

Е.Е. Статовская,
к.м.н., доцент кафедры стоматологии
общей практики

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Стоматологические фенотипы пациентов с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и дисплазией соединительной ткани

Резюме. Исследованы основные различия параметров стоматологического статуса 362 мужчин и женщин 16–56 лет с функциональными нарушениями различной степени выраженности, включая синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) с анамнезом жалоб не более 1,5 месяцев: 275 пациентов основной группы с дисплазией соединительной ткани, 87 пациентов контрольной группы. Критерии включения: легкая, средняя степени тяжести дисплазии соединительной ткани. Критерии исключения: выраженный гипертонус и гипертрофия жевательных мышц, бруксизм, наследственные и аутоиммунные нарушения структуры и функции соединительной ткани, тяжелые соматические заболевания в стадии обострения и декомпенсации, сахарный диабет, курение. Характер, хронология первичной обращаемости в связи с синдромом дисфункции ВНЧС и клинические проявления стоматологических заболеваний обнаруживают половые различия во взаимосвязи с дисплазией соединительной ткани.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, манифестация синдрома дисфункции височно-нижнечелюстных суставов, половые различия стоматологического анамнеза, стоматологические фенотипы

По данным Международной стоматологической федерации, в течение жизни 90% жителей земного шара страдают различными стоматологическими заболеваниями. Большинство причин возникновения основных стоматологических заболеваний находится вне полости рта [5, 13, 14]. Многие заболевания коррелируют между собой [4], комплексные патологические состояния полости рта и системные заболевания нередко характеризуются эффектом взаимного отягощения [1]. На клиническую модель, течение заболеваний, объективные потребности в стоматологической помощи и характер посещений стоматолога непосредственно влияют также детерминанты различий по признаку пола: предрасполагающие (возраст, семейное положение), факторы необходимости (образ жизни, здоровье, функциональное состояние, заболевания, когнитивные), стимулирующие (образование, семейный, социальный статусы, занятость) [10]. Кроме пола и возраста значимый модифицирующий вклад в показатели здоровья привносит дисплазия соединительной ткани (ДСТ), включающая в себя «генетически детерминированные, наследуемые и(или) врожденные аномалии структуры и функции соединительной ткани (СТ) различных органов и систем мультифакторной природы» [2], формирующие

Summary. The main sex differences in the parameters of the dental status of 362 patients with functional disorders of various severity at the age of 16–56 years, including the TMJ dysfunctional syndrome with anamnesis of complaints of not more than 1.5 months, have been studied. 275 patients of the main group with connective tissue dysplasia (CTD), 87 patients in the control group without CTD, 258 women were observed. The CTD of both the light and the moderate severity were adopted as inclusion criteria. Frank hypertonicity and hypertrophy of masticatory muscles, bruxism, hereditary and autoimmune connective tissue disorders, severe somatic diseases in the stage of exacerbation and decompensation, diabetes mellitus, and smoking were adopted as exclusion criteria. The nature, chronology of primary treatment due to TMJ dysfunction syndrome and the clinical aspects of dental diseases revealed sex differences in connection with the CTD.

Key words: dysplasia of connective tissue, manifestation of the TMJ dysfunctional syndrome, sex differences of the dental anamnesis, stomatological phenotypes

коморбидность с модифицирующими влияниями на здоровье и заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованы основные половые различия параметров стоматологического статуса 362 пациентов, обратившихся к стоматологу в возрасте 16–56 лет в связи с функциональными нарушениями различной степени выраженности (включая синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава – ВНЧС) и анамнезом жалоб не более 1,5 месяцев, которые были поделены на 2 группы:

- I – 275 пациентов (82 мужчины и 193 женщины) с ДСТ легкой и средней степени тяжести;
- II – 87 человек (22 мужчины и 65 женщин) без ДСТ (контроль).

При этом из обследования исключали людей с выраженным гипертонусом и гипертрофией жевательных мышц, бруксизмом, наследственными и аутоиммунными нарушениями структуры и функции соединительной ткани, тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения и декомпенсации, сахарным диабетом и курящих.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характер и хронология первичной обращаемости мужчин и женщин в связи с синдромом дисфункции ВНЧС обнаруживают различия во взаимосвязи с ДСТ и приведены на рис. 1 и 2. Половая структура активных обращений к стоматологу пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС в исследуемых возрастных группах (16–20, 21–30, 31–40 лет, старше 41 года) не постоянна за счет различной численности мужчин (см. рис. 1).

Наибольшие отличия контрольной группы проявились в возрастном диапазоне 31–45 лет за счет изменения соотношения численности женщин и мужчин в сравнении с предыдущим периодом и достижения относительного максимума в обеих половых группах.

В возрасте 16–21 года зарегистрированы первичные посещения (см. рис. 2) к стоматологу женщин II группы (78,57%, 11) и мужчин I группы (55,26%, 42), чаще юношеского и переходного возраста (16–17 лет).

В возрасте 22–39 лет достоверных половых различий по числу первичных посещений не выявлено: соотношение мужчин и женщин во II группе 1:3, в I – 1:4. Число обратившихся мужчин контрольной группы увеличивается после 31 года.

В возрасте 40–57 лет частота первичной обращаемости женщин и в особенности мужчин II группы увеличивается в сравнении с предшествующим возрастным периодом. Таким образом, половые различия между исследуемыми группами нивелируются за счет перераспределения численности мужчин и женщин в группах (достигая соотношения 1:3) и активных обращений мужчин контрольной группы старше 45 лет.

При анализе специфических жалоб на дискомфорт в области ВНЧС также определены достоверные половые различия между группами, прежде всего в характере жалоб и частоте выявления шумов.

Женщины I группы (31,28%, 61) чаще предъявляли жалобы на дискомфорт и боль в области ВНЧС, чем на дискомфорт без боли (28,21%, 55). Половина исследуемых мужчин (54,81%, 57) и 48,46% (126) женщин не предъявляли жалобы на дискомфорт в области ВНЧС: мужчин I группы – 50% (41), II – 72,73% (16); женщин I группы – 43,08% (84), II – 64,62% (42).

В день обращений мужчины I группы (28,04%, 76) чаще жаловались на щелканье ВНЧС, а женщины (49,82%, 135) – на крепитацию. О щелканье в анамнезе сообщили 27,45% (28 из 102) мужчин общей выборки, в том числе 28,40% (23) I группы и 23,81% (5) II группы. На щелканье в анамнезе указывали также 26,48% из 253 женщин, в том числе 27,89% (53) I группы и 22,22% (14) II группы. Крепитация в анамнезе выявлена у 44,66% (113) женщин общей выборки: 52,11% (99) I группы и 22,22% (14) женщин II группы.

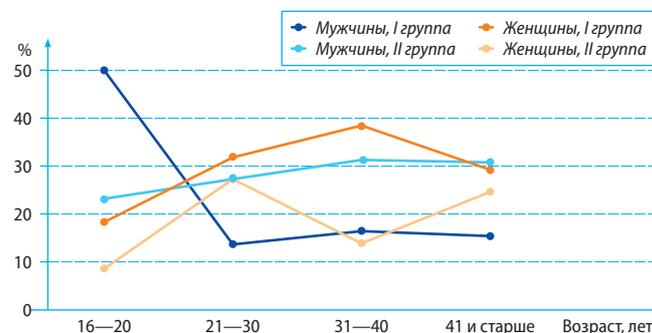


Рис. 1. Частота посещения стоматолога в зависимости от пола и возраста

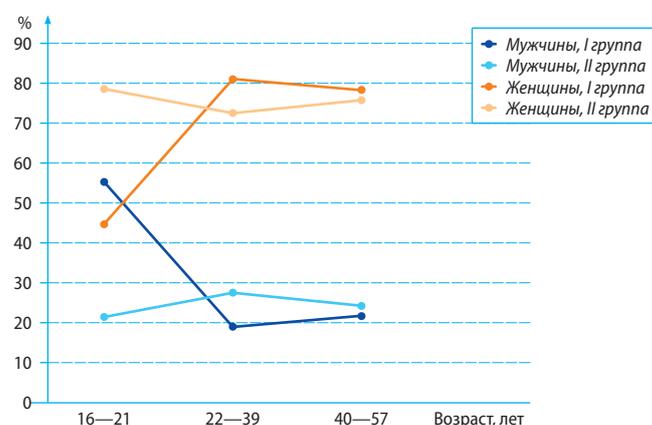


Рис. 2. Доля активных обращений к стоматологу в зависимости от пола и возраста

На вывихи/подвывихи ВНЧС в анамнезе указывали 6,32% (23) женщин, большинство из них (8,72%, 17) из I группы.

У мужчин в общем и во II группе, реже у мужчин I группы, как правило, отсутствовало значимое ограничение открывания рта и его объем определялся в нормальном диапазоне значений 4,0–5,2 см. При обследовании значимое ограничение открывания рта менее 3,9 см выявлено у женщин II группы. Гипермобильность ВНЧС, измеренная клинически и подтвержденная МРТ-исследованиями, определялась чаще у женщин I группы и реже у мужчин (табл. 1).

Таблица 1. Амплитуда открывания рта

Амплитуда открывания рта, см	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нормальная (4,0–5,2)	54	65,85	19	96,37	97	50,78	44	79,53	213	59,67
Ограниченная (3,9 и менее)	8	9,76	3	13,64	46	23,83	16	24,62	73	20,17
Гипермобильность (5,3 и более)	20	24,39	0	0	49	25,39	4	6,15	73	20,17
Итого	82	22,65	22	6,08	193	53,31	65	17,96	362	100

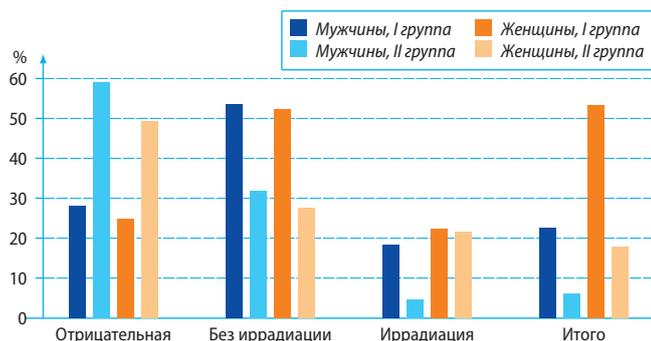


Рис. 3. Результаты теста на миалгию у мужчин и женщин

Таблица 2. Паттерн открывания рта

Паттерн открывания рта	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нормальный	49	59,76	17	77,28	83	43,01	45	69,23	194	53,59
Девиация	23	28,05	3	13,64	52	26,94	9	13,85	87	24,03
Дефлексия	10	12,20	2	9,09	58	50,05	11	16,92	81	22,38
Итого	82	22,65	22	6,08	193	53,31	65	17,96	362	100

Таблица 3. Результаты пальпации области ВНЧС

Тест на артралгию (пальпация)	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отрицательный	34	41,98	17	77,28	59	30,05	40	60,00	151	41,00
Положительный	34	41,98	5	22,73	85	44,04	14	21,54	138	38,23
Положительный двусторонний	13	16,05	0	0	50	25,91	12	18,46	75	20,78
Итого	81	22,44	22	6,09	193	53,46	65	18,01	361	100

Таблица 4. Частота выявления морфологической асимметрии ВНЧС по данным МРТ и КТ

Асимметрия ВНЧС	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет	60	73,17	19	86,36	128	67,02	53	81,81	260	72,43
	69 (67,65%)				181 (70,70%)					
Есть	22	26,83	3	13,64	63	32,98	11	17,19	99	27,58
	25 (4,51%)				74 (29,02%)					
Итого	82	22,84	22	6,13	191	53,20	64	17,83	359	100
	102 (28,49%)				256 (71,51%)					

Таблица 5. Половые различия в тоне мышц в исследуемых группах

Тонус жевательных мышц	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нормальный	21	25,61	15	68,18	48	24,87	43	66,15	127	35,08
Пониженный	53	64,63	3	13,64	126	65,28	11	16,92	193	53,31
Повышенный	5	6,10	3	13,64	6	3,11	7	10,77	21	5,80
Спазм	3	3,66	1	4,55	13	6,74	4	6,15	21	5,80
Итого	82	22,65	22	6,08	193	53,31	65	17,96	362	100

Нормальный паттерн открывания рта без девиации и дефлексии определялся у мужчин намного чаще, чем у женщин, в особенности у мужчин II группы (табл. 2).

На результаты пальпации области проекции ВНЧС и жевательных мышц, кроме прочих, влияли факторы: пол (в связи с более низким порогом болевой чувствительности и эндокринными влияниями у женщин), наличие ДСТ. Положительный тест на артралгию определялся чаще у женщин в целом, а также у женщин и мужчин I группы (табл. 3).

Тест на миалгию с иррадиацией боли не был подтвержден у 59,09% (14) мужчин и 49,23% (33) женщин

II группы. Нервно-мышечная этиология и факторы риска развития боли в области ВНЧС установлены у 30,77% (32) мужчин в целом, в том числе у 31,71% (26) мужчин I группы. Суставные и внутрисуставные факторы, а в ряде случаев суставной синдром достоверно чаще наблюдались у женщин, демонстрируя различия между группами (рис. 3).

Частота выявления значимой морфологической асимметрии ВНЧС определялась полом и наличием ДСТ. Отсутствие морфологической асимметрии характерно для II группы (табл. 4).

Мышечно-суставной (смешанный) этиологический механизм развития боли в области ВНЧС чаще реализовался у пациентов I группы с дегенеративно-воспалительными заболеваниями ВНЧС: у 49,74% (96) женщин и 42,68% (35) мужчин. Во II группе мышечно-суставная болевая дисфункция ВНЧС выявлена у 30,77% (20) женщин и 27,27% (6) мужчин.

Нормальный и повышенный тонус жевательных мышц, как правило, определялся у пациентов контрольной группы, пониженный – в I группе. Спазмы в результате мышечного утомления, сопровождающиеся другими психофизиологическими нарушениями, нередко наблюдались у исследуемых женщин, в особенности на фоне ДСТ (табл. 5).

Вне зависимости от пола, парафункциональная активность зубочелюстного аппарата определялась чаще на фоне внешних и висцеральных фенотипических признаков ДСТ (костно-суставных, мышечных, нарушений центральной нервной системы) и реже во II группе (табл. 6).

Положительные пробы на нарушения артикуляции при глотании с вовлечением языка, жевательных, мимических мышц, изменением положения

головы демонстрировали 60,98% мужчин I группы (табл. 7).

При осмотре стоматологических пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС определяли половые отличия стоматологических фенотипов. Наибольшие половые различия между группами выявлены по эстетическим и внутриротовым признакам зубочелюстных аномалий, биотипу и характеру течения патологии пародонта, распространенности осложнений кариеса. В общей выборке и в I группе прямой профиль чаще определялся у женщин, а вогнутый профиль — у мужчин. Во II группе установлена другая закономерность: выпуклый профиль лица одинаково широко распространен у мужчин и женщин общей выборки, в I группе он чаще визуализировался у мужчин, а во II группе — у женщин. Различия между женщинами и мужчинами исследуемых групп статистически достоверны ($p=0,001$ и $p=0,01$ соответственно). На половое распределение эстетических признаков профиля повлияли особенности выборки: численность женщин, широкая распространенность вогнутого профиля, отсутствие пациентов с тяжелым течением ДСТ, взрослый возраст (табл. 8, рис. 4).

Зубочелюстные аномалии с соотношениями челюстей по 3-му классу диагностировались: у мужчин — 17,07% (14) в I группе и у 5,00% (1) во II группе; у женщин — 4,66% (9) в I группе и у 3,13% (2) во II группе. Соотношение резцов по 3-му классу определялось: у мужчин — 20,73% (17) в I группе и у 5,00% (1) во II группе; у женщин — 8,85% (17) в I группе и у 4,76% (3) во II группе.

Высокий и готический небный свод в исследуемой выборке был более характерен для I группы и выявлен у 24,39% (20) мужчин и 22,56% (44) женщин.

В отличие от I группы во II чаще определялась нормальная глубина преддверия рта, на что влияет отсутствие ДСТ (табл. 9).

На отсутствие адентии и некариозных поражений повлияли мужской пол и отсутствие ДСТ (табл. 10).

Отсутствие некариозных поражений зафиксировано у 50,42% (181) пациентов: 40,24% (33) мужчин и 45,87% (89) женщин I группы и 75,00% (15) мужчин и 69,84% (44) женщин II группы.

На наличие молочных зубов в постоянном прикусе, выявление гипоплазии эмали, аномалий размеров зубов, трем, диастем, географического языка статистически достоверно повлияли мужской пол и наличие ДСТ.

Таблица 6. Наличие парафункций

Наличие парафункций	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет	18	21,95	15	68,19	51	26,42	38	59,37	122	33,79
Есть	64	78,05	7	31,82	142	73,58	26	40,62	239	66,21
Итого	82	22,71	22	6,09	193	53,46	64	17,73	361	100

Таблица 7. Наличие нарушений артикуляции в пробе на глотание

Наличие парафункций при глотании	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет	32	39,02	20	90,91	91	47,15	47	73,44	190	52,63
Есть	50	60,98	2	9,09	102	52,85	17	26,56	171	47,37
Итого	82	22,71	22	6,09	193	53,46	64	17,73	361	100

Таблица 8. Профиль лица

Профиль лица	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Прямой	25	30,49	14	14	83	43,23	42	65,63	164	45,81
	39 (38,24%)				125 (48,83%)					
Выпуклый	42	51,22	5	25,00	91	47,40	18	28,13	156	43,58
	47 (46,08%)				109 (42,58%)					
Вогнутый	15	18,29	1	5,00	18	9,38	4	6,25	38	10,61
	16 (25,69%)				22 (8,59%)					
Итого	82	22,91	20	5,59	192	53,63	64	17,88	358	100
	102 (28,49%)				256 (71,51%)					

Таблица 9. Частота встречаемости преддверия рта нижней челюсти различной глубины

Глубина преддверия рта	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Норма	14	25,00	15	93,75	53	34,42	40	78,43	122	44,04
Мелкое	42	75,00	1	6,25	99	64,29	11	21,57	153	55,23
Итого	56	20,22	16	5,78	152	55,60	51	18,41	275	100

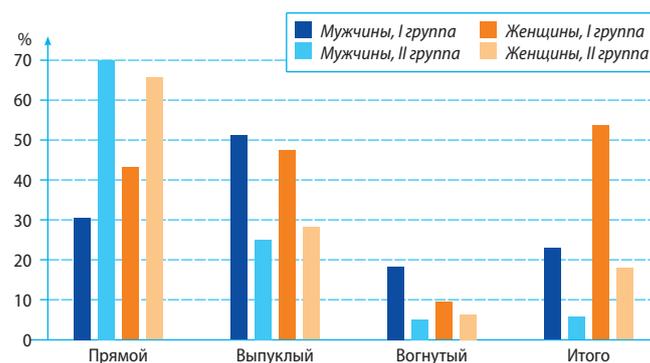


Рис. 4. Профиль лица у мужчин и женщин

У 14,63% (12) мужчин и 4,62% женщин (9) I группы на месте отсутствующих постоянных зубов (чаще — первых моляров нижней челюсти) в 5,67% (21) наблюдений располагались молочные зубы. Гипоплазия эмали выявлена в 6,96% (25) клинических случаев: у 12,20% (10) мужчин и 7,22% (14) женщин I группы и у одной (1,59%) женщины из II группы.

Распространенность аномалий размеров зубов показана в табл. 11.

Тремы и диастемы наблюдались у 15,85% (13) мужчин и 9,23% (18) женщин I группы, и значительно реже — у женщин II группы (3,13%, 2 человека).

У мужчин географический язык определялся чаще (15,61%, 15 человек), чем у женщин (4,28%, 11 человек), особенно у мужчин I группы (17,07%, 14 человек). У двух мужчин I группы на фоне вирусной инфекции диагностировано несколько заболеваний слизистой оболочки рта.

По ряду признаков состояние пародонта у мужчин и женщин различалось. Толстый биотип пародонта определялся скорее во II группе, чем в I, чаще у мужчин (50,00%, 10 человек), реже — у женщин (31,75%, 20 человек). Бледная десна визуализировалась у 40,00% (20) женщин II и 39,35% (61) женщин I группы, реже — у мужчин I группы — 35,59% (21). Рецессия, как правило, наблюдалась в I группе — у 32,28% (61) женщин и 26,92% (21) мужчин.

Катаральный гингивит диагностировали у 50,77% (33) женщин и 50,00% (10) мужчин общей выборки: 38,82% (33) пациентов II группы и 29,24% (81) пациентов I группы. Преимущественно горизонтальный

тип резорбции костной ткани (пародонтоз) выявлен у 30,26% (59) женщин и 25,61% (21) мужчин I группы.

По частоте распространенности кариеса, осложненного пульпитами, во II группе статистически достоверно ($p < 0,001$) лидировали мужчины (14,29%, 3 человека), а в I группе — женщины (9,14%, 17 человек).

ОБСУЖДЕНИЕ

Результатами корреляций полипатий при мультифакторных заболеваниях являются различные клинические сценарии и исходы стоматологических заболеваний, определяющие прогноз, подходы к тактике ведения и потребности в стоматологической помощи пациентов женского и мужского пола [3].

Потенциальные риски [14] для стоматологического и общего здоровья женщин во многом определяются репродуктивной функцией, гормональными влияниями (менструальный цикл, беременность, менопауза), большей продолжительностью жизни, ранним прорезыванием зубов, пищевыми предпочтениями и режимом (или расстройствами пищевого поведения), отношением к своему заболеванию, приемом лекарственных препаратов (гормональных контрацептивов), прочими факторами [11–13].

Женщины регулярнее мужчин посещают стоматолога, занимают более активную позицию в уходе за полостью рта [9], уделяя внимание гигиеническим и эстетическим аспектам стоматологического лечения. Однако ряд состояний может привести к нарушениям здоровья и быстро прогрессирующим стоматологическим заболеваниям [6]: гингивиту беременных, пародонтиту, кариесу и потере зубов в результате системной патологии, дегенеративно-воспалительным, аутоиммунным заболеваниям височно-нижнечелюстных суставов и хронической боли в челюстно-лицевой области, менопаузальному синдрому жжения рта. Многие системные заболевания сопровождаются проявлениями в челюстно-лицевой области и более распространены у женщин (ревматоидный артрит, фибромиалгия, синдром Шегрена, пр.).

Мужчины склонны посещать стоматолога лишь при необходимости, а не с профилактической целью, поэтому некоторые стоматологические состояния и заболевания могут оставаться без должного внимания. Мужчины чаще имеют высокие риски канцерогенных заболеваний слизистой рта и травм челюстно-лицевой области; они менее дисциплинированы [7]; подвержены мышечным дисфункциям, осложнениям кариеса [8]. Данные обстоятельства необходимо учитывать при планировании стоматологического лечения.

Таблица 10. Частота выявления адентии

Адентия	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет	66	80,49	21	95,45	147	75,77	61	96,83	295	73,96
	87 (83,65%)				208 (80,93%)					
Гиподонтия	9	10,98	1	4,55	18	9,28	1	1,59	29	8,03
	10 (9,62%)				19 (7,69%)					
Олигодонтия	4	4,88	0		4	2,06	0		8	2,22
	4 (3,85%)				4 (1,56%)					
Третьих моляров	3	3,66	0		25	12,89	1	1,59	29	8,03
	3 (2,88%)				26 (10,11%)					
Итого	82	22,71	22	6,09	194	53,74	63	17,45	361	100

Таблица 11. Половые различия размеров зубов

Особенности размеров зубов	Мужчины				Женщины				Итого	
	I группа		II группа		I группа		II группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мезодонтия	51	62,20	17	77,27	143	73,33	56	87,50	267	73,55
Микродонтