

Результаты регрессионного анализа (зависимая переменная SHS-total)

Модель	Нестандартизированный коэффициент (Unstandardized Coefficients)		Стандартизированный коэффициент (Standardized Coefficients)	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1-я константа	13,350	6,670		2,002	0,046
ИК	0,034	0,085	0,026	0,398	0,691
ИМТ	0,139	0,145	0,079	0,958	0,339
САД	0,069	0,054	0,102	1,288	0,199
ДАД	-0,040	0,049	0,052	-0,815	0,416
ПФЭ	-0,248	0,068	-0,284	-3,679	0,000
Возраст	-0,132	0,053	-0,209	-2,491	0,013

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шальнова, С.А. Анализ смертности сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России» / С.А. Шальнова, А.О. Конради, Ю.А. Карпов [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2012. — № 5 (97). — С.6—11.
2. 2008—2013 Action plan for the global strategy for prevention and control of non communicable diseases. WHO, 2009.
3. Yu-Xiang, Yan. Development and Evaluation of a Questionnaire for Measuring Suboptimal Health Status in Urban Chinese / Yan Yu-Xiang, Liu You-Qin, Li Man [et al.] // J. Epidemiol. — 2009. — Vol. 19(6). — P.333—341.
4. Лебедев, П.А. Диагностика функции сосудистого эндотелия у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / П.А. Лебедев, Л.И. Калакутский, С.П. Власова. — Самара, 2004. — 18 с.
5. Safar, M.E. Current perspectives on arterial stiffness and pulse pressure in hypertension and cardiovascular disease / M.E. Safar, B.I. Levy, H. Struijker-Bouder // Circulation. — 2003. — Vol. 107. — P.2864—2869.
6. Yu-Xiang, Yan. Association of Suboptimal Health Status and Cardiovascular Risk Factors in Urban Chinese Workers / Yan Yu-Xiang, Dong Jing, Liu You-Qin [et al.] // Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. — 2012. — Vol. 89, № 2. — P.329—338.

## REFERENCES

1. Shal'nova, S.A. Analiz smertnosti serdechno-sosudistyh zabolevanii v 12 regionah Rossiskoi Federacii, uchastvuyuschih v issledovanii «Epidemiologiya serdechno-sosudistyh zabolevanii v razlichnyh regionah Rossii» / S.A. Shal'nova, A.O. Konradi, Yu.A. Karpov [i dr.] // Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal. — 2012. — № 5 (97). — S.6—11.
2. 2008—2013 Action plan for the global strategy for prevention and control of non communicable diseases. WHO, 2009.
3. Yu-Xiang, Yan. Development and Evaluation of a Questionnaire for Measuring Suboptimal Health Status in Urban Chinese / Yan Yu-Xiang, Liu You-Qin, Li Man [et al.] // J. Epidemiol. — 2009. — Vol. 19(6). — P.333—341.
4. Lebedev, P.A. Diagnostika funkicii sosudistogo endoteliya u bol'nyh s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami / P.A. Lebedev, L.I. Kalakutskii, S.P. Vlasova. — Samara, 2004. — 18 s.
5. Safar, M.E. Current perspectives on arterial stiffness and pulse pressure in hypertension and cardiovascular disease / M.E. Safar, B.I. Levy, H. Struijker-Bouder // Circulation. — 2003. — Vol. 107. — P.2864—2869.
6. Yu-Xiang, Yan. Association of Suboptimal Health Status and Cardiovascular Risk Factors in Urban Chinese Workers / Yan Yu-Xiang, Dong Jing, Liu You-Qin [et al.] // Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. — 2012. — Vol. 89, № 2. — P.329—338.

