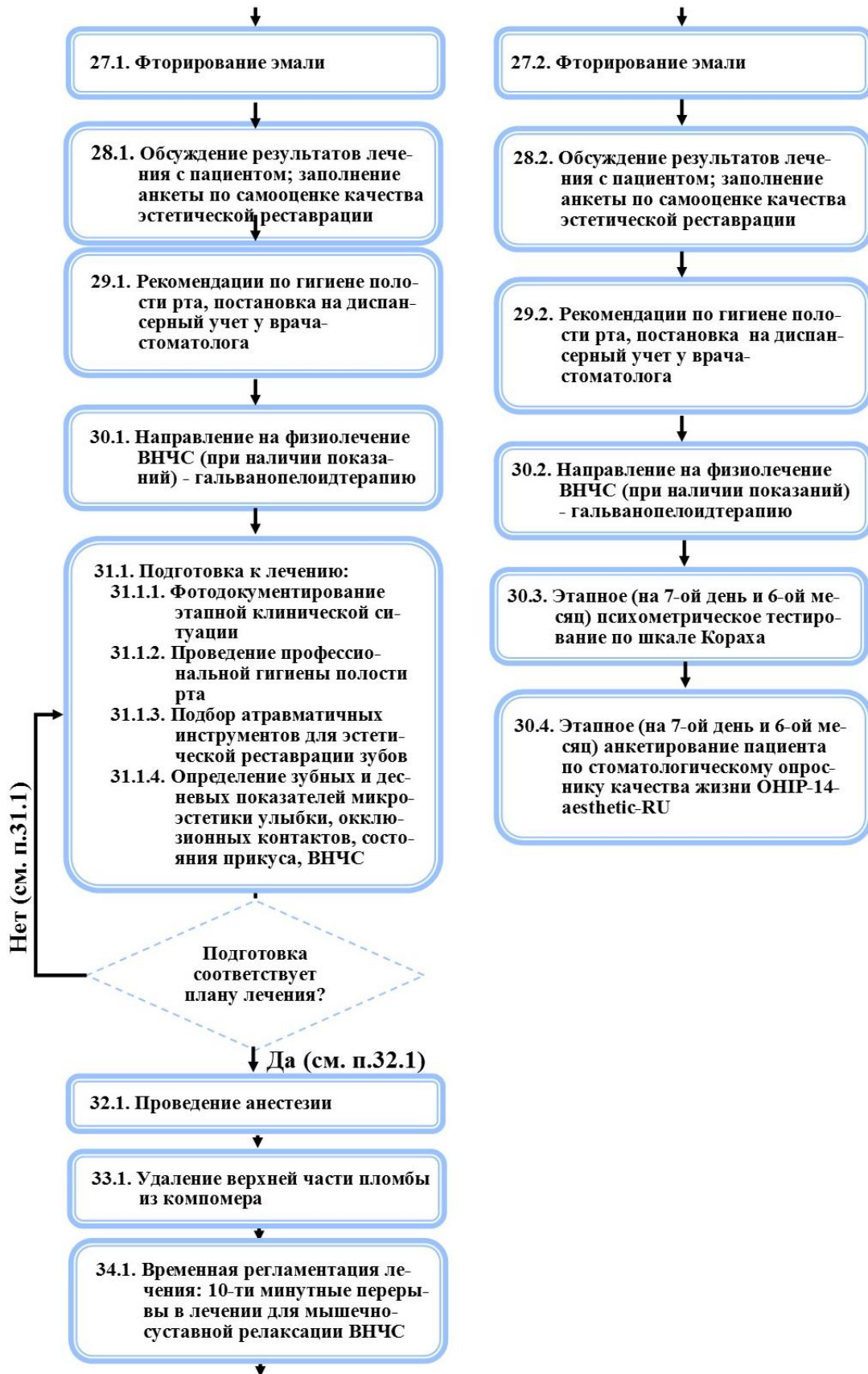


Рисунок 4.3.25 – Алгоритм проведения эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями (4)

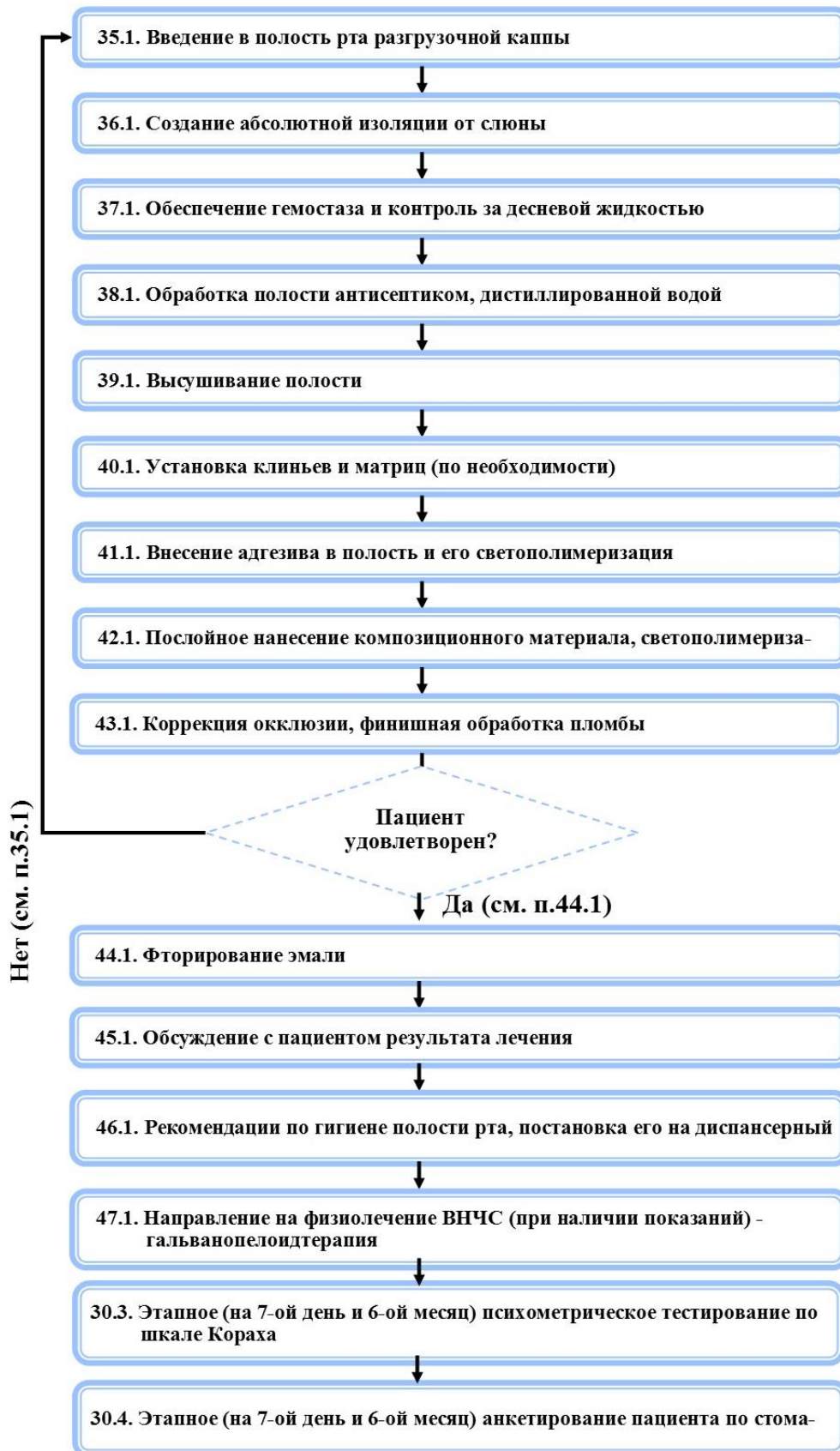


Рисунок 4.3.26 – Алгоритм проведения эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями (5)

Тактика действия при реализации в технологии ICON у пациентов с НК, имеющих очаги деминерализации эмали на ЗФГ, с 1 по 12 пункты соответствуют алгоритму комплексной эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями (рисунок 4.3.27, 4.3.28).

13. Изоляцию рабочего поля проводили с помощью латексной завесы OptraGate (Ivoclar Vivadent), которая обеспечивала надежное и безболезненное изолирование СОПР на время санационных мероприятий, изолирование слизистой от воздействия химических и механических санационных факторов, использовали жидкий коффердам, который в последующем светополимеризовали (3М ESPE Elipar FreeLight); применяли слюноотсос и ватные шарики.

14. Осуществляли гемостаз и контроль за десневой жидкостью жидкостью с использованием хлопчатобумажных нитей Gingi – Plain (Gingi-Pak) и гемостатических жидкостей Astringedent (Ultradent), Viscostat Clear (Ultradent), а также атравматичного инструмента для упаковывания нитей Fischer's Ultrapak Packers.

15. Кондиционирование поверхностного слоя эмали проводили путем нанесения на пятно раствора соляной кислоты Icon-Etch (DMG) с экспозицией на 2 минуты – при типичных белых кариозных пятнах и с экспозицией на 4 минуты – при пигментированных пятнах на вестибулярной поверхности [107].

16. Далее проводили смывание геля Icon-Etch водой в течение 30 секунд.

17. Высушивали зону кариозного пятна 99% этиловым спиртом (Icon-Dry, DMG)

18. Наносили первую порцию инфильтранта (время экспозиции – 3 минуты) с последующей фотополимеризацией 40 секунд (Megalux Soft-Start (3М ESPE).

19. Вторую порцию инфильтранта наносили с экспозицией в 1 минуту, проводили фотополимеризацию 40 секунд.

20. Процедуру обработки проинфильтрованного участка эмали проводили с помощью полировочных атравматичных штрипсов Finishind&Polishing System (3М ESPE) и полировочных головок Kenda Dental Polishers (Kenda) с последующим

фторированием эмали на границе пломба-зуб лаком Gluma Desensitizer (Heraeus Kulzer).

21. Давали рекомендации пациенту по гигиеническому уходу за ПР, проводили постановку на диспансерный учет у врача - стоматолога.

В качестве примера эффективного эстетического результата кариес-инfiltrации очаговой деминерализации эмали приводим рисунок 4.3.27 и 4.3.28.



Рисунок 4.3.27 – Кариес в стадии пятна зубы 3.2, 3.3. у пациента с наследственной коагулопатией до лечения методом кариес-инfiltrации



Рисунок 4.3.28 – Восстановление единой цветовой гаммы 3.2, 3.3, 3.4 зубов у пациента с наследственной коагулопатией после процедуры кариес-инfiltrации

Алгоритм кариес инфильтрации кариозного пятна на зубах фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями представлен на рисунках 4.3.29 и 4.3.30.

Алгоритм кариес-инфильтрации очаговой деминерализации эмали на зубах фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями

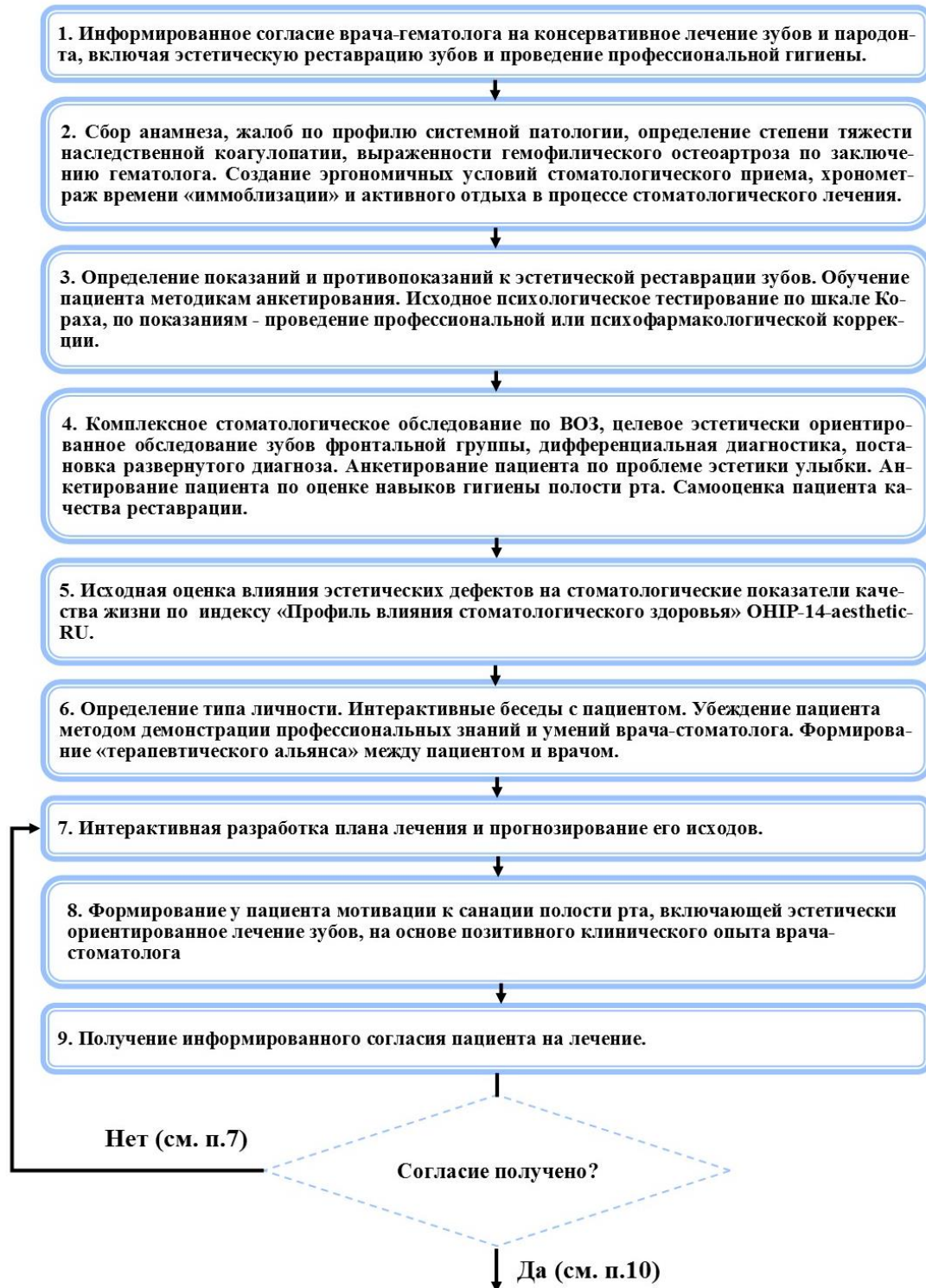


Рисунок 4.3.29 – Алгоритм кариес-инфильтрации кариозного пятна на зубах фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями (1)

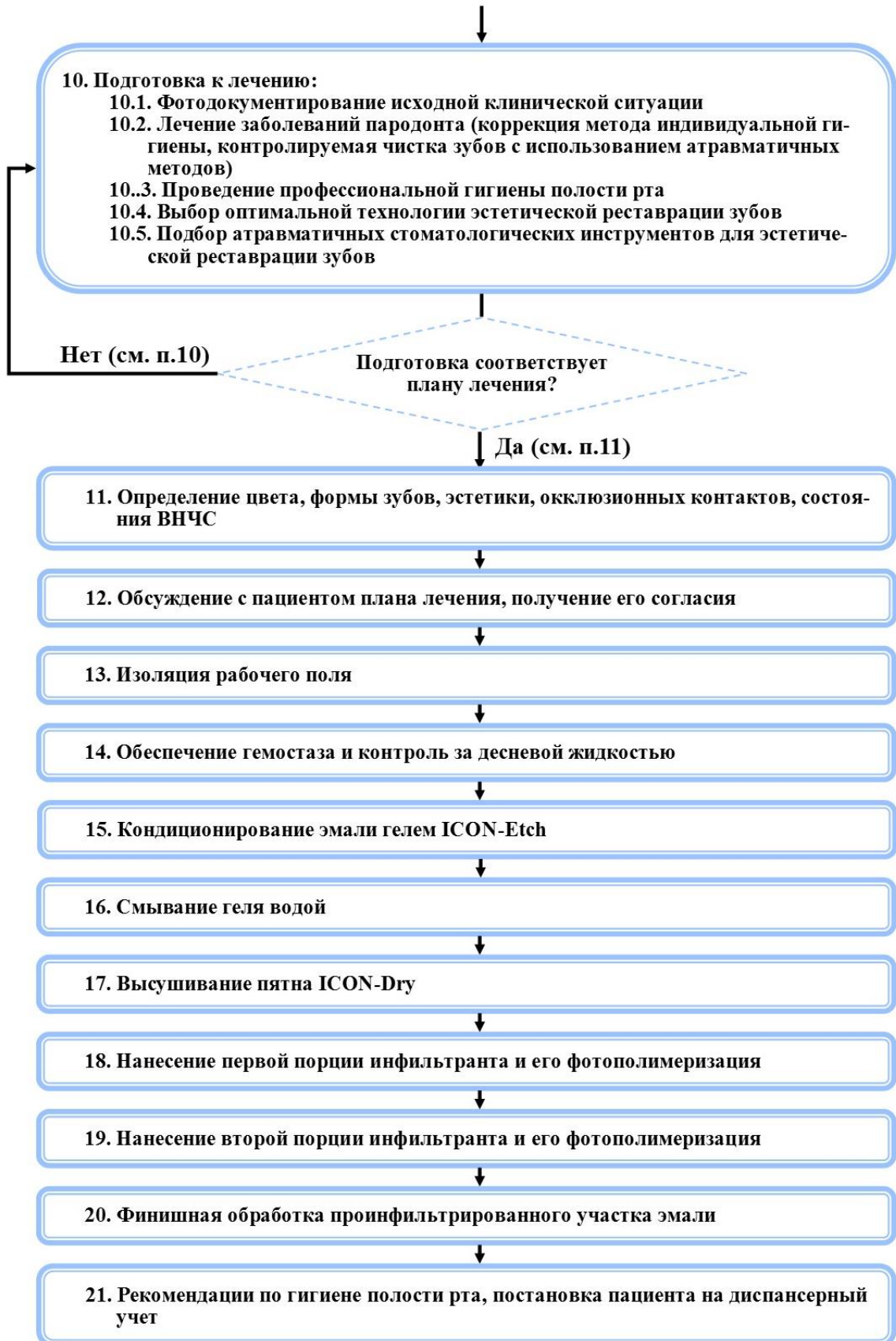


Рисунок 4.3.30 – Алгоритм кариес-инfiltrации кариозного пятна на зубах фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями (2)

Разработанные на научной основе с применением методов доказательной медицины алгоритмы эстетической РЗФГ должны стать основой для соблюдения технологии проведения прямой эстетической РЗФГ и оценки ее качества, обеспечивать гарантии качественного выполнения реставрационных работ с достижением высоких эстетико-функциональных результатов, улучшением психоэмоционального статуса и качества жизни лиц, страдающих НК, формированием стойкой мотивации к поддержанию стоматологического здоровья и регулярному посещению врача-стоматолога.

44. Комплексная оценка эффективности эстетической реставрации зубов фронтальной группы в группах наблюдения

Для решения поставленной задачи комплексной оценки качества (эффективности и безопасности) прямой эстетической реставрации, проводимой в соответствии с разработанными нами и научно обоснованными алгоритмами эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК, проведено открытое одноцентровое проспективное нерандомизированное контролируемое клинко-социологическое исследование. Для его реализации сформировано 2 группы наблюдений: *основная* (50 мужчин и 9 женщин в возрасте от 18 до 42 лет, имеющих одну из клинических форм НК (ГА, ГВ, БВ)), у которых по итогам целевого эстетически ориентированного стоматологического обследования определены показания к прямой эстетической реставрации ЗФГ, и *группа сравнения* – 45 мужчин и 15 женщин в возрасте от 19 до 43 лет, соматически сохранных, обратившихся за стоматологической помощью по поводу эстетических дефектов ЗФГ и имеющих показания к прямой эстетической реставрации этих зубов. Пациентам основной группы, страдающим заболеванием системы крови, в соответствии с разработанным нами оригинальным алгоритмом проведена прямая эстетическая реставрация 166 дефектов зубов в зоне улыбки, причем 97 (58,4%) эстетических дефектов отреставрировано по методике прямой одномоментной

послойной реставрации (1-ая п/группа основной группы), 69 (41,6%) – методом прямой двухэтапной отсроченной послойной реставрации (2-ая п/группа основной группы).

Пациентам группы сравнения в соответствии с традиционным алгоритмом эстетической реставрации [129,161,176,184] проведена прямая одноэтапная послойная эстетическая реставрация 91 дефекта ЗФГ, результаты которой сопоставлялись с таковыми у лиц 1-ой п/группы основной группы. Использованы стандартные условия отбора пациентов для включения в группы исследования, соответствующие критериям включения и исключения. Пациента, входящие в группы/подгруппы наблюдения, были сопоставимы по возрастно-половым характеристикам и, в целом, по клинико-топографическим характеристикам эстетических дефектов кариозного и некариозного происхождения, некачественных реставрация ЗФГ. Прямые эстетические реставрации эстетических дефектов зубов пациентов обеих групп были выполнены с использованием материала Filtek Ultimate (3М ESPE), который у пациентов 1-ой п/группы основной группы и пациентов группы сравнения использовали в технике прямой одноэтапной послойной реставрации (сэндвич-техника) совместно с СИЦ (Vitremer, 3М ESPE), а у пациентов 2-ой п/группы основной группы – в технике прямой отсроченной послойной реставрации в комбинации с компомером (Dyract eXtra, Dentsply).

Мониторинг качества эстетических реставраций у пациентов сравниваемых групп и п/групп проведен на следующих точках отсчета: через неделю (ближайший результат, для пациентов обеих групп), через 6 (отдаленный результат для лиц группы сравнения и 1-ой п/группы и промежуточный результат для лиц 2-ой п/группы) и 12 (отдаленный результат для лиц 2-ой п/группы основной группы) месяцев после завершения комплексной эстетической реставрации. Клиническая оценка качества эстетической РЗФГ проведена на основе международной оценочной системы по критериям Ryge (1980), используемой на первых этапах исследования для экспертизы качества ранее проведенных и тестируемых при первичном посещении пациентов обеих групп 175 реставраций ЗФГ.

