На правах рукописи

Рустамова Эльвира Казимагомедовна

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

14.01.14 – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Краснодар – 2018

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России).

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент
Лапина Наталья Викторовна.

Официальные оппоненты:

Гринин Василий Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), кафедра челюстно-лицевой хирургии, профессор кафедры;

Амхадова Малкан Абдрашидовна, доктор медицинских наук, доцент, государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области "Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского", кафедра хирургической стоматологии и имплантологии факультета усовершенствования врачей, заведующая кафедрой.

Ведущая организация:
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства».

Защита состоится «11» декабря 2018 года в 15.00 час. на заседании диссертационного совета Д 208.038.02 на базе ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России по адресу: 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. (861) 262-73-75.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (http://www.ksma.ru).

Автореферат разослан «___» _____ 201_ г.

Учёный секретарь
диссертационного совета Д 208.038.02,
доктор медицинских наук,
доцент Лапина Наталья Викторовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В настоящее время наблюдается тенденция к повышению уровня тревожности населения, обусловленная общим нарастающим уровнем развития цивилизации и чрезмерной информированностью человека, изменением экологической ситуации не в благоприятную сторону в глобальном аспекте, экокатастрофами и социальными бедствиями (И.В. Андреева, О.М. Седых, 2013; Е.И. Бойкова и др., 2014; Е.А. Мишутин, 2016; F. Anyan, O. Hjemdal, 2017).

Увеличение возможности формирования патологических реакций общего характера обуславливает закономерное возрастание случаев неврологических осложнений и обострения системных хронических заболеваний у пациентов в стоматологической клинике при проведении лечения различными видами ортопедических конструкций. Уровень тревожности личности определяет интенсивность ответа организма на стрессовую ситуацию (Д К. Карсецян, С.В. Коннов, В.А. Микаилова, 2015; С.С. Комлев, 2016; V. Szabóné Kapuvári, T. Martos, 2016; E. Lakatos, 2017; K. Grogan, 2018).

Посещение стоматолога усиливает и обостряет имеющиеся фобии у пациентов и является наиболее наглядной иллюстрацией эмоционального стресса, ответной реакцией которого является возникновение ситуационной тревожности. Иными словами, тревожность – это субъективная психоэмоциональная черта человека, проявляющаяся в неадекватной его реакции на сложившуюся ситуацию (Н.Ю. Анисимова, 2013; E.N. Burdwood, 2016; N. Sadeh, J.M. Spielberg, J.P. Hayes, 2018).

Нуждаются в детальном изучении сведения, касающиеся степени влияния состояния зубочелюстной системы на уровень тревожности людей. При разбалансировке нейромышечного комплекса возникают различные дисфункциональные состояния, которые влекут за собой нарушения его гармоничной работы. Учитывая то, что зубочелюстной комплекс включает в себя челюсти с их подвижным соединением височно-нижнечелюстным суставом (ВНЧС), зубные ряды, связки и сухожилия, мышцы, покровные мягкие ткани, нервы и сосуды, патология одного из составляющих этого аппарата, приводит к нарушениям во всей системе. Данные нарушения могут быть компенсированными или декомпенсированными в зависимости от тяжести протекающего процесса и индивидуальных особенностей организма (А.К. Иорданишвили, 2012; И.В. Андреева, О.М. Седых, 2013; О.А. Петрикас, Ю.Г. Ворошилин, И.В. Петрикас, 2013; А.Я. Вязьмин, Ю.М. Подкорытов, О.В. Клюшников, 2015; П.Н. Гелетин, Е.А. Мишутин, 2015; J.M. Bernson, M.L. Elfström, M. Hakeberg, 2013; P.C. Cont, 2015; A.S. Madani, 2017).

Главными факторами адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям являются индивидуальные личностные, психофизиологические и вегетативные характеристики, а так же особенности реакции на стресс в условиях изменившейся чувствительности в рецепторных зонах полости рта. Как правило, пациентов с потенциально неудовлетворительной адаптацией к ортопедическим стоматологическим конструкциям характеризуют следующие проявления: тревожность, депрессивность, ригидность, индивидуальность, эмоциональная лабильность (Е.Н. Жулев, И.В. Вельмакина, 2012;

А.Б. Бичун, М.С. Золотов, И.А. Родина, 2015; J.M. Armfield, M. Ketting, 2015; G. Ferrato, 2017; B.A. Fulks, 2017).

Недостаточно изучены и требуют детального анализа особенности профилактики, сроков реабилитации и отдаленные результаты протезирования пациентов несъемными ортопедическими конструкциями с опорой на дентальные имплантаты, в анамнезе которых присутствовали дисфункциональные состояния височно-нижнечелюстного сустава.

Степень разработанности темы. При дефектах малой протяженности (отсутствие 1-2 зубов) широко применяют адгезивные мостовидные протезы. Данный способ протезирования применяется только, когда имеются следующие условия: наличие малого дефекта (один резец, клык, премоляр или два небольших резца); здоровые (санированные) соседние с дефектом зубы. Петрикас О.А. и др. (2013) в своей работе проанализировали влияние конструкции опорного элемента на прочность волоконно-композитного адгезивного мостовидного протеза с односторонней опорой. Авторы отмечают, что при замещении дефекта в области премоляра при помощи такого протеза, моделировать его следует в виде двух адгезивных накладок с дополнительной окклюзионной лапкой, свободно опирающейся на зуб с другой стороны включенного дефекта.

Исследования в области цельнолитых мостовидных протезов было проведено А.У. Темирболатовой (2017). Автор отмечает ряд преимуществ в отличие от паяных мостовидных протезов, одним из которых является увеличение срока службы и предупреждение электрохимических процессов в полости рта. Данный факт находит свое подтверждение в работах К.С. Рабадановой (2017) и А.М. Саловой (2017).

В последнее время в клинике частичной потери зубов широко используют металлокерамические мостовидные протезы. Д.К. Карсецян, С.В. Коннов, В.А. Микаилова (2015) в своих исследованиях керамической системы IPS e.max отметили ряд ее преимуществ, таких как высокая прочность, высокий уровень эстетических свойств, хорошая биосовместимость данного материала и многое другое, в свою очередь, рекомендовав ее использовать для изготовления керамических виниров, вкладок, коронок, в том числе на зубные имплантаты.

В ряде работ отмечена проблема сколов металлокерамической массы. И.К. Смагулова, Н.А. Савельева, М.М. Тусупбекова и др. (2016) в ходе проведенного исследования установили, что металлокерамическая масса обладает высокой твердостью и хрупкостью, поэтому протезирование встречными металлокерамическими конструкциями не рекомендуется и лучше использовать комбинацию металлокерамика и металлокомпозит.

Несмотря на большой выбор ортопедических конструкций в арсенале врача-стоматолога, остается ряд проблем, требующих детального изучения.

Для улучшения результатов стоматологического лечения предлагаются различные методы профилактики психологических нарушений в адаптации к различным видам ортопедических конструкций. Определение уровня реактивной и личностной тревожности на всех этапах ортопедического стоматологического лечения является приоритетным направлением в расширении представлений о процессах адаптации к ортопедическим конструкциям (L. Guarda Nardini, 2012; J.M. Spielberg, 2013, 2014, 2015).

Таким образом, перспективность указанного направления очевидно, а его приведенные аспекты изучены не в полном объёме. Все выше изложенное и явилось основным мотивом для проведения данного исследования.

Цель исследования – повышение эффективности ортопедической стоматологической реабилитации пациентов с различным уровнем тревожности при несъемном протезировании с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты.

Задачи исследования:

1. Дать клиническую оценку исходного состояния зубных рядов, пародонта, функциональным изменениям со стороны жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов у лиц с учетом уровня тревожности и показателей качества жизни.

