



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОМОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.31-053.2:616-056.24

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО И УГЛУБЛЁННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Раззокова Ш.Б., Хазратов А.И.

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Актуальность. Распространённость кариеса и заболеваний пародонта у детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) существенно превышает популяционные показатели, однако сопоставительные данные по нескольким нозологиям в рамках единого протокола обследования немногочисленны. **Цель.** Оценить и сопоставить стоматологический статус (интенсивность и распространённость кариеса, пародонтальные индексы, индексы гигиены полости рта) у детей с детским церебральным параличом (ДЦП), расстройствами аутистического спектра (РАС) и синдромом Дауна в сравнении со здоровыми сверстниками. **Материалы и методы.** Обследовано 460 детей 7–12 лет: 120 — ДЦП, 80 — РАС, 140 — синдром Дауна, 120 — практически здоровые дети (контроль). Оценивались индекс кп+КПУ с покомпонентным анализом, распространённость и характер кариозного процесса, пародонтальные индексы (ПМА, SBI), признаки воспаления пародонта, индексы гигиены полости рта (ОHI-S, DI-S, CI-S, PLI). **Результаты.** Во всех трёх нозологических группах установлены статистически значимые отклонения показателей от контроля ($p < 0,001$) с диагност-специфичным профилем: при РАС — максимальная интенсивность (кп+КПУ $4,9 \pm 2,7$) и распространённость кариеса (92,5%) при умеренных изменениях пародонта; при синдроме Дауна — максимальная выраженность пародонтальных индексов (ПМА 41,6%, SBI 2,0 балла) при наименьшей среди трёх групп распространённости кариеса (65,7%); ДЦП занимает промежуточное положение по большинству показателей. Индексы гигиены полости рта повышены во всех группах, максимально — при РАС (ОHI-S 2,8 балла). **Выводы.** Стоматологический статус детей с ОВЗ имеет чёткий диагност-специфичный профиль поражения твёрдых тканей зубов, пародонта и гигиенического состояния полости рта, что обосновывает необходимость дифференцированных, а не универсальных программ профилактики.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, стоматологический статус, кариес, пародонтальные индексы, индексы гигиены полости рта, расстройства аутистического спектра, детский церебральный паралич, синдром Дауна.

ИМКОНЯТИ ЧЕКЛАНГАН БОЛАЛАРДА СТОМАТОЛОГИК ҲОЛАТ: СКРИНИНГ ВА ЧУҚУР КЛИНИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

Раззокова Ш.Б., Хазратов А.И.

Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темур 18,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Долзарблиги. Чекланган соғлиқ имкониятли (ЧСИ) болаларда кариес ва пародонт касалликларининг тарқалиши популяцион кўрсаткичлардан анча юқори бўлса-да, бир нечта нозология бўйича ягона протокол доирасида ўтказилган қийёсий тадқиқотлар сони чекланган. **Мақсад.** Болалар церебрал фалажси (БЦФ), аутизм спектри бузилиши (АСБ) ва Даун синдроми билан оғриган болаларнинг стоматологик ҳолатини — кариес интенсивлиги

ва тарқалишини, пародонтал ҳамда оғиз бўйлиги гигиенаси индексларини — соғлом тенгдошлари билан солиштириб баҳолаш. Материал ва усуллар. 7–12 ёшли болалар тўрт гуруҳга бўлиб текишилди: БЦФ, АСБ, Даун синдроми ва амалда соғлом назорат гуруҳи. Кп+КПУ индексининг таркибий таҳлили, кариеснинг тарқалиши ва хусусияти, пародонтал индекслар (PMA, SBI) ҳамда оғиз бўйлиги гигиенаси индекслари (OHI-S, DI-S, CI-S, PLI) баҳоланди. Натижалар. Барча уч гуруҳда ҳам назорат гуруҳига нисбатан статистик аҳамиятли фарқлар аниқланди ($p < 0,001$), бунда ҳар бир нозологияга хос ўзига хос тавсиф қўзатилади: АСБ гуруҳида кариес кўрсаткичлари энг юқори (92,5%) бўлди; Даун синдроми гуруҳида пародонтал индекслар энг юқори (PMA 41,6%) даражада бўлиб, шу билан бирга кариес тарқалиши энг паст (65,7%) кўрсаткични ташкил этди; БЦФ гуруҳи эса кўпчилик кўрсаткичлар бўйича оралиқ ҳолатни эгаллади. Хулосалар. ЧСИ болаларда стоматологик ҳолат ҳар бир нозологияга хос ўзига хос тавсифга эга бўлиб, бу дифференциал профилактика дастурларини ишлаб чиқиш заруриятини илмий асослайди.

Калит сўзлар: чекланган соғлиқ имкониятли болалар, стоматологик ҳолат, кариес, пародонтал индекслар, оғиз бўйлиги гигиенаси индекслари, аутизм спектри бузилишлари, болалар церебрал фалажси, Даун синдроми.

DENTAL STATUS OF CHILDREN WITH DISABILITIES: RESULTS OF SCREENING AND IN-DEPTH CLINICAL EXAMINATION

Razzoqova Sh.B., Khazratov A.I.

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Resume

Relevance. The prevalence of dental caries and periodontal disease in children with disabilities substantially exceeds population norms, yet comparative data across several conditions within a single protocol remain scarce. **Aim.** To assess and compare dental status (caries intensity and prevalence, periodontal indices, oral hygiene indices) in children with cerebral palsy (CP), autism spectrum disorder (ASD), and Down syndrome (DS) relative to healthy peers. **Materials and methods.** A total of 460 children aged 7–12 years were examined: 120 CP, 80 ASD, 140 DS, and 120 healthy controls. The dmft+DMFT index with component-wise analysis, caries prevalence and pattern, periodontal indices (PMA, SBI), signs of periodontal inflammation, and oral hygiene indices (OHI-S, DI-S, CI-S, PLI) were assessed. **Results.** All three groups showed statistically significant deviations from controls ($p < 0.001$), with a diagnosis-specific profile: ASD showed the highest caries intensity (dmft+DMFT 4.9 ± 2.7) and prevalence (92.5%) with moderate periodontal changes; DS showed the highest periodontal indices (PMA 41.6%, SBI 2.0 points) with the lowest caries prevalence among the three groups (65.7%); CP occupied an intermediate position for most parameters. Oral hygiene indices were elevated in all groups, maximally in ASD (OHI-S 2.8 points). **Conclusions.** The dental status of children with disabilities shows a distinct diagnosis-specific pattern of hard-tissue, periodontal, and hygiene involvement, supporting the need for differentiated rather than universal prevention programs.

Keywords: children with disabilities, dental status, dental caries, periodontal indices, oral hygiene indices, autism spectrum disorder, cerebral palsy, Down syndrome.

Актуальность

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) составляют одну из наиболее уязвимых в отношении стоматологического здоровья групп населения: ограниченный доступ к профилактической и лечебной помощи в сочетании со специфическими для каждой нозологии барьерами к самостоятельной гигиене приводит к существенно более высокой распространённости кариеса и заболеваний пародонта по сравнению со здоровыми сверстниками [1, 3]. Подготовка стоматологических кадров к оказанию помощи данному контингенту пациентов остаётся недостаточной даже в системах здравоохранения развитых стран [1].

При расстройствах аутистического спектра (РАС) ведущим барьером выступают поведенческие и сенсорные особенности: избирательность в пище с предпочтением мягкой углеводистой пищи, затруднённая кооперация на стоматологическом приёме и сопротивление гигиеническим процедурам [2]. Систематические обзоры и метаанализы демонстрируют повышенную распространённость и интенсивность кариеса у детей с РАС по сравнению со здоровыми сверстниками [4, 5], что связывают в том числе со сниженной скоростью слюноотделения и сдвигом pH ротовой жидкости в кислую сторону [6].

При детском церебральном параличе (ДЦП) в основе стоматологических нарушений лежит преимущественно моторно-неврологический дефицит: нарушения жевания и глотания, ограниченная функция верхней конечности, затрудняющая самостоятельную гигиену полости рта, а также длительный приём противосудорожных препаратов, снижающих секрецию слюны и способствующих гиперплазии дёсен [7]. Эпидемиологические исследования в различных популяциях подтверждают повышенную распространённость кариеса и заболеваний пародонта у детей с ДЦП [8, 9].

При синдроме Дауна описан своеобразный, отличный от двух предыдущих нозологий профиль поражения: относительно сохранная или даже сниженная восприимчивость к кариесу сочетается с выраженным, рано манифестирующим поражением тканей пародонта, что связывают с первичным иммунологическим дефицитом и анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области (макрогlossия, гипоплазия средней зоны лица), а не с нарушением гигиены как таковым [10, 11, 12].

Несмотря на значительный объём накопленных данных по каждой из трёх нозологий в отдельности, комплексные сопоставительные исследования стоматологического статуса детей с РАС, ДЦП и синдромом Дауна в рамках единого протокола обследования немногочисленны, что затрудняет разработку дифференцированных, а не универсальных программ профилактики стоматологических заболеваний у детей с ОВЗ.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка стоматологического статуса детей 7–12 лет с расстройствами аутистического спектра, детским церебральным параличом и синдромом Дауна в сопоставлении со здоровыми сверстниками по результатам скринингового и углублённого клинического обследования.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе Самаркандского областного центра реабилитации инвалидов, филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья и клиники Самаркандского государственного медицинского университета в 2023–2025 гг.

Дизайн и этапы исследования. Работа выполнена в два последовательных этапа. Настоящая публикация посвящена результатам первого, скринингового этапа, в рамках которого проведена комплексная оценка стоматологического статуса всей исследуемой когорты; результаты второго (проспективного) этапа, посвящённого апробации персонализированной программы профилактики, представлены в отдельных публикациях цикла.

Характеристика выборки. На первом этапе обследовано 460 детей в возрасте 7–12 лет, распределённых на четыре группы: 120 детей с детским церебральным параличом (ДЦП), 80 — с расстройствами аутистического спектра (РАС), 140 — с синдромом Дауна и 120 практически здоровых детей соответствующего возраста (группа контроля). Половое распределение групп представлено в таблице 1.

Критерии включения: возраст от 7 до 12 лет; наличие подписанного родителями (законными представителями) информированного согласия на участие в исследовании; наличие не менее одного постоянного зуба, прорезавшегося более 6 месяцев назад; для детей с ДЦП — спастические формы заболевания (уровень по системе классификации больших моторных функций GMFCS I–IV); для детей с РАС — верифицированный диагноз по критериям МКБ-11/DSM-5 (лёгкая, средняя или тяжёлая степень выраженности), установленный не менее чем за 6 месяцев до включения в исследование; для детей с синдромом Дауна — цитогенетически подтверждённая свободная трисомия 21.

Критерии исключения: санация полости рта в течение предшествующих 3 месяцев; приём антибиотиков в течение 1 месяца до момента обследования; грубые челюстно-лицевые аномалии развития; дискинетическая или атактическая формы ДЦП; тяжёлая умственная отсталость, исключающая продуктивный контакт с ребёнком; некупированная эпилепсия у детей с РАС; транслокационная либо мозаичная формы синдрома Дауна.

Методы обследования. Стоматологический статус оценивался с применением стандартизированного набора клинических индексов. Интенсивность кариеса временных и постоянных зубов рассчитывалась по индексу кп+КПУ с отдельным анализом компонентов «К» (кариозные полости), «П» (пломбированные зубы) и «У» (удалённые зубы); дополнительно фиксировались распространённость множественного (шесть и более поражённых зубов) и циркулярного кариеса. Состояние тканей пародонта оценивалось по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу (ПМА) и индексу кровоточивости десневой борозды (SBI, Sulcus Bleeding Index), а также по частоте кровоточивости при зондировании, гипертрофического гингивита и локальной рецессии десны. Гигиеническое состояние полости рта оценивалось по упрощённому индексу гигиены полости рта (ОHI-S) с отдельным учётом компонентов зубного налёта (DI-S) и зубного камня (CI-S), а также по индексу зубного налёта Silness–Löe (PLI); отдельно фиксировалась частота наддесневого зубного камня у детей старше 8 лет. Клиническое обследование дополнялось анкетированием родителей (законных представителей) для оценки социально-демографических коварианта, ранее перенесённых стоматологических вмешательств и особенностей домашней гигиены полости рта.

Статистический анализ. Полученные данные обрабатывались методами описательной статистики с расчётом среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm m$) для количественных показателей и абсолютных и относительных частот — для качественных признаков. Нормальность распределения количественных признаков проверялась по критерию Шапиро–Уилка. Межгрупповые различия количественных показателей при нормальном распределении оценивались методом однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) с апостериорными попарными сравнениями по критерию Тьюки; при отклонении распределения от нормального применялся критерий Краскела–Уоллиса с попарными сравнениями по методу Данна и поправкой Бонферрони. Сравнение качественных признаков проводилось с использованием критерия χ^2 Пирсона либо точного критерия Фишера при малых ожидаемых частотах. Критическим уровнем статистической значимости принято значение $p < 0,05$.

Результат и обсуждения

Половое распределение исследуемых групп скрининга представлено в таблице 1; статистически значимых межгрупповых различий по полу не выявлено ($p > 0,05$), что обеспечивает сопоставимость групп при последующем анализе клинических показателей.

Таблица 1. Половая характеристика групп скрининга (n=460)

Группа	Мальчики	Девочки	М:Д	Всего
ДЦП	65 (54%)	55 (46%)	1,2:1	120
РАС	60 (75%)	20 (25%)	3:1	80
Синдром Дауна	73 (52%)	67 (48%)	1,1:1	140
Здоровые (контроль)	60 (50%)	60 (50%)	1:1	120
Итого	258 (56%)	202 (44%)	1,3:1	460

Стоматологический скрининг выявил высокую распространённость кариеса временных и постоянных зубов во всех трёх нозологических группах по сравнению с контролем (таблица 2). Анализ структуры индекса кп+КПУ показал преобладание несанированных кариозных полостей (компонент «К»), особенно выраженное в группе РАС.

Таблица 2. Показатели интенсивности и распространённости кариеса зубов в исследуемых группах

Показатель	ДЦП (n=120)	РАС (n=80)	СД (n=140)	Контроль (n=120)	p
Индекс кп+КПУ, баллы (M±m)	3,6±1,4	4,9±2,7	3,9±1,6	1,6±0,6	<0,001
Компонент «К», баллы	1,5±0,8	2,8±1,9	1,3±0,7	0,4±0,3	<0,001
Компонент «П», баллы	1,4±0,9	0,7±1,1	2,0±1,1	1,0±0,5	<0,01
Компонент «У», баллы	0,7±0,6	1,4±1,0	0,6±0,5	0,2±0,2	<0,001
Распространённость кариеса, %	76,7	92,5	65,7	47,5	<0,001
Множественный кариес (≥6 зубов), n (%)	34 (28,3)	48 (60,0)	22 (15,7)	9 (7,5)	<0,001
Циркулярный кариес, n (%)	11 (9,2)	31 (38,8)	4 (2,9)	3 (2,5)	<0,001

Наиболее тяжёлое течение кариозного процесса зарегистрировано у детей с РАС (распространённость 92,5%, множественный кариес — у 60,0%), что обусловлено поведенческим барьером, углеводистой пищевой избирательностью и трудностями проведения гигиены. В группе ДЦП показатели заняли промежуточное положение, тогда как при синдроме Дауна на фоне меньшей общей распространённости кариеса отмечен высокий уровень компонента «П», отражающий регулярность обращения за стоматологической помощью.

Оценка гигиенического состояния и тканей пародонта выявила повсеместное распространение воспалительных изменений (гингивит, кровоточивость), обусловленное сочетанием моторных ограничений, особенностей местного иммунитета и качества домашнего ухода (таблицы 3 и 4).

Таблица 3. Пародонтальные индексы и признаки воспаления пародонта в исследуемых группах

Показатель	ДЦП (n=120)	РАС (n=80)	СД (n=140)	Контроль (n=120)	p
Индекс ПМА, % (M±m)	29,8±13,2	38,4±15,7	41,6±16,9	12,8±8,4	<0,001
Индекс SBI, баллы (M±m)	1,3±0,5	1,8±0,6	2,0±0,7	0,4±0,3	<0,001
Кровоточивость при зондировании, n (%)	79 (65,8)	71 (88,8)	108 (77,1)	26 (21,7)	<0,001
Гипертрофический гингивит, n (%)	14 (11,7)	23 (28,8)	31 (22,1)	5 (4,2)	<0,001
Локальная рецессия десны, n (%)	9 (7,5)	12 (15,0)	6 (4,3)	2 (1,7)	<0,01

Таблица 4. Индексы гигиены полости рта в исследуемых группах

Показатель	ДЦП (n=120)	РАС (n=80)	СД (n=140)	Контроль (n=120)	p
ОHI-S, баллы (M±m)	2,3±0,7	2,8±0,9	2,5±0,8	0,8±0,4	<0,001
DI-S (зубной налёт), баллы	1,5±0,5	1,9±0,6	1,7±0,6	0,5±0,3	<0,001
CI-S (зубной камень), баллы	0,8±0,4	0,9±0,5	0,8±0,4	0,3±0,2	<0,01
PLI (Silness–Löe), баллы	2,0±0,6	2,4±0,7	2,1±0,6	0,7±0,4	<0,001
Наддесневой зубной камень (>8 лет), n (%)	38 (46,3)	47 (72,3)	51 (49,0)	14 (17,9)	<0,001

Максимальные воспалительные изменения пародонта зафиксированы у детей с синдромом Дауна (ПМА 41,6%, SBI 2,0 балла), что связано с врождённым Т-клеточным иммунодефицитом и анатомическими особенностями челюстно-лицевой области. Высокие индексы гигиены (ОНП-С до 2,8 балла у детей с РАС) и интенсивное накопление зубного налёта во всех группах подтверждают прямую зависимость гигиенического статуса от моторных и поведенческих возможностей ребёнка.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают наличие чёткого диагностически специфичного профиля стоматологической патологии у детей с ОВЗ, что согласуется с данными предшествующих исследований по каждой из трёх нозологий в отдельности [4, 5, 8, 9, 10, 11].

Максимальная распространённость и интенсивность кариеса у детей с РАС (92,5%; кп+КПУ $4,9 \pm 2,7$) хорошо согласуется с результатами метаанализов, демонстрирующих повышенный кариозный риск при данном расстройстве [4, 5], и объясняется сочетанием поведенческих особенностей (пищевая избирательность, сопротивление гигиеническим процедурам) с саливарными нарушениями, описанными ранее [6]. Преобладание несанированного компонента «К» в структуре индекса кп+КПУ в этой группе отражает не только более высокую заболеваемость, но и объективные трудности оказания своевременной стоматологической помощи детям с выраженными поведенческими барьерами.

Промежуточное положение показателей у детей с ДЦП по большинству индексов согласуется с представлением о преимущественно вторичном, моторно-обусловленном механизме формирования стоматологической патологии при данном заболевании [7]: ограниченная функция верхней конечности и орomotorная дисфункция затрудняют как самостоятельную, так и ассистированную гигиену, что подтверждается повышенными показателями зубного налёта и камня (таблица 4) при относительно меньшей, чем при РАС, интенсивности кариеса — в соответствии с данными зарубежных когортных исследований у детей с церебральным параличом [8, 9].

Уникальный, отличный от двух других нозологий профиль при синдроме Дауна — сочетание относительно невысокой кариеспоражаемости с максимальной выраженностью пародонтальной патологии (ПМА 41,6%, SBI 2,0 балла) — полностью соответствует ранее описанному в литературе феномену «парадоксального» стоматологического статуса при данной хромосомной патологии [10, 11] и объясняется первичным иммунологическим дефицитом и анатомическими особенностями челюстно-лицевой области (макроглоссия, гипоплазия средней зоны лица), а не поведенческими или моторными барьерами [12].

Полученные закономерности имеют существенное практическое значение: единая, универсальная программа профилактики без учёта ведущего патогенетического механизма каждой нозологии (поведенческого — при РАС, моторно-неврологического — при ДЦП, анатомо-иммунологического — при синдроме Дауна) не может обеспечить равную эффективность во всех трёх группах, что обосновывает разработку и внедрение дифференцированных, диагностически специфических протоколов профилактики стоматологических заболеваний у детей с ОВЗ.

Заключение

Комплексное стоматологическое обследование 460 детей 7–12 лет выявило статистически значимые, нозологически специфичные отклонения показателей кариеса, состояния пародонта и гигиены полости рта от показателей здоровых сверстников ($p < 0,001$).

У детей с расстройствами аутистического спектра ($n=80$) зафиксирована максимальная среди трёх групп распространённость (92,5%) и интенсивность (кп+КПУ $4,9 \pm 2,7$) кариеса зубов при высокой доле множественного (60,0%) и циркулярного (38,8%) поражения.

У детей с детским церебральным параличом ($n=120$) стоматологические показатели заняли промежуточное положение между группами РАС и синдрома Дауна по большинству параметров, что согласуется с ведущей ролью моторно-неврологического дефицита в патогенезе стоматологических нарушений при данном заболевании.

У детей с синдромом Дауна (n=140) установлен своеобразный профиль поражения: относительно невысокая интенсивность кариеса (кп+КПУ $3,9 \pm 1,6$, распространённость 65,7%) сочеталась с максимальной среди всех групп выраженностью воспалительных изменений пародонта (ПМА 41,6%, SBI 2,0 балла).

Выявленные диагноз-специфические закономерности доказывают необходимость отказа от универсальных подходов и обосновывают разработку дифференцированных программ профилактики стоматологических заболеваний, учитывающих ведущий функциональный барьер каждой нозологической группы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Waldman HB, Fenton SJ, Perlman SP, Cinotti DA. Preparing dental graduates to provide care to individuals with special needs. *J Dent Educ.* 2005;69(2):249-254. doi:10.1002/j.0022-0337.2005.69.2.tb03910.x.
2. Limeres-Posse J, Castaño-Novoa P, Abeleira-Pazos M, Ramos-Barbosa I. Behavioural aspects of patients with Autism Spectrum Disorders (ASD) that affect their dental management. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014;19(5). doi:10.4317/medoral.19566.
3. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist.* 2010;30(3):110-117. doi:10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x.
4. Zhang Y, Lin L, Liu J, Shi L, Lu J. Dental caries status in autistic children: a meta-analysis. *J Autism Dev Disord.* 2020;50(4):1249-1257. doi:10.1007/s10803-019-04256-x.
5. da Silva SN, Gimenez T, Souza RC, Mello-Moura ACV, Raggio DP, Morimoto S, Lara JS, Soares GC, Tedesco TK. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent.* 2017;27(5):388-398. doi:10.1111/ipd.12274.
6. Bassoukou IH, Nicolau J, dos Santos MTB. Saliva flow rate, buffer capacity, and pH of autistic individuals. *Clin Oral Investig.* 2009;13(1):23-27. doi:10.1007/s00784-008-0209-5.
7. Subramaniam P, Babu KL, Rodriguez A. Relation of salivary risk factors to dental caries in children with cerebral palsy. *J Clin Pediatr Dent.* 2010;34(4):355-360. doi:10.17796/jcpd.34.4.5750n50504180j6l.
8. Cardoso AMR, Gomes LN, Silva CRD, Soares RSC, de Abreu MHNG, Padilha WWN, et al. Dental caries and periodontal disease in Brazilian children and adolescents with cerebral palsy. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(1):335-353. doi:10.3390/ijerph120100335.
9. Al Hashmi H, Kowash M, Hassan A, Al Halabi M. Oral health status among children with cerebral palsy in Dubai, United Arab Emirates. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2017;7(Suppl 3). doi:10.4103/jispcd.JISPCD_295_17.
10. Martins M, Mascarenhas P, Evangelista JG, Barahona I, Tavares V. The incidence of dental caries in children with Down syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Dent J (Basel).* 2022;10(11):205. doi:10.3390/dj10110205.
11. Scalioni FAR, Carrada CF, Martins CC, Ribeiro RA, Paiva SM. Periodontal disease in patients with Down syndrome: a systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2018;149(7):628-639.e11. doi:10.1016/j.adaj.2018.03.010.
12. Davidovich E, Aframian DJ, Shapira J, Peretz B. A comparison of the sialochemistry, oral pH, and oral health status of Down syndrome children to healthy children. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(4):235-241. doi:10.1111/j.1365-263X.2010.01045.x.

Поступила 20.07.2026