

ПРОБЛЕМЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА С ДЕФЕКТОМ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Мухитдиновой Мавлюды Саидмухтор кизи

Абдурахманова Ситора Ибрагимовна

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Протезирование зубных рядов является актуальной проблемой среди населения всех возрастных групп. Однако у женщин в период климактерия, которые испытывают изменения гормонального фона, процесс протезирования может быть более сложным и требовательным. Климактерический период – это естественный биологический процесс перехода от репродуктивного периода к старости. Для климактерического периода характерно снижение уровня эстрогенов. Оно начинается после 45 лет, а к 52–53 годам содержание эстрогенов снижается до минимального уровня, который сохраняется в дальнейшем. Между тем физиологические эффекты эстрогенов чрезвычайно разнообразны. Они влияют не только женскую половую систему, но и на центральную нервную систему, сердце и сосуды, а также на состояние костной ткани и зубочелюстной системы, в обмене кальция в организме (при снижении эстрогенов страдает не только репродуктивная система, но и эстроген зависимые другие органы: кости, зубы, волосы и ногти теряют кальций и становятся хрупкими). Таким образом, резкое снижение выработки эстрогенов оказывает существенное воздействие на многие органы и системы, кроме того гипоестрогения у женщин играет роль пускового фактора в развитие комплекса метаболических нарушений в зубочелюстной системе.

Необходимость оценки и сравнения различных методов протезирования у женщин в период климактерия с дефектом зубных рядов является важной задачей в стоматологии. В настоящее время существует несколько методов протезирования, которые имеют разные показания и противопоказания. Кроме того, необходимо учитывать психологические аспекты лечения и удовлетворенность пациентов результатами.

Современные демографические тенденции в мире характеризуются увеличением в мировой популяции общей численности и доли лиц старшего возраста. Это ведет к переходу от общества с высокой рождаемостью и высокой смертностью к обществу с низкой рождаемостью и высокой продолжительностью жизни. Это означает старение населения мира и увеличение количества пожилых людей. Такие же тенденции прослеживаются

и в нашей стране — доля лиц старше 40 лет составляет около 20%. Разница в продолжительности жизни женщин и мужчин составляет от 13 до 20 лет. [3—6, 8, 9]. В постменопаузе — естественном состоянии для женщин старшей возрастной группы, сопровождающемся дефицитом эстрогенов, ведущей патологией становятся психоэмоциональные нарушения, урогенитальные расстройства, сердечно-сосудистые заболевания и постменопаузальный остеопороз. По данным ряда авторов, у этой категории лиц наиболее часто встречаются различные дефекты и деформации альвеолярной части или отростка челюстей в области отсутствующих зубов, что осложняет восстановление жевательной эффективности с помощью дентальных имплантатов, а также традиционными съемными ортопедическими конструкциями. В то же время создание достаточного объема кости для проведения дентальной имплантации с помощью реконструктивных остеопластических операций является проблематичным. По данным А.А. Кулакова, А.С. Караяна (2007), на первом этапе организации аутотрансплантата определяется до 50% резорбции от созданного объема, в позднем периоде у 85% пациентов отмечается необходимость повторных хирургических вмешательств [2]. В костной ткани челюстей происходят такие же процессы организации и резорбции, как и в других частях скелета, однако, по мнению В.В. Поворознюк и соавт. [5], в альвеолярном гребне процессы внутренней перестройки протекают более активно. В норме объем костной ткани поддерживается физиологическим равновесием между резорбцией и формированием, что составляет полный цикл костного ремоделирования [7]. Многие авторы считают, что костное ремоделирование челюстей зависит от функциональной нагрузки на зубочелюстной аппарат моделирующей анатомическую структуру костной ткани. В настоящее время взаимосвязь между системным нарушением костного ремоделирования с патологией зубочелюстной системы остается предметом активной дискуссии [6]. В то же время состояние процессов репаративной регенерации, остеointegrации находится в прямой корреляционной зависимости от метаболического состояния костной ткани. Это определяет наличие и активность клеток предшественников остеобластов и остеокластов, местных факторов роста, локализующихся в строме красного костного мозга и регулируемых системными гормонами. Поэтому различные эндокринопатии приводят к снижению качества, количества кости и ее микроархитектоники [1, 3, 4]. В то же время создание достаточного объема кости для проведения дентальной имплантации с помощью реконструктивных остеопластических операций является проблематичным. По данным А.А. Кулакова, А.С. Караяна (2007), на первом этапе организации аутотрансплантата определяется до 50% резорбции от созданного объема, в позднем периоде у 85% пациентов