2. Предложить оптимальный комплекс психологических тестов для определения взаимосвязи стоматологического здоровья, уровня тревожности и качества жизни ортопедических стоматологических пациентов на всех этапах ортопедической реабилитации пациентов при восполнении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты

3. Изучить динамику стоматологического статуса и функционального состояния жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов у лиц, с учетом уровня тревожности на всех этапах реабилитации пациентов при восполнении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты.

4. Разработать и предложить программу для ЭВМ «Оценка уровня реактивной и личностной тревожности на этапах ортопедического лечения зубочелюстной системы».

5. Разработать и внедрить ортопедический аппарат для сокращения сроков адаптации к несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты и профилактики осложнений со стороны зубочелюстной системы с учетом уровня тревожности и наиболее значимых показателей качества жизни.

6. Разработать алгоритм лечебно-реабилитационных мероприятий у ортопедических стоматологических пациентов при восполнении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты с учетом уровня тревожности.

Научная новизна исследования:

1. Дана клиническая оценка состояния зубных рядов, пародонта, жевательных мышц и состоянию височно-нижнечелюстных суставах у лиц с различным уровнем тревожности на всех этапах ортопедической реабилитации пациентов при восполнении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты.

2. Впервые установлена степень влияния изменений зубочелюстной системы у стоматологических пациентов с различным уровнем (реактивной и личностной) тревожности на качество жизни.

3. Впервые разработан способ изготовления каппы на нижнюю челюсть для адаптации пациента к ортопедическим конструкциям (патент № 2613133) и предложена каппа для нормализации смыкания зубов после ортопедического лечения (патент № 175108).

4. Впервые разработаны показания к применению и доказана эффективность авторской каппы для адаптации к новым окклюзионным взаимоотношениям после восполнения дефектов зубных рядов у лиц с учетом уровня тревожности.

5. Оптимизирована программа тестирования для ЭВМ «Оценка уровня реактивной и личностной тревожности на этапах ортопедического лечения зубочелюстной системы».

6. Впервые разработан и предложен алгоритм лечебно-реабилитационных мероприятий у ортопедических стоматологических больных при восполнении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты, с учетом уровня тревожности и показателей качества жизни.

Теоретическая и практическая значимость работы. Теоретическая значимость исследования заключается в расширении представлений о функциональных нарушениях в состоянии зубочелюстной системы в зависимости от уровня (реактивной и личностной) тревожности и степени ее влияния на качество жизни ортопедических стоматологических пациентов с дефектами зубных рядов, подлежащих восполнению несъемными ортопедическими конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты.

Практическое значение работы заключается в разработке алгоритма проведения стоматологического сопровождения пациентов при восполнении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты с учетом уровня тревожности. Разработан способ изготовления каппы на нижнюю челюсть для адаптации пациента к ортопедическим конструкциям (патент № 2613133) и предложена каппа для нормализации смыкания зубов после ортопедического лечения (патент № 175108) и определены наиболее оптимальные сроки применения адаптационной каппы. Апробирована система психологического тестирования «Оценка уровня реактивной и личностной тревожности на этапах ортопедического лечения зубочелюстной системы» в амбулаторных условиях.

Методология и методы исследования. Работа выполнена в дизайне проспективного анализа амбулаторных карт стоматологического пациента (с адаптированной картой обследования пациента) при сплошной выборке. Сбор и обработка данных о результатах лечения проводились в соответствии с разработанным автором дизайном исследования.

Были использованы клинические, инструментальные, функциональные, рентгенологические, электрофизиологические, психологические и статистические методы исследования.

Положения, выносимые на защиту:

1. Отсутствие зубов приводит к изменениям со стороны пародонтального и нейромышечного комплекса, что существенно ухудшает качество жизни пациентов и влечет за собой повышение уровня тревожности.

2. Несъемное зубное протезирование с опорой на внутрикостные дентальные имплантаты нормализует состояние зубочелюстной системы, приводит к снижению уровня ситуационной тревожности и повышает качество жизни пациента по сфере физического компонента и самовосприятия.

3. Применение разработанных и апробированных окклюзионных капп для адаптации и профилактики дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстного сустава стабилизирует состояние нейромышечного комплекса и сокращает сроки адаптации к несъемным ортопедическим конструкциям с опорой на внутрикостные дентальные имплантаты.

Степень достоверности и апробация работы. Результаты выполненной диссертационной работы были доложены и обсуждены на расширенном межкафедральном заседании профильных стоматологических кафедр ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, а также на Всероссийской научно-практической конференции «Теоретические и прикладные исследования в области естественных, гуманитарных и технических наук» (Прокопьевск, 2015, 2016, 2017), Международной научной конференции студентов и молодых ученых на английском языке «Актуальные вопросы медицины» (Ставрополь, 2018), Всероссийской научно-практической конференции «Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области» (Краснодар, 2018).

Публикации. По результатам диссертационного исследования опубликовано 14 печатных работ, из них 9 – в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий или входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук и издания, приравненные к ним, в том числе 2 патента на изобретение и свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ.

Реализация результатов исследования. Основные результаты работы внедрены в практику ГБУЗ «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника» министерства здравоохранения Краснодарского края, стоматологической поликлиники ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, МБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1» г. Краснодара, МБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3» г. Краснодара. Научные положения диссертации используются в лекциях и практических занятиях, проводимых на кафедре ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Личный вклад соискателя. Автором проведен анализ и составлен обзор научной литературы по теме диссертации (100 %). Принимала непосредственное участие в клиническом обследовании и в ортопедическом лечении больных (90 %). Выполнила статистическую обработку данных, анализ и обсуждение результатов проведенного исследования (90 %), подготовку публикаций (80 %), написание и оформление текста диссертационной работы и автореферата (95 %).

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 203 странице машинописного текста и состоит из введения, литературного обзора, 3 глав: «Материалы и методы исследования», «Результаты собственных исследований», «Обсуждение результатов исследования», выводов, практических рекомендаций, списка сокращений, списка литературы и раздела «Приложения». Список литературных источников представлен 239 авторами, из них – 111 отечественных и 128 зарубежных. Работа содержит 17 таблиц и 48 рисунков.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Идейной составляющей данного исследования явилось определение особенностей и объёма лечебно-диагностических мероприятий лицам с частичным отсутствием зубов, которым необходимо было восполнить дефекты зубных рядов несъемными ортопедическими конструкциями с опорой на дентальные имплантаты. Рассматриваемый контингент удовлетворял следующим критериям, в соответствии с Международной классификации стоматологических болезней МКБ-С-3 на основе МКБ-10.

Критериями включения в группы исследования послужили следующие факторы: возраст от 20–50, наличие письменного информированного согласия на участие в исследование, включенные и/или концевые дефекты зубного ряда на одной из челюстей малой или средней протяженности.

Критериями исключения из исследования были определены недееспособные лица, алкогольная и наркотическая зависимость, общесоматические заболевания в стадии обострения, аутоиммунные заболевания, беременность, лактация, злокачественные новообразования, тяжелая степень дисфункциональных состояний ВНЧС и отказ пациента в дальнейшем участии в исследовании.

Нами было проведено комплексное стоматологическое обследование и лечение 95 пациентов с различным уровнем тревожности, которые были распределены на две группы с дальнейшим протезированием зубных рядов.

Дизайн исследования:

1. Комплексное обследование стоматологического статуса пациентов с частичным отсутствием зубов.
2. Проведение диагностических исследований для верификации диагноза, проведение общесанационных и специализированных стоматологических мероприятий по подготовке полости рта к дальнейшему ортопедическому лечению.
3. Психологическое тестирование пациентов с определением качества жизни.
4. Планирование хирургического и ортопедического лечения пациентов, рациональное протезирование.
5. Разработка алгоритма ортопедической стоматологической реабилитации пациентов с частичным отсутствием зубов и различным уровнем тревожности.