© Е.В. Мамаева, Д.А. Цинеккер, 2014

УДК 616.311.2-002-053.6-07

## УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ ГИПОФИЗА И ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ ГИНГИВИТОМ

**ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА МАМАЕВА**, докт. мед. наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-917-851-27-45, e-mail: mamaeva49.49@mail.ru

**ДИНА АЙДАРОВНА ЦИНЕККЕР**, канд. мед. наук, ассистент кафедры стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-903-341-46-47, e-mail: dzinecker@hotmail.ru

**Реферат.** Цель исследования — установление взаимосвязей, характерных для хронического гипертрофического гингивита, уровня гормонов гипофиза и половых желез у подростков. Проведено комплексное обследование 104 школьников 13—15 лет (56 мальчиков, 48 девочек) с анализом уровня лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, тестостерона и эстрадиола. *Результаты и их обсуждение.* У подростков 13—15 лет при наличии хронического гипертрофического гингивита уровень гормонов гипофиза находится в пределах нижней границы физиологической нормы, что усиливает симптоматику гипертрофии в присутствии факторов, усугубляющих ее течение (мелкое преддверие полости рта, вертикальная резцовая дизокклюзия, тесное положение и аномалии положения отдельных зубов), при этом роль половых гормонов минимальна. *Заключение.* Установлены значимые корреляционные взаимосвязи факторов, усугубляющих течение хронического гипертрофического гингивита и уровня лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов.

**Ключевые слова:** хронический гипертрофический гингивит, подростки, гормоны гипофиза, половые гормоны.

# THE LEVEL OF HORMONES OF HYPOPHYSIS AND SEXUAL GLANDS OF TEENAGERS WITH CHRONIC HYPERTROPHIC GINGIVITIS

**ELENA V. MAMAYEVA**, MD, senior lecturer at the chair of children's stomatology of Kazan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia, tel. 8-917-851-27-45, e-mail: mamaeva49.49@mail.ru

**DINA A. TSINEKKEK**, PhD, assistant at the chair of children's stomatology of Kazan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia, tel. 8-903-341-46-47, e-mail: dzinecker@hotmail.ru

**Abstract:** *Research objective* — estimating specific relationship of chronic hypertrophic gingivitis with the level of hormones of hypophysis and sexual glands of teenagers. There has been carried out a complex investigation of 104 schoolchildren of 13—15 years (56 boys, 48 girls) with the analyses for luteinizing and follicle-stimulating hormones, testosterone and estradiol. *Results and discussion.* For the teenagers of 13—15 years suffering from chronic hypertrophic gingivitis the level of hormones of hypophysis is within the bottom border of physiological norm which strengthens hypertrophy semiology in the presence of factors aggravating its current (small mouth vestibule, vertical incisal disocclusion, close position and position anomalies of some teeth), thus the role of sexual hormones is minimum. *Conclusion.* There has been established significant correlation of factors aggravating the progress of chronic hypertrophic gingivitis and the level of luteinizing and follicle-stimulating hormones.

**Key words:** chronic hypertrophic gingivitis, teenagers, hypophysis hormones, sexual hormones.

**Введение.** В течение последних десятилетий не только выросли показатели распространенности патологии пародонта у подростков, но значительно изменился их дифференциальный состав в сторону увеличения наиболее тяжелых форм [1, 6]. Биологические изменения в данный период регулируются нейросекреторными факторами и гормонами, которые ускоряют соматический рост, развитие половых желез, их эндокринную и экзокринную регуляцию [3]. В начальных стадиях хронического гипертрофического гингивита (ХГГ) периоды интенсивной воспалительной реакции чередуются с периодами ремиссии. Такой характер течения авторы связывают с эндокринными изменениями в данный период [2]. При этом ткани пародонта не являются окончательно сформированными и длительно находятся в состоянии физиологического напряжения [5, 9, 13]. Гормональный дисбаланс, связанный с периодом полового созревания, оказывает влияние на эпителий десны, который в свою очередь обусловлен клиническими и функциональными особенностями пародонта. С этих позиций полость рта рассматривается как экологическая система, в которой различные биологические процессы, совместно взаимодействуя, вызывают разнонаправленные патологические процессы [4, 10, 12]. Однако вышеописанные достижения не позволяют до конца решить задачи, поставленные перед клиницистами, что создает необходимость поиска наиболее рациональных, эффективных и патогенетически обоснованных методов диагностики. В литературе большое внимание уделяется местным факторам риска, усугубляющим течение хронического гипертрофического гингивита [7, 8, 11], при этом вопрос о роли гормонального фона до сих пор является предметом дискуссии.