отмечается необходимость повторных хирургических вмешательств [2]. В костной ткани челюстей происходят такие же процессы организации и резорбции, как и в других частях скелета, однако, по мнению В.В. Поворознюк и соавт. [5], в альвеолярном гребне процессы внутренней перестройки протекают более активно. В норме объем костной ткани поддерживается физиологическим равновесием между резорбцией и формированием, что составляет полный цикл костного ремоделирования [7]. Многие авторы считают, что костное ремоделирование челюстей зависит от функциональной нагрузки на зубочелюстной аппарат моделирующей анатомическую структуру костной ткани. В настоящее время взаимосвязь между системным нарушением костного ремоделирования с патологией зубочелюстной системы остается предметом активной дискуссии [6]. В то же время состояние процессов репаративной регенерации, остеоинтеграции находится в прямой корреляционной зависимости от метаболического состояния костной ткани. Это определяет наличие и активность клеток предшественников остеобластов и остеокластов, местных факторов роста, локализующихся в строме красного костного мозга и регулируемых системными гормонами. Поэтому различные эндокринопатии приводят к снижению качества, количества кости и ее микроархитектоники [1, 3, 4]. Таким образом, результаты исследования помогут определить оптимальный метод протезирования у женщин в период климактерия с дефектом зубных рядов, улучшить качество лечения и повысить удовлетворенность пациентов.

Цель исследования — проведение комплексной оценки протезирования у женщин в период климактерия (в возрасте от 45 до 60 лет) с дефектом зубных рядов. В работе будут рассмотрены различные методы протезирования, такие как использование мостовидных протезов, съемных протезов и других.

Материал и методы

Обследованы 60 пациенток в возрасте от 45 до 60 лет, обратившихся на кафедру ортодонтологии и акушерства и гинекологии ТГСИ с частичными и полными дефектами зубных рядов, нуждающихся в дентальной имплантации с эстрогендефицитом.

Критерии включения в исследование: женщины с дефектами зубных рядов и отростков челюстей с менопаузальным периодом не более 10 лет.

Критерий невключения: пациентки, имеющие в анамнезе сахарный диабет, патологию щитовидной железы, почек, печени и желудочно-кишечного тракта, заболевания, приводящие к системному нарушению костного ремоделирования.

В зависимости от степени атрофии альвеолярной части челюстей (отростков), обследованных разделили на группы:

— 1-я группа — 20 женщин с атрофией по ширине в области отсутствующих зубов;

— 2-я группа — 20 человек с атрофией по высоте в области отсутствующих зубов;

— группа контроля — 10 пациенток раннего репродуктивного возраста от 20 до 35 лет, без атрофии альвеолярной части (отростка) челюстей в области отсутствующих зубов.

У обследуемых изучали объем костной ткани в области отсутствующих зубов клиническими методами и при помощи ортопантомографии. Степень атрофии и архитектуру кости оценивали, используя конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ), для этого зону отсутствия зубов визуализировали посредством кросс-секции. Полученные изображения загружали в программу T-denta, анализировали степень атрофии костной ткани, изучали ширину кортикальных пластинок, состояние трабекулярного пакета (ширина трабекул и их разрушения и т. д.).

Для диагностики системного нарушения костного ремоделирования проводили двухфазную рентгенологическую абсорбциометрию (DEXA) на денситометре Lunar Prodigy Advance, в поясничной области позвоночника на уровне (L1-LIV) и проксимального отдела бедра (шейка, область Варда, трохантер и проксимальный отдел бедра в целом). Денситограмму оценивали у женщин контрольной группы репродуктивного возраста по Z-критерию, а у пациенток в менопаузе по T-критерию. Где значения T от -1 и более расцениваются как норма, от -1 до $-2,4$ — остеопения и более $-2,5$ — остеопороз. В крови, взятой утром натощак, изучали секрецию кальцийрегулирующих гормонов: паратиреоидного (ПТГ, пмоль/л); концентрацию маркеров костной резорбции (Cross-laps, нг/мл) и костеобразования (остеокальцин, нг/мл).