Для достижения наиболее высоких результатов диагностики и ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов различной этиологии, локализации и протяженности, проводился ряд лечебно-диагностических мероприятий включающих в себя: стоматологическое клиническое исследование больного, инструментальную лабораторную диагностику, рентгенологическое исследование, а так же психологическое исследование и фотографирование. Вся информация по данному исследованию подверглась статистическому анализу.

Все данные о проведенных исследованиях и медицинских манипуляциях вносились в адаптированную медицинскую карту амбулаторного больного.

Обследование пациентов с потерей зубов начиналось с выяснения жалоб и сбора анамнеза. Особое внимание уделялась наличию предрасполагающих факторов, таких, как: удаление зубов, наследственная предрасположенность, вредные привычки, ошибки протезирования, профессиональные вредности, неблагоприят-

ные условия жизни, перенесенные инфекционные заболевания. Акцентировали внимание пациентов на сроках и причинах удаления последнего зуба.

Для определения состояния пародонтального комплекса мы использовали пародонтальный индекс (PI), разработанный Russel в 1956 году. Эффективность гигиенического состояния полости рта контролировали при помощи индекса PHP, при индикации зубного налета с помощью таблеток «Paro Plague».

С целью диагностики дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и определения степени ее выраженности мы использовали индекс дисфункции Helkimo M. (1974). Данный тест предусматривает определение и использование перечня симптомов дисфункции и их оценку в баллах, а в частности: степень ограничения подвижности нижней челюсти при открывании рта, наличие бокового смещения нижней челюсти при открывании и закрывании рта; вывиха суставной головки или блокирования ее движений; наличие мышечной боли в жевательных мышцах, а также суставной боли при пальпации височно-нижнечелюстного сустава при движении нижней челюсти.

Электромиографическое исследование (ЭМГ) жевательных мышц проводили с целью выявления изменений функции жевательных мышц при заболеваниях ВНЧС, их анализа при нормализации функции нейромышечного комплекса в процессе лечения больного с использованием специализированного компьютерного комплекса четырехканального электромиографа «Синапсис» (НМФ Нейротех, г. Таганрог).

Для оценки психологического состояния пациентов применялся комплекс психологических тестов для определения «качества жизни» по следующим опросникам: краткий опросник ВОЗ-26 для оценки качества жизни, модифицированный OHIP-14 и шкала тревоги Спилберга.

Цифровая ортопантомография проводилась всем ортопедическим больным. Данное исследование осуществлялось на аппарате «ORTHOPHOS XG 3D CEPH» производства Sirona+6+6+ (Германия) по стандартной методике. Компьютерная томография ВНЧС выполнялась в положении центральной окклюзии с максимально открытым и закрытым ртом, при максимально плотном окклюзионном контакте зубов. Магнитно-резонансная томография выполнялась на томографе GE Brivo MR355 1,5T.

Статистическая обработка данных исследования осуществлялась по общепринятой методике на персональном компьютере по специально разработанной программе, а также с использованием профессионального пакета статистических программ «Statistical Package for Social Science» (SPSS) version 9.0, «Stat Soft Statistica» v. 6.0.

Для реализации поставленных задач на первом этапе исследования были сформированы две основные группы больных.

В первую группу вошли 56 человек с умеренным уровнем тревожности, средний возраст которых составил 36,8 ± 8,8 лет (из них 35 женщин и 21 мужчина).

Вторая группа пациентов была представлена людьми с высоким уровнем тревожности – 39 человек со средним возрастом 36,2 ± 7,6 лет (29 женщин и 10 мужчин).

Пациенты с низким уровнем тревожности в данном исследовании представлены не были, из-за малого количества людей из сплошной выборки (2 человека), поэтому статистическую достоверность посчитать не представлялось возможным.

В зависимости от наличия жалоб и клинических проявлений дисфункции ВНЧС, опираясь на данные теста Helkimo, пациенты каждой группы были разделены на 3 подгруппы: «a» – без патологических и дисфункциональных изменений ВНЧС, у пациентов подгруппы «b» отмечалась легкая степень дисфункции и подгруппа «c» была сформирована из людей со средней степенью дисфункции. Распределение пациентов в зависимости от уровня тревожности и степени дисфункции ВНЧС представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов по гендерным признакам в зависимости от уровня тревожности и степени дисфункции височно-нижнечелюстных суставов

Группа	Подгруппа по Helkimo	Мужчины		Женщины		Всего
		абс	%	абс	%	абс
I – умеренный уровень тревожности	a – без патологических и дисфункциональных изменений ВНЧС	7	12,5	11	19,6	18
	b – легкая степень дисфункции	7	12,5	13	23,2	20
	c – средняя степень дисфункции	7	12,5	11	19,6	18
	Итого по I группе	21	37,5	35	62,5	56
II – высокий уровень тревожности	a – без патологических и дисфункциональных изменений ВНЧС	3	7,7	10	25,6	13
	b – легкая степень дисфункции	3	7,7	7	17,9	10
	c – средняя степень дисфункции	4	10,3	12	30,8	16
	Итого по II группе	10	25,6	29	74,4	39
Итого приняло участие в исследовании		31	32,6	64	67,4	95

Примечание: За 100 % принято общее количество пациентов в каждой группе.

Согласно классификации Кеннеди, в зависимости от топографии дефектов зубного ряда произошло следующее распределение пациентов в группах и подгруппах исследования, которое представлено на рисунке 1 и в таблице 2.

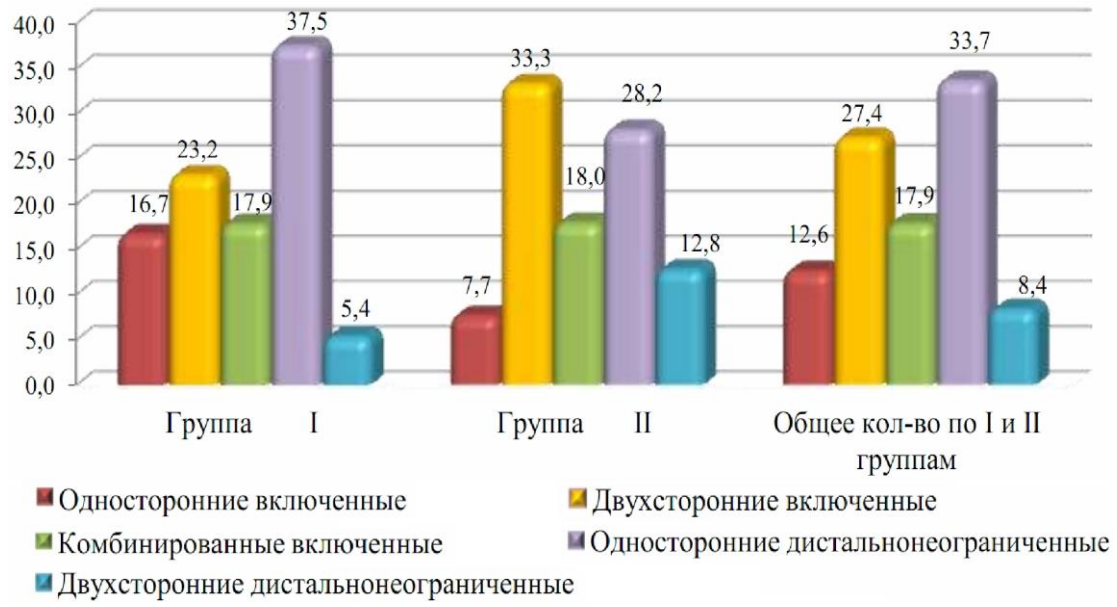


Рисунок 1 – Распределение пациентов в группах в зависимости от топографии дефектов зубного ряда. Примечание: За 100 % принято общее количество пациентов в каждой группе. Данные представлены в %

Таблица 2 – Распределение пациентов по топографии дефектов зубного ряда в зависимости от уровня тревожности и степени дисфункции височно-нижнечелюстных суставов