**Материал и методы.** В процессе исследования нами отобраны группы подростков в возрасте от 13 до 15 лет, так как истинный период пубертата (согласно возрастной морфологии, физиологии и биохимии) у мальчиков составляет 13—16 лет, у девочек — 12—15 лет. Было проведено комплексное обследование 104 школьников (56 мальчиков, 48 девочек), которые распределены по группам:

1-я группа (ХГГ 1-я степень) — 26 подростков (13 мальчиков, 13 девочек);

2-я группа (ХГГ 2-я степень) — 30 подростков (13 мальчиков, 17 девочек);

3-я группа (ХГГ 3-я степень) — 22 подростка (17 мальчиков, 5 девочек);

4-я группа (контрольная, интактный пародонт) — 26 подростков (13 мальчиков, 13 девочек).

В связи с тем, что г. Казань является эндемической зоной по йоду, врачами-эндокринологами было рекомендовано проведение первичного скрининга щитовидной железы с определением тиреотропного гормона. К дальнейшему исследованию были допущены подростки, у которых показатели тиреотропного гормона находились в пределах физиологической нормы, не состоящие на диспансерном учете в других лечебных учреждениях. Лабораторные исследования сыворотки крови на содержание лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, тестостерона и эстрадиола проводились с использованием автоматического анализатора «Elecsys 1010» и реактивов «Roche» (Швейцария). Исследования осуществлялись натощак, с 8 до 10 ч утра, в середине учебной четверти и начале учебной недели, при уменьшенной учебной и физической нагрузке (с разрешения администрации школ), при наступлении менархе и регулярности мenses, на 3—8-й или 19—21-й дни menses и письменном информированном согласии родителей. Подростки, у которых уровень гормонов был повышен (или снижен), исключались из исследования и направлялись на консультацию к эндокринологам.

Клинические исследования проведены на базе ГАУЗ «ДСП № 1» г. Казани, лабораторные — на базе ГУЗ «КЭД», статистические — на базе ФГАОУ ВПО КФУ Министерства образования и науки РФ (кафедра квантовой электроники и радиоспектроскопии).

**Результаты и их обсуждение.** Для всех без исключения пациентов с хроническим гипертрофическим гингивитом значения уровня лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, тестостерона и эстрадиола находились в пределах физиологической нормы — явный гормональный дисбаланс не прослеживался. На данном этапе нами были определены коэффициенты корреляций с анализом по полной выборке. При этом признаком, характеризующим уровень гормонов при хроническом гипертрофическом гингивите, явилось наличие лишь лютеинизирующего ( $r = -0,39$ ) и фолликулостимулирующего гормонов ( $r = -0,34$ ) в пределах физиологической нормы.

Анализ взаимосвязей выявил, что наиболее значимые коэффициенты корреляции имели такие критерии

объективного обследования, как «мелкое преддверие полости рта» ( $r = 0,48$ ), «тесное положение зубов» ( $r = 0,46$ ), «аномалии положения отдельных зубов» ( $r = 0,46$ ) и «вертикальная резцовая дизокклюзия» ( $r = 0,42$ ).

Значимые коэффициенты корреляции при анализе полной выборки были установлены в парах «статус гипертрофии» и «уровень гормонов», ими явились «степень гипертрофии» и «лютеинизирующий гормон» ( $r = -0,37$ ); «индекс кровоточивости» и «лютеинизирующий гормон» ( $r = -0,39$ ), «фолликулостимулирующий гормон» ( $r = -0,30$ ).

Для определения корреляции гормонального фона с последующим анализом непараметрических данных была предпринята попытка разбить имеющуюся выборку на подвыборки и ее кластерный анализ. При этом в качестве определяющих признаков, применяемых для создания подвыборок, использовались только наиболее значимые критерии. Рост коэффициента корреляции свидетельствовал о том, что внутри подвыборок уровень лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов в пределах физиологической нормы играл значимую роль, тогда как роль половых гормонов (эстрадиола и тестостерона) была минимальна. Во всех случаях коэффициент корреляции был отрицателен, т.е. связь была обратной.

В подвыборках, характеризующихся наличием «мелкого преддверия полости рта», «вертикальной резцовой дизокклюзии», «тесного положения зубов» и «аномалий положения отдельных зубов», проявлялись сильные статистически значимые взаимосвязи со статусом гипертрофии («степень гипертрофии», «индексы кровоточивости, GI и PBI») и уровнем лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов в пределах физиологической нормы. При этом рост коэффициентов корреляции говорил о том, что у таких пациентов снижение уровня лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов в пределах физиологической нормы сопровождается хронический гипертрофический гингивит и может явиться одним из значимых факторов, определяющих течение данной патологии. Во всех случаях коэффициенты корреляции были отрицательны, т.е. связь была обратной. А их значения были больше для связи с фолликулостимулирующим гормоном, чем с лютеинизирующим гормоном при «мелком преддверии полости рта». При наличии «зубочелюстных аномалий» коэффициент корреляции был больше для связи с лютеинизирующим гормоном, чем с фолликулостимулирующим гормоном.

Значимые коэффициенты корреляции при ХГГ у подростков 13—15 лет определены:

в паре степень гипертрофии с ФСГ ( $r = -0,92$ ) при мелком преддверии полости рта;

в парах степень гипертрофии с ЛГ ( $r = -0,39$ ), индекс PBI с ЛГ ( $r = -0,40$ ), индекс кровоточивости с ЛГ/ФСГ ( $r = -0,51/-0,46$ ), индекс GI с ЛГ/ФСГ ( $r = -0,49/-0,47$ ) при вертикальной резцовой дизокклюзии;

в парах степень гипертрофии с ЛГ/ФСГ ( $r = -0,65/-0,49$ ), индекс кровоточивости с ЛГ/ФСГ ( $r = -0,53/-0,46$ ), индекс GI с ЛГ/ФСГ ( $r = -0,50/-0,46$ ), индекс PBI с ЛГ/ФСГ ( $r = -0,61/-0,50$ ) при тесном положении зубов;

в парах степень гипертрофии с ЛГ/ФСГ ( $r = -0,52/-0,43$ ), индекс кровоточивости с ЛГ/ФСГ ( $r = -0,55/-0,47$ ), индекс PBI с ЛГ/ФСГ ( $r = -0,41/-0,46$ ) при аномалиях положения отдельных зубов.

Обратный характер статистической связи означал, что степень гипертрофии, индексы кровоточивости, GI и PBI (как и другие симптомы ХГГ) увеличивались с уменьшением уровня лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов в пределах физиологической нормы. Кроме того, нами отмечено, что значение коэффициента корреляции лютеинизирующего гормона незначительно отличалось в сторону уменьшения по сравнению с фолликулостимулирующим гормоном, что подтвердило равномерный характер их влияния на регуляцию гормонального фона.

**Заключение.** Хронический гипертрофический гингивит у подростков 13—15 лет сопровождается снижением в пределах физиологической нормы уровня гормонов гипофиза — лютеинизирующего ( $r = -0,39$ ) и фолликулостимулирующего ( $r = -0,34$ ), при этом роль половых гормонов (эстрадиола и тестостерона) минимальна. Установлены значимые корреляционные взаимосвязи факторов, усугубляющих течение хронического гипертрофического гингивита [мелкое преддверие полости рта ( $r = -0,92$ ), вертикальная резцовая дизокклюзия ( $r = -0,51$ ), тесное положение ( $r = -0,65$ ) и аномалии положения отдельных зубов ( $r = -0,55$ )], статуса гипертрофии [степень гипертрофии, индексы кровоточивости, GI, PBI ( $r = -0,92$ ;  $-0,55$ ;  $-0,50$ ;  $-0,61$ )] и уровня гормонов гипофиза [лютеинизирующего ( $r = -0,65$ ) и фолликулостимулирующего ( $r = -0,92$ )].