Результаты и обсуждение

В контрольной группе (женщины репродуктивного возраста) при изучении стоматологического статуса у 2 пациенток отмечались концевые, а у 8 — включенные дефекты зубных рядов. При этом на верхней челюсти адентия была у 3 женщин, на нижней — у 2 и на обеих челюстях — у 5. У данных пациенток костной ткани для проведения дентальной имплантации было достаточно.

У пациенток 1-й группы с атрофией альвеолярного отростка по ширине из 20 женщин у 17 были включенные дефекты зубного ряда, у 3 — концевые дефекты. В этой группе у 3 женщин отмечалось отсутствие зубов только на верхнем ряду, у 8 — на нижнем, у 9 — на обеих челюстях.

При клиническом обследовании зубных рядов у женщин данной группы определяли истончение альвеолярного гребня по ширине менее 5 мм, затем зону отсутствия зубов визуализировали посредством кросс-секции, используя КЛКТ. Участок атрофии кости визуализировался на КЛКТ в виде истончения

кортикальных пластинок в большей степени с вестибулярной поверхности, а также отмечалось повреждение трабекулярного пакета в виде разрушенных и свободнолежащих трабекул.

Выводы. У женщин перименопаузального возраста с системными нарушениями костного ремоделирования из-за снижения уровня эстрогенов в организме и увеличения ФСГ и ЛГ отмечается преобладание резорбции над костеобразованием, о чем свидетельствует концентрация ПТГ и маркеров костной резорбции Cross Laps. Состояние атрофии альвеолярного отростка (части) челюстей и разрушение трабекулярного пакета по данным КЛКТ соответствуют выраженности дисбаланса костного ремоделирования, наличию остеопении или остеопороза. Таким образом, можно отметить прямую взаимосвязь нарушения костного обмена и состояния костного ремоделирования альвеолярной части (отростков) челюстей, что следует учитывать в предоперационной терапии.

Список литературы

1. Ajaо M.O., Oliveira Brito L.G., Wang K.C. / Persistence of symptoms after total vs supracervical hysterectomy in women with histopathological diagnosis of adenomyosis. // *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2019 Aug. – Vol.26(2). – P. 891-896.
2. Babadjanova, G. S., Abdurakhmanova, S. I., & Zh, S. N. (2020). The Role of Proinflammatory Cytokines in the Development of Clinical Picture of Myoma and Adenomyosis. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(4).
3. Biomed Res Int. 2017;2017:5926470. doi: 10.1155/2017/5926470. Epub 2017 Nov 6. Myomas and Adenomyosis: Impact on Reproductive Outcome. Vlahos NF1, Theodoridis TD2, Partsinevelos GA3.
4. *Reprod Sci*. 2017 Mar;24(3):369-375. doi: 10.1177/1933719116657192. Epub 2016 Jul 20. Expression of Inflammatory and Neurogenic Mediators in Adenomyosis. Carrarelli P(1), Yen CF(2)(3)(4), Funghi L(1), Arcuri F(1), Tosti C(1), Bifulco G(5), Luddi A(1), Lee CL(3)(6), Petraglia F(1).
5. Абдурахманова, С. (2020). Репродуктив ёшдаги аёлларда биргаликда келган бачадон миомаси ва аденомиозни таъхислаш ва даволашда замонавий ёндашувлар. *in Library*, 20(2), 1-45.
6. Абдурахманова, С. (2020). Современные подходы к диагностике и лечению сочетанных форм миомы матки и аденомиоза у женщин репродуктивного возраста. *in Library*, 20(1), 1-141.
7. Абдурахманова, С. И., & Комилова, М. С. (2022). Сравнение Частоты Оперативных Вмешательств По Поводу Миомы Матки И Аденомиоза До И

После Пандемии. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(6), 499-505.

8. Абдурахманова, С. И., & Комилова, М. С. (2022). Сравнение Частоты Оперативных Вмешательств По Поводу Миомы Матки И Аденомиоза До И После Пандемии. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(6), 499-505.

9. Абдурахманова, С. И., & Ризаева, М. А. (2022). АНАЛИЗ РОСТА ОСЛОЖНЕНИЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 3(4).

10. Абдурахманова, С. И., Бабаджанова, Г. С., & Сулаймонова, Н. Ж. (2022). РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА.

11. Абдурахманова, С. И., Бабаджанова, Г. С., Муратова, Н. Д., & Сулаймонова, Н. Ж. Алгоритм лечения женщин репродуктивного возраста с миомой матки, сочетанной с аденомиозом. *NAZARIY va KLINIK TIBBIYOT*, 15.

12. Абдурахманова, С., Каттаходжаева, М., Сулаймонова, Н., & Назарова, Д. (2019). Изменения про-и противовоспалительных цитокинов до и после лечения у женщин с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза. *in Library*, 19(3), 38-41.

13. Абдурахманова, С., Сулейманова, Н., Ходжаева, З., & Назарова, Д. (2022). Особенности ультразвуковых и доплерометрических изменений у женщин с миомой матки и/или аденомиозом и их роль в выборе метода лечения. *in Library*, 22(1), 44-47.

14. Бабаджанова, Г. С., & Абдурахманова, С. И. (2018). Современные представления об этиопатогенезе, клинико-диагностических критериях миомы матки и аденомиоза у женщин и особенности их лечения (обзор литературы). *Журнал теоретической и клинической медицины*, (3), 85-90.

15. Бабаджанова, Г., Абдурахманова, С., Муратова, Н., & Сулейманова, Н. (2020). Анализ репродуктивных нарушений у женщин с миомой матки и/или аденомиозом и методы коррекции. *in Library*, 20(1), 171-178.

16. Давыдов А.И., Пашков В.М., Шахламова М.Н. / Субмукозная миома матки в сочетании с аденомиозом. Принципы таргетной терапии в репродуктивном периоде. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии: научно-практический журнал / Российская Ассоциация специалистов перинатальной медицины. - Москва: Издательство "Династия". - 2019. - Том 18 N3. - С. 124-132.

17. Комилова, М. С., Абдурахманова, С. И., Каршиева, Е. Е., & Комарова, А. С. (2022). Развитие Системного Воспалительного Ответа При

Преждевременной Отслойке Нормально Расположенной Плаценты. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(6), 473-481.

18. Муратова, Н., Бабаджанова, Г., Абдурахманова, С., & Ходжаева, З. (2019). Choice of tactics of treatment in the combination of myoma and adenomyosis in women of reproductive age. *in Library*, 19(2), 1-1.

19. Муратова, Н., Сулаймонова, Н., & Абдурахманова, С. (2021). Роль заместительной гормональной терапии при ортопедическом стоматологическом лечении женщин в постменопаузе. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии* 4, 1(02), 101-102.

20. Муратова, Н., Сулаймонова, Н., & Абдурахманова, С. (2021). Роль заместительной гормональной терапии при ортопедическом стоматологическом лечении женщин в постменопаузе. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии* 4, 1(02), 101-102.

21. Мухитдинова М. С., Дадабаева М. У., Мун Т. О., Абдурахманова С.И. (2023). КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА С ДЕФЕКТОМ ЗУБНЫХ РЯДОВ. *Conferences*, 332–333.

22. Назарова, Д., Муратова, Н., Абдурахманова, С., & Сулаймонова, Н. (2022). Определение уровня цитокинов в крови больных для выбора тактики лечения миомы. *in Library*, 22(1), 341-342.

23. Ризаев, Ж. А., Муратова, Н. Д., Бабаджанова, Г. С., & Абдурахманова, С. И. (2019). Частота, клиника и хирургическое лечение миомы матки и аденомиоза. *Мед. журн. Узбекистана*, 1, 23-26.

24. Фазылбеков, Р., Каттаходжаева, М., Сулейманова, Н., & Абдурахманова, С. (2022). Значение новых подходов в диагностике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки. *in Library*, 22(1), 65-70.

25. Шрамко С.В., Гуляева Л.Ф., Баженова Л.Г., Левченко В.Г. Миома матки и аденомиоз: молекулярная характеристика по экспрессии генов стероидных рецепторов. *Акушерство и гинекология* №4, 2018. С. 58-63.