Наименование дефекта зубного ряда		Количество наблюдений											
		I a		I b		I c		II a		II b		II c	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Включенные	Одно-сторонние	9	16,1	0	0,0	0	0,0	3	7,7	0	0	0	0,0
	Двух-сторонние	0	0,0	8	14,3	5	8,9	4	10,3	3	8	6	15,4
	Комбини-рованные	2	3,6	3	5,4	5	8,9	1	2,6	1	3	5	12,8
Всего включенных		11	19,6	11	19,6	10	17,9	8	2,05	4	10,0	11	28,2
Дистально неограни-ченные	Одно-сторонние	4	7,1	9	16,1	8	14,3	0	0,0	6	15	5	12,8
	Двух-сторонние	3	5,4	0	0,0	0	0,0	5	12,8	0	0	0	0,0
Всего концевых		7	12,5	9	16,1	8	14,3	5	12,8	6	15,0	5	12,8
Итого:		18	32,1	20	35,7	18	32,1	13	33,3	10	26	16	41

Распределение пациентов по виду деформации в зависимости от уровня тревожности представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение пациентов по виду деформации в зависимости от уровня тревожности

Вид деформации	Количество наблюдений				
	Группа 1 n = 31		Группа 2 n = 53		Общее кол-во наблюдений n = 84
	абс	%	абс	%	
Деформация окклюзионной поверхности и дефекты зубов или зубных рядов	12	14,3	16	19,0	28
Деформация зубных рядов вследствие дефектов зубного ряда и вертикального зубоальвеолярного удлинения верхних или нижних зубов	9	10,7	14	16,7	23
Дефекты зубного ряда и снижение межокклюзионной высоты	6	7,1	12	14,3	18
Повышенная стираемость, дефекты зубного ряда и снижение межокклюзионной высоты	4	4,8	11	13,1	15

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с поставленными целью и задачами нами было проведено комплексное стоматологическое обследование и лечение 56 пациентов с частичным отсутствием зубов и умеренным уровнем тревожности и 39 пациентов с частичным отсутствием зубов и высоким уровнем тревожности.

Специальная ортопедическая подготовка при лечении деформаций зубных рядов состояла в сошлифовывании скатов бугорков зубов, депульпировании и восстановлении окклюзионного баланса или удалении выдвинувшихся

зубов, перестройке миотатического рефлекса, восстановлении межокклюзионной высоты, нормализации артикуляционных движений нижней челюсти.

При проведении индексной оценки гигиенического и пародонтологического статуса, нами были выявлены следующие закономерности.

Показатели пародонтологического индекса PI до лечения у пациентов группе с умеренным уровнем тревожности был достоверно повышен и соответствовал проявлениям начальной стадии проявления заболевания, на фоне неудовлетворительных показателей (PHP) гигиенического состояния полости рта. В группе с высоким уровнем тревожности цифровые значения индексов PI, PHP были выше и соответствовали показателям 1 стадии проявления болезни (рисунок 2). После проведенного ортопедического лечения показатели индексов PI, PHP снижались, как в первой, так и во второй группах.

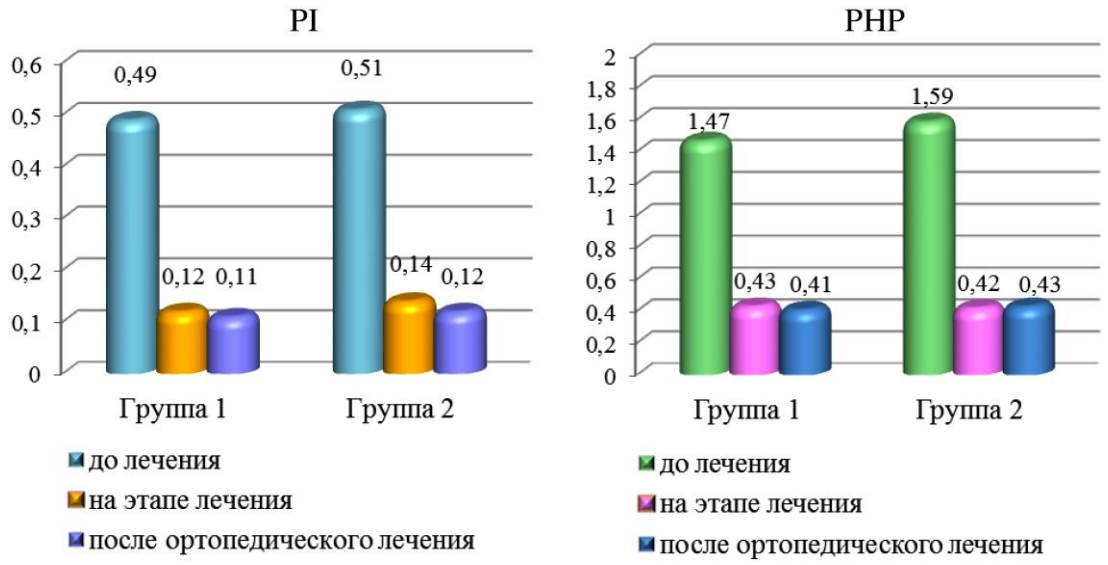


Рисунок 2 – Динамика индексов PI, PHP, до, на этапе и спустя 3 недели после ортопедического лечения. Данные представлены в абсолютных числах

По нашему мнению, как видно из представленных данных на рисунке 2, отражающих динамику индексов PI, PHP до, на этапах лечения и спустя 3 недели после ортопедического лечения, достигнуть полученных результатов удалось благодаря проделанной работе врачом-стоматологом по гигиеническому обучению и соответствующему контролю мануальных навыков у пациентов.

Ортопедическое лечение больных с частичным отсутствием зубов проводили комплексно. Оно было направлено на снятие спазма и боли в жевательных мышцах и в височно-нижнечелюстных суставах, устранение дискоординации мышечных сокращений, рациональное протезирование и осуществление профилактических мероприятий.

После протезирования дефектов зубных рядов несъемными ортопедическими конструкциями с опорой на дентальные имплантаты с целью адаптации нейромышечного комплекса к новым окклюзионным взаимоотношениям, были изготовлены жесткие индивидуальные авторские адаптационные каппы, на которые получены патенты (рисунок 3).

Пациенты пользовались ими для сокращения сроков адаптации к вновь изготовленным ортопедическим конструкциям с опорой на внутрикостные ден-

тальные имплантаты, а также для нормализации смыкания зубов после ортопедического лечения. В дальнейшем давались рекомендации по применению данных капп при появлении дискомфорта или болевых ощущений в височно-нижнечелюстных суставах (преимущественно ночное пользование).

А Б

Рисунок 3 – Каппа для адаптации пациента к ортопедическим конструкциям:
А – на модели; Б – в полости рта

При анализе факторов, приводящих к дисфункциональным состояниям височно-нижнечелюстных суставов, было отмечено, что у пациентов данная патология встречается при комбинированных включенных дефектах в 37,8 %, при двухсторонних включенных в 32,7 % и дистально неограниченных – 29,5 % случаев. Рассматривая структуру критериев оценки дисфункциональных расстройств были выявлены некоторые различия в зависимости от уровня ситуационной тревожности. Частота встречаемости симптомов дисфункциональных нарушений в зависимости от уровня тревожности представлена в таблице 4.

В группе с высоким уровнем тревожности преобладали симптомы мышечно-суставной боли, а в группе с умеренным уровнем тревожности проявление дисфункции височно-нижнечелюстных суставов наблюдались за счет расстройств функции самого сустава, наличие суставного шума, хруста и щелканья.

В группе с умеренным уровнем тревожности у пациентов с выявленной легкой степенью дисфункциональных нарушений на этапе перед хирургическим вмешательством в 94 % случаев клинические проявления дисфункции височно-нижнечелюстных суставов полностью отсутствовали. У 92 % пациентов, которые располагались в группе со средней степенью дисфункции височно-нижнечелюстных суставов, после проведенного лечения полностью исчезли болевые ощущения в области сустава и жевательных мышц, у всех пациентов восстановлено открывания рта в полном объеме.