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Водолацкий, М.П.* Характер и патогенез развития воспалительного процесса в тканях пародонта у детей / М.П. Водолацкий, А.А. Павлов, А.А. Некрасова // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2011. — № 4. — С.18—20.
2. *Гринин, В.М.* Колебания гормонального фона и влияние их на течение заболеваний пародонта у женщин / В.М. Гринин, А.В. Винниченко, Ш.З. Атаева // Стоматология. — 2012. — № 1. — С.76—78.
3. *Есаян, З.В.* Заболевания пародонта в период полового созревания: эпидемиология и патогенез / З.В. Есаян // Вестник хирургии Армении. — 2002. — № 5. — С.3—16.
4. *Зорина, О.А.* Микробиоценоз полости рта в норме и при воспалительных заболеваниях пародонта / О.А. Зорина, А.А. Кулаков, А.И. Грудянов // Стоматология. — 2011. — № 1. — С.73—78.
5. *Лепехина, О.А.* Распространенность и особенности клинического течения гингивитов у школьников города Воронежа в различные возрастные периоды: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Лепехина. — Воронеж, 2011. — 24 с.
6. Структура заболеваний пародонта, выявленных на терапевтическом стоматологическом приеме / К.И. Ашуров, В.М. Гринин, Р.Т. Буляков [и др.] // Российский стоматологический журнал. — 2012. — № 2. — С.46—47.
7. Bacterial and salivary biomarkers predict the gingival inflammatory profile / A. Lee, C.B. Ghaname, T.M. Braun [et al.] // J. Periodontol. — 2012. — Vol. 83, № 1. — P.79—89.
8. Chronic gingivitis: the prevalence of periodontal pathogens and therapy efficiency / M. Igic, L. Kesic, V. Lekovic [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 2012. — Vol. 31, № 8. — P.1911—1915.
9. Hormonal effect on gingiva: pubertal gingivitis / T.R. Chaitra, N. Manuja, A.A. Sinha, A.U. Kulkarni // BMJ Case Rep. — 2012. — Vol. 27. — P.19—23.
10. *Masamatti, S.S.* Periodontal diseases in children and adolescents: a clinician's perspective part / S.S. Masamatti, A. Kumar, M.S. Viridi // Dent. Update. — 2012. — Vol. 39, № 8. — P.541—544.
11. Oral health-related perceptions, attitudes, and behavior in relation to oral hygiene conditions in an adolescent population / J.S. Ericsson, A.L. Östberg, J.L. Wennström,

- K.H. Abrahamsson // Eur. J. Oral. Sci. — 2012. — Vol. 120, № 4. — P.335—341.
12. Relationship between gingivitis severity, caries experience and orthodontic anomalies in 13—15 year-old adolescents in Brno, Czech Republic / M. Kukletova, L. Izakovicova-Holla, K. Musilova [et al.] // Community Dent Health. — 2012. — Vol. 29, № 2. — P.179—183.
  13. The level of matrix metalloproteinases and type IV collagen in the gingival mucosa under different clinical forms of periodontitis in pre-and pubertal periods and their prognostic value / Z.G. Tsagareli, T.E. Shishniashvili, L.E. Gogiashvili [et al.] // Georgian. Med. News. — 2012. — Vol. 206. — P.25.
- REFERENCES**
1. *Vodolackii, M.P.* Charakter i patogenez razvitiya vospalitel'nogo processa v tkanyah parodonta u detei / M.P. Vodolackii, A.A. Pavlov, A.A. Nekrasova // Medicinskii vestnik Severnogo Kavkaza. — 2011. — № 4. — S.18—20.
  2. *Grinin, V.M.* Kolebaniya gormonal'nogo fona i vliyanie ih na techenie zabolevanii parodonta u zhenschin / V.M. Grinin, A.V. Vinnichenko, Sh.Z. Ataeva // Stomatologiya. — 2012. — № 1. — S.76—78.
  3. *Esayan, Z.V.* Zabolevaniya parodonta v period polovogo sozrevaniya: epidemiologiya i patogenez / Z.V. Esayan // Vestnik hirurgii Armenii. — 2002. — № 5. — S.3—16.
  4. *Zorina, O.A.* Mikrobiocenozy polosti rta v norme i pri vospalitel'nykh zabolevaniyakh parodonta / O.A. Zorina, A.A. Kulakov, A.I. Grudyanov // Stomatologiya. — 2011. — № 1. — S.73—78.
  5. *Lepehina, O.A.* Rasprostranennost' i osobennosti klinicheskogo techeniya gingivitov u shkol'nikov goroda Voronezha v razlichnye vozrastnye periody: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / O.A. Lepehina. — Voronezh, 2011. — 24 s.
  6. Struktura zabolevanii parodonta, vyyavlenykh na terapevticheskom stomatologicheskom prieme / K.I. Ashurov, V.M. Grinin, R.T. Bulyakov [i dr.] // Rossiiskii stomatologicheskii zhurnal. — 2012. — № 2. — S.46—47.
  7. Bacterial and salivary biomarkers predict the gingival inflammatory profile / A. Lee, C.B. Ghaname, T.M. Braun [et al.] // J. Periodontol. — 2012. — Vol. 83, № 1. — P.79—89.
  8. Chronic gingivitis: the prevalence of periodontopathogens and therapy efficiency / M. Igic, L. Kesic, V. Lekovic [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 2012. — Vol. 31, № 8. — P.1911—1915.
  9. Hormonal effect on gingiva: pubertal gingivitis / T.R. Chaitra, N. Manuja, A.A. Sinha, A.U. Kulkarni // BMJ Case Rep. — 2012. — Vol. 27. — P.19—23.
  10. *Masamatti, S.S.* Periodontal diseases in children and adolescents: a clinician's perspective part / S.S. Masamatti, A. Kumar, M.S. Virdi // Dent. Update. — 2012. — Vol. 39, № 8. — P.541—544.
  11. Oral health-related perceptions, attitudes, and behavior in relation to oral hygiene conditions in an adolescent population / J.S. Ericsson, A.L. Östberg, J.L. Wennström, K.H. Abrahamsson // Eur. J. Oral. Sci. — 2012. — Vol. 120, № 4. — P.335—341.
  12. Relationship between gingivitis severity, caries experience and orthodontic anomalies in 13—15 year-old adolescents in Brno, Czech Republic / M. Kukletova, L. Izakovicova-Holla, K. Musilova [et al.] // Community Dent Health. — 2012. — Vol. 29, № 2. — P.179—183.
  13. The level of matrix metalloproteinases and type IV collagen in the gingival mucosa under different clinical forms of periodontitis in pre-and pubertal periods and their prognostic value / Z.G. Tsagareli, T.E. Shishniashvili, L.E. Gogiashvili [et al.] // Georgian. Med. News. — 2012. — Vol. 206. — P.25.

© Р.Ф. Мустакимова, Г.Т. Салеева, 2014

УДК 616.314.17-008.1-07

## ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

**РЕЗЕДА ФАРИТОВНА МУСТАКИМОВА**, аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО

«Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-927-429-49-85, e-mail: rezda@list.ru

**ГУЛЬШАТ ТАУФИКОВНА САЛЕЕВА**, докт. мед. наук, зав. кафедрой ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО

«Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-927-429-49-85, e-mail: rin-gul@mail.ru

**Реферат.** Цель исследования — оценка супраконтатов у пациентов с заболеваниями пародонта с учетом временного параметра и силы давления на приеме врача-пародонтолога. *Материал и методы.* Проведено обследование 35 пациентов, которых разделили на группы: 1-я группа — пациенты без заболеваний пародонта (10 чел.), 2-я группа — пациенты с заболеваниями пародонта (25 чел.). *Результаты и их обсуждение.* Выявлено, что у пациентов с активным воспалительным процессом определялась высокая степень подвижности. При анализе окклюзии супраконтаты не определялись в статической окклюзии, но присутствовали в динамической. *Заключение.* При определении супраконтатов у пациентов с подвижностью зубов необходимо учитывать не только статическую, но и динамическую окклюзию.

**Ключевые слова:** заболевания пародонта, окклюзия.

## RESEARCH OF THE DYNAMIC OCCLUSION OF THE PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASE

**REZEDA F. MUSTAKIMOVA**, graduate student of prostodontic cathedra, dentistry faculty of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 8-927-429-49-85, e-mail: rezda@list.ru

**GULSHAT T. SALEEVA**, MD, Head of the of prostodontic cathedra, dentistry faculty of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 8-927-429-49-85, e-mail: rin-gul@mail.ru

**Abstract.** Aim. Research evaluated premature contacts of patients with periodontal diseases. We considered the following parameters: the mobility of the teeth, pressure of contacts, prioritize contacting teeth Under our observation were 35 patients. We are divided them into 2 groups. In the first group were 10 patients without periodontal disease. In the