Учитывая комплексный подход к проведению эстетической реставрации, включающий целый спектр лечебно-профилактических мероприятий по коррекции гигиенического и пародонтологического статуса, психоэмоционального состояния у пациентов в группах наблюдения, на всех точках отсчета анализировали состояние десневых признаков ЭУ (индекс РМА, индекс гигиены, индекс Ktschke).

Объективная профессиональная клиническая оценка качества эстетической РЗФГ у пациентов в группах наблюдения на 1-м этапе наблюдения подтверждена психометрическими методами: по результатам балльной самооценки удовлетворенности пациента качеством проведенной реставрации, самооценки пациентом эстетики улыбки, а также по результатам психологического тестирования (уровень стоматологической тревожности) стоматологического пациента по шкале Кораха. На 2-м и заключительном этапах, в дополнение к комплексной клинической оценке качества реставрации ЗФГ определяли характер и выраженность влияния проведенного комплексного эстетического лечения на стоматологические показатели КЖ по специализированному опроснику «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU, оценивающему влияние эстетически значимых дефектов в зоне улыбки и их успешной коррекции на изменение стоматологических составляющих КЖ пациента.

4.4.1. Динамика показателей качества комплексной эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов с наследственными коагулопатиями

Динамический анализ показателей (объективных и субъективных) качества комплексной прямой эстетической реставрации зубов у пациентов с НК проведен с учетом: объективных клинических критериев Ryge; самооценки пациентом качества и удовлетворенностью проведенного эстетического лечения, а также состояния эстетики улыбки; изменений индекса совокупной утраты эстетики улыбки и показателя DAS, отражающего уровень реактивной тревожности

пациента по стоматологической шкале Кораха. Мониторинг заявленных показателей проводился: в основной группе – отдельно, т.е. применительно к пациентам первой подгруппы, завершившим комплекс мероприятий с прямой одноэтапной послойной эстетической РЗФГ, и к пациентам второй подгруппы основной группы, которым проведена прямая отсроченная (двухэтапная) РЗФГ; в группе сравнения, которым проведена прямая одноэтапная послойная РЗФГ с дефектами кариозного и/или некариозного происхождения, с некачественными пломбами.

4.4.1.1. Динамика показателей качества прямой (одноэтапной) эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов первой подгруппы основной группы

Результаты оценки качества прямой одномоментной реставрации 97 дефектов у пациентов *1-ой п/группы основной группы* в различные сроки наблюдения по критериям Ryge представлены в таблице 4.4.1.1.1.

При оценке прямой одномоментной эстетической РЗФГ у пациентов первой п/группы основной *группы в ближайшие (1 неделя) сроки наблюдения* во всех случаях (100,0%) зафиксированы превосходные результаты по критерию анатомической формы – соответствие геометрии композитной реставрации анатомической форме зуба; соответствие оттенка и световой проницаемости пломбы таковым у прилегающих структур зуба, а также гладкая поверхность реставрации; при оценке краевого прилегания зонд не задерживался на границе пломба/зуб, не было видимой щели между ними, т.е. в 100,0% реставрации получили оценку превосходно (Romeo) по оценочным критериям Ryge.

Таблица 4.4.1.1.1 – Оценка качества прямой одноэтапной реставрации зубов фронтальной группы у пациентов первой п/группы основной группы (абс. число, % реставраций) в различные сроки наблюдения по критериям Ryge

Сроки наблюдения	Клинический критерий	Romeo		Sierra						Tango						Victor	
				SPO		SMM		SDIS		TPIT		TMM		TPEN			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 неделя	Анатомическая форма	97	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Краевая целостность	97	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Поверхность и цвет	97	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 месяцев	Анатомическая форма	97	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Краевая целостность	90	92,8 p<0,001	-	-	-	-	5	5,2	-	-	-	-	2	2,1	-	-
	Поверхность и цвет	91	93,8 p<0,001	-	-	4	4,1	-	-	2	2,1	-	-	-	-	-	-

Примечание: p – достоверность различий между результатами оценки в различные сроки и исходными данными.

При оценке гигиенического состояния полости рта у пациентов первой п/группы основной группы через неделю после проведенной комплексной РЗФГ обращает на себя внимание достоверное снижение его значений до $1,40 \pm 0,20$ (хороший уровень ГПР) в сравнении с исходными его показателями ($2,24 \pm 0,35$), соответствующим неудовлетворительной ГПР.

Средняя величина индекса РМА у пациентов первой п/группы основной группы после проведенной комплексной эстетической РЗФГ в ближайшие сроки наблюдения составила $13,72 \pm 1,50\%$, что соответствует легкой степени тяжести гингивита. В то время как исходно перед проведением комплексного эстетически ориентированного лечения величина индекса РМА у этих лиц имела достоверно ($p < 0,001$) более высокие значения ($30,75 \pm 1,27\%$) и соответствовала средней степени тяжести гингивита. Соответственно этим позитивным объективным изменениям пародонтологического и гигиенического статуса визуально отмечали восстановление цвето-текстурных и контурно-топографических параметров десневой эстетики, что можно объяснить тем, что пациентам (по показаниям) было проведено комплексное противовоспалительное лечение гингивита, пациенты получили конкретные, выполнимые и контролируемые знания и навыки по гигиеническому уходу за полостью рта, были рекомендованы необходимые средства индивидуальной ГПР, даны рекомендации по уходу за ПР в домашних условиях. В процессе эстетической реставрации и лечения кариеса зубов иной локализации были устранены источники хронической одонтогенной инфекции, травмирующие факторы, острые края коронок зубов и др. Таким образом, комплексный подход к эстетической РЗФГ сопровождался улучшением и других важных показателей стоматологического здоровья.

Пациентам также было предложено самостоятельно (в баллах) оценить эффективность, качество, комфортность проведенной им комплексной эстетической РЗФГ по оригинальной анкете [43]. На основании полученных данных самооценки качества реставраций и удовлетворенности пациента проведенным методом лечения мы получили следующие результаты: высокий уровень удовлетворенности эстетикой восстановленных зубов («отличная работа

стоматолога», $20,02 \pm 0,27$ баллов) отметили 100,0% пациентов с НК, успешно завершивших комплекс лечебных мероприятий в процессе одноэтапной эстетической реставрации зубов композитными материалами (и/или лечение начального кариеса зубов методом кариес-инfiltrации). Пациенты отмечали, что проведенная врачом-стоматологом работа, а также их собственное участие в планировании и обсуждении прогнозов лечения, в определенной мере повысила их самооценку, улучшила коммуникативный потенциал. Таким образом, объективные оценки врача-стоматолога качества проведенного лечения совпадали с объективно позитивными оценками пациентов.

После успешно проведенной комплексной эстетической РЗФГ у пациентов первой п/группы основной группы проанализировали их отношение к эстетическим изменениям в ПР (по анкете эстетики улыбки). Результаты анкетирования показали, что абсолютное большинство (91,1%) пациентов оказались довольны своей внешностью, видом передних зубов и прикусом, а полученный по окончании лечения результат достоверно отличался от исходных данных. 24,4% пациентов стали считать свою улыбку наиболее привлекательной чертой лица, их устраивала форма и цвет зубов, никто из пациентов не хотел изменить свою улыбку и были довольны ею. 100% пациентов были удовлетворены качеством выполненных реставраций, имеющихся на ЗФГ. Также в 100% случаев пациенты высказали удовлетворенность состоянием десны, и только лишь 7,3% отметили легкую периодическую кровоточивость десен во время чистки зубов. 9,8% пациентов продолжали беспокоиться тем, что окружающие могли заметить недостатки зубов и улыбки в целом, чаще это было связано с частичной вторичной адентией зубов, эти пациенты направились на лечение к ортопеду-стоматологу. Никто из пациентов не дал положительного ответа на вопрос «Ограничивает ли Вы свои контакты из-за неудовлетворительного состояния зубов и некрасивой улыбки?». 90,2% пациентов чувствовали себя уверенно, когда улыбались. 29,3% продолжали считать, что у кого-то улыбка лучше, чем у них, сравнивая свою улыбку с улыбкой знакомых и коллег.

По завершению комплексного эстетически ориентированного стоматологического лечения, на фоне успешной эстетической РЗФГ, проведения коррекционных мероприятий по профессиональной ГПР, нормализации гигиенического статуса ПР, при отсутствии серьезных осложнений, связанных с проведением стоматологических лечебно-диагностических процедур, на фоне формирующейся мотивации к поддержанию достигнутого состояния ПР, высокой самооценке результатов проведенного стоматологического лечения у пациентов первой п/группы основной группы отмечались позитивные изменения и в психоэмоциональной сфере, что нашло отражение в достоверном ($p < 0,001$) снижении показателя DAS, который составил $7,18 \pm 1,12$ (при значениях $12,47 \pm 1,05$ на период первичного стоматологического обследования).

Таким образом, при субъективной оценке состояния эстетики улыбки после комплексной эстетической реставрации зубов была отмечена позитивная динамика отношения пациентов к красоте улыбки, улучшилось их психоэмоциональное состояние, в целом, пациенты были полностью удовлетворены полученными эстетическими результатами, получили удовлетворение в связи с возможностью достижения поставленной и решенной совместно с врачом-стоматологом цели, были готовы поддерживать достигнутый результат, мониторируя их на этапах диспансерного наблюдения у стоматолога и гематолога.

За счет устранения дисколорита, лечения кариеса и замены некачественных реставраций на ЗФГ, улучшения состояния десневых параметров эстетики улыбки на фоне лечения гингивита достоверно улучшился (хотя и не достиг идеальных значений) показатель совокупной утраты эстетики улыбки, снизившийся на 54,6%.

Через 6 месяцев после завершения комплексной (одноэтапной) эстетической РЗФГ у пациентов с НК, по результатам клинической оценки состояния реставраций в *отдаленные сроки* было отмечено, что превосходной оценке по критерию «Анатомическая форма» по-прежнему соответствовали 100,0% всех выполненных реставраций. В критерии «Краевая целостность» у пациентов первой п/группы основной группы в 5,2% случаев (реставраций) выявлено незначительное (в пределах допустимого) изменение цвета краев между реставрацией и

структурами зуба, в 2,1% – очевидное изменение цвета, выраженное значительно на границе пломба/зуб. По критерию «Поверхность и цвет» в 4,1% – незначительное несоответствие цвета композитной реставрации эстетической характеристике естественного зуба, отсутствие гармоничного цветового перехода от шейки к экватору (мамелоны, зоны прозрачности, имитация трещин), потеря сухого блеска и в 2,1% – поверхность реставрации была шероховатой, изрытой ямками и бороздками, для удаления которых простого сошлифовывания было недостаточно. Среди всех реставраций не установлено ни одного случая выпадения пломбы, рецидива кариеса, а также не было реставраций, получивших оценки «Victor».

Причину возникших к 6-му месяцу отклонений в цвето-текстурных характеристиках реставраций связывали с эпизодами десневых кровотечений у пациентов с НК, ограничивающих возможности качественной ГПР пациентов, считали, что легко провоцируемый геморрагический симптом в ПР неблагоприятно сказывался на цветостабильности реставраций.

Таким образом, полугодовой мониторинг качества проведенного лечения зубов по методике одноэтапной послойной композитной реставрации указывал на стабильно высокие эстетические результаты – 86,6% реставраций, получивших оценку «превосходно» (Romeo) по всем оценочным критериям – идеально сохранены краевая адаптация, поверхность, цвет и анатомическая форма. 9,3% фронтальных реставраций через полгода оценивались как хорошие, снизившие свои исходно «превосходные» характеристики за счет незначительных, но фиксируемых в ходе обследования, цвето-текстурных изменений. 4,2% (4 реставрации) были в неудовлетворительном состоянии, причем половину из них планировали заменить (откорректировать) с профилактической целью, а 2 неприемлемые реставрации были удалены и зубы повторно отреставрированы. Большинство (68,4%) пломб, оцененных по качеству как неприемлемые, восполняли дефекты по IV классу Блэка.

Обращало на себя внимание, что индекс ГПР у пациентов с НК, зафиксированный спустя полгода проведенного лечения, соответствовал

удовлетворительному уровню ($1,60 \pm 0,48$) против $1,40 \pm 0,20$, соответствующему хорошей ГПР сразу после реставрации зубов. У 4,4% пациентов с НК через полгода отмечен плохой уровень ГПР (пациенты с тяжелыми формами гА). Средняя величина индекса РМА у этих пациентов на отдаленных сроках наблюдения составила $13,55 \pm 1,33\%$ (легкая степень гингивита) и не имела достоверных различий в сравнении с непосредственным результатом. Сохранение хороших показателей десневых параметров эстетики улыбки обеспечивалось за счет понимания пациентов о важности поддержания ГПР для избежания развития более тяжелых форм заболеваний пародонта, не только опасных в плане десневых кровотечений, но и обеспечивающих сохранность и эстетичность реставраций и привлекательность улыбки. На этом этапе наблюдения высокий уровень удовлетворенности результатом эстетического лечения отметили 84,4% пациентов с НК.

Спустя полгода после проведенного комплексного эстетически ориентированного стоматологического лечения, при сохранении успешной эстетической реставрации зубов, поддержании ГПР в хорошем состоянии, при отсутствии серьезных осложнений, связанных с проведением лечебно-диагностических процедур, с учетом сформированной мотивации к поддержанию достигнутого статуса, высокой самооценки результатов лечения у пациентов первой п/группы основной группы сохранялись позитивные изменения психоэмоциональной сферы. Уровень показателя стоматологической тревожности по шкале Кораха достоверно не изменился от уровня, определенного в ближайших результатах, и составлял $7,89 \pm 1,34$, был также достоверно ниже ($p < 0,001$) исходного уровня тревожности (на период первичного стоматологического обследования) – $12,47 \pm 1,05$. Успешное эстетически ориентированное лечение зубов и пародонта сопровождалось у пациентов с НК значительными стабильно позитивными психоэмоциональными изменениями, стойким снижением уровня стоматологической тревожности.

Результаты анкетирования через полгода после лечения показали, что 84,4% пациентов были довольны своей внешностью и видом передних зубов, достоверной

разницы в отличии от первоначального результата (91,1%) выявлено не было. 84,4% пациентов были удовлетворены качеством выполненных реставраций (гладкостью, анатомическим рельефом, цвето-текстурными показателями), имеющих на ЗФГ, высказали удовлетворенность состоянием десны. Только 11,1% пациентов отметили периодическую кровоточивость десен во время чистки зубов.

Таким образом, при отдаленной (через полгода) субъективной оценке состояния эстетики улыбки, при стабильно хороших результатах комплексной эстетической реставрации зубов у пациентов первой п/группы основной группы сохранялась положительная динамика в отношении позитивных эстетических изменений в зоне улыбки, улучшалось их психоэмоциональное состояние, в целом, пациенты были удовлетворены полученным лечением и хотели сохранить эстетические результаты.

Таким образом, оценка качества реставраций в ближайшие и отдаленные сроки у пациентов первой п/группы основной группы показала эффективность и действенность разработанного нами алгоритма реставрации, который минимизировал риск развития гематологических осложнений для пациентов с НК и повышал успех эстетической реставрации, улучшая психоэмоциональный статус пациентов. Осложнения в лечении возникли лишь в 2,1% случаев, были зафиксированы при контрольном осмотре во время оценки отдаленных результатов, они заключались в изменении цветовых параметров реставрации и нарушении качества краевой целостности. Эти реставрации были заменены с целью профилактики рецидива кариеса и появления эстетико-функциональных дефектов на фронтальных зубах.

4.4.1.2 Динамика показателей качества прямой (одноэтапной) эстетической реставрации зубов фронтальной группы у пациентов группы сравнения

Результаты оценки качества прямой одномоментной реставрации у пациентов группы сравнения (91 реставрация) в заявленные сроки наблюдения по критериям Ruge представлены в таблице 4.4.1.2.1.

Таблица 4.4.1.2.1 – Оценка качества прямой одномоментной реставрации фронтальных зубов у пациентов группы сравнения (абс. число, % реставраций) в различные сроки наблюдения по критериям Ruge

Сроки наблюдения	Клинический критерий	Romeo		Sierra						Tango						Victor	
				SPO		SMM		SDIS		TPIT		TMM		TPEN			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 неделя	Анатомическая форма	91	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Краевая целостность	91	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Поверхность и цвет	91	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 месяцев	Анатомическая форма	91	100,0 p<0,001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Краевая целостность	88	96,7 p<0,001	-	-	-	-	2	2,2	-	-	-	-	1	1,1	-	-
	Поверхность и цвет	89	97,8 p<0,001	-	-	2	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: p – достоверность различий между результатами оценки в различные сроки и исходными данными

Все оцениваемые у соматически сохранных лиц по прошествии недели после эстетической РЗФГ реставрации/пломбы были оценены как превосходные, имеющие идеальные характеристики по критериям анатомической формы, краевого прилегания, цвета и поверхности. Ситуация была сопоставима с таковой после недели проведения прямой одномоментной послойной реставрации у пациентов первой п/группы основной группы.

Через 6 месяцев мониторинга качества эстетических РЗФГ у соматически сохранных лиц группы сравнения 94,5% из них были признаны безупречными по всем оценочным критериям, что достоверно превышало показатель 86,6% у пациентов с НК. В удовлетворительном, в целом, отвечающем эстетическим требованиям состоянии, находились 4,4% реставраций, половина из которых имела шероховатую, неровную, тусклую поверхность в сравнении с окружающими тканями зуба (нуждалась в шлифовании и последующем полировании), а вторая половина (2,2%) реставраций демонстрировала признаки нарушения краевого прилегания (появление пигментированного ободка по краю реставрации, задерживание зонда на границе пломба/зуб). Аналогичная, но сопровождающаяся проникновением зонда в щель между тканями зуба и пломбой, реставрация была отнесена к категории неудовлетворительных, требующих замены в профилактических целях. Прямых показаний к незамедлительной замене удовлетворительных и неудовлетворительных реставраций не выявлено. Наиболее выраженные изменения эстетики, также как у лиц с НК, отмечены у реставраций по IV классу Блэка.

Пациенты группы сравнения после успешной эстетической РЗФГ поддерживали необходимый уровень ГПР, пользуясь рекомендациями врача-стоматолога, достоверных различий между исходным значением индекса гигиены до начала эстетического лечения ($1,10 \pm 0,31$) и зафиксированным через неделю значением ($1,10 \pm 0,13$) не выявлено. Средняя величина индекса РМА у пациентов группы сравнения составила $4,54 \pm 0,80$, и достоверно отличалась от исходных параметров ($8,54 \pm 0,52$), отражая хороший показатель состояния десневого комплекса после эстетической реставрации.

Через неделю после завершения комплексной эстетической реставрации зубов в зоне улыбки пациентам группы сравнения было предложено самостоятельно оценить эффективность, качество, комфортность проведенных им лечебно-профилактических процедур. Высоким ($19,2 \pm 0,5$ баллов) результат эстетического лечения пациенты группы сравнения охарактеризовали в 99,0% случаев, т.е., в целом, оценки врача-стоматолога и субъективные заключения пациентов совпали.

Позитивный результат эстетической РЗФГ проявился и по результатам анкетирования пациентов группы сравнения, которые все были довольны своей внешностью и видом передних зубов. 90,3% пациентов стали считать свою улыбку наиболее привлекательной чертой лица. Все пациенты были не только удовлетворены качеством выполненных фронтальных реставраций, но и высказали удовлетворенность состоянием десны. Абсолютно все пациенты стали чувствовать себя более уверенно, когда улыбались.

Положительный результат комплексного эстетически ориентированного стоматологического лечения со всей очевидностью способствовал закреплению мотивации к поддержанию достигнутого статуса, а также способствовал улучшению психоэмоционального состояния, снижению показателя стоматологической тревожности по шкале Кораха ($4,30 \pm 0,71$), достоверно ($p < 0,001$) более значимо сниженному, чем у пациентов основной группы ($7,18 \pm 1,12$). Зафиксированный по результатам объективного обследования и субъективных заключений пациентов положительный результат эстетического (консервативного) лечения был объективизирован по интегральному показателю совокупной утраты эстетики улыбки, реструктуризация которого за счет изменения зубных и десневых компонент обеспечила его достоверное (на 42,1%) снижение.

4.4.1.3 Динамика показателей качества прямой (двухэтапной) реставрации зубов фронтальной группы у пациентов второй подгруппы основной группы

Показатели оценки качества прямой отсроченной реставрации у пациентов второй п/группы основной группы (69 реставраций) в различные сроки наблюдения по критериям Ruge представлены в таблице 4.4.1.3.1.

В ходе первого клинического осмотра через 1 неделю после лечения по всем критериям Ruge у всех 69 реставраций были выявлены превосходные результаты, когда реставрации компомеров продолжали анатомическую форму зуба, восстанавливали его контуры, режущие края и функциональные контакты, полностью соответствовали по цвету и оттенку естественным зубам, характеризовались превосходными показателями краевой адаптации.

Через 6 месяцев перед вторым (промежуточным) этапом эстетической РЗФГ исходно идеальное состояние сохранили 82,6% реставраций, по критерию «Анатомическая форма» все реставрации из компомеров (100,0%) имели превосходную сохранную анатомическую форму. По критерию «Краевая целостность» было выявлено 8,7% реставраций с незначительными изменениями цвета по краю между реставрацией и структурой зуба, что было выявлено преимущественно у реставраций (V и III кл.), уходящих под десну или располагающихся очень близко к десне. По критерию «Поверхность и цвет» 4,3% реставраций имели незначительное цветовое несоответствие в оттенке и опалесценции реставрации и окружающих тканей зуба. Единичные (1,4%) реставрации имели грубо-шероховатую поверхность, движение зонда по которой было затруднено, у 2,9% реставраций проявился выраженный цветовой диссонанс, пигментированный «зазор» между пломбой и поверхностью зуба.

Таблица 4.4.1.3.1 – Оценка качества прямой отсроченной (2-этапной) реставрации зубов фронтальной группы у пациентов второй подгруппы основной группы (абс. число, %) в различные сроки наблюдения по критериям Ryge

Сроки наблюдения	Клинический критерий	Romeo		Sierra						Tango						Victor	
				SUCO		SMM		SDIS		TPIT		TMM		TPEN			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
1 неделя	Анатомическая форма	69	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Краевая целостность	69	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Поверхность и цвет	69	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 месяцев (промежуточный этап реставрации)	Анатомическая форма	69	95,7 p<0,001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Краевая целостность	63	91,3 p<0,001	-	-	-	-	6	8,7	-	-	-	-	-	-	-	-
	Поверхность и цвет	63	91,3 p<0,001	-	-	3	4,3	-	-	1	1,4	2	2,9	-	-	-	-
1 год	Анатомическая форма	69	100 p<0,001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Краевая целостность	65	94,2 p<0,001	-	-	-	-	2	2,9	-	-	-	-	2	2,9	-	-
	Поверхность и цвет	63	91,3 p<0,001	-	-	4	5,8	-	-	-	-	2	2,9	-	-	-	-

Примечание: p – достоверность различий между результатами оценки в различные сроки и исходными данными.

В третий клинический осмотр (через 12 месяцев) (после того, как часть компомера была заменена на композитный материал) 85,5% реставраций были оценены как превосходные по всем критериям, по критерию «Анатомическая форма» у всех пломб (100,0%) было выявлено полное соответствие геометрии реставрации анатомической форме зуба, апроксимальные контакты с поверхностями соседних зубов были сохранены. По критерию «Краевая целостность» 2,9% реставраций имели незначительный цветовой и оттеночный диссонанс между реставрацией и тканями зуба, а в 2,9% случаев на границе пломба/зуб появлялся очаг пигментации, требующий коррекции. По критерию «Поверхность и цвет» в 5,8% отмечали незначительное несоответствие цвета композитной реставрации цветовым характеристикам зуба, а в 2,9% – значительные нарушения цвето-текстурных характеристик пломб, преимущественно выполненных в технике открытого сэндвича, расположенные вблизи и/или под десной. 8,7% пломб имели приемлемые показатели, а 5,8% реставраций нуждались в замене с целью профилактики вторичного кариеса, пломб, характеризующихся как неприемлемые, требующие замены не выявлено. Общее число реставраций, характеризующихся отличными и, в целом, хорошими характеристиками, составило 94,2%, что может считаться хорошим показателем качества отсроченной 2-этапной РЗФГ у больных с хроническим системным недугом.

Проведение профилактических мероприятий по предупреждению кариеса зубов, тканей пародонта и сохранности пломб, включающее стоматологическое просвещение и обучение пациентов правилам ухода за ПР, проведение контролируемой чистки зубов, профессиональной гигиены с применением рационального комплекса ее средств и методов, а также атравматичных методов полировки реставраций значительно повысило сохранность проведенных реставраций ЗФГ.

Оценку десневых параметров эстетики улыбки у пациентов второй п/группы основной группы на этапах прямой отсроченной РЗФГ проводили по индексу гигиены Федорова-Володкиной и по индексу гингивита – РМА. Индекс ГПР у этих

пациентов через неделю после проведения реставрации составил $1,54 \pm 0,28$, соответствовал удовлетворительному уровню ГПР и достоверно ($p < 0,01$) отличался от исходного значения ($2,61 \pm 0,28$); индекс РМА был равен $14,78 \pm 2,54\%$, отражал легкую степень тяжести гингивита и также достоверно отличался от исходного группового показателя ($32,65 \pm 1,33\%$). Достоверных различий между показателями ГПР на этом этапе в первой и второй подгруппах основной группы обнаружено не было. Хорошие показатели десневых параметров эстетики объяснялись успешно проведенным комплексным лечением воспалительных заболеваний пародонта, подбором необходимых для пациентов с НК средств и методов индивидуальной ГПР.

Пациентам этой подгруппы было также предложено самостоятельно оценить эффективность, качество и комфортность результатов проведенной им комплексной эстетической РЗФГ. Все пациенты (100%) после комплексной отсроченной эстетической РЗФГ отметили высокий уровень удовлетворенности результатом эстетического лечения («отличная работа стоматолога»), были удовлетворены результатами восстановления зубов и коррекции ГПР, отметили, что проведенная работа в определенной мере повлияла на их самооценку. Объективная оценка врача качеством проведенного лечения совпадала с объективной оценкой пациента.

По окончании первого этапа прямой отсроченной двухэтапной эстетической РЗФГ, на фоне успешно проведенных работ по восстановлению эстетики и функции ЗФГ, проведения коррекционных мероприятий по профессиональной ГПР, на фоне отсутствия серьезных осложнений на этапах лечения, а также высокой самооценки результатов проведенного стоматологического лечения у этих пациентов установлены позитивные изменения в их психоэмоциональном отношении к стоматологическому приему, снижению выраженности стоматофобии, что результировали значения показателя DAS по шкале Кораха, составившего $7,26 \pm 1,44$ балла при достоверно ($p < 0,001$) более низких его исходных значениях на период первичного стоматологического обследования) – $12,52 \pm 1,24$.

После успешно проведенной комплексной эстетической РЗФГ у пациентов второй подгруппы основной группы оценивали их отношение к «обновленной» после лечения эстетике улыбки. Результаты анкетирования показали, что 92,8% пациентов стали полностью довольны своей внешностью, эстетичным видом передних зубов. 71,4% пациентов стали считать свою улыбку наиболее привлекательной чертой лица, их устраивала форма и цвет зубов, никто из пациентов не хотел больше «улучшать» свою улыбку, все пациенты были довольны ею. 100% пациентов были удовлетворены качеством выполненных реставраций (точно подобранным цветом материала, анатомической формой), имеющих на ЗФГ. 7,1% беспокоила периодическая кровоточивость десен во время чистки зубов, хотя, в целом, и эти пациенты были удовлетворены состоянием десны. Все пациенты исследуемой группы (100%) чувствовали себя уверенно, когда улыбались. Таким образом, при субъективной оценке состояния эстетики улыбки отмечалось позитивное улучшение отношения пациентов к привлекательности своей улыбки, улучшилась их психоэмоциональное состояние, связанное со стоматологическим приемом, пациенты были удовлетворены полученными результатами.

После проведенной комплексной эстетической реставрации зубов у пациентов основной группы второй подгруппы нами было выявлено достоверное, на 58,9% снижение значений индекса совокупной утраты эстетики улыбки за счет проведенного нами комплексного эстетически ориентированного лечения.

Результаты оценки *отдаленных (через 6 месяцев)* показателей десневых параметров эстетики улыбки на промежуточном этапе комплексной эстетической реставрации у пациентов второй подгруппы основной группы: индекс гигиены ПР – $1,32 \pm 0,38$ (хороший уровень ГПР); индекс РМА – $8,55 \pm 1,23$ (легкая степень гингивита). Достоверных различий между пародонтологическими индексами на сравниваемых этапах наблюдения не выявили. Отличный уровень ГПР у пациентов основной группы поддерживался за счет ежемесячных визитов к врачу для проведения контролируемой индивидуальной ГПР, атравматичной профессиональной гигиены, направленной на предупреждение развития

воспалительных заболеваний пародонта и поддержания необходимого уровня гигиены.

И на этом этапе высокий уровень удовлетворенности результатом эстетического лечения не менее 20 баллов) отмечали все пациенты с НК.

На промежуточном этапе наблюдения сохранялись позитивные изменения психоэмоциональной сферы, фиксируемые значениями показателя по шкале Кораха ($6,78 \pm 1,15$). Подавляющее число (92,8%) пациентов были довольны своей внешностью, эстетичной улыбкой и видом отреставрированных передних зубов. Состояние эстетики улыбки по индексу совокупной утраты эстетики улыбки не отличалось от данных первого клинического осмотра, значение индекса было равно $13,6 \pm 2,4$.

Через год наблюдений средний показатель индекса ГПР у пациентов с НК составил $1,52 \pm 0,14$, соответствовал удовлетворительному ее уровню. Индекс РМА ($11,75 \pm 2,34$) отражал легкую степень гингивита. Достоверных различий между ближайшими и отдаленными результатами оценки гигиенического и пародонтологического статусов выявлено также не было. Хороший уровень ГПР у этих пациентов связывали с проведением профилактических мероприятий по предупреждению развития кариеса зубов, заболеваний пародонта, регулярным проведением профессиональной ГПР в процессе диспансерного наблюдения за пациентами с НК.

Уровень показателя стоматологической тревожности DAS у пациентов на заключительном сроке наблюдения достоверно не изменился от уровня, определенного в промежуточных результатах, и составлял $6,85 \pm 1,54$.

Отношение к своей внешности, виду эстетически реставрированных зубов в зоне улыбки сохранилось у 92,8% пациентов. Объективный показатель состояния эстетики улыбки у этих пациентов достоверно не отличался от такового на этапе промежуточного осмотра ($12,9 \pm 1,6$).

4.4.2 Результаты оценки стоматологических составляющих качества жизни пациентов по индексу анкеты-опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-14 aesthetic-RU

В соответствии с задачами работы исследование стоматологических показателей КЖ по версии ОНIP-14-aesthetic-RU у пациентов основной группы и группы сравнения проводили при первичном стоматологическом осмотре (до проведения эстетической реставрации зубов) с целью оценки их удовлетворенности состоянием зубов в зоне улыбки с позиций качества жизни (ограничение функций, проявлением физического дискомфорта, физических расстройств, психологического дискомфорта, психологических расстройств, социальной дезадаптации и ущерба), через 1 неделю после реставрации и через 6 месяцев после эстетически-ориентированного лечения. Динамика значений (интегрального и пошкаловых) индекса «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-14-aesthetic-RU представлены в таблице 4.3.5.

Таблица 4.3.5 - Динамика интегральных и пошкаловых показателей по индексу ОНIP-14-aesthetic-RU в группах наблюдения до лечения, через 1 неделю и 6 месяцев после эстетически ориентированного лечения

	Сроки наблюдения								
	До лечения			Через 1 неделю после лечения			Через 6 месяцев после лечения		
	Основная группа (1-ая подгруппа)	Основная группа (2-ая подгруппа)	Группа сравнения	Основная группа (1-ая подгруппа)	Основная группа (2-ая подгруппа)	Группа сравнения	Основная группа (1-ая подгруппа)	Основная группа (2-ая подгруппа)	Группа сравнения
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)			
Σ ОНIP-14-aesthetic-RU	46,76±2,28	49,00±1,88	10,58±1,57 $p_{1-2}<0,001$	19,62±1,96 $p_{1-3}<0,001$	19,90±1,77 $p_{1-3}<0,001$	5,71±1,46 $p_{3-4}<0,001$; $p_{2-4}<0,05$	11,48±2,12 $p_{3-5}<0,01$	12,28±2,25 $p_{3-5}<0,01$	5,19±1,72 $p_{5-6}<0,05$
ОФ	6,57±0,49	6,98±0,23	1,87±0,21 $p_{1-2}<0,001$	2,42±0,29 $p_{1-3}<0,001$	2,65±0,29 $p_{1-3}<0,001$	0,81±0,21 $p_{3-4}<0,001$; $p_{2-4}<0,05$	1,85±0,57	1,92±0,53	0,78±0,11
ФД	7,22±0,12	7,56±0,11	2,66±0,14 $p_{1-2}<0,001$	2,37±0,34 $p_{1-3}<0,001$	2,47±0,41 $p_{1-3}<0,001$	1,12±0,25 $p_{3-4}<0,01$; $p_{2-4}<0,05$	1,61±0,42	1,73±0,48	0,90±0,12
ПД	7,67±0,48	7,99±0,31	0,80±0,34 $p_{1-2}<0,001$	2,89±0,31 $p_{1-3}<0,001$	2,98±0,15 $p_{1-3}<0,001$	0,53±0,31 $p_{3-4}<0,001$;	1,15±0,21 $p_{3-5}<0,001$	1,21±0,23 $p_{3-5}<0,001$	0,51±0,35
ФР	5,31±0,14	5,55±0,23	1,12±0,13 $p_{1-2}<0,001$	2,46±0,22 $p_{1-3}<0,001$	2,45±0,25 $p_{1-3}<0,001$	0,76±0,11 $p_{3-4}<0,001$; $p_{2-4}<0,05$	1,51±0,14 $p_{3-5}<0,001$	1,69±0,18 $p_{3-5}<0,001$	0,74±0,21 $p_{5-6}<0,01$
ПР	6,18±0,15	6,78±0,32	1,11±0,44 $p_{1-2}<0,001$	3,12±0,24 $p_{1-3}<0,001$	3,31±0,21 $p_{1-3}<0,001$	0,90±0,35 $p_{3-4}<0,001$;	2,13±0,23 $p_{3-5}<0,01$	2,21±0,29 $p_{3-5}<0,01$	0,80±0,34 $p_{5-6}<0,001$
СД	7,69±0,54	7,72±0,35	1,10±0,10 $p_{1-2}<0,001$	3,11±0,38 $p_{1-3}<0,001$	3,19±0,33 $p_{1-3}<0,001$	0,74±0,11 $p_{3-4}<0,001$; $p_{2-4}<0,05$	1,85±0,38 $p_{3-5}<0,001$	1,95±0,32 $p_{3-5}<0,001$	0,70±0,47 $p_{5-6}<0,05$
У	6,12±0,36	6,42±0,33	1,92±0,21 $p_{1-2}<0,001$	2,75±0,18 $p_{1-3}<0,001$	2,85±0,13 $p_{1-3}<0,001$	0,85±0,22 $p_{3-4}<0,001$; $p_{2-4}<0,05$	1,34±0,17 $p_{3-5}<0,001$	1,57±0,22 $p_{3-5}<0,001$	0,76±0,12 $p_{5-6}<0,01$

Через неделю после проведения эстетически-ориентированного лечения у пациентов обеих групп была проведена повторная оценка стоматологических показателей КЖ. Лечение проводилось с использованием максимально атравматичных методик и инструментально-технологического обеспечения. Интегральный и пошкаловые показатели КЖ у пациентов основной группы по завершению стоматологического лечения были достоверно ($p < 0,001$) ниже, объективизируя улучшение КЖ по всем шкалам, в том числе по шкалам «Социальной дезадаптации», «Психологических расстройств» и «Психологического дискомфорта», чему способствовало восстановление структурно-функционального и эстетического единства в зоне улыбки, искусство врача-стоматолога в плане проведения безболезненного и атравматичного стоматологического лечения и психолога в плане осознания гармоничности и привлекательности собственной личности, что приводило к улучшению социальной адаптации, семейного благополучия и профессиональной реализации. По показателю Σ ОНП-14-aesthetic-RU КЖ улучшилось на 48,5% в основной группе (1-ая подгруппа), 51,96% в основной группе (2-ая подгруппа) и на 8,7% в группе сравнения, несмотря на то, что исходно пациенты обеих групп имели сходный стоматологический статус. Интегральный показатель индекса КЖ в группе сравнения достиг своей региональной нормы. В отличие от основной группы достоверное улучшение пошкаловых показателей в группе сравнения через 1 неделю после лечения отмечено по всем шкалам кроме шкал «Психологический дискомфорт» и «Психологические расстройства», показатели которых исходно не были достаточно высоки.

Для подтверждения эффективности и продолжительности эффекта проведенного эстетически-ориентированного лечения через 6 месяцев была повторно проведена оценка стоматологических показателей КЖ у пациентов обеих групп. Было отмечено, что в группе сравнения показатели имели незначительную тенденцию к улучшению по сравнению с предыдущим сроком наблюдения (через 1 неделю после лечения), и имели достоверные различия ($p < 0,001$) по шкалам «Психологический дискомфорт», «Физические расстройства», «Социальная

дезадаптация» и «Ущерб». В группе сравнения подобных отличий в сравнении с предыдущим сроком наблюдения отмечено не было.

При оценке эффективности проведенного лечения по показателю Cohen был отмечен выраженный клинический эффект эстетически ориентированного стоматологического лечения фронтальной группы зубов, который составил 1,39 балла и повысился до 1,81 балла через 6 месяцев после проведения стоматологических мероприятий у пациентов первой подгруппы основной группы и повышение до 1,84 с 1,41 балла – у пациентов второй подгруппы основной группы. В группе же сравнения клинический эффект трактовался как «умеренно выраженный» и по показателю Cohen объективизировался показателями 0,39 и 0,44 баллов, соответственно, на 2-х постпроцедурных сроках наблюдения.

Таким образом, исследования, проведенные с помощью адаптированной версии опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU, показали, что разработанный нами индекс чувствителен к объективизации всего комплекса проблем, связанных с наличием у пациента эстетических дефектов в зоне улыбки. Своевременное выявление и эстетическая реставрация зубов в зоне улыбки достоверно улучшает стоматологические составляющие качества жизни пациентов обеих групп, а опросник ОНП-14-aesthetic может быть рекомендован для оценки КЖ стоматологических пациентов с эстетическими дефектами зубов, в том числе в динамике эстетически ориентированного лечения.

Анализ результатов проведенного эстетико-функционального лечения зубов у пациентов с НК согласно предложенным нами алгоритмам лечения, позволил достичь максимального лечебного и эстетического результата, обеспечивая профилактику рецидива кариеса и прогрессирования заболеваний пародонта.

Таким образом, разработка алгоритмов, инструментально-технологическое и методическое обеспечение комплексной эстетической реставрации зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями, учитывающие: специфику их общеклинических, гематологических и стоматологических проявлений

(осложнений); особенности психоэмоционального статуса пациента, возможность провоцирования кровотечений в полости рта при использовании стандартных инструментов и лечебно-диагностических методик, а также появления выраженного артралгического симптома (местного – в области ВНЧС и генерализованного – в области крупных, пораженных гемофилическим остеоартрозом суставов) при продолжительном лечении; необходимость обоснованного выбора максимально атравматичных инструментов и методов стоматологического обследования и лечения; рациональный подход к выбору реставрационных материалов, мероприятия по повышению мотивации пациента к эстетическому лечению, - позволяют повысить успешность эстетического лечения зубов в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения, способствуют укреплению психоэмоциональной сферы и поддержанию определенного уровня качества жизни пациентов с наследственными коагулопатиями.

Результаты исследований, представленные в этой главе, опубликованы в:

- 1) Пленкина Ю.А. *Качество жизни больных гемофилией А до и после эстетической реставрации зубов в зоне улыбки / Ю.А. Пленкина, Д.В.Хохрин, Е.А.Городилова // Материалы открытой межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке, 30 марта-1 апреля 2011,г. Киров.- С.164-165.*
- 2) Пленкина Ю.А. *Стоматологические показатели качества жизни до и после эстетической реставрации зубов у больных гемофилией / Пленкина Ю.А., Гилева О.С., Халявина И.Н. // Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Качество жизни. Медико-социальные аспекты». – Пермь. – 2011. – С.182-192.*
- 3) Пленкина Ю.А. *Методы коррекции функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава у больных гемофилией / О.С.Гилева, И.Н.Халявина, Д.В.Хохрин, Ю.А.Пленкина, Е.А.Городилова, Г.И.Крохалев // Мат. Всеросс. конгресса «Стоматология Большого Урала» 12-14 декабря 2012, Екатеринбург. – 2012. - С. 170-172.*
- 4) Пленкина Ю.А. *Возможности улучшения качества жизни больных гемофилией при эстетической реставрации зубов / О.С. Гилева, И.Н.Халявина, Т.В.Либик, Ю.А.Пленкина, М.А Муравьева, Е.А.Городилова // Стоматология. – 2012. – Т.91. - №2. – С. 26-28 (из перечня ВАК РФ).*

- 5) Пленкина Ю.А. Анализ стоматологических показателей качества жизни у больных гемофилией / И.Н.Халявина, О.С.Гилева, Д.В.Хохрин, Ю.А. Пленкина // Мат. Всероссийской науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы стоматологии» - Уфа. - 2009. – С. 324-325.
- 6) Пленкина Ю.А. Инструментально-технологическое обеспечение лечения кариеса зубов у больных гемофилией / О.С. Гилева, И.Н.Халявина, Т.В.Либик, Ю.А.Пленкина, А.Б. Кобус, Е.А.Городилова // Стоматология. – 2012. – Т.91. - №2. – С. 20-22 (из перечня ВАК РФ).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным ВОЗ, частота выявления наиболее распространенных форм наследственных коагулопатий [гемофилии А (ГА), гемофилии В (ГВ) и болезни Виллебранда (БВ)] сохраняет стабильно высокий уровень у населения большинства, включая РФ, стран мира. Значительная частота наследственных коагулопатий (НК), разнообразие их клинических, в т.ч. стоматологических, проявлений и осложнений, тяжесть течения и нередкий исход в инвалидность обуславливает медико-социальную значимость проблемы (Блажиевич И.А., 2009; Копылов К.Г., 2011; Яковлева Е.В., 2012; Лихачева Е.А. и соавт., 2013; Kasper С.К., Lin J.C, 2007; Kruse-Jarres R. et al., 2014; Brown D.L., 2015).

Эволюция НК как полисистемной патологии в немалой степени зависит от профилактики их стоматологических осложнений, рационализации лечебно-диагностических протоколов лечения заболеваний полости рта, адаптированных к специфике проявлений гематологической патологии у конкретного пациента (Воробьев А.И., 2007; Колесников С.А., 2009; Scully С. et al., 2003; Kumar J.N., 2007). Стоматологические аспекты НК многогранны, последовательно изучаются отечественными и зарубежными специалистами (Петрович Н.И., 2002; Халявина И.Н., 2004; Давиденко Н.Л., 2005; Слободчиков Ю.В., 2005; Колесников С.А., 2009; Хохрин Д.В., 2013; Gupta A. et al., 2007; Anderson J.A.M. et al., 2013).

Методические подходы к профилактике и лечению заболеваний твердых тканей зубов (ТТЗ) у лиц с НК раскрыты не полностью. Малоизучены эстетические аспекты кариеса и некариозных поражений зубов фронтальной группы (ЗФГ), не обоснованы оптимальные технологии эстетико-функциональной реставрации зубов в зоне улыбки (ЗУ) у этой категории стоматологических пациентов. По мнению специалистов (Радлинский С.В., 2004; Гольдштейн Р., 2005; Мандра Ю.В., 2008; Салова А.В., Рехачев В.М., 2008; Ливанова О.Л., 2009; Yardani K., 2010; Raolone G., 2014), эстетическая реставрация ЗФГ является одной из самых распространенных и востребованных пациентами стоматологических манипуляций, проводимых на поликлиническом приеме терапевтом-стоматологом и стоматологом общей практики. Между тем требования к повышению качества

эстетической реставрации при различных клинических ситуациях неуклонно возрастают (Ломиашвили Л.М. и соавт., 2005; Гажва С.И. и соавт., 2008; Макеева И.М. и соавт., 2010; Митронин А.В., Гришин С.Ю., 2011; Гильмияров Э.М. и соавт., 2014). Поиск рациональных (эффективных и безопасных для «травмоопасного» пациента с НК) технологий (реставрационных материалов, методик, инструментального обеспечения и др.) эстетической реставрации зубов не заявлен как актуальная стоматологическая проблема, значимая для врача-стоматолога, пациента и его окружения. Не разработаны научно-обоснованные алгоритмы комплексной эстетической реставрации зубов у пациентов с НК, учитывающие специфику нарушений стоматологического и гематологического статусов, психоэмоциональной сферы, гарантирующие высокое качество лечения при минимизации риска местных и системных осложнений патологии гемостаза. Комплексная эстетическая реставрация ЗФГ должна предполагать всесторонний анализ и коррекцию нарушений десневых параметров эстетики улыбки (ЭУ) (Гилева Е.С., 2007; Лобовкина Л.А., Романов А.М., 2012; Streigel M., 2008; Hollar S., 2013), что применительно к пациентам с НК не изучено и требует решения на основе особых методических подходов.

Очевидно, что успешное комплексное стоматологическое лечение, ориентированное, в том числе, на долговременный эстетический результат, способно существенно улучшить психоэмоциональное состояние, системное благополучие и качество жизни (КЖ) пациента (Барер Г.М. и соавт., 2006; Веденева Е.Н. и соавт., 2009; Савина Е.А. и соавт., 2011; Гажва С.И. и соавт., 2014), в т.ч. страдающего НК, стать действенным инструментом для формирования мотивации к поддержанию стоматологического и системного здоровья, гармонизации личности, укреплению приверженности к проводимому лечению. С учетом «многоликости» клинических проявлений и осложнений НК (Андреев Ю.Н., 2006), сопутствующих психоэмоциональных расстройств (Бейн Б.Н., Багаев В.И., 2001) это направление междисциплинарных исследований становится особенно актуальным. Перспективен научный анализ влияния различных эстетических дефектов в ЗУ на стоматологические составляющие КЖ пациентов с НК,

разработка соответствующих специализированных инструментов социологического анализа, оценка эффективности комплексной эстетической реставрации зубов в стоматологических критериях качества жизни.

Изложенное выше предопределило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования – повысить эффективность, безопасность и стабильность результатов комплексной эстетической реставрации зубов, улучшить стоматологические составляющие качества жизни пациентов с наследственными коагулопатиями.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность, интенсивность и клинические особенности кариеса и некариозных поражений, а также эстетико-функциональное состояние пломб/реставраций зубов фронтальной группы у лиц с наследственными коагулопатиями; определить показания и нуждаемость в проведении эстетической реставрации зубов у этой категории пациентов.
2. По результатам комплексного пародонтологического обследования пациентов с наследственными коагулопатиями оценить десневые параметры эстетики улыбки и степень ее совокупной утраты с учетом зубных, десневых и окклюзионных параметров.
3. Изучить психологические особенности, основные причины и выраженность стоматофобий у лиц с наследственными коагулопатиями; провести динамический анализ уровня реактивной тревожности стоматологического пациента по тесту Кораха до, на этапах и по завершению эстетической реставрации зубов у пациентов сравниваемых групп.
4. Разработать и апробировать сокращенную модифицированную русскоязычную версию опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU для оценки влияния эстетически значимых структурно-функциональных дефектов твердых тканей зубов, зубных рядов и десневого комплекса в зоне улыбки на стоматологические составляющие качества жизни; изучить стоматологические параметры качества жизни по индексу ОНП-14-

aesthetic-RU у пациентов в группах наблюдения до и после комплексной эстетической реставрации зубов.

5. Обосновать особенности инструментально-технологического и методического обеспечения, а также разработать алгоритмы комплексной эстетической реставрации зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями; дать комплексную оценку ее эффективности и безопасности на основе эстетико-функциональных и психометрических показателей.

Соответственно цели и задачам исследования его методологическую базу составили следующие основные методы: клинического обследования, социологического, экспертного, математического и статистического анализа.

Проведено комплексное, эстетически ориентированное стоматологическое обследование 135 пациентов КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» (ККСП), нуждающихся в проведении эстетической реставрации ЗФГ, в т.ч. 73 пациентов *основной группы* (64 мужчины и 9 женщин в возрасте 18-43 лет), страдающих НК (55 – с ГА, 9 – с ГВ и 9 – с БВ), и 62 соматически сохранных пациентов *группы сравнения* (49 мужчин и 13 женщин в возрасте 19-42 лет). Пациенты с НК находились на диспансерном учете в Региональном центре по лечению больных гемофилией при ФГБУН «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Федерального медико-биологического агентства» (директор – д.м.н. В.А.Пятков), в соответствии с планом диспансерного наблюдения были закреплены за профильным медицинским учреждением КОГБУЗ ККСП. Отбор пациентов в группы наблюдения произведен в соответствии с критериями включения и исключения, при добровольном информированном письменном согласии на их участие в научном исследовании.

Клинико-лабораторная диагностика и лечение НК у пациентов основной группы проводилась в соответствии с национальными стандартами РФ, протоколами ведения больных с НК (ГОСТ Р 52600.1-2008, ГОСТ Р 52600.3-2008). По показаниям пациенты были проконсультированы генетиком, невропатологом, психиатром и другими узкими специалистами центра. Тип и тяжесть (легкая, средняя, тяжёлая) гемофилии (А/В) определяли по степени снижения

коагуляционной активности антигемофильных факторов VIII / IX в плазме, наличие ингибитора к VIII, IX факторам при трансфузионной терапии; принимали во внимание характер, частоту и локализацию геморрагий и гемартрозов.

В структуре Г доминировала (64,1%) тяжелая степень, реже (25,0%) среднетяжелая и в 10,9% – легкая степень заболевания. Диагноз БВ обосновывали временем свертывания крови, числом тромбоцитов, удлинением активированного частичного тромбопластинового времени, активностью фактора VIII и фактора Виллебранда, наличием антигена фактора Виллебранда, ристомицин-индуцированной агрегацией тромбоцитов. У всех пациентов с БВ диагностирован I тип заболевания.

Стоматологическое обследование и лечение пациентов обеих групп наблюдения проводилось автором работы на базе терапевтического отделения (зав. – врач-стоматолог Е.В.Шилова) КОГБУЗ ККСП. Пациентам проведено комплексное стоматологическое обследование по ВОЗ (1997), включающее клиническую и индексную оценку основных показателей стоматологического статуса на базе МКБ-10, дополненное, с учетом профиля сочетанной системной патологии, расчетом суммарно-суставного индекса оценки состояния височно-нижнечелюстного сустава (Костина И.Н., 2002).

Целевое, эстетически ориентированное обследование включало выявление и характеристику зубных, десневых, окклюзионных и др. дефектов, выявляемых в особой эстетически значимой области лица – зоне улыбки, с расчетом индекса совокупной утраты эстетики улыбки (Гилева Е.С., 2007). Соблюдали основные методические принципы эстетически ориентированного обследования (Ломиашвили Л.М., 2005; Луцкая И.К., 2008; Yardani K., 2010). Анализ полученных данных проводился на интерактивной основе. Отношение пациентов к здоровью ПР и его эстетическим аспектам определяли психометрическим методом с помощью специализированной анкеты (Гилева Е.С., 2007).

На основе клинико-функциональных методов оценивали зубные параметры ЭУ (дефекты кариозного (КПУфз и его компоненты) / некариозного происхождения, некачественные реставрации (по Ryge G.), форма, размеры и

положение ЗФГ). При выборе методов дополнительной диагностики предпочтение отдавали методам, воспроизводимым с помощью менее травматичных бесконтактных внеротовых аппаратов. Клиническая оценка пломб, имеющих на ЗФГ, проведена по международной оценочной системе в соответствии с критериями G.Ryge (1998), дифференцированно характеризующей анатомическую форму, поверхность и цвет и краевое прилегание пломб. Потребность в проведении эстетической реставрации ЗФГ определяли по проценту лиц, нуждающихся в консервативном лечении по поводу кариеса, некариозных поражений и замене некачественных фронтальных реставраций. Ранжировали объемы эстетической реставрации ЗФГ: малый (1-3 ЗФГ), средний (4-6 ЗФГ) и большой (7 и более ЗФГ). Удовлетворенность пациента результатами эстетической реставрации ЗФГ оценивалась на критериальной основе (высокий уровень удовлетворенности – 18-21 балл., достаточный – 14-17 балл., низкий – 13 и ниже баллов).

В процессе пародонтологического обследования пациентов характеризовали цвето-текстурные и контурно-топографические десневые параметры ЭУ (Мастерова И.В., 2005; Streigel M., 2007), рассчитывали процент лиц с идеальными параметрами десны, фиксировали наиболее частые признаки утраты эстетики десневого края при заболеваниях пародонта (гингивите, пародонтите, рецессии десны). У лиц с НК использовали менее травматичные методики: жидкие цветовые тесты (Plaviso, Voco) вместо традиционных таблетированных красителей; «бесконтактный» индекс Kotschke (1975) для оценки степени кровоточивости десен взамен традиционных «зондовых» проб (РВІ, ВоР); оригинальный опросно-анкетный метод анализа причин и факторов, способствующих возникновению кровотечений в ПР.

Фотодокументирование клинического материала до, на этапах и после комплексной эстетической реставрации ЗФГ проведено с согласия пациентов, с соблюдением этических норм, с помощью зеркальной цифровой камеры Canon EOS 500D в режиме макросъемки; у пациентов с НК фотометрировали зону улыбки с использованием атравматического ретрактора OptraGate Soft (Ivoclar).

В работе использовали стандартные и усовершенствованные методы социологического анализа. В качестве инструмента для социализации использовано 5 анкет-опросников (проанализировано 2025 анкет, шкал, профилей и т.д.), в т.ч. 2 авторских. Широкое использование опросно-анкетных методов предоставляло пациенту с НК дополнительные возможности в самореализации, снижало временные затраты врача и пациента на обследование в стоматологическом кресле, снижая неблагоприятные последствия длительной иммобилизации пациента со «специальными» нуждами. Психологическое тестирование пациентов основной группы проводили совместно с психологом регионального центра. Выявляли степень (низкая, умеренная, выраженная) реактивной тревожности стоматологического пациента по специализированному опроснику Н.Кораха, по шкале стоматологической тревожности (Dental Anxiety Scale, DAS / CDAS) в русскоязычной версии. Пациентов тестировали на 3-х точках отсчета: при 1-ом посещении в процессе обследования, по показаниям – после мероприятий по психологической поддержке и по завершению эстетической реставрации ЗФГ. Степень выраженности стоматофобий оценивали балльно: как легкую – при $DAS \leq 2$ баллов, среднюю – при $DAS 13-14$ баллов и сильную – при $DAS \geq 15$ баллов. В сравнительном аспекте анализировали среднегрупповые показатели $DAS (M \pm m)$, процент лиц с легкой и тяжелой степенью стоматофобий. По результатам теста Кораха планировали объем и направление психологической помощи пациентам с НК. Определяли тип личности (гармоничный, оптимистичный, пессимистичный) стоматологического пациента (Трезубов В.Н., Т.Г.Незнамов, 1989). На основе метода экспертного анализа (анкетный опрос без обратной связи и по методу Дельфи 34-мя экспертами с индексом компетентности $0,89 \pm 0,11$) разработана специализированная анкета-опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU для определения вклада эстетических дефектов в зоне улыбки в снижение стоматологических составляющих КЖ. Суммарные и пошкаловые значения ОНП-14-aesthetic-RU и процент его изменения относительно нормативных показателей рассчитывали на 3-х точках отсчета: до начала эстетической реставрации ЗФГ, через неделю и 6 месяцев по ее завершению. До и

после лечения по показателю $\Delta\text{ONIP-14-aesthetic-RU}$ определяли величину клинического эффекта эстетической реставрации ЗФГ у пациентов групп наблюдения.

Программа настоящего исследования предусматривала также отбор на научной основе наиболее эффективных и безопасных технологий проведения реставраций ЗФГ и их алгоритмирования с учетом особенностей стоматологического, гематологического и психоэмоционального статуса пациентов с НК. Разработка алгоритмов эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК включала следующие этапы: критический анализ существующих методологических подходов к проведению и оценке качества эстетической реставрации у здоровых пациентов и больных с патологией системы крови; всесторонний анализ применяемых в стоматологии технологий реставрации, реставрационных материалов, нормативно-правовых актов, стандартов, возможных причин, потенциально снижающих качество реставрации и создающих риск местных и системных осложнений у пациентов с НК. Предпосылками для разработки алгоритмов эстетической реставрации ЗФГ у лиц с НК стали результаты клинической оценки распространенности и интенсивности кариеса и некариозных поражений ЗФГ, итоги экспертизы качества ранее проведенных реставраций, социологический анализ удовлетворенности пациентов качеством стоматологического лечения, состоянием ЭУ, а также причин, снижающих приверженность пациентов к поддержанию стоматологического здоровья.

Для комплексной оценки качества (эффективности и безопасности) прямой эстетической реставрации, проводимой в соответствии с разработанными алгоритмами эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК, проведено открытое одноцентровое проспективное нерандомизированное контролируемое клинико-социологическое исследование. Методом свободной выборки сформировано 2 группы наблюдений: *основная* (50 мужчин и 9 женщин в возрасте от 18 до 42 лет, имеющих одну из клинических форм НК (ГА, ГВ, БВ)), у которых по итогам целевого эстетически ориентированного обследования определены показания к прямой эстетической реставрации ЗФГ, и *группа сравнения* – 45

мужчин и 15 женщин в возрасте от 19 до 43 лет, соматически сохранных, обратившихся за стоматологической помощью по поводу эстетических дефектов ЗФГ. Пациентам основной группы, по разработанным оригинальным алгоритмам восстановлено 166 дефектов зубов в зоне улыбки, причем 97 (58,4%) – по методике прямой одномоментной реставрации (1-ая п/группа основной группы), 69 (41,6%) – методом прямой двухэтапной отсроченной реставрации (2-ая п/группа основной группы). Пациентам группы сравнения проведена прямая одноэтапная эстетическая реставрация 91 дефекта ЗФГ по традиционным алгоритмам. Пациенты, входящие в группы/подгруппы наблюдения, были сопоставимы по возрастно-половым характеристикам и, в целом, по клинико-топографическим характеристикам эстетических дефектов кариозного и некариозного происхождения, некачественных реставрация ЗФГ. Прямые эстетические реставрации эстетических дефектов зубов пациентов обеих групп были выполнены с использованием материала Filtek Ultimate (3М ESPE), который у пациентов 1-ой п/группы основной группы и пациентов группы сравнения использовали в технике прямой одноэтапной реставрации (сэндвич-техника) совместно с СИЦ (Vitremar, 3М ESPE), а у пациентов 2-ой п/группы основной группы – в технике прямой отсроченной реставрации в комбинации с компомером (Dyract eXtra, Dentsply).

Качество реставраций у всех пациентов мониторировали: через неделю (ближайший результат, для пациентов обеих групп), через 6 (отдаленный результат для лиц группы сравнения и 1-ой п/группы и промежуточный результат для лиц 2-ой п/группы) и 12 месяцев (отдаленный результат для лиц 2-ой п/группы основной группы). На всех точках отсчета у пациентов обеих групп анализировали состояние десневых признаков ЭУ (индекс РМА, индекс гигиены, индекс Kótschke), результаты самооценки удовлетворенности пациента качеством эстетической реставрации и эстетики улыбки, а также психологического тестирования по шкале Кораха. На 2-м и заключительном этапах, в дополнение к комплексной клинической оценке качества реставрации ЗФГ по Ryge определяли характер и выраженность влияния проведенного комплексного эстетического лечения на

стоматологические показатели КЖ по специализированному опроснику «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-14-aesthetic-RU.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью стандартного пакета программ SPSS Statistics 17.0. Для анализа динамики изменений показателей в вариационных рядах вычисляли M – среднее арифметическое и m – ошибку среднего арифметического; на основании расчета парного t – критерия Стьюдента для двух вариационных рядов установили p – вероятность их отличия. Точную значимость различий, долей (%) оценивали по методу Фишера с расчетом показателя ϕ . Различия показателей считали достоверными при $p < 0,05$.

План, структура и методические подходы, используемые в работе, утверждены Этическим комитетом ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава.

По результатам комплексного стоматологического обследования установлено, что распространенность кариеса зубов была одинаково высокой (100%) у больных ГА, ГВ и БВ, тогда как у соматически здоровых лиц группы сравнения распространенность кариеса была достоверно ($p < 0,05$) ниже и составила $93,2 \pm 1,4\%$. У всех пациентов с НК выявлены достоверно ($p < 0,001$) более высокие показатели интенсивности кариеса зубов ($KПУ = 15,92 \pm 0,69$), характеризующие его очень высокий уровень, чем у соматически сохранных лиц группы сравнения ($KПУ = 5,83 \pm 0,68$). Интенсивность кариеса у пациентов с НК прогрессивно нарастала по мере утяжеления основного заболевания: от $KПУ = 8,58 \pm 0,62$ – при легкой степени НК до $KПУ = 13,18 \pm 0,58$ ($p < 0,01$) – при ее средней степени, вплоть до $KПУ = 18,72 \pm 0,79$ – при ее тяжелой форме ($p < 0,001$). В зависимости от степени тяжести ГА и ГВ интенсивность кариеса у больных с НК была в 1,2-3,0 раза выше, чем у соматически сохранных лиц.

При целевом эстетически ориентированном осмотре пациентов и обследовании ЗФГ практически у каждого пациента основной группы выявляли признаки кариеса ЗФГ (98,6%), тогда как в группе сравнения показатель был достоверно ($p < 0,001$) ниже и составил $41,9 \pm 3,2\%$. Для лиц с НК характерен достоверно (в 3,5 раза) более высокий, чем у здоровых лиц, уровень интенсивности

кариеса ЗФГ (КПУфз =4,53±0,13 против 1,26±0,12, при $p<0,001$). При анализе поражаемости кариесом различных ЗФГ у пациентов сравниваемых групп достоверных различий выявлено не было. И у пациентов, страдающих НК, и у соматически сохранных лиц достоверно чаще поражались кариесом центральные (45,8% и 40,9%) и боковые (20,8% и 23,8%) верхние резцы. При анализе поражаемости кариесом ЗФГ в зависимости от глубины дефекта установлено, что осложненные формы кариеса ЗФГ у пациентов основной группы встречались достоверно (в 2 раза) чаще (51,56%), чем у соматически сохранных пациентов (20,54%). Соотношение неосложненных к осложненным формам кариеса фронтальных зубов у пациентов с НК составило 2:1, в группе сравнения 4:1.

В соответствии с задачами исследования, с учетом полученных при внутрискановом анализе индекса КПУ у пациентов с НК и соматически сохранных лиц проведена оценка эстетико-функциональных параметров 175 реставраций/пломб на ЗФГ (137 – у пациентов основной группы, 38 – группы сравнения) по клиническим критериям Ryge G. (1975). Исходные пломбировочные материалы, которые мы фиксировали на ЗФГ при оценке реставраций у пациентов основной группы, были в большинстве случаев представлены различными стеклоиономерными цементами и композитами химического отверждения, значительно реже были использованы фотополимеризационные материалы.

При анализе локализации пломб/реставраций на ЗФГ в зависимости от их групповой принадлежности выявлено, что у пациентов основной группы и группы сравнения пломбами достоверно чаще были восстановлены зубы верхней челюсти (соответственно, 70,8% и 65,7%). У всех обследованных достоверно чаще были восстановлены пломбами резцы верхней челюсти (42,3% и 42,1%, соответственно, у пациентов с НК и группы сравнения). Пломбы на верхних клыках определены в 28,4% случаев у пациентов основной и 23,6% пациентов группы сравнения. Достоверно реже у пациентов сравниваемых групп фиксировали наличие пломб на клыках нижней челюсти (8,0% и 13,1% соответственно, у пациентов с НК и группы сравнения). На резцах нижней челюсти пациентов основной группы локализовались 21,1% пломб, у пациентов группы сравнения – 34,2% пломб.

Топографические особенности локализации реставраций ЗФГ с учетом классификации Блэка указывают на то, что у пациентов основной группы пломбы чаще (92,8%) располагались на контактной поверхности резцов и клыков (III и IV классы по Блэку), в пришеечной области - в 7,8% случаев. У пациентов группы сравнения на долю контактных поверхностей резцов и клыков приходилось 81,6% реставраций, а на пломбы, расположенные по V классу Блэка – 18,4% от их общего числа.

Результаты комплексной оценки эстетико-функциональных параметров реставраций ЗФГ у пациентов с НК указывают на их низкое качество (неудовлетворительный и неприемлемый результаты), фиксируемое, в первую очередь, по критериям анатомической формы и краевого прилегания и в 100,0% случаев выявляемое у реставраций по V классу Блэка. Максимально часто (100,0%) низкое, требующее немедленной замены, качество пришеечных реставраций определено по критерию «Качество поверхности и цвет»; критически низкий уровень качества по критерию анатомической формы зафиксирован у 80,0% и по критерию краевой адаптации у 60,0% пришеечных реставраций. Отличное качество реставраций ЗФГ сохранили только 15,7-25,8% (в зависимости от оценочного критерия) реставрации по III классу Блэка. Максимально высок (25,8%) процент отличных реставраций III класса Блэка, сохранивших превосходное качество поверхности и цвет. Качество подавляющего большинства РЗФГ по III-IV классу Блэка (66,7-68,8%) у пациентов группы сравнения оценивалось как превосходное. Критически низкий уровень качества пломб фронтальных зубов у соматически сохраненных лиц практически не выявляли (за исключением осложненных 14,2% случаев пришеечных реставраций вторичным кариесом за счет нарушения краевого прилегания).

Таким образом, показания к эстетической реставрации у пациентов с НК были обусловлены необходимостью замены реставраций ЗФГ неприемлемого качества: по критериям анатомической формы (75,2%), краевого прилегания (72,3%), цвета и поверхности (64,2%); у пациентов группы сравнения замене с последующей эстетической реставрацией ЗФГ подлежали 7 реставраций.

Распространенность некариозных поражений ЗФГ у пациентов основной группы и группы сравнения не имела достоверных различий – 21,9% и 20,9% соответственно. Различные формы гипоплазии выявлены у 5 (6,8%) пациентов с НК, в группе сравнения гипоплазия (местная форма) была диагностирована у 1 (1,6%) пациента. У 1 пациента (1,4%) основной группы и 2-х (3,2%) пациентов группы сравнения выявлена пятнистая форма флюороза. У 7 пациентов основной группы (9,6%) и у 6 (9,7%) – группы сравнения выявлены клиновидные дефекты, симметрично поражающие преимущественно верхние клыки. Эстетически значимые травматические повреждения ЗФГ определены у 2,7% больных с НК и у 6,7% соматически сохранных лиц. Показания к эстетической реставрации по поводу некариозных поражений зубов были определены в 11,0% случаев.

Результаты комплексного пародонтологического обследования показали, что большая часть обследованных лиц основной группы предъявляла жалобы на изменение цвета (чаще покраснение), формы (отечность, рецессия), кровоточивость десен, боль или дискомфорт, наличие зубных отложений, а также неприятный запах изо рта. Необходимо отметить, что при опросе все больные с НК указывали на кровоточивость десен, которая могла возникать как спонтанно (21,9%), так и в результате ряда причин: во время чистки зубов у (69,9%), во время приема пищи (57,5%), во время и после стоматологического лечения (52,1%) или проведения диагностических процедур на стоматологическом приеме (83,6%). Наиболее частые и длительные кровотечения из десен наблюдались у больных с тяжелой формой НК. В соответствии с целями эстетически ориентированного обследования, по результатам комплексной оценки пародонтологического статуса у пациентов сравниваемых групп характеризовали десневые параметры эстетики улыбки (эстетика «красного»). Исходили из существующего мнения, что состояния десны и десневого контура играют важную роль в создании эстетики улыбки, а наличие воспаления (рецессии, гипертрофии) десны, пародонтологических карманов, зубных отложений (особенно пигментированных) может привести к

жалобам на эстетико-функциональные нарушения, особенно в сочетании с эстетическими дефектами зубов и зубных рядов.

У всех пациентов групп наблюдения проводили анкетирование по оценке уровня знаний и навыков ухода за полостью рта. Так, пациенты с НК действительно нуждались в привитии элементарных навыков гигиены полости рта (ГПР), т.к.: 38,4% из них вообще предпочитали не чистить зубы; правильный временной регламент ГПР соблюдали 43,4% из них; хорошо ориентировались в современных средствах ГПР и использовали достаточно широкий их спектр (зубная паста, зубная щетка, ополаскиватель) только 10,9% пациентов; вне зависимости от состояния десен и ГПР использовали мягкую (ультрамягкую) зубную щетку практически все пациенты основной группы; замену зубной щетки на новую чаще (65,8%) проводили 1 раз в год; посещения стоматолога проводились преимущественно для лечения и удаления зубов (42,5% и 50,7%), а не с профилактической целью; во время стоматологического приема только у 12,3% пациентов с НК врач-стоматолог контролировал уровень ГПР; 90,4% пациентов с НК осознавали значимость правил гигиенического ухода за ПР, в целом, понимая его роль для поддержания стоматологического и системного (гематологического) здоровья; 89,0% пациентов с НК считали необходимым повысить собственную мотивацию к поддержанию должного уровня ГПР для поддержания привлекательности собственной улыбки, своей личности; 93,2% пациентов считали, что неудовлетворительный гигиенический уход за ПР может поддерживать и усиливать болевой симптом в полости рта и десневую кровоточивость; только 24,7% больных НК считали недостаточными практические усилия и убедительность аргументации врача-стоматолога и врача-гематолога для поддержания необходимого уровня ГПР; 74,0% пациентов связывали плохой уровень ГПР с собственными плохими практическими навыками и нуждались в их привитии и закреплении; 84,9% пациентов считали необходимым и проявляли готовность расширить свои теоретические познания и практические навыки по уходу за ПР; для большей части пациентов (56,2%) источником этих знаний и навыков был лечащий врач-стоматолог, 28,8% черпали дополнительную информацию из интернета. Значимый

в контексте настоящего исследования факт, зафиксированный после анализа анкет пациентов с НК – 76,7% из них считают, что успешное / безболезненное, безопасное и плане провоцирования болевого и геморрагического симптома в ПР, эффективное с точки стабильного эстетического результат и обеспечения комфорта при приеме пищи, выполнении социальных и профессиональных функций лечение зубов (эстетико-функциональная реставрация) могут в значительной степени поднять и закрепить мотивацию к поддержанию должного уровня ГПР и регулярному посещению врача-стоматолога.

При оценке гигиены полости рта по индексу Федорова-Володкиной показано, что каждый третий пациент с НК (31,5%) имел плохой уровень ГПР (в диапазоне индекса от 2,6 до 3,8 баллов), каждый 5-ый (20,5%) – очень плохую ГПР. Хороший и удовлетворительный уровень ГПР (соответственно 9,6% и 16,4%) по группе, в целом, отмечали у пациентов с ГА и БВ и лиц с легким течением ГВ.

Ценная информация о причинах и особенностях проявления геморрагического десневого симптома получена в процессе анкетирования пациентов с НК. Анализ фрагмента анкеты, представляющего врачу сведения об особенностях геморрагического десневого феномена у лиц с НК позволяет заключить, что большая часть (69,9%) опрошенных отмечали появление кровоточивости десен во время чистки зубов, в то время как только 3,2% пациентов группы сравнения (соматически сохранные лица) предъявляли подобную ($p < 0,001$) жалобу. На спонтанную кровоточивость десен жаловались 21,9% пациентов с заболеваниями крови, тогда как у лиц группы сравнения подобная жалоба отсутствовала. Незначительная кровоточивость десен во время приема твердой пищи проявлялась у 57,5% пациентов основной группы. У половины опрошенных (52,1%) основной группы кровоточивость десен могла проявиться при стоматологическом лечении. На вопрос: «Были ли десневые проявления первым симптомом НК?» 89,04% опрошенных затруднялись ответить, только у 1 пациента выяснили, что диагноз гемофилии был поставлен на основании дебютного десневого кровотечения. Чаще симптом кровоточивости проявлялся в области ЗФГ нижней челюсти (69,9%). Показательно, что 83,6% пациентов основной группы

отмечали появление десневой кровоточивости при проведении стоматологического обследования с помощью стандартных стоматологических инструментов, в то время как у пациентов группы сравнения этот факт отмечен только в 12,9% случаев ($p < 0,001$). По данным анализа больных с НК в 16,4% случаев кровотечение из десен возникало при проведении местной аппликационной или спрей-анестезии, в 87,7% - при проведении эстетической реставрации зубов, в 94,5% (в сочетании с кровотечением и образованием периодонтальных гематом) – при проведении эндодонтического лечения, в 89,0% - при лечении заболеваний десен, в 95,9% - после удаления зубов, в 2,7% – при проведении зубного протезирования (снятие слепков, фиксация протеза). Каждый четвертый (24,5%) пациент с НК отмечал в анамнезе случаи травмирования альвеолярного отростка десны и СОПР с появлением кровотечения при использовании слюноотсоса во время лечения зубов. Эти факты указывают на наличие у больных НК стоматологических факторов ятрогенного риска, необходимость разработки для них особых атравматичных или минимально травматичных инструментально-технологических подходов к проведению стоматологических лечебных и диагностических процедур.

При оценке индекса кровоточивости десен у пациентов основной группы достоверно чаще (56,2%) выявляли наиболее тяжелую (III) степень их кровоточивости, тогда как у соматически сохраненных лиц доминировала (в 14,5% случаев) легкая степень кровоточивости десен по индексу Köttschke.

Тяжесть воспалительного процесса в пародонте у лиц с НК объективизировали и дополнили расчетом традиционного показателя тяжести гингивита – индекса РМА. Средние значения индекса РМА у больных с НК составили $40,1 \pm 0,5$, что соответствует средней степени тяжести гингивита. У лиц группы сравнения средняя величина индекса РМА $-7,9 \pm 0,6$ (легкая степень тяжести гингивита) была достоверно менее высокой. В структуре заболеваний пародонта у лиц с НК доминировали (90,4%) различные формы гингивита: катаральная (86,4%) и гипертрофическая (13,6%). Катаральный гингивит преимущественно носил генерализованный характер (89,5%) и чаще протекал в

хронической средне-тяжелой форме. Гипертрофическая форма гингивита протекала чаще в легкой отечной форме (66,7%) и носила локализованный характер. Признаки хронического генерализованного пародонтита были выявлены у 10,0% обследованных, чаще (75,7%) средней степени тяжести. Установлено, что в различных видах пародонтологической помощи нуждались все пациенты с НК. Среднее значение индекса CPITN у пациентов с НК ($2,50 \pm 0,21$) соответствовало коду обучения гигиене полости рта, проведению профессиональной гигиены и устранению причинных факторов риска возникновения пародонтальной патологии. У лиц группы сравнения индекс CPITN был достоверно ($0,42 \pm 0,20$) ниже, что свидетельствовало о том, что лицам группы сравнения пародонтологическое лечение, в целом, не требовалось.

При оценке тяжести поражения ВНЧС у пациентов с НК значения индекса ССИ ($8,93 \pm 0,48$ баллов) укладывались в характеристику средне-тяжелых функциональных нарушений ВНЧС, тогда как индекс, равный $3,75 \pm 0,61$ у лиц группы сравнения отражал наличие легких функциональных нарушений. У пациентов с БВ средние значения индекса ($6,23 \pm 0,43$) достоверно отличались от среднегрупповых показателей ($p < 0,05$) и значений соматически здоровых лиц ($p < 0,001$). Выявленные по индексу ССИ функциональные нарушения ВНЧС у больных гемофилией не только объективизировали средне-тяжелую степень поражения сустава у больных гемофилией, но и указывали на необходимость учета этих проявлений при планировании санационных мероприятий, эстетической реставрации ЗФГ, разработки их основных атравматических режимов и инструментально-технологического обеспечения.

Для уточнения показаний и противопоказаний, планирования объема и направлений консервативного стоматологического лечения у пациентов с эстетическими дефектами зубов фронтальной группы проводили исходное психологическое тестирование по шкале Кораха, рассчитывали среднегрупповой показатель DAS у пациентов основной группы и группы сравнения. По результатам психологического тестирования по шкале стоматологической тревожности Кораха у пациентов с НК, нуждающихся в эстетической реставрации ЗФГ, выявлены

достоверно более высокие, чем у лиц группы сравнения, уровни реактивной тревожности ($DAS\ 17,22\pm 2,05$ против $8,07\pm 3,10$, $p<0,05$), связанные с комплексом специфичных для имеющейся у них гематологической патологии причин и требующие своевременной комплексной коррекции на этапах эстетически ориентированного обследования и эстетического лечения.

Обобщенный анализ типа личности стоматологических пациентов в сравниваемых группах свидетельствовал, что лица с НК достоверно ($p<0,001$) чаще (87,7%) относились к пессимистическому типу, гармоничному типу соответствовало лишь 8,2% пациентов, к оптимистичному – 4,1% обследованных. Иные особенности структуры психотипов личности выявлялись у соматически сохранных лиц: гармоничный тип – 46,2% пациентов, пессимистический – 19,4%, оптимистичный – 34,4%. Учитывая результаты исходного психологического тестирования пациентам основной и группы сравнения по показаниям, совместно с психологом проведены психокорректирующие мероприятия, дополненные необходимой фармакокоррекцией.

При анализе исходных параметров КЖ по индексу ОНП-14-aesthetic-RU установлено, наличие эстетических дефектов ЗФГ у пациентов с НК сопровождается достоверно более значимым, чем у лиц группы сравнения, снижением (на $83,5\pm 4,7\%$) интегрального показателя $\Sigma_{ОНП-14-aesthetic-RU}$ до $46,8\pm 2,3$, особенно выраженным по шкалам «Социальная дезадаптация» (до $7,7\pm 0,5$, снижение на $96,1\pm 6,7\%$) и «Психологический дискомфорт» (до $7,6\pm 0,5$, снижение на $95,87\pm 6,0\%$). У соматически сохранных, нуждающихся в эстетической реставрации фронтальных зубов пациентов, выявлено достоверно меньшее их влияние на интегральный показатель индекса ($\Sigma_{ОНП-14-aesthetic-RU}=10,6\pm 1,6$, снижение относительно нормативных значений на $18,9\pm 2,8\%$), преимущественно за счет шкал «Физический дискомфорт», «Ущерб» и «Ограничение функций».

По результатам проведенного стоматологического обследования и социологических исследований, с учетом данных специальной литературы и собственного клинического опыта нами обоснован выбор оптимальных технологий и разработаны алгоритмы проведения (техники) прямой эстетической реставрации

ЗФГ у пациентов с НК. Отбор и алгоритмизация техники прямой эстетической РЗФГ проведены на научной основе, с учетом особенностей стоматологического и системного (гематологического) статуса, компенсированности ФЗТ, формы и стадии НК, психоэмоционального состояния и мотивированности пациентов, характера и природы происхождения эстетических дефектов зубов, специфики инструментально-технологического обеспечения эстетико-функциональной РЗФГ у этой декретированной группы стоматологических пациентов.

Под реставрацией зубов понимали восстановление их утраченных тканей конструкционными стоматологическими материалами, обеспечивающими функциональную, эстетическую и биологическую интеграцию [27,129,130]. Проведенный нами обзор специальной литературы по общемедицинским и стоматологическим аспектам гемофилии и других НК, результаты сравнительного стоматологического обследования и целевого эстетически ориентированного обследования пациентов, страдающих НК и соматически сохранных лиц, позволяют выделить ряд проблемных вопросов, требующих решения при планировании проведения эстетической реставрации ЗФГ, последующем диспансерном наблюдении больного у врача-стоматолога и врача-гематолога: определение показаний и противопоказаний к проведению эстетической реставрации ЗФГ, разработка и обучение пациентов методикам психометрического анализа (анкетирование по самооценке результатов эстетической реставрации, по шкале стоматологической тревожности Кораха, со специализированному стоматологическому опроснику качества жизни ОНП-14-aesthetic-RU), обоснование оптимальных методик психологической коррекции стоматологического пациента с НК, подбор максимально атравматичных средств, методов и технологий индивидуальной и профессиональной ГПР, обоснование выбора оптимальных методов прямой эстетической реставрации зубов, методов контроля болевого симптома (до начала реставрационных работ – методика местной анестезии, во время и по их завершению – способов профилактики, контроля и коррекции артралгического симптома ВНЧС), инструментально-технологического обеспечения безопасности этапов препарирования полостей и

эндодонтического лечения с последующей эстетической реставрацией зубов, поиск атравматичных методик изоляции рабочего поля, гемостаза и контроля за десневой жидкостью, эффективных технологий коррекции гиперэстетического симптома, обоснование выбора реставрационного материала и адгезивной системы, технологий финишной обработки реставраций.

Процесс разработки алгоритмов эстетической РЗФГ у пациентов с НК включал несколько этапов: критический анализ существующих методологических подходов к проведению и оценке качества эстетической реставрации у соматически сохранных лиц и пациентов с патологией системы крови; всесторонний анализ применяемых в стоматологии технологий реставрации, реставрационных материалов, нормативно-правовых актов, стандартов, возможных причин, потенциально снижающих качество реставрации и создающих риск местных и системных осложнений у пациентов с НК.

Предпосылками для разработки алгоритмов эстетической РЗФГ у лиц с НК стали результаты клинической оценки распространенности и интенсивности кариеса и некариозных поражений зубов (особенно зубов в зоне улыбки), итоги экспертизы качества ранее проведенных у этих пациентов реставраций, социологический анализ удовлетворенности пациентов качеством стоматологического лечения, состоянием эстетики улыбки, а также причин, снижающих приверженность пациентов к поддержанию стоматологического здоровья. По результатам проведенного стоматологического обследования и социологических исследований, с учетом данных специальной литературы и собственного клинического опыта нами обоснован выбор оптимальных технологий и разработаны алгоритмы проведения (техники) прямой эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК. При разработке алгоритмов прямой эстетической РЗФГ все заявляемые действия врача-стоматолога были конкретны, четко сформулированы, определены и понятны; каждый этап обоснованы, обозначен с помощью общепринятых терминов, определен на основе анализа многочисленных материалов и технологических регламентов по проведению реставраций или

реконструкций зубов, по общему (ФЗТ) и местному (стоматологическому) лечению пациентов, страдающих врожденной патологией гемостаза.

Разработанный клинический алгоритм проведения прямой реставрации ЗФГ включал как традиционные, так и оригинальные этапы и их инструментально-технологическое обеспечение, разработанные применительно к пациентам с НК: получение информированного разрешение от врача-гематолога на консервативное лечение зубов и заболеваний пародонта; введение временного регламента на обследование и лечение пациента с НК – время приема 50 мин. с обязательным 20-минутным перерывом для профилактики нарушений со стороны ВНС; определение исходного уровня стоматологической тревожности по тесту Кореха, стоматологических составляющих качества жизни по индексу ОНП-14-aesthetic-RU; обсуждение плана лечения, установление доверительных отношений с пациентом и формирование мотивации к поддержанию здоровья полости рта; проведение атравматичной профессиональной ГПП; использование преимущественно интралигаментарной анестезии; ограниченное использование слюноотсоса с изоляцией острых его краев специальным материалом; препарирование твердых тканей зубов атравматичными борами SmartBurs II (SS White) (рационализаторское предложение №2536 от 5.03.2011); при быстрой утомляемости, появлении болевого симптома в ВНС введение в полость рта пациента разработанного специального устройства для удержания нижней челюсти в открытом положении – разгрузочной капши (Патент РФ на полезную модель RU № 108292, А61С «Устройство для удержания нижней челюсти в открытом положении при стоматологическом лечении больных гемофилией» от 28.03.2011); применение безопасных и эффективных методик и инструментария для обеспечения гемостаза и ретракции десны (рационализаторское предложение №2533, №2534 и №2535 от 05.03.2011); обсуждение с пациентом удовлетворенности результатом лечения и ее балльная самооценка пациентом; по показаниям направление пациента на физиотерапевтическое лечение (гальванопелоидтерапию) ВНС.

Оценка качества реставраций в ближайшие и отдаленные сроки у пациентов первой подгруппы основной группы показала эффективность и действенность разработанного нами алгоритма реставрации, который минимизировал риск развития гематологических осложнений для пациентов с НК и повышал успех эстетической реставрации, улучшая психоэмоциональный статус пациентов (снижение индекса гигиены на 28,6%, РМА на 55,9%, DAS на 36,7%, совокупной утраты эстетики улыбки на 54,6%; самооценка удовлетворенности результатами лечения $20,02 \pm 0,27$ балла – высокая). В 2,1% случаев при контрольном осмотре во время оценки отдаленных результатов, фиксировали изменение цветовых параметров реставрации и нарушение качества краевой целостности. Эти реставрации были заменены с целью профилактики рецидива кариеса и появления эстетико-функциональных дефектов на фронтальных зубах.

После проведенной комплексной эстетической реставрации зубов у пациентов основной группы второй подгруппы нами было выявлено достоверное, на 58,9% снижение значений индекса совокупной утраты эстетики улыбки за счет проведенного нами комплексного эстетически ориентированного лечения, которое результировалось также в изменении показателей клинических (снижение индекса гигиены на 41,8%, РМА на 64,0%), психометрических (снижение индекса DAS на 45,3%) и социологических индексов (самооценка удовлетворенности $20,05 \pm 0,53$).

Зафиксированный по результатам объективного обследования и субъективных заключений пациентов группы сравнения положительный результат эстетического (консервативного) лечения (снижение индекса РМА на 46,8%, DAS на 40,1%, самооценка удовлетворенности результатами лечения $19,2 \pm 0,5$ балла) был объективизирован и по интегральному показателю совокупной утраты эстетики улыбки, реструктуризация которого за счет изменения зубных и десневых компонент обеспечила его достоверное (на 42,1%) снижение.

Наиболее часто выявляемыми на этапах и по завершению эстетической реставрации ЗФГ у пациентов основной группы осложнениями были: появление болевого симптома ВНЧС (15,2%), появление повышенной чувствительности зубов (11,8%), десневое кровотечение (6,8%), травма (химическая, механическая)

слизистой оболочки полости рта или десны (3,4%), аллергическая реакция на используемые материалы (1,7%), фрактура структур зуба (5,1%), появление артралгического симптома в области крупных суставов (20,3%).

В соответствии с задачами работы исследование стоматологических показателей КЖ по версии ОНIP-14-aesthetic-RU у пациентов основной группы и группы сравнения проводили при первичном стоматологическом осмотре (до проведения эстетической реставрации зубов) с целью оценки их удовлетворенности состоянием зубов в зоне улыбки с позиций качества жизни (ограничение функций, проявлением физического дискомфорта, физических расстройств, психологического дискомфорта, психологических расстройств, социальной дезадаптации и ущерба), через 1 неделю после реставрации и через 6 месяцев после эстетически-ориентированного лечения. При оценке эффективности проведенного лечения по показателю Δ ОНIP-14-aesthetic-RU был отмечен выраженный клинический эффект эстетически ориентированного стоматологического лечения ЗФГ, который составил 1,39 балла и повысился до 1,81 балла через 6 месяцев после проведения стоматологических мероприятий у пациентов первой подгруппы основной группы и повышение до 1,84 с 1,41 балла – у пациентов второй подгруппы основной группы. В группе же сравнения клинический эффект трактовался как «умеренно выраженный» и по показателю Δ ОНIP-14-aesthetic-RU объективизировался значениями 0,39 и 0,44 баллов, соответственно, на 2-х постпроцедурных сроках наблюдения.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с наследственными коагулопатиями достоверно чаще, чем у соматически сохранных лиц (100,0% против 41,9±3,2%) в зоне улыбки выявляются эстетические значимые формы кариеса зубов, характеризующиеся достоверно более высокой интенсивностью (КПУфз 4,53±0,13 против 1,26±0,12) и клинико-топографическими особенностями, а также некачественные пломбы/реставрации, неприемлемые по критериям анатомической формы (75,2%), краевого прилегания (72,3%), цвета и поверхности (64,2%). Показания к прямой эстетической реставрации фронтальных зубов в связи с наличием кариеса, некариозных поражений и некачественных реставраций выявлены у 97,0% пациентов основной группы.
2. Достоверно более выраженные, чем у соматически сохранных лиц, нарушения пародонтологического статуса пациентов с наследственными коагулопатиями объективизированы: неудовлетворительным уровнем гигиены полости рта (ИГ 2,99±0,32 балл.), максимально высоким (3,65±0,40) при тяжелых формах заболевания; в 3 раза более высокими значениями индекса гингивита (РМА 40,1±0,5%), проявляющегося преимущественно в форме генерализованного средне-тяжелого катарального или гипертрофического гингивита; высокой (II – III степенью выраженности десневого геморрагического симптома (69,3% случаев). Отложение обильного пигментированного мягкого зубного налета, клинические признаки воспаления и кровоточивость десны отражались на контурно-топографических и цвето-текстурных характеристиках десневого комплекса в зоне улыбки; индекс совокупной утраты эстетики улыбки у гематологических пациентов достоверно превышал показатель у здоровых лиц, преимущественно за счет десневого и зубного компонентов.
3. По результатам психологического тестирования по шкале стоматологической тревожности Кораха у пациентов с наследственными коагулопатиями, нуждающихся в эстетической реставрации фронтальных зубов, выявлены достоверно более высокие, чем у лиц группы сравнения, уровни реактивной тревожности (DAS 17,22±2,05, $p < 0,05$), связанные с комплексом специфических

для системной патологии причин и требующие своевременной комплексной коррекции на этапах эстетического лечения.

- 4.** Разработана оригинальная методика оценки влияния эстетически значимых структурно-функциональных дефектов в зоне улыбки на стоматологические показатели качества жизни пациент по индексу «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-aesthetic-RU; установлено, что наличие эстетических дефектов фронтальных зубов, зубных рядов и десневого комплекса в передне-челюстных сегментах у пациентов с наследственными коагулопатиями сопровождается достоверно более значимым, чем у лиц группы сравнения, снижением (на $83,5 \pm 4,7\%$) интегрального показателя Σ ОНП-14-aesthetic-14 до $46,8 \pm 2,3$, особенно выраженным по шкалам «Социальная дезадаптация» (до $7,7 \pm 0,5$, снижение на $96,1 \pm 6,7\%$) и «Психологически дискомфорт» (до $7,6 \pm 0,5$, снижение на $95,87 \pm 6,0\%$). У соматически сохранных, нуждающихся в эстетической реставрации по поводу дефектов фронтальных зубов отмечено достоверно меньше их влияние на интегральный показатель индекса (Σ ОНП-14-aesthetic-RU= $10,6 \pm 1,6$, снижение относительно нормативных значений на $18,9 \pm 2,8\%$), преимущественно за счет шкал «Физический дискомфорт», «Ущерб» и «Ограничение функции».
- 5.** Разработка алгоритмов, инструментально-технологическое и методическое обеспечение комплексной эстетической реставрации зубов у пациентов с наследственными коагулопатиями позволяют повысить успешность эстетического лечения зубов в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения, способствуют укреплению психоэмоциональной сферы и поддержанию уровня качества жизни пациентов с наследственными коагулопатиями.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения качества эстетической реставрации зубов в ЗУ у пациентов с НК рекомендуется использование оригинальных инструментально-технологических решений («Способ локального гемостаза мягких тканей полости рта у больных с НК», «Способ профилактики десневого кровотечения при проведении стоматологических манипуляций», «Способ ретракции десны при стоматологическом лечении больных с НК», «Инструмент для atraumaticной укладки ретракционной нити в десневую борозду», «Аtraumaticная методика одонтопрепарирования при глубоком кариесе у больных с НК»), снижающие риск десневых кровотечений на фоне применения традиционных инструментов, методик, аксессуаров.
2. Для эффективного купирования мышечно-болевого дисфункции ВНЧС, возникающей по завершению комплексной эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК рекомендуется использовать авторское устройство (патент РФ на полезную модель RU №111000, А61N от 01.04.2011) и оригинальный метод гальванопелоидтерапии (патент РФ на изобретение RU №2457005, А61К, А61N, А61Р от 01.04.2011), основанный на противовоспалительном, противоотечном, анальгезирующем и рассасывающем действии пелоидов озера Нижнеивкинское (Кировская область) и постоянного электрического тока.
3. Для профилактики болевого симптома ВНЧС во время эстетической реставрации ЗФГ у пациентов с НК показано использование оригинальной индивидуальной разгрузочной каппы (патент РФ на полезную модель RU № 108292, А61С от 28.03.2011), состоящей из 2-х пластмассовых назубных капп, внутренняя поверхность которых покрыта эластичной подкладкой, а на окклюзионной поверхности в области жевательных зубов зафиксированы клиновидные накладки, а также строгое соблюдение временного регламента лечебно-диагностических процедур при эстетической реставрации ЗФГ (продолжительность приема 45-60 минут с 10-минутным перерывом для мышечно-суставной релаксации).

4. При проведении индивидуальной ГПР у больных с НК рекомендуется использование ультра-мягкой зубной щетки Curaprox CS 5460 Ultra Soft с толщиной атравматичных щетинок 0,10 мм, бережно и деликатно очищающих поверхности зубов и десен; гелевой зубной пасты Curasept ADS 712 с 0,12%, содержащей хлоргексидина биглюконата, и ополаскивателя для полости рта Curasept ADS 212 с содержанием хлоргексидина биглюконата 0,12%. Зубная паста и ополаскиватель оказывают противовоспалительное действие, предотвращают образование зубного налета, рекомендованы к применению сроком не более 14 дней.
5. В процессе подготовки пациента к процедуре эстетической реставрации ЗФГ рекомендуется использовать современные методики формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья и необходимого уровня КЖ: с помощью наглядных средств, фотоальбомов, видеофильмов, отражающих предшествующий клинический опыт лечения этой категории пациентов.
6. Для определения показаний к эстетической реставрации ЗФГ, комплексной динамической оценки ее эффективности у пациентов с НК рекомендуется использование теста Кораха для оценки степени тревожности стоматологического пациента, при выявлении $DAS \geq 17$ баллов рекомендуется проведение соответствующих психокорректирующих мероприятий. Для повышения качества стоматологического лечения у больных с НК целесообразно в комплекс обследования включать также определение психотипа пациента.
7. Использование стоматологических показателей КЖ в практике врача-стоматолога расширяет возможности комплексной оценки состояния стоматологического здоровья больных с наследственными коагулопатиями и является дополнительным методом оценки эффективности комплексного эстетически ориентированного стоматологического лечения, дифференцированно определяя градации ответа на проводимое лечение. Для оценки эффективности различных подходов к комплексной эстетической стоматологической реабилитации больных с наследственными коагулопатиями

рекомендуется использовать сокращенный вариант стоматологического опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-aesthetic -14-RU.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БВ – болезнь Виллебранда

ГА – гемофилия А

ГВ – гемофилия В

ГПР – гигиена полости рта

ЗУ – зона улыбки

ЗФГ – зубы фронтальной группы

НК – наследственные коагулопатии

ПР – полость рта

СОПР – слизистая оболочка полости рта

ЭУ – эстетика улыбки

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев, Г.М. Гемофилия (патогенез, клиника и лечение). – Баку: Азерб.госуд.изд. – 1988.- 242с.
2. Абезгауз, А.М. Геморрагические заболевания у детей / А.М. Абезгауз.-Л.: Медицина. Ленинградское отделение, 1970. – 324с.
3. Аверьянов Е.В. Психологический портрет людей с гемофилией / Е.В.Аверьянов, В.И.Семеняка // Режим доступа: http://hemophilia.com.ua/ru/publications/publication.php?ELEMENT_ID=271
4. Агаженин, А.А. Стоматологическая помощь больным с гематологическими заболеваниями / А.А. Агаженин, А.В. Алимский, Л.Д. Серова, Р.Н. Шишкина, А.К. Голенков, И.В. Мирошниченко, И.Д. Рябина, О.Г. Акопян, И.А. Быкова // Стоматология. - 1998.-№4.-С.42-48.
5. Агафонова, Г.В. Клинико-экспертная оценка качества прямой эстетической реставрации: дис канд. мед. наук: 14.01.14 /Агафонова Галина Владимировна.- Н.Новгород, 2010 – 165с.
6. Алямовский, В.В. Клинико-технологические условия применения светоотверждаемых композиционных пломбирочных материалов / В. В. Алямовский. Красноярск: Изд-во КГПУ, 2000. - 128с.
7. Андреева Т.А. Ранняя диагностика и профилактика посттрансфузионных поражений печени у больных гемофилией: автореф. дис ...канд.мед.наук: 14.01.21 / Андреева Т.А.-Л.,-1987.-25с.
8. Андреев, Ю.Н. Актуальные проблемы хирургического лечения опорно-двигательной системы у больных гемофилией / Ю.Н.Андреев // Гематология и трансфузиология. – 2001. - №3. – С. 65-74.
9. Андреев, Ю.Н. Гемофилия на рубеже двух столетий / Ю.Н. Андреев // Гематология и трансфузиология. – 2002. - №3. - С. 3-4.
10. Андреев, Ю.Н. Многоликая гемофилия / Ю.Н.Андреев.- М.:Ньюдиамед, 2006. – 232 с.

11. Андреев, Ю.Н. Особенности патогенеза осложнений гемофилии и реконструктивно-восстановительная хирургия регуляций гомеостаза и репаративных процессов: дис. ...докт. мед наук: 14.01.21 / Андреев Юрий Николаевич. – М., 1988. – 230 с.
12. Бабушкин, И.Е. Медико-психологический статус больных гемофилией в сравнительном аспекте: дис....канд.мед.наук:14.00.29 / Бабушкин Игорь Евгеньевич.-Барнаул,2001-123с.
13. Багаев В.И. Пограничные психические расстройства у больных гемофилией:дис.... докт.мед.наук:14.01.18 / Багаев Владимир Иванович.- Киров, 2001-144с.
14. Багаев, В.И. Некоторые психологические и социальные аспекты гемофилии / В.И. Багаев, В.П. Кондратюк, В.М. Рябов, С.А. Садков // Советская медицина.- 1991.-№7.-С.86-87.
15. Багинский, А.Л. Влияние средств гигиены полости рта на композитные реставрации твердых тканей зубов: автореф. дис....канд. мед. наук 14.00.14 / Багинский А.Л.-Красноярск, 2012.- 22с.
16. Баркаган, З.С. Геморрагические заболевания и синдромы / З.С. Баркаган. – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
17. Баркаган, З.С. Патогенез, клиника, пути профилактики и лечения вторичных иммунных нарушений у больных гемофилией / З.С. Баркаган // Сибирский медицинский журнал. – 1996. – Т.1. - №1. – С. 17-20.
18. Баркаган, З.С. Современные методы терапии и реабилитации больных гемофилией с иммунными ингибиторами антигемофилических факторов / З.С. Баркаган, Е.И. Бувевич //Гематология и трансфузиология. – 1996. - №5. – С. 8-11.
19. Барер, Г.М. Использование стоматологических измерений качества жизни / Г. М. Барер, К.Г. Гуревич, В.В. Смирнягина, Е.Г. Фабрикант // Стоматология для всех.-2006.-№2.-С.4-7.
20. Башарова, Е.В. Влияние современной заместительной терапии на качество жизни детей с гемофилией А / Е.В. Башарова, Е.В. Жуковская, И.И. Спичак,

- А.М. Устюгова, Н.А. Юрина// Гематология и трансфузиология.-2009.-№2.- С.27-31.
21. Бейли, Д.Х. Обеспечение гемостаза и контроля за десневой жидкостью: обязательное требование в современной стоматологии / Д.Х.Бейли, Д.Е.Фишер // Клиническая стоматология. – 2004. - №2. – С.34-42.
 22. Бейн, Б.Н. Нервные и психические нарушения при гемофилии / Б.Н. Бейн, В.И.Багаев. – Киров: Кировская областная типография, 2001 – 271с.
 23. Бекжанова, О.Е. Клиническая оценка пломб из композитного материала «Filtek Z-250» / О.Е. Бекжанова, Е.В. Курбанова // Российский стоматологический журнал.-2003.-№1.-С.41-43.
 24. Беляков, Ю.А. Наследственные заболевания и синдромы в стоматологической практике.-М.:Ортодент-Инфо,2000.-294с.
 25. Бернадский, Ю.И. Удаление зубов у больных гемофилией / Ю.И.Бернадский, Г.П.Бернадская, А.Г.Денисенко // Стоматология.- 1988.- №4. – С. 31-33.
 26. Блажиевич, И.А. Клинические особенности, коморбидность и эффективность терапии гемофилии: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Блажиевич Ирина Анатольевна. – Новосибирск, 2009. – 165с.
 27. Бокучава, Э.Г. Методические подходы к оценке качества техники прямой эстетической реставрации зубов: автореф. дис....канд. мед. наук: 14.00.21/Бокучава Э.Г. – Н.Новг.,2009.-20 с.
 28. Болдырев, Ю.А. Эстетическая реставрация зубов как форма прекрасного // Уральский стоматологический журнал.-2001.-№2.-С.4-8.
 29. Болдырев, Ю.А. Возрастные особенности эстетической реставрации зубов : дис....канд.мед.наук 14.00.21 / Болдырев Юрий Анатольевич.-Екатеринбург, 2001.-147с.
 30. Веденева, Е.Н. Психологические аспекты эстетического лечения/ Е.Н. Веденева, К.Г. Гуревич, В.Д. Вагнер, Е.Д. Фабрикант // Российская Стоматология.- 2009.-№2.- С.19-23.
 31. Власова М.И. Обоснование выбора пломбирочных материалов и адгезивных систем при лечении пришеечного кариеса зубов (клинико-инструментальное

- исследование): автореф. дис. ...канд.мед.наук 14.00.21./Власова М.И.- Екатеринбург, 2012.-21с.
32. Воложин, А.И. Клиника, патогенез и лечение болезней зубов и пародонта у больных с классической гемофилией / А.И. Воложин, Ю.М. Максимовский, С.В. Князев // *Зубоврачебный вестник*. 1993. - №3.- С. 13-18.
 33. Воложин, А.И. Изменение показателей свертывания крови под влиянием слюны больных гемофилией / А.И.Воложин, С.В.Князев // В кн.: *Актуальные вопросы стоматологии (мат. науч.практ. конф. детских стоматологов, посвященной 10-летию кафедры стоматологии детского возраста)*. – Уфа. – 1993. – С. 130-132.
 34. Воложин А.И. Остеопороз у больных, страдающих гемофилией. В кн.: *X конференция по космической биологии и авиакосмической медицине*.-М.- 1994.-С.43-43.
 35. Волокитина, Н.В. Оказание стоматологической помощи больным врожденными коагулопатиями / Н.В. Волокитина, Т.А. Андреева // *Проблемы гематологии*.-2002.-№3.-С.29-30.
 36. Воробьев, А.И., Плющ О.П., Баргакан З.С. и др. Протокол ведения больных «Гемофилия» / А.И. Воробьев, О.П. Плющ, З.С. Баргакан и др. // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2006. - №3. – С. 18-74.
 37. Воробьев, А.И. Руководство по гематологии. 1-3 тома (с приложениями) / А.И. Воробьев. – М.:Ньюдиамед, 2007. - 1287с.
 38. Габибуллаева, С.А. Уровень стоматологической просвещенности больных гемофилией / С.А. Габибуллаева, А.И. Абдурахманов // *Вестник новых медицинских технологий*.- 2014.-№1.
 39. Гажва, С.И. Определение гарантийных сроков и критериев качества прямого восстановления зубов композитами светового отверждения в период реабилитации / С.И. Гажва, Г.А. Пашинян, Г.В. Агафонова, Е.С. Пожиток, Ясин Али Абуалли Мауди // *Нижегородский медицинский журнал*. - 2008. - №2, вып.№2. - С. 38-40.

40. Гажва, С.И. Психо-эмоциональный статус пациентов до и после стоматологического вмешательства/ С.И. Гажва, Т.Б. Степанян, Т.П. Горячева // Современные проблемы науки и образования.-2014.-№4.- С. 3-5.
41. Гажва С.И. Определение гарантийных сроков и критериев качества прямой эстетической реставрации / С.И. Гажва, Г.В. Агафонова // Клиническая стоматология.-2009.-№3.-С.52-55.
42. Герасимович, И.С. Эстетическая реставрация зубов как форма прекрасного / И.С.Герасимович, Ю.А.Болдырев // Уральский медицинский журнал. – 2001. - №2. – С.4-8.
43. Гилева, Е.С. Системный анализ параметров макро- и микроэстетики улыбки у лиц молодого возраста и его динамика в процессе лечения скученного положения зубов во фронтальном отделе : дис. ...канд. мед. наук: 14.00.21 / Гилева Евгения Сергеевна.- Пермь, 2007.- 179с.
44. Гилева, О.С. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU / О.С. Гилева, Е.В. Халилаева, Т.В. Либик, Р.В. Подгорный, И.Н. Халявина, Е.С. Гилева // Уральский медицинский журнал. – 2009.- №8. – С.104-109.
45. Гилева, О.С. Комплексный подход к коррекции зубных и десневых параметров эстетики улыбки / О.С. Гилева, Т.В. Либик, Е.С. Гилева, С.В. Коротин // Стоматология XXI века: Стоматология Большого Урала. Профилактика стоматологических заболеваний: Мат. Всероссийского конгресса.-Пермь, 2009.-С.46-49.
46. Гилева, О.С. Диагностические аспекты проблемы повышенной чувствительности зубов // О.С. Гилева, Т.В. Либик, А.А. Позднякова, М. Рамдун // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины: материалы межрегиональной научной сессии молодых ученых 2009 года/ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава.-Пермь, 2009.-с.195-197.
47. Гилева, О.С. Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни / О.С. Гилева, Т.В. Либик, Е.В. Халилаева и др. // Медицинский вестник Башкортостана – 2011. – Т.6. - №3. – С.6-11.

48. Гильмияров, Э.М. Биотестирование стоматологических материалов в условиях *in vitro* / Э.М. Гильмияров, К.И. Колесова, В.М. Радомская, А.В. Бабичев // Казанский медицинский журнал.-2013., том94.-№5.-С. 667-672.
49. Гильмияров, Э.М. Манипуляционные эстетические свойства, биосовместимость современных адгезивных и пломбирочных материалов / Э.М.Гильмияров, В.М.Радомская, Ф.Н.Гильмиярова, А.В.Бабичев, К.И.Колесова, А.Н.Азизов // Российский стоматологический журнал. – 2014. - №3. – С.30-33.
50. Гольдштейн, Р. Эстетическая стоматология. Второе издание. Том 1/ Русское издание под редакцией А.М. Соловьево Р.Гольдштейн.-2003.-493с.
51. Гольдштейн, Р. Эстетическая стоматология. Второе издание. Том 2/ Русское издание под редакцией А.М. Соловьевой/ Р.Гольдштейн.-2005.-912с.
52. Горбачева, К.А. Особенности лечения кариеса зубов и его осложнений у детей с нарушениями свертывающей системой крови // Сборник научных статей: труды молодых ученых.- Минск, 2001.-с.327-330.
53. Горбачева, К.А. Санация полости рта у детей больных гемофилией / К.А. Горбачева // Здоровоохранение Белоруссии.-1986,№9.-с.27-28.
54. Горбунова, Н.А. Некоторые механизмы нарушения регуляции гемостаза при острой кровопотере / Н.А. Горбунова // Гематология и трансфузиология. – 1991. - №2. – С. 3-7.
55. Гусеева, С.А. Болезни системы крови: справочник / С.А. Гусеева, В.П. Вознюк.-М.:МЕДпресс-информ, 2004.-274 с.
56. Гуревич, К.Г. Здоровье. Качество жизни в стоматологии. Зубной протез и здоровье / К.Г. Геревич, Е.Г. Фабрикант // Сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. – М.: МГМСМУ, 2004. – С20.
57. Давиденко, Н.Л. Организация оказания стоматологической помощи больным коагулопатиями: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Давиденко Надежда Львовна. – М., 2005. – 98 с.
58. Данилова, М.А. Аномалии зубных рядов: доклиническая диагностика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / М.А. Данилова, П.В.

- Ишмурзин // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2008.- Т.7. - №4. – С.34-36.
59. Дерябин, Е.И. Предупреждение луночковых кровотечений у больных гемофилией после удаления зубов / Е.И. Дерябин, Н.Е. Пермякова // Сб. тезисов док. Всеросс. Научно-практич. конф. – М., 2003. – С.40-41.
60. Дмитриева, Л.А. Азбука пломбировочных материалов: учебно-практическое пособие / Л.А. Дмитриева.-М.:МЕДпресс-информ,2008.-269 с.
61. Елизарова, В.М. Оценка эффективности применения полихромного компомера «Твинки Стар» при лечении молочных зубов /В.М. Елизарова, Е.А. Скатова, Т.Е. Зуева, Е.Н. Таболова // Новое в стоматологии.-2007.-№7.-С. 6-10.
62. Ерофеева, Е.С. Повышение качества лечения пациентов с дисколоритами фронтальных зубов (экспериментально-клиническое исследование): дис. ... канд.мед.наук 14.01.14 / Ерофеева Е.С. – Пермь, 2010. – 143с.
63. Жуков, С.Ю. Изготовление эстетических реставраций с использованием микрогибридного композита Megafill МН, обладающего эффектом хамелеона / С.Ю. Жуков // Клиническая стоматология.-2009.-№1.-С.82-84.
64. Зобачева, В.В. Эстетическое восстановление зубов в области шейки у больных с заболеваниями пародонта: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.0021 / Зобачева В.В. – Тверь, 2007.- 21с.
65. Иоффе, Е. Композиты – вчера, сегодня и завтра // Новое в стоматологии.-1994.- №5.-С.6-11.
66. Иоффе, Е. Новое семейство композитных материалов // Новое в стоматологии.-1999.-№8.- С.19-20.
67. Иоффе Е. Коричневые линии вокруг композитной реставрации / Е.Иоффе // Новое в стоматологии. Специальный выпуск.-1997.-№3.-С.31-33.
68. Князев, С.В. Патогенетические основы тактики стоматологического ведения больных гемофилией А: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.21, 14.00.16 / Князев С.В. – М., 1994. – 22с.

69. Колесников, С.А. К проблеме профилактики кариеса у детей с повышенным риском кариеса, страдающих гемофилией / С.А. Колесников, К.П. Федоров, Л.Р. Сарап // Институт стоматологии. – 2008.-№1 (38). – С.71-73.
70. Колесников, С.А. Особенности поражения и лечения зубочелюстной системы у больных гемофилией: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Колесников Сергей Александрович.- Барнаул, 2009.- 144 с.
71. Копылов, К.Г. Наследственные коагулопатии: гемофилия и болезнь Виллебранда / К.Г.Копылов // Медицинский вестник. – 2011. - №9. – С.68-70.
72. Костина, И.Н. клиника, диагностика и лечение ранних стадий остеоартроза ВНЧС: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21/ Костина Ирина Николаевна – Екатеринбург, 2002.- 190 с.
73. Крегер-Янсон, У. Композит позволяет реализовать креативные стратегии лечения / У.Крегер-Янсон // Новое в стоматологии. – 2010. - №8. – С.192-210.
74. Криспин, Б. Современная эстетическая стоматология. Практические основы. / Б. криспен – М.:Азбука,2003.-304с.
75. Крутов, В.А. Эффективность использования эластичных штифтов и композитных материалов для реконструкции разрушенных зубов после эндодонтического лечения: автореф. дис....канд. мед. наук 14.00.14 / Крутов В.А.-М.,2013.- 24с.
76. Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения РФ. Состояние тканей пародонта и СОПР / Э.М. Кузьмина – М., 2009. – 228 с.
77. Кузьминская, О.Ю. Клиническое применение системы индуцированной флюоресценции SorproLife для диагностики и планирования лечения кариеса зубов у детей и взрослых / О.Ю.Кузьминская, А.И.Николаева, Е.А.Малышева, А.В.Доценко, Т.С.Степанова // Новое в стоматологии. – 2011. - №2. – С.2-5.
78. Куроедова, В.Д. Особенности восприятия собственной внешности пациентами с зубочелюстными аномалиями. / В.Д. Куроедова // Ортодент-Инфо.-1998.- №1.-С.30-34.
79. Лебеденко, И.Ю. Комплексный подход к реставрации улыбки / И.Ю. Лебеденко, А.Б. Перегудов // Маэстро.-2000.-№3.-С.3-5.

80. Летхаген Стефан. Лечение десмопрессином (ДДАВП) // Гемофилия.- Спб.,- 1999.- с. 70-75.
81. Ливанова, О.Л. Дифференциальные алгоритмы выбора композитных материалов при эстетических реставрациях твердых тканей зубов: дис....канд. мед. наук:14.00.21 / Ливанова Ольга Лазаревна.-М.,2009.-134с.
82. Ливанова, О.Л. Ближайшие и отдаленные результаты эстетической реставрации / О.Л.Ливанова, А.В.Шумский // Клиническая стоматология.- 2008.-№3.-С.76-80.
83. Лихачева, Е.А. Международный опыт диагностики и лечения болезни Виллебранда / Е.А.Лихачева, Т.Ю.Полянская, В.Ю.Зоренко // Гематология и трансфузиология. – 2013. - №4. – С.45-49.
84. Лобанова, Е.В. Медико-статистические характеристики гемофилии у детей и экономическое обоснование специализированной помощи: дис. ... канд. мед. наук.:14.00.09 /Лобанова Елена Владимировна. – М., 2002. -127с.
85. Лобанова, Н.М. Применение физиотерапевтических факторов в комплексном лечении детей с гемофилией. – М., 2009. Режим доступа: <http://www.hemophilia.ru/files/Sjezd09/Lobanova.pdf>
86. Лобовкина, Л.А. Современные технологии реставрации зубов / Л.А. Лобовкина, А.М. Романов.-М.:МЕДпресс-информ, 2009.-112с.
87. Лобовкина, Л.А. Эстетика «розового и белого» / Л.А.Лобовкина, А.М.Романов // Современная стоматология. – 2012. - №4. – С.7-8.
88. Ломиашвили, Л.М. Восстановление формы зубов есть путь к совершенству и гармонии /Л.М. Ломиашвили, Д.В. Погодаев // Дент Арт.-2005.-№1.- С.18-27.
89. Ломиашвили, Л.М. Клинико-морфологическая характеристика зубочелюстной системы при проведении реставрационных работ / Л.М. Ломиашвили // Институт стоматологии.-2003.-№2.- С.26-31.
90. Ломиашвили, Л.М. Микрорельеф поверхностей коронок зубов и его значение в эстетической стоматологии / Л.М. Ломиашвили // Маэстро стоматологии.- 2002.-№2.- Сю 48-55.

91. Ломиашвили, Л.М. Некоторые аспекты эволюционного развития зубов с точки зрения врача-стоматолога / Л.М. Ломиашвили, Л.Г. Аюпова // Дент Арт.-2004.-№2.- С.7-15.
92. Ломиашвили, Л.М. Художественное моделирование и реставрация зубов / Л.М. Ломиашвили, Л.Г. Аюпова.-М.: Медицинская книга, 2005.-288 с.
93. Лопатина, Е.Г. Домашнее лечение и качество жизни больных гемофилией: дис....канд. мед. наук:14.00.29 / Лопатина Елена Геннадьевна.-М., 2006.-100 с.
94. Луцкая, И.К. Реставрация фронтальных зубов с коррекцией режущего края / И.К.Луцкая, Н.В.Новак // Институт стоматологии. – 2008. - №3(40). – С.48-51.
95. Луцкая, И.К. Эстетическая стоматология: справочное пособие /И.К. Луцкая.-Минск: Белорусская книга, 2008.-248 с.
96. Лычев, В.Г. Изучение психологического статуса больных гемофилией / В.Г. Лычев, И.Е. Бабушкин // Гематология и трансфузиология.-1996.-№5.-С.22-22.
97. Люгаев, Е.В. Приобретенный синдром Виллебранда. Клиника. Диагностика. Течение: дис....канд.мед.наук:14.01.08 / Люгаев Егор Викторович.-Спб., 2013.-160с.
98. Макацария, А.Д. Болезнь Виллебранда в практике акушера-гинеколога / А.Д. Макацария.-М.:РУССО, 2000.-190 с.
99. Макеева, И.М. Разработка подходов к объективизации воспроизведения оптических характеристик при изготовлении высокоэстетичных реставраций / И.М. Макеева, Е.Е. Москалев, Е.И. Кузько // Стоматология.-2010.-№6.-С.15-18.
100. Макеева, И.М. Сравнительная оценка *in vivo* показателей цвета и цветостабильности реставраций композитных и стеклоиономерных материалов для эстетического восстановления зубов / И.М. Макеева // Стоматология.-2002.-№2-С4-7.
101. Макеева, И.М. Эстетика в стоматологии / И.М.Макеева // Стоматология. Спец. Выпуск. – 1998. – С.58.
102. Мандра, Ю.В. Клинико-экспериментальная оценка применения нанонаполненного стеклоиономерного цемента Ketac N-100 для эстетико-

- функциональной реставрации зубов / Ю.В. Мандра, М.И.Власова, М.И.Дмитрова // Уральский медицинский журнал. – 2009. - №5. – С.93.
103. Мандра, Ю.В. Сравнительная оценка материалов и метода эстетико-функциональной реставрации зубов при повышенной стираемости / Ю.В.Мандра // Пермский медицинский журнал. – 2008. – Т.25. - №4. – С.103-107.
104. Манхарт, Ю. Эстетика и функциональность: возможности современных композитов в области фронтальных зубов / Ю. Манхарт // Dental Market. -2007. — № 1.-С. 10-14.
105. Мастерова, И.В. Эстетические параметры зубов и улыбки у представителей европеоидной и монголоидной рас: автореф. дис....канд. мед. наук 14.00.21 / Мастерова И.В.-М.,2005.-19с.
106. Митронин А.В. Критерии оценки качества эстетической реставрации зуба / А.В.Митронин, С.Ю.Гришин // Cathedra – кафедра. Стоматологическое образование. – 2011. - №37. – С.52-54.
107. Муравьева, М.А. Экспериментально-клиническая оценка эффективности лечения очаговой деминерализации эмали методом кариес-инfiltrации: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.14 / Муравьева Мария Анатольевна.- Пермь, 2013. – 195с.
108. Мусин, М.Н. Морфологическая классификация клиновидных дефектов твердых тканей зубов. Некоторые клинические подходы к лечению [Текст] / М.Н. Мусин, Л.В. Мусина, Е.В. Иванова // Dental Market. - 2006. - № 3. - С. 56-57.
109. Национальные стандарты Российской Федерации. Протоколы ведения больных: болезнь Виллебранда (ГОСТ Р 52600.1-2008), Гемофилия (ГОСТ Р 52600.3-2008). М.:НЬЮДИАМЕД, 2009. – С.81-197.
110. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология : учебное пособие / А.И. Николаев, Л.М. Цепов.- М.: МЕДпресс-информ, 2010.-928 с.
111. Николаев, А.И. Соблюдение медицинских принципов и технологических этапов препарирования полости как залог успеха эстетической реставрации

- зубов композитами / А.И. Николаев, Л.М. Цепов, Т.С. Степанова, Д.А. Николаев // Новое в стоматологии.-2009.-№2.-С.64-67.
112. Нильсон, И.М. Гемофилия / И.М.Нильсон. – Pharmacia, 1994.-101 с.
113. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А.Новик, Т.И.Ионова.- СПб, 2002
114. Организация стоматологической помощи больным гемофилией в условиях регионального специализированного центра. Свидетельство на интеллектуальный продукт №73200200126 от 25.07.2002 /О.С.Гилева, И.Н.Халыгина, Ю.В.Слободчиков.
115. Павлов, О.А. Эндодонтическое лечение осложненного кариеса у больных с первичными коагулопатиями: автореф. дис.... канд. мед. наук 14.0021 / Павлов О.А. – М.,2006.-23с.
116. Папаян, Л.П. Врожденные коагулопатии (диагностика, патогенез и лечение): автореф. дис....канд.мед.наук: 14.01.21 / Папаян Людмила Петровна.- Ленинград, 1984.-34с.
117. Перегудов, А.Б. Эстетические параметры улыбки / А.Б. Перегудов, И.В. Мастерова //Маэстро стоматологии.-2003.-№4.-С.8-13.
118. Пермякова, Н.Е. Комплексная профилактика вторичных луночковых кровотечений после удаления зубов у больных гемофилией: дис. ... канд. мед. наук:14.00.21 / Пермякова Наталья Евгеньевна.- Пермь, 2005.- 146 с.
119. Пермякова, Н.Е. Состояние полости рта у больных гемофилией / Н.Е. Пермякова // Нижегородский медицинский журнал. Приложение «Стоматология».-С32.-33.
120. Петрикас, О.А. Распространенность эстетических нарушений зубных рядов / О.А.Петрикас, И.В.Петрикас // Новое в стоматологии. – 1999. - №3. – С.21-22.
121. Петров, В.Ю. Гемофилия у детей: эффективность физиотерапевтических факторов в комплексном лечении / В.Ю.Петров, Г.И.Сосков, К.И.Григорьев, Н.М.Лобанова // Медицинская помощь.-2008.-№6.- С.3-6.

122. Петров, П.И. Исследование психоэмоционального статуса на стоматологическом приеме / П.И. Петров, Д.А. Еникеев, Г.Т. Мингазов// Российский стоматологический журнал.-2012.-№3.-С.44-46.
123. Петрович, Н.И. Стоматологический статус детей с нарушениями свертывающей системы крови и особенности оказания им стоматологической помощи / автореф. дис ... канд.мед.наук: 14.00.21 / Н.И. Петрович.-Минск, 2002.-20с.
124. Плющ, О.П. Амбулаторное лечение больных гемофилией и болезнью Виллебранда / О.П.Плющ, К.Г.Копылов //Гематология и трансфузиология.-2002.-№3.-С.30-34.
125. Плющ, О.П. Организация специализированной амбулаторной помощи больным гемофилией/ О.П. Плющ, Л.И. Кудрявцева, И.А. Тенцова, Е.А. Лихачева, И.Б. Снегирева-Давыденко, К.Г. Копылов //Гематология и трансфузиология.-1997.-№6.-С.37-39.
126. Полозова, О.А. Ретракция и коррекция десневого края при реставрации зубов: автореф. дис....канд.мед.наук:14.00.21 /Полозова Ольга Алексеевна.-Тверь, 2006.-22с.
127. Польша, Л.В. Мультифакторный анализ улыбки / Л.В. Польша, Е.В. Пантелеева, М.В. Маркова // Ортодонтия.-2007.-№1.-С. 40-46.
128. Попов, С.А. Особенности санации полости рта у больных гематологическими заболеваниями / С.А.Попов // Стоматология.-1999.-№4.-С.14-17.
129. Радлинский, С.В. Виды прямой реставрации зубов / С.В. Радлинский // Дент Арт.-2004.-№1.-С.33-40.
130. Радлинский, С.В. Реконструкция зубов в адгезивной технике / С.В. Радлинский // Дент Арт.-1997.-№2.-С.18-27.
131. Радлинский, С.В. Восстановление длины передних зубов / С.В. Радлинский //Дент Арт.-2003.-№1.- С.34-40.
132. Рассел, Дж. Болезнь Виллебранда. / Джесси Рассел, Рональд Кон.-М.:VDS.-2013.-104с.

133. Ронь, Г.И. К вопросу о выборе бондинговых систем при лечении кариеса / Г.И.Ронь, Ю.В.Мандра // Клиническая стоматология. 1999. - № 1. — С. 48-51.
134. Рюге, Г. Клинические критерии / Г. Рюге // Клиническая стоматология.-1998.- №3.- С. 40-46.
135. Рябов, В.М. Психосоциальный аспект и особенности личности больных гемофилией / В.М. Рябов //Гематология и трансфузиология.-1989.-№4.-С.20-23.
136. Савина, Е.А. Психотерапевтические приемы при проведении лечебно-профилактических мероприятий в рамках деонтологического поведения врача стоматолога-терапевта/ Е.А. Савина, Н.В. Булкина, О.А. Олевская //Саратовский научно-медицинский журнал.-2011.-Том 7.-№3.- С.683-689.
137. Садков, С.А. Методические рекомендации «Физиотерапевтические метода лечения гемофилических артропатий» / С.А.Садков, Т.П. Перевозчикова, С.Н.Ситников.- Киров, 2001.-28 с.
138. Салова, А.В. Особенности эстетической реставрации в стоматологии / А.В. Салова, В.М. Рехачев.-СПб.:Человек.-2008.-160с.
139. Симановская, О.Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни / О.Е. Симановская // Стоматология.-2008.-№5.-С.75-77.
140. Склярлов, И.А. Эстетические параметры идеальной улыбки / И.А. Склярлов, Д.В. Жерехов // Клиническая стоматология.- 2004.- №3.- С.62-63.
141. Слободчиков, Ю.В. Щадящее ортопедическое лечение больных гемофилией с дефектами зубов и зубных рядов: дис.... канд. мед. наук:14.00.21 / Слободчиков Юрий Викторович.- Пермь, 2005.-158с.
142. Смирнова, М.А. Эстетическая реставрация зубов с применением нанокомпозитов: учебное пособие / М.А. Смирнова, Ж.П. Хиора.- Спб.,2007.- 432 с.
143. Смирнягина, В.В. возможность использования критериев качества жизни для оценки эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита средней тяжести: автореф. дисс....канд. мед. наук:14.00.21 \ Смирнягина Валерия Владимировна

144. Соболева, О.И. Профилактика некоторых стоматологических заболеваний и геморрагических осложнений у больных наследственными коагулопатиями: автореф. дис....канд. мед. наук:14.00.21, 14.01.29/ Соболева О.И. – Ленинград,1990.-23 с.
145. Стрельцов, А.Г. Особенности течения вирусного гепатита С у больных гемофилией: дис....канд.мед.наук: 14.00.10, 14.00.29 / Стрельцов Александр Григорьевич.-Спб.-2005.-120с.
146. Трезубов, В.Н. Профилактика и терапия психогенных реакций в амбулаторной стоматологической практике: метод, рек./ В.Н.Трезубов, Г.Г. Незнамов,- М., 1989.-40 с.
147. Федоров, А.В. Основные механизмы кровоточивости при геморрагических заболеваниях у детей: автореф. дис. . д-ра мед. наук / А.В. Федоров. -М., 1981.- 32 с.
148. Федорова, З.Д. Гемофилия и ее лечение / З.Д. Федорова.- Л.:Медицина, 1977.- 184 с.
149. Халявина, И.Н. Возможности улучшения качества жизни больных гемофилией при эстетической реставрации зубов / И.Н. Халявина, О.С. Гилева, Ю.А.Пленкина, Т.В.Либик, М.А.Муравьева, Е.А.Городилова // Стоматология. – 2012. - №2. – С.26-28.
150. Халявина. И.Н. Динамика гигиенического состояния полости рта у больных гемофилией / И.Н. Халявина // Нижегородский медицинский журнал. Приложение «Стоматология». – Нижний Новгород.-2003. – С.33-34.
151. Халявина, И.Н. Особенности комплексного лечения заболеваний пародонта у больных гемофилией / И.Н. Халявина, О.С. Гилева, А.В. Ефимов // Стоматология XXI века. Новые технологии в стоматологии: Сб. матер. Всерос. конгресса. – Пермь, 2003. – С.97-99.
152. Халявина, И.Н. Особенности лечения поражений твердых тканей зубов у больных гемофилией / И.Н. Халявина // Стоматология XXI века. Новые технологии в стоматологии: Сб. мат. Всерос. Конгресса. – Пермь, 2003. – С.19-21.

153. Халявина, И.Н. Организация и эффективность оказания комплексной стоматологической помощи больным гемофилией А в условиях специализированного центра: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 Халявина Ирина Николаевна. – Пермь, 2004. – 22с.
154. Хохрин, Д.В. Особенности клиники, диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у больных гемофилией: дис....канд. мед. наук 14.00.14 / Хохрин Дмитрий Владимирович.-Пермь, 2013.-149 с.
155. Хохрин, Д.В. Состояние височно-нижнечелюстного сустава у больных гемофилией / Д.В.Хохрин, О.С.Гилева, И.Н.Халявина, Е.Д.Назукин // Стоматология. – 2012. - №2. – С.46-48.
156. Шмидседер, Дж. Эстетическая стоматология. Атлас по стоматологии / Пер. с англ. под редакцией проф. Виноградовой/Дж. Шмидседер.-М.:МЕДпресс-информ, 2007.-320 с.
157. Шумский, А.В. Выбор композитных материалов в эстетической реставрации зубов / А.В.Шумский, О.Л.Ливанова // Сб. науч. Трудов, Самарский медицинский институт «Реавиз», Самара. – 2007. – С.183-186.
158. Яковлева, Е.В. Качество жизни больных гемофилией / Е.В. Яковлева // Мат. VI Всеросс. Конф. По гемофилии. – М., 2012.
159. Adeyemo, T.A. Orofacial manifestations of hematological disorders: anemia and hemostatic disorders / T.A.Adeyemo, W.L.Adeyemo, A.Adediran, A.J.Akinbami, A.S.Akanmu // Indian Dent J Res. – 2011 May-June. – Col.22. - №3. – P.454-461.
160. Allen, E.B. Use of mucogingival surgical procedures to enhance esthetics / E.B.Allen // Dent Clin North Am. – 1998. - №32. – P.307-329.
161. Anderson, J.A.M. Guidance on the dental management of patients with haemophilia and congenital bleeding disorders / J.A.M.Anderson, A.Brewer, D.Creagh et al. // British Dental Journal. – 2013. - № 215. – P.497-504.
162. Barros, V.M. The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder / V.M.Barros, O.I.Seraidarian, M.I.Cortes, L.V. de Paula // J Orofac Pain. – 2009 Winter. – Vol.23. – №1. – P. 28-37.

163. Brown, D.L. Congenital bleeding disorders / D.L.Brown // *Pediatric and Adolescent HealthCare.* – 2015. – Vol.35. - №2. – P.38-62.
164. Bullinger, M. Quality of life assessment in haemophilia /M.Bullinger, S.V.Mackensen // *Haemophilia.* – 2007. – Vol.10. – Suppl.1. – P. 9-16.
165. Caiazeira, M.R. Influence of the operatory field isolation technique on tooth-colored direct dental restorations / M.R.Caiazeira, T.M. De Sabola, L.C.Maia // *Am J Dent.* – 2014 Jun. – Vol. 27(3). – P.155-159.
166. Cattaneo, M. Inherited platelet-based bleeding disorders / M. Cattaneo // *Journal of Thrombosis and Haemostasis.* – 2003. - №1. – P.1628-1636.
167. Celada, A. Frequency and clinical and transfusional significance of rheumatoid factor in patients with haemophilia and von Willebrand's disease / A.Celada, M.T.Aguado, F.Ortega et al. // *Vox Sang.* – 1984. – Vol.47. - №4. – P. 271-275.
168. Серпеллини F. Эстетическая интеграция постоянных реставраций передних зубов верхней челюсти. Принцип междисциплинарной кооперации / F.Серпеллини, S.Бенидиченти, А. Signore// *Новое в стоматологии.*-2004.-№5.-С.2-13.
169. Corah N.L., Assessment of Dental Anxiety Scale. *Journal of Dental Research*, 1969; 48:496-9; Corah N.L., Yale L.N., Yllig S.Y. Assessment of Dental Anxiety Scale, 1978; 97: 816-901.
170. Cvar, J.F. Reprint of criteria of the clinical evaluation of dental restorative materials. 1971 / J.F.Cvar, G.Ryge // *Clin Oral Investig.* – 2005 Dec. – Vol.9(4). – 215-232.
171. Deguchi, W. Therapy in Hemophiliacs / W.Deguchi // *Acta Haematol, JPN.* -1982. – Vol.45. – P. 962- 974.
172. Demirci, M. Comparative clinical evaluation of different treatment approaches using a microfilled resin composite and a compomer in class III cavities: two-year results / M.Demirci, E.Yildiz, O.Uysal / *Oper Dent.* – 2008 Jan-Feb. – Vol.33(1). – P. 7-14.
173. Fernandez-Palazzi, F. Synovectomy with rifampicine haemophilic haemarthrosis / F.Fernandez-Palazzi, S.Rivas, R.Viso et al. // *Haemophilia.* – 2000. – Vol.6. - №5. – 562-565.

174. Giangrande, P. Living with haemophilia / P.Giangrande // Arch Dis Child. – 1999 Aug. – Vol.81. - №2. – P. 195.
175. Gray, G.B. Infiltration of resin into white spot caries-like lesions of enamel: an in vitro study/G.B. Gray, P. Shellis// Eur J Prosthodont Restor Dent.-2002.-№10.-P.27-32.
176. Geitel, B. Clinically controlled study on the quality of class II, IV and V composite restorations after two years / B.Geitel, R.Kwiatkowski, S.Zimmer, C.R.Barthel, J.F.Roulet, K.R.Janh // K Adhes Dent. – 2004. – Vol.6(3). – P.247-253.
177. Gupta, A. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management / A.Gupta, J.B.Epstein, R.J.Cabay // J Can Dent Assoc. – 2007 Feb. – Vol.73. - №1. – P. 77-83.
178. Harrington, B. Primary dental care of patients with haemophilia / B.Harrington // Haemophilia. – 2000. – Vol.6. – P. 7-12.
179. Hollar, S. Establishing gingival symmetry when placing anterior direct nanohybrid composite restorations / S.Hollar // Compend Contin Educ Dent. – 2013. – Vol.34. – №5. – P.13-17.
180. Kaneda, T. Hemarthrosis of the temporomandibular joint in a patient with haemophilia B: report of case / T.Kaneda T, M.Nagayama, M.Ohmori, F.Minato, J.Nakajima, M.Shikimori // J Oral Surg. – 1979. – Vol.37. - №7. – P.513-514.
181. Kanfert, J.M. Social and psychlogical responses to some treatment of haemophilia / J.M.Kanfert // J Epidemiol Community Health. – 1980. – Vol.34. – P. 194-200.
182. Kasper, C.K. Prevalence of sporadic and familial haemophilia / C.K.Kasper, J.C.Lin // Haemophilia. – 2007 Jan. – №13(1). – P. 90-92.
183. Kruse-Jarres, R. Identification and basic management of bleeding disorders / R.Kruse-Jarres, T.Singleton, C.Loissinger // Journal of the American Family Medicine. – 2014. – Vol.27. – P.549-564.
184. Kumar, J.N. Speciality dentistry for the haemophiliac: is there a protocol in place? / J.N.Kumar, R.A.Kumar, R.Varadarajan, Sharma // Indian Dent Res. – 2007. – Vol.18. – P.48-54.

185. Lee, A.P. Effectiveness in controlling haemorrhage after dental scaling in people with haemophilia by using tranexamic acid mouthwash / A.P.Lee, C.A.Boyle, G.F.Savidge // *Br Dent J.* – 2005. – Vol.198. – P.33-38.
186. Locker, D. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life [Text]/ D.Locker, A. Jokovich, M. Clarke// *Community Dent. Oral Epidemiol.*-2004.-V.32.- №1.-P.10-18.
187. Locker, D. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly [Text]/ D. Locker, D. Matear, M. Stephens, H. Lawrence, B. Payne// *Community Dent. Oral Epidemiol.*-2001.-V.29, №5.-P.373-381.
188. Locker, D. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile [Text]/ D. Locker, G. Slade// *J. Dent. Assoc.*-1993.-V.59, №10.-P.830-844.
189. Manauta, J. Stratification in anterior teeth using one dentine shade and a predefined thickness of enamel: a new concept in composite layering. Part I / J.Manauta, A.Salat, A.Potignano, W.Devoto, G.Paolone, L.S.Hardan // *Odontostomatol Trop.* – 2014. – Vol 37(146). – P.5-16.
190. Martinowitz U., Schulman S. Fibrin sealant in surgery of patients with a hemorrhagic diathesis // *Thromb Haemost.* - 1995. Vol. 74. - N 1. - P. 486-492
191. Mauser-Bunschoten E.P., Jansen N.W., Doria A.S. et al. New images in haemophilia. // *Haemophilia.* - 2008. - Vol. 14. - N 3. - P. 147-152.
192. Mortazavi, S.M. 32(P) colloid radiosynovectomy in treatment of chronic haemophilic synovitis: Iran experience / S.M.Mortazavi, S.Asadollahi, M.Farzan et al. // *Haemophilia.* – 2007. – Vol.13. – №2. – P.182-188.
193. Nishioka, G.J. Hemophilic arthropathy of the temporomandibular joint: review of the literature, a case report, and discussion / G.J.Nishioka, J.E. Van Sickels, H.B.Tilson // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* – 1988. – Vol.65. - №2. – P. 145-150.
194. Paolone, G. Direct composite restorations in anterior teeth. Managing symmetry in central incisors // G.Paolone // *Int J Esthet Dent.* – 2014. – Vol.9(1). – P.12-25.

195. Petersen, P.E. The global burden of oral diseases and risks to oral health | P.E.Petersen, D.Bougesis, H.Ogawa et al. // Bulletin of the World Health Organization. – 2005. - Vol.83. – №9.
196. Piot, B. Management of dental extractions in patients with bleeding disorders / B.Piot, M.Sigaud-Fiks, P.Huet et al. // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 2002. – Vol.93. - №3. – P. 247-250.
197. Prevention and control of haemophilia: memorandum from a joint WHO/WFH meeting. Bulletin of the World Health Organization, 1999; LXIX: 17-26.
198. Prodan, D.A. Influence of opacity on the color stability of a nanocomposite / D.A.Prodan, C.Gasparik, D.C.Mada, V.Miclaus, M.Baciut, D.Dudea / Clin Oral Investig. – 2014. – Vol.13. – P.1-7.
199. Rakocz, M. Dental extractions in patients with bleeding disorders. The use of fibrin glue / M.Racocz, A.Mazar, D.Varon et al. // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. – 1993. – Vol.75. - №3. – P. 280-282.
200. Reisine, S.T. Impact of dental conditions on patient's quality of life / S.T.Reisine, J.Fertig, S.Leder // Community Dent Oral Epidemiol. – 1989. – Vol.17. – P.7-10.
201. Reisine, S.T. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life / S.T.Reisine // Annual. rev Public Health. – 1988. – Vol. 9. – P.1-19.
202. Reissmann, D.R. Functional and psychological impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses / D.R.Reissmann, M.T.John, O.Schierz, R.W.Wassell // J Dent. – 2007 Aug. – Vol.35. – №8. – P. 643-650.
203. Rosendahl, F.R. Modern haemophilia treatment: medical improvements and quality of life / F.R.Rosendahl, C.Smit, I.Varecamp et al. // J Intern Med. – 1990. – Vol.228. - №6. – P. 633-640.
204. Ryge, G. Clinical criteria / G.Ryge // Int Dent J. – 1980 Dec. – Vol 30(4). – P.347-358.
205. Ryge, G. Evaluating the clinical quality of restorations / G.Ryge, M.Snyder // J Am Dent Assoc. – 1973 Aug. – Vol.87(2). – P.369-77.

206. Ryge, G. Standardization of clinical investigators for studies of restorative materials / G.Ryge, M.D.Jendresen, P.O.Glantz, I.Mior // *Swed Dent J.* – 1981. – Vol.5(5-6). – P.235-239.
207. Scully, C. Complications in HIV-infected and non-HIV-infected haemophiliacs and other patients after oral surgery / C.Scully, P.Watt-Smith, R.D.Dios, P.L.Giangrande // *Int J Oral Maxillofac Surg.* – 2002 Dec. – Vol.31. - №6. – P. 634-640.
208. Scully, C. Dentistry for those requiring special care / C.Scully, N.Kumar // *Prim Dent Care.* – 2003. – Vol.10. - №1. – P.17-22.
209. Slade, G. Development and evaluation of the Oral Health impact Profile / G.Slade, J.Spencer // *Community Dent. Health.* – 1994. – Vol.11, №1. – P.3-11.
210. Sonis, A.L. Oral bleeding in classic hemophilia / A.L.Sonis, R.J.Musselman // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* – 1982. – Vol.53. - №4. – P. 363-366.
211. Streigel, M. Симфония красного и белого / M.Streigel // *Новое в стоматологии.* – 2008. - №6(154). – С.52-57.
212. Van der Meulen, M.J.. Developing abbreviated OHIP versions for use with TMD patients / M.J. van der Meulen, M.T.John, M.Naeije, F.Lobbezoo // *J Oral Rehabil.* – 2012 Jan. – Vol.39. - №1. – P. 18-27.
213. Walsh, M. Health related quality of life in a cohort of adult patients with mild hemophilia A / M.Walsh, D.Macgregor, S.Stuckless et al. // *J Thromb Haemost.* – 2008. – Vol.6. - №5. – P. 755-761.
214. Weselowsky, M. Komposite und aesthetic im trend / M.Weselowsky // *Zahntech Mag.* – 2002. - №6. – S.710-721.
215. World Health Organization International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. - Geneva: World Health Organization. – 1980.
216. Yardani, K. Эстетическая стоматология с использованием современных композитов / K.Yardani // *Новое в стоматологии.* – 2010. - №6. – С.78-83.
217. Yee T.T. Experience of prophylaxis treatment in children with severe haemophilia / T.T.Yee, K.Beeton, A.Griffioen, C.Harrington, A.Miners, C.A.Lee, S.A.Brown // *Haemophilia.* – 2002 Mar. – №8(2). – P. 76-82.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Анкета – опросник о стоматологическом здоровье (оценка уровня знаний и навыков ухода за полостью рта) больного с наследственной коагулопатией.

Уважаемый _____

- сообщенные Вами сведения позволяют вашему врачу-стоматологу провести адекватную стоматологическую диагностику, составить и реализовать стоматологические лечебно-профилактические мероприятия, являющиеся важной частью поддержания общего здоровья, вашего благополучия и необходимого качества жизни.
 - Выберите правильный ответ и отметьте его галочкой в правом столбце.
 - Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам
-
- По поводу какого заболевания Вы состоите на учете в специализированном республиканском центре?

А. Гемофилия А	<input type="checkbox"/>
Б. Гемофилия В	<input type="checkbox"/>
В. Болезнь Виллебранда	<input type="checkbox"/>
Г. Иные заболевания системы крови и нарушения кроветворения	<input type="checkbox"/>
 - Укажите иные системные сочетанные заболевания, которыми Вы страдаете

1. Какие средства гигиены полости рта Вы обычно используете?

- А. Зубная щетка + зубная паста
- Б. Зубная щетка + зубная паста + зубная нить
- В. Зубная щетка + зубная паста + ополаскиватель для полости рта
- Г. Не использую средств гигиены полости рта

2. Сколько раз в день Вы чистите зубы?

- А. 1 раз в день
- Б. 2 раза в день
- В. Чищу эпизодически
- Г. Предпочитаю не чистить

3. Какой зубной пастой Вы пользуетесь?

- А. Гигиенической
- Б. Лечебно-профилактической
- В. Затрудняюсь ответить
- Г. Не пользуюсь вообще

4. Какую зубную щетку Вы используете?
- А. Жесткую
 - Б. Средней жесткости
 - В. Мягкую
 - Г. Ультрामягкую
 - Д. Электрическую зубную щетку
 - Е. Никакую
5. Как часто Вы меняете зубную щетку?
- А. Каждые 3 месяца
 - Б. 1 раз в полгода
 - В. 1 раз в год
 - Г. Как сотрется щетина
 - Д. Не меняю вообще
6. Как храните зубную щетку?
- А. В стакане головкой вверх
 - Б. В стакане головкой вниз
 - В. В закрытом футляре
7. Пользуетесь ли Вы ополаскивателем?
- А. Пользуюсь регулярно
 - Б. Пользуюсь, но редко
 - В. Не пользуюсь
 - Г. Не знаю, что это такое
8. Пользуетесь ли Вы зубной нитью?
- А. Пользуюсь регулярно
 - Б. Пользуюсь, но редко
 - В. Не знаю, что это такое
 - Г. Не использую в связи с опасением травмы десны
-
9. Как часто Вы посещаете стоматолога?
- А. 1 раз в 3 месяца
 - Б. 1 раз в 6 месяцев
 - В. 1 раз в год
 - Г. Реже 1 раз в год
 - Д. Избегаю посещений

10. По какому поводу Вы посещаете стоматолога?

- А. С профилактической целью
- Б. Для проведения профессиональной гигиены
- В. Для лечения и пломбирования зубов
- Г. Для удаления зубов
- Д. Для лечения эстетических дефектов зубов
- Е. С целью протезирования
- Ж. Для ортодонтического лечения

11. При посещении врача-стоматолога контролировался ли уровень Вашей гигиены полости рта?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

12. Считаете ли Вы, что выявленное у Вас заболевание системы крови и нарушения кроветворения влияет на состояние полости рта?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

13. Считаете ли Вы, что заболевания полости рта (зубов и десен, отсутствие зубов) ухудшают общее состояние организма?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

14. Считаете ли Вы эффективным осуществляемый Вами гигиенический уход за полостью рта?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

15. Считаете ли Вы, что страх появления кровоточивости, требующей гематологического пособия, может быть причиной неудовлетворительного (неуспешного) гигиенического ухода за полостью рта.

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

16. Считаете ли Вы, что Ваше безучастное отношение к собственному здоровью и здоровью полости рта, может быть причиной неудовлетворительного (неуспешного) гигиенического ухода за полостью рта?

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

17. Считаете ли Вы, что отсутствие мотивации к гигиеническому уходу за полостью рта может быть причиной плохой гигиены полости рта?

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

18. Считаете ли Вы, что опасение проявления или усиления болевого симптома может быть причиной неудовлетворительного (неуспешного) гигиенического ухода за полостью рта?

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

19. Считаете ли Вы, что недостаточная аргументация (убеждение) врача-стоматолога или врача-гематолога может быть причиной неудовлетворительного (неуспешного) гигиенического ухода за полостью рта?

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

20. Считаете ли Вы, что отсутствие практических навыков гигиенического ухода за полостью рта может быть причиной неудовлетворительного (неуспешного) гигиенического ухода за полостью рта?

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

21. Считаете ли Вы необходимым расширить Ваши знания и практические навыки по гигиене полости рта.

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

22. Что (кто) является для Вас источником знаний (умений) по гигиене полости рта?

- А. Врач-стоматолог
 - Б. Врач-гематолог
 - В. Члены семьи
 - Г. Интернет
 - Д. СМИ
-

23. Проявляется ли у Вас спонтанная кровоточивость десен?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

24. Проявляется ли у Вас кровоточивость десен во время чистки зубов?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

25. Проявляется ли у Вас кровоточивость десен во время приема пищи?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

26. Проявляется ли у Вас кровоточивость десен при стоматологическом обследовании или лечении?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

27. Были ли десневые проявления первым симптомом наследственной коагулопатии?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

28. В каких участках десны у Вас чаще проявляется симптом кровоточивости?

- А. В области фронтальных зубов нижней челюсти
- Б. В области фронтальных зубов верхней челюсти
- В. В области жевательных зубов верхней и нижней челюстей
- Г. Преимущественно с небной поверхности десен
- Д. Преимущественно с губной (щечной) поверхности десен
- Е. В межзубных промежутках (при использовании зубных флоссов, зубочисток).

29. Отмечали ли Вы появление кровоточивости при проведении стоматологического обследования с помощью стандартных стоматологических инструментов (зонд, зеркало, пинцет)?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

30. Отмечали ли Вы появление кровоточивости при проведении манипуляций в полости рта, предшествующих рентгенологическому обследованию челюстей?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

31. Отмечали ли Вы появление кровоточивости при проведении местной аппликационной спрей-анестезии?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

32. Отмечали ли Вы появление кровоточивости при проведении профессиональной гигиены полости рта?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

33. Отмечали ли Вы появление травмы и кровоточивости десны при использовании слюноотсоса во время лечения зубов?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

34. Отмечали ли Вы появление кровоточивости при проведении эстетической реставрации зубов?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

35. Отмечали ли Вы появление кровоточивости при проведении эндодонтического лечения?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

36. Отмечали ли Вы появление кровоточивости при лечении заболеваний десен?
- А. Да
 - Б. Нет
 - В. Затрудняюсь ответить
37. Отмечали ли Вы появление кровоточивости при удалении зубов?
- А. Да
 - Б. Нет
 - В. Затрудняюсь ответить
38. Отмечали ли Вы появление кровоточивости при проведении зубного протезирования (снятие слепков, фиксация протеза и др.)?
- А. Да
 - Б. Нет
 - В. Затрудняюсь ответить
39. Отмечали ли Вы появление кровоточивости при проведении ортодонтического лечения?
- А. Да
 - Б. Нет
 - В. Затрудняюсь ответить
-
40. Какие средства и методы домашнего лечения заболеваний десен Вы используете?
- А. Полоскание полости рта отварами трав
 - Б. Использование лечебной зубной пасты
 - В. Использование ополаскивателя
41. Какие медикаментозные средства Вы используете для купирования болевого симптома в полости рта?
- А. Нестероидные противовоспалительные средства
 - Б. Парацетамол
 - В. Затрудняюсь ответить
42. Считаете ли Вы, что успешное (безболезненное, эффективное с эстетической точки зрения и обеспечивающее адекватный прием пищи, разговор, выполнение социальных и профессиональных функций и др.) пломбирование (реставрация) зубов может мотивировать Вас к регулярному уходу за полостью рта и посещению врача-стоматолога?
- А. Да
 - Б. Нет
 - В. Затрудняюсь ответить

Благодарим Вас за ценную информацию!

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Уважаемый пациент, мы хотели бы попросить Вас заполнить эту анкету. Результаты, полученные после обработки данных анкеты, сделают диагностический и лечебный процесс более эффективным, а результаты стоматологического лечения полноценными с функциональной и эстетической точки зрения.

Ф.И.О.: _____

Дата: _____

До / После лечения (ненужное зачеркнуть)

Номер вопроса	Вопрос	Варианты ответа	Баллы
1.	Как часто Вы обращаете внимание на эстетические недостатки Ваших зубов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
2.	Как часто Вы обращаете внимание на то, что в связи с проблемами полости рта (заболеваниями передних зубов) негативно меняется Ваш внешний вид?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
3.	Как часто Вы отмечаете повышенную чувствительность зубов при приеме горячей, холодной, кислой или соленой пищи?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
4.	Меняется ли привычный для Вас пищевой рацион из-за проблем, связанных с передними зубами?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
5.	Часто ли Вы испытываете психологический дискомфорт (стеснение, неловкость) в связи с проблемами полости рта (заболеваниями передних зубов)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
6	Часто ли Вы испытываете дискомфорт в связи со своим внешним видом из-за	Никогда Крайне редко Часто	0 1 2

	проблем полости рта (заболеваниями передних зубов)?	Очень часто Постоянно	3 4
7.	Как часто проблемы полости рта (заболевания передних зубов) затрудняют Ваш процесс общения с другими людьми?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
8.	Бывает ли, что в связи с проблемами передних зубов Вы вынуждены скрывать улыбку (стараетесь не улыбаться «на людях»)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
9.	Бывает ли, что Вас огорчают проблемы, связанные с зубами, слизистой полости рта или ношением протезов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
10.	Случается ли, что в связи с проблемами полости рта (заболеваниями передних зубов) Вы впадаете в депрессию?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
11.	Стараетесь ли Вы избегать социальных контактов в связи с проблемами полости рта (заболеваниями передних зубов)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
12.	Испытываете ли Вы затруднения в своей профессиональной деятельности из-за проблем полости рта (заболеваниями передних зубов)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
13.	Бывает ли так, что Вы не можете получить удовольствие от общения с друзьями в связи с проблемами полости рта (заболеваниями передних зубов)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4
14.	Несете ли Вы какие-либо финансовые потери (убытки) из-за проблем полости рта (заболеваниями передних зубов)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно	0 1 2 3 4

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

**ПАТЕНТ**

НА ПОЛЕЗНУЮ МОДЕЛЬ

№ 108292

**УСТРОЙСТВО ДЛЯ УДЕРЖАНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В
ОТКРЫТОМ ПОЛОЖЕНИИ ПРИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ГЕМОФИЛИЕЙ**

Патентообладатель(ли): *Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" (RU)*

Автор(ы): *см. на обороте*

Заявка № 2011111715

Приоритет полезной модели 28 марта 2011 г.

Зарегистрировано в Государственном реестре полезных моделей Российской Федерации 20 сентября 2011 г.

Срок действия патента истекает 28 марта 2021 г.

Руководитель Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам



Б.П. Симонов

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



ПАТЕНТ

НА ПОЛЕЗНУЮ МОДЕЛЬ

№ 111000

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Патентообладатель(ли): *Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" (RU)*

Автор(ы): *см. на обороте*

Заявка № 2011112529

Приоритет полезной модели 01 апреля 2011 г.

Зарегистрировано в Государственном реестре полезных моделей Российской Федерации 10 декабря 2011 г.

Срок действия патента истекает 01 апреля 2021 г.

Руководитель Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам



Б.П. Симонов

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

**ПАТЕНТ**

НА ИЗОБРЕТЕНИЕ

№ 2457005

**СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Патентообладатель(ли): *Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" (RU)*

Автор(ы): *см. на обороте*

Заявка № 2011112609

Приоритет изобретения **01 апреля 2011 г.**

Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Российской Федерации **27 июля 2012 г.**

Срок действия патента истекает **01 апреля 2031 г.**

*Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности*

Б.П. Симонов