В группе с высоким уровнем тревожности у 12 % пациентов после проведенного лечения сохранялся суставной шум, который был связан с анатомическими особенностями строения височно-нижнечелюстных суставов, обнаруженными при радиологическом исследовании. В 7 % случаев отмечено субъективное восприятие проявления дисфункции (со слов пациента) без видимых клинических проявлений. Необходимо отметить, что у пациентов как с высоким, так и средним уровнем реактивной тревожности, также удалось добиться открывания рта в полном объеме.

Таблица 4 – Результаты обследования пациентов с частичным отсутствием зубов в зависимости от уровня тревожности по тесту Helkimo (число выявленных признаков теста на 1 обследованного)

Критерии оценки	До лечения		На этапах лечения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2
Подвижность нижней челюсти				
не ограничена (открывание рта 50 мм и передние движения 7 мм)	0,32	0,33	0,85	0,77
незначительно ограничена (открывание рта 30–39 мм, боковые и передние движения 4–6 мм)	0,1	0,07	0	0,02
значительно ограничена (открывание рта 30 мм, боковые и передние движения 0–3 мм)	0	0	0	0
Функция сустава				
открывания и закрывания рта по средней линии (возможно в конце открывания рта боковое смещение на 2 мм)	0,32	0,33	0,85	0,77
суставной шум, который определяется пальпаторно, и / или боковые смещения нижней челюсти на 2 мм в конце открывания рта	0,54	0,56	0,1	0,18
вывих суставной головки или кратковременная блокировка движений суставной головки	0,02	0,05	0	0
3. Мышечная боль				
жевательные мышцы при пальпации безболезненны	0,32	0,33	0,85	0,77
от 1 до 3 мышц болезненные при пальпации	0,4	0,51	0,03	0,23
4 и больше мышц болезненные при пальпации	0,02	0,05	0	0
4. Суставная боль				
сустав безболезненный при пальпации	0,32	0,33	0,85	0,77
сустав болезненный при пальпации впереди или сзади (с одной или двух сторон)	0,36	0,33	0	0
сустав болезненный при пальпации спереди и сзади (пальпация через переднюю стенку наружного слухового прохода)	0,03	0,13	0	0
5. Боль при движениях нижней челюсти				
отсутствует	0,32	0,33	0,85	0,77
боль при одном движении (при открывании рта, смещении челюсти в сторону или вперед)	0	0	0	0
боль при 2 и более движениях	0	0	0	0

Благодаря тому, что на всех этапах лечения общесанационные и специализированные терапевтические и хирургические мероприятия проводились под контролем окклюзионных капп, количество пациентов, имеющих дисфункциональные расстройства, достоверно снизилось.

Показатели электромиографического исследования зависели от количества оставшихся зубов, локализации и протяженности дефекта, фиксированного или нефиксированного прикуса. При первичном обследовании сократительная способность жевательных и височных мышц в обеих группах была достоверно снижена, но у пациентов в группе с высоким уровнем тревожности наблюдался

выраженный дисбаланс работы мышц рабочей и балансирующей стороны. Выявленные нарушения, проявившиеся в асинхронном сокращении, наблюдались как до лечения, так и после этапа предварительной ортопедической подготовки. Кроме этого при жевательных движениях отмечается асинхронность мышечных сокращений как на рабочей, так и на балансирующей сторонах, т.е. в процессе жевания нарушалась цикловая деятельность мышц, появлялись осциляции в фазе физиологического покоя, что не наблюдалось у пациентов в группе с умеренным уровнем тревожности (рисунок 4).

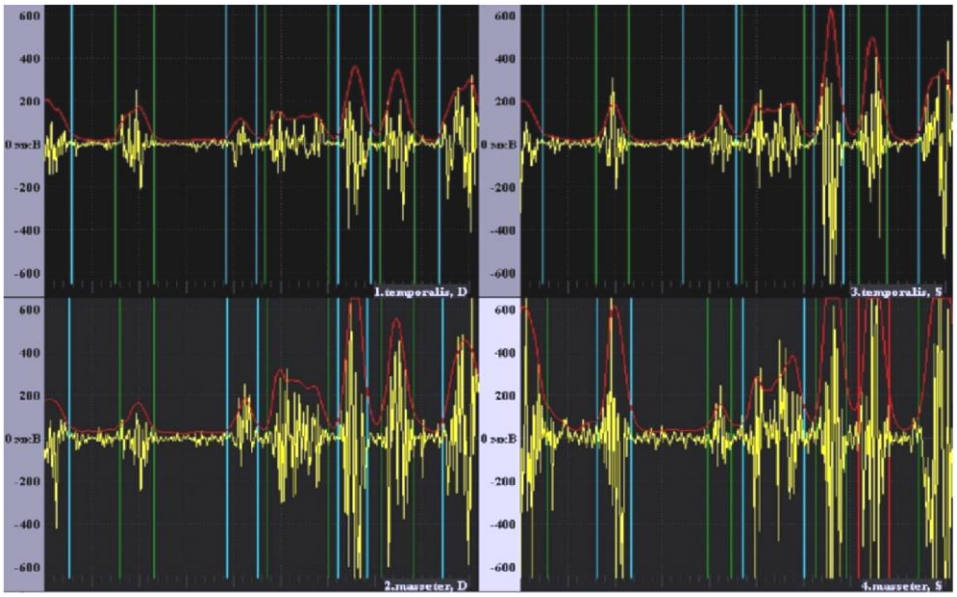


Рисунок 4 – Электромиограмма пациента М, 42 года, история болезни № 54. Снижение амплитуды БЭА с нарушением синхронности работы правой и левой стороны. По Helkimo – средняя степень дисфункции. По Спилбергу – высокий уровень тревожности

В 27 % случаев у пациентов с высоким уровнем тревожности и у 8 % респондентов с умеренным уровнем ситуационной тревожности, адаптация которых к новым окклюзионным взаимоотношениям проходила без использования авторской окклюзионной каппы, в процессе проведения электромиографии было выявлено ухудшение функционального состояния жевательных мышц, достигнутые после проведенного ортопедического лечения. Это связано с дисбалансом нейромышечного комплекса, которое проявлялось в нарушении соотношения времени биоэлектрической активности к биоэлектрическому покою, что приводило к достоверному увеличению времени динамического цикла.

В группе пациентов, где для процессов адаптации к ортопедическим конструкциям использовалась авторская каппа в жевательных мышцах произошло уравновешивание процессов возбуждения и торможения, уменьшение времени одного динамического цикла, а также нормализация синхронности функции одноименных мышц. В 92 % случаев в этой группе показатели работы жевательных мышц нормализовались полностью, что говорит о достаточном времени (3 недели) для формирования нового динамического стереотипа (траектория движения нижней челюсти).

Достаточно часто соматические симптомы, в частности боль, могут быть следствием психического дисбаланса. В процессе множественных обследований, после длительных собеседований складывается психологический портрет

таких пациентов. Достаточно часто это встревоженные личности с проблемами в физическом, социальном, личном, финансовом планах. В современных условиях, стоматологу важно знать с первого приема пациента, с каким типом личности он сталкивается с целью выбора адекватного плана лечения и персонализированного прогноза адаптации к ортопедическим конструкциям. На основании вышеизложенного, нами была поставлена цель: определить эффективность результатов стоматологического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов по параметрам «качество жизни». Для этого необходимо было внедрить в стоматологическую практику ортопедического профиля совместное применение краткого опросника ВОЗ-26 для оценки качества жизни, модифицированного OHIP-14 и шкалы тревоги Спилберга.

На этапе первичного психологического тестирования было отмечены низкие показатели качества жизни по опроснику ВОЗ-26 сразу по д вум компонентам – как по физическому, так и по показателю самовосприятия. В ходе подготовительных общеоздоровительных и специализированных мероприятий наметилась положительная тенденция к их увеличению. После проведенного лечения показатели качества жизни по данным компонентам у пациентов, применяющим авторскую адаптационную каппу достоверно увеличились, это привело к достоверному повышению показателя общего качества жизни (таблица 5).

Таблица 5 – Динамика показатели качества жизни в баллах у пациентов до и после лечения в зависимости от уровня тревожности и метода адаптации

Показатели КЖ	Умеренный уровень n = 56			Высокий уровень n = 39		
	До лечения	Без каппы n = 28	С каппой n = 28	До лечения	Без каппы n = 20	С каппой n = 19
Физическое и психологическое благополучие	22,6 ± 1,4	23,1 ± 1,5♦	26,2 ± 2,3*♦	21,8 ± 1,3	23,8 ± 1,2♦	25,9 ± 2,2*♦
Самовосприятие	21,5 ± 2,7	23,9 ± 2,6♦	25,1 ± 2,2*♦	21,2 ± 2,3	22,5 ± 1,1	25,4 ± 2,5*♦
Микросоциальная поддержка	11,8 ± 2,3	12,3 ± 1,6	12,2 ± 2,3	10,9 ± 2,1	11,2 ± 2,6	12,2 ± 2,4♦
Социальное благополучие	24,6 ± 2,6	24,9 ± 2,7	25,4 ± 2,6	24,9 ± 2,4	24,6 ± 2,3	26,8 ± 2,6*♦
Всего:	80,5 ± 6,9	84,2 ± 5,4	88,9 ± 5,9*♦	78,8 ± 7,3	82,1 ± 7,2♦	90,3 ± 7,9*♦

Примечание: *P < 0,05 показатель достоверности между результатами тестирования пациентов в зависимости от способов адаптации;
♦P < 0,05 внутригрупповой показатель достоверности между результатами тестирования пациентов до и после лечения

Это свидетельствует о том, что полноценный прием пищи восстановление эстетического оптимума и отсутствие болевых ощущений в челюстно-лицевой области привело к субъективному повышению психологического комфорта и объективному увеличению показателей социального благополучия за счет возможности самореализации в социуме, особенно у пациентов, которые находились в группе с высоким уровнем тревожности.

При сравнении показателей в группе пациентов, у которых при адаптации каппа не использовалась, после проведенного лечения показатель самовосприятия в группе с высоким уровнем тревожности достоверно не изменился. А показатель физического и психологического благополучия снизился по сравне-

нию с результатом, полученным на этапе предварительного ортопедического лечения, вследствие чего общий показатель качества жизни достоверно не увеличился как в первой, так и во второй группах.

Подобная тенденция нашла свое подтверждение по результатам тестирования по опроснику OHIP-14.

На этапе предварительного тестирования по опроснику OHIP-14 в группе с умеренным уровнем тревожности соотношение вопросов влияющих отрицательно на качество жизни было ниже, чем в группе с высоким уровнем тревожности. Основными позициями, влияющими на снижение качества жизни как в I, так и во второй группе являлись неудобства, связанные с болевыми ощущениями при приеме пищи и раздражительность при общении с окружающими. Показатели у респодентов I и II групп находились в диапазоне отрицательного влияния на качество жизни.

После проведенного лечения у пациентов, адаптация которых происходила посредством авторской адаптационной каппы, как с умеренным так и с высоким уровнем тревожности произошло достоверное увеличение показателей. В I и II группах наблюдалось перемещение значения показателя тестирования на уровень «положительного» диапазона. У пациентов, адаптация которых проходила самопроизвольно в первой группе, показатели оценки влияния находились на нижней границе «положительного» диапазона, а во второй – 27 % располагались в пределах «положительного» влияния стоматологического здоровья на качество жизни, остальные оставались в «нейтральном» (рисунок 5).

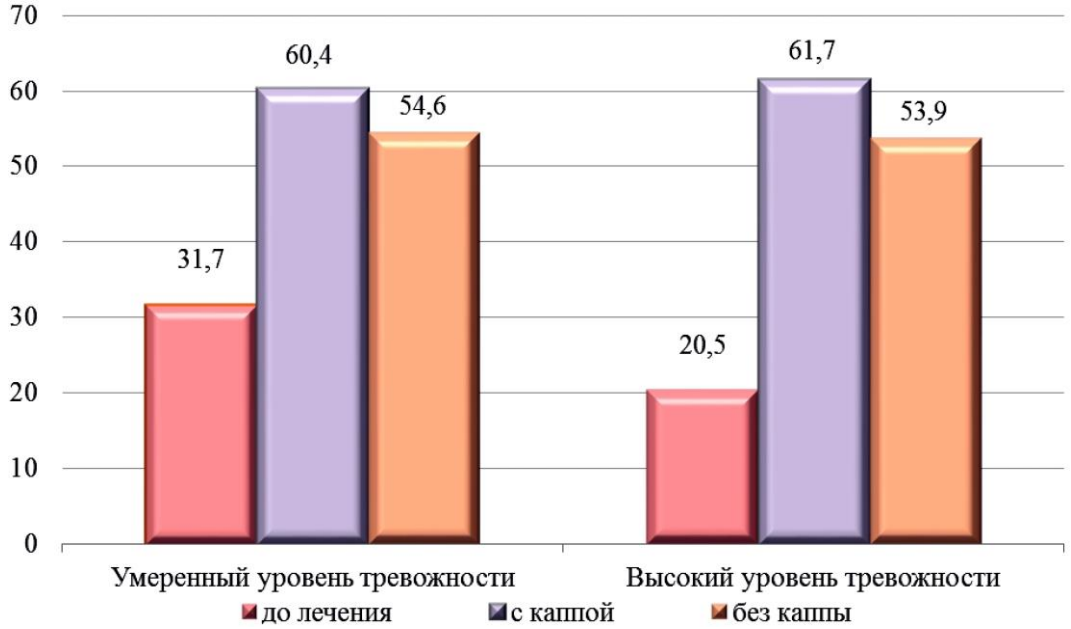
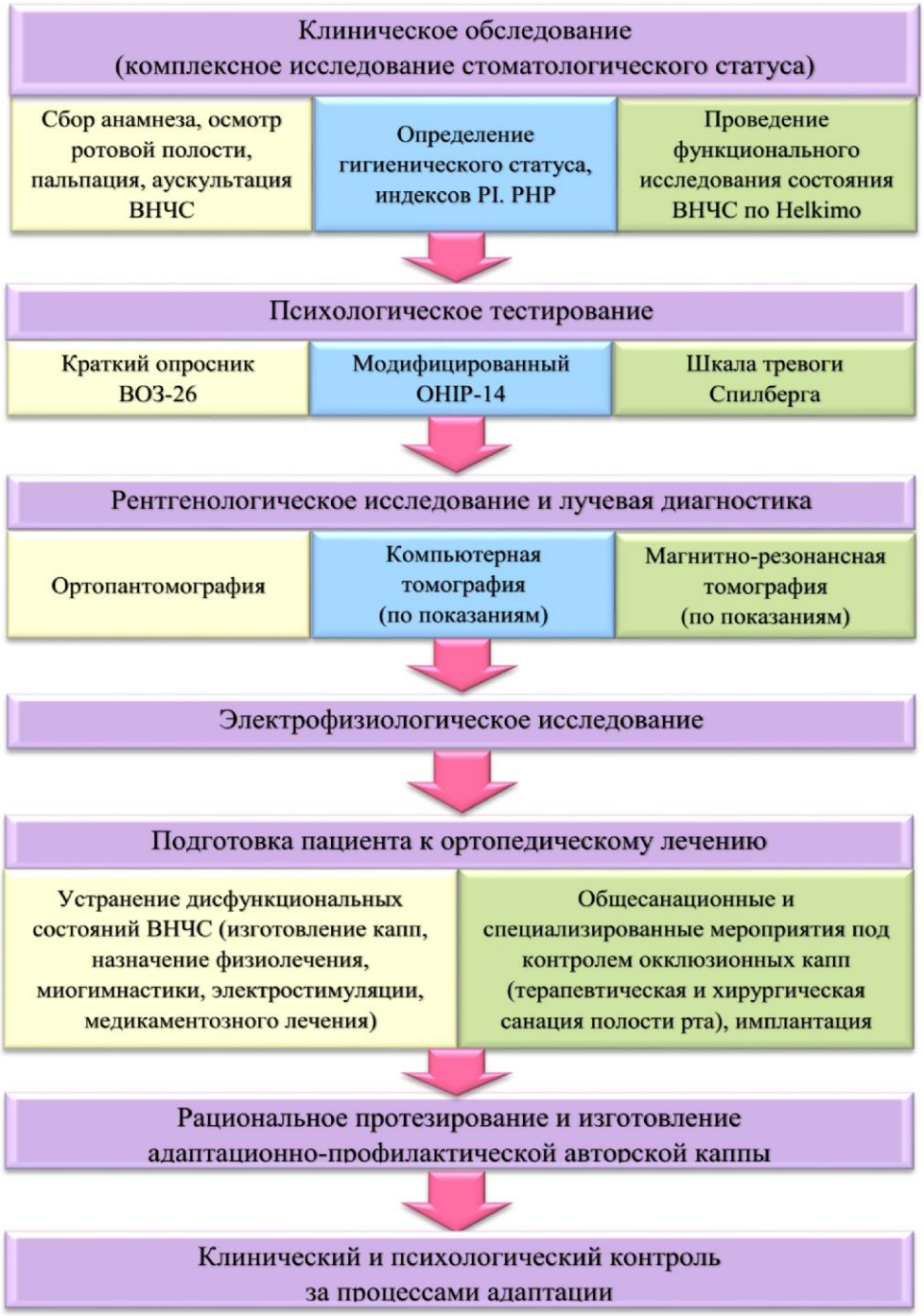


Рисунок 5 – Изменение показателей результатов тестирования (в баллах) пациентов до и после лечения в зависимости от уровня тревожности и метода адаптации по опроснику OHIP-14

Такая тонкая взаимосвязь влияния стоматологического здоровья на качество жизни привела к благоприятным изменениям результатов тестирования по опроснику Спилберга. Показатель ситуационной тревожности у пациентов с частичным отсутствием зубов перед протезированием, был достоверно повышен, у 56 человек соответствовал умеренному уровню), а у 39 – высокому.

Алгоритм стоматологического сопровождения пациентов при восполнении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты с учетом уровня тревожности и показателей качества жизни



На этапах предварительного лечения уровень ситуационной тревожности достоверно снижался лишь у пациентов имеющих легкую и среднюю степень дисфункцию височно-нижнечелюстных суставов. Такая тенденция объясняется тем, что на изменение уровня ситуационной тревожности влияет наличие комплекса раздражителей – болевого синдрома и отсутствие возможности полноценного питания. Показатель личностной тревожности достоверно не изменялся в обеих группах.

Спустя 3 недели, после адаптационного периода к несъемным ортопедическим конструкциям с опорой на дентальные имплантаты как в первой, так и

во второй группе произошло достоверное снижение уровня ситуационной тревожности. Следует отметить, что у 83,6 % пациентов, применяющих авторскую адаптационную каппу, в I группе показатель реактивной тревожности перешел в диапазон «низкого», а в 69,5 % случаев из II группы переместился из «высокого» на нижнюю границу «умеренного» диапазона, в 30,5 % случаев – мигрировал из «высокого» на «низкий» уровень.

Результаты тестирования пациентов обеих групп, которые не использовали адаптационную каппу, находились в диапазоне умеренного уровня ситуационной тревожности. Это может быть связано с нарушениями в адаптационных механизмах, которые мешают закреплению динамического стереотипа жевания и артикуляции.

Проведенное исследование позволило разработать алгоритм стоматологического сопровождения пациентов при восполнении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты с учетом уровня тревожности и показателей качества жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании полученных данных, было сделано заключение о выраженном влиянии стоматологического здоровья на уровень ситуационной тревожности, причем, степень стоматологического здоровья пациента обратно пропорциональна уровню тревожности. Стоматологическое здоровье прямо пропорционально качеству жизни, т.е. оказывает умеренное влияние на его сферы. В меньшей степени общий уровень тревожности зависим от суммарного показателя качества жизни.

На всех этапах ортопедической стоматологической реабилитации врачу стоматологу необходим обязательный гигиенический контроль за состоянием полости рта, который вносит существенный вклад в формирование стоматологического здоровья. Обязательное применение авторской каппы является неотъемлемым компонентом, обеспечивающим благоприятный прогноз в реабилитации и адаптации пациентов к вновь изготовленным несъемным ортопедическим конструкциям с опорой на внутрикостные дентальные имплантаты.

ВЫВОДЫ

1. На основании анализа адаптированной карты обследования пациента с частичным отсутствием зубов было установлено: высокие показатели индекса, как в группе с высоким уровнем тревожности, так и с умеренным PHP – 1,59 ± 0,4, PI – 0,51 ± 0,3, против PHP – 1,47 ± 0,5, PI – 0,49 ± 0,4, соответственно свидетельствуют об увеличении риска развития патологии пародонта; включенные дефекты зубного ряда в 37,8 %, двухсторонние включенные 32,7 % и дистально неограниченные – 29,5 % случаев приводят к развитию дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстных суставов.

2. Функциональные изменения в жевательных мышцах у лиц с частичным отсутствием зубов в группе с высоким уровнем тревожности проявляются выраженным дисбалансом работы мышц рабочей и балансирующей стороны, нарушением цикловой деятельностью мышц, появлением осциляции в фазе физиологиче-

ского покоя в процессе жевания, что не наблюдается у пациентов в группе с умеренным уровнем тревожности. Наиболее информативными (чувствительными) показателями были отмечены соотношение временных показателей биоэлектрической активности к биоэлектрическому покою, а именно коэффициент К.

3. Выявлена устойчивая корреляция (r = 0,84) между уровнем ситуационной тревожности и наличием дисфункциональных состояний в височно-нижнечелюстных суставах (по результатам исследования Helkimo). При появлении симптомов дисфункциональных расстройств в височно-нижнечелюстных суставах в значительной степени повышается уровень ситуационной тревожности, формируя общую стрессовую ситуацию.

4. Обнаружена прямая корреляционная связь между показателями качества жизни и профилем влияния стоматологического здоровья (r = 0,96); обратная корреляция между уровнем ситуационной тревожности и стоматологическим здоровьем (r = 0,48) (по результатам опросника OHIP 14 и данным шкалы тревожности Спилберга-Ханина) и отрицательная корреляционная связь компонентов качества жизни по КЖ ВОЗ-26 и уровнем общей тревожности (r = 0,25).

5. Существенные изменения со стороны зубочелюстной системы, происходящие у лиц с частичным отсутствием зубов, обосновывают включение в комплексное обследование стоматологических больных таких методов исследования, как: индексная оценка гигиенического состояния полости рта и пародонтального комплекса, диагностика по Helkimo, электрофизиологическое (ЭМГ), рентгенологическое (КТ, МРТ и ОПТГ) и авторской программы комплекса психологических тестов для оценки КЖ.

6. Применение разработанной и апробированной окклюзионной каппы на нижнюю челюсть для адаптации пациента к ортопедическим конструкциям (патент № 2613133) и каппы на верхнюю челюсть для нормализации смыкания зубов после ортопедического лечения (патент № 175108) у пациентов с несъемным ортопедическим конструкциям с опорой на дентальные имплантаты позволило достоверно снизить ($p < 0,05$) уровень ситуационной тревожности как в группе с высоким, так и умеренным уровнем тревожности и стабилизировать состояние нейромышечного комплекса (в 47 % случаев по данным ЭМГ) в отличие от группы пациентов не использовавших каппу.

7. Разработанный алгоритм стоматологического сопровождения пациентов при восполнении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты с учетом уровня тревожности и показателей качества позволил снизить количество рецидивов дисфункциональных расстройств, а следовательно и уровня ситуационной тревожности на 44 %.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В клинике несъемного протезирования при восполнении дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты целесообразно планирование тактики ведения пациентов данной категории в соответствии с предлагаемым алгоритмом.

2. При дефектах зубных рядов, подлежащих замещению несъемными конструкциями с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты в связи с высокой информативностью, клинико-рентгенологическое обследование с ин-

дексной оценкой состояния зубов, пародонта и гигиены полости рта целесообразно дополнить индексным определением дисфункции по Helkimo и комплексом психологических тестов с определением качества жизни ВОЗ- 26, OHIP-14 и уровня тревожности на всех этапах ортопедической реабилитации.

3. Предпротезная подготовка полости рта к несъемному протезированию с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты должна включать, наряду с лечением зубов, заболеваний пародонта, дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстных суставов обязательное индивидуальное обучение гигиене полости рта.

4. Стоматологические мероприятия направлены на поддержание оптимального нейромышечного равновесия и комфортных окклюзионных взаимоотношений достигнутого в процессе лечения с обязательным применением авторских адаптационных окклюзионных капп на верхнюю или нижнюю челюсти, как после ортопедического лечения, так и профилактическое ее использование при проявлениях дисфункциональных состояний в височно-нижнечелюстных суставах в особенности у высокотревожных людей

5. При планировании и прогнозировании результатов стоматологического лечения в клинике несъемного протезирования с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты рекомендуется использовать показатели данного исследования по эффективности ортопедической реабилитации у пациентов данной категории.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Наиболее эффективным направлением для улучшения результатов оказания стоматологической ортопедической помощи пациентам с различным уровнем тревожности является дальнейшее совершенствование алгоритма тактики ведения пациентов с использованием таких методов обследования, как: индексная оценка гигиенического состояния полости рта и пародонтального комплекса, проведение функционального исследования состояния височно-нижнечелюстных суставов по Helkimo, электрофизиологическое исследование с определением жевательной эффективности, лучевые и рентгенологические (КТ, МРТ и ОПТГ) методы, а также комплекс психологических тестов для оценки КЖ.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Рустамова, Э.К.** Влияние санации полости рта на этапе подготовки к протезированию на стоматологический статус и качество жизни пациентов с включенными дефектами зубных рядов на фоне сахарного диабета II типа / И.М. Шабалина, **Э.К. Рустамова**, Н.В. Лапина // Всероссийская научно-практическая конференция «Теоретические и прикладные исследования в области естественных, гуманитарных и технических наук»: сб. науч. тр. – Прокопьевск, 2015. – С. 94–105.

2. Состояние уровня тревожности и регуляторно-адаптивного статуса организма у стоматологических больных до и после ортопедического лечения / **Э.К. Рустамова**, И.М. Шабалина, Н.В. Лапина, Т.П. Старченко // Всероссий-

ская научно-практическая конференция «Теоретические и прикладные исследования в области естественных, гуманитарных и технических наук»: сб. науч. тр. – Прокопьевск, 2016. – С. 33–42.

3. *Влияние частичного отсутствия зубов на состояние зубочелюстной системы / Э.К. Рустамова, В.Л. Попков, С.И. Рисованный, А.В. Митина // Клиническая стоматология. – 2017. – № 4. – С. 70–74.

4. *Влияние уровня тревожности на качество жизни пациентов с частичным отсутствием зубов и дисфункциональными состояниями ВНЧС на этапах ортопедической реабилитации / Э.К. Рустамова, Н.В. Лапина, К.Г. Сеферян [и др.] // Сеченовский вестник. – 2017. – № 3(29) – С. 38–44.

5. *Оценка качества жизни пациента со злокачественным новообразованием орофарингеальной зоны на этапах противоопухолевого лечения / Е.В. Кочурова Н.В. Лапина, Е.В. Ижнин, Э.К. Рустамова // Опухоли головы и шеи. – 2017. – Т. 7. – № 4. – С. 41–52.

6. *Патент №2613133 RU, МПК-А 61 С 13/00. Способ изготовления каппы на нижнюю челюсть для адаптации пациента к ортопедическим конструкциям / Н.В. Лапина, К.Г. Сеферян, В.Ю. Скориков, Э.К. Рустамова, И.Н. Шабалина. – № 201611493; заявл. 12.04.2016; опубл. 15.03.2017, Бюл. № 8.

7. Взаимосвязь качества жизни и уровня тревожности в ортопедическом лечении / **Э.К. Рустамова**, И.М. Шабалина, Н.В. Лапина [и др.] // Всероссийская научно-практическая конференция «Теоретические и прикладные исследования в области естественных, гуманитарных и технических наук»: сб. науч. тр. – Прокопьевск, 2017. – С. 9–15.

8. *Пат. №175108 Российская Федерация, МПК-А 61 С 13/00. RU – № 173 902 U1 Каппа для нормализации смыкания зубов после ортопедического лечения / Рустамова Э. К., Лапина Н. В., Сеферян К. Г., Скориков В. Ю., Шабалина И. М., Пономаренко Т. В. ; заявитель и патентообладатель. – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России (ФГБОУ ВО КубГМУ минздрава России), Рустамова Э.К., Лапина Н.В. – № 2017101899; заявл. 07.06.2017; опубл. 21.11.2017; Бюл. № 33.

9. **Рустамова, Э.К.** Влияние стоматологического здоровья на уровень тревожности и качество жизни пациентов / **Э.К. Рустамова**, А.В. Митина, Ю.В. Скориков // Актуальные вопросы стоматологии: сб. науч. тр. – Казань, 2018. – С. 333–337.

10. *Методы ортопедической стоматологической реабилитации больных с частичным отсутствием зубов / Н.В. Лапина, Э.К. Рустамова, Т.П. Старченко [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2018. – Т. 25. – № 1. – С. 172–179.

11. **Rustamova, E.K.** The influence of dental health on the quality of people's lives / **E.K. Rustamova**, E.V. Izhnina, O.I. Lobach // The international scientific conference for students and young researchers in english «Topical issues of medicine» devoted to the 80-th anniversary of stavropol state medical university. – Stavropol : StSMU, 2018. – P. 101–102.

12. *Влияние состояние стоматологического здоровья на уровень тревожности, степень психоэмоционального напряжения и качество жизни пациента / Э.К. Рустамова, Н.В. Лапина, А.В. Митина, В.А. Проходная // Стоматология для всех. – 2018. – № 2. – С. 36-40.

13. *Свидетельство для государственной регистрации программы для ЭВМ №2018614765. Программа обработки и анализа данных при оценке динамики показателей качества жизни и уровня тревожности пациентов в процессе стоматологического лечения / Лапина Н.В., Рустамова Э.К., Кочурова Е.В., Ижнина Е.В.; правообладатель Э.К. Рустамова; заявка № 2017661515 от 31.10.2017; зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ 17.04.2018.

14. *Рустамова, Э.К. Оптимизация адаптации к ортопедическим конструкциям у пациентов с опорой на дентальные имплантаты посредством окклюзионной каппы / Э.К. Рустамова // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2018. – № 1. – С.55-59.

*****– Работа опубликована в журнале, включенном в Перечень рецензируемых научных изданий или входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук и издания, приравненные к ним.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВНЧС	–	височно-нижнечелюстной сустав
OHIP-14	–	специфический опросник «Профиль воздействия на здоровье полости рта»
КЖ	–	качество жизни
МРТ	–	магнитно-резонансная томография
КТ	–	компьютерная томография
ЭМГ	–	электромиография
МКБ-10	–	международная классификация болезней
PI	–	пародонтальный индекс
PHP	–	индекс для определения эффективности гигиенического состояния полости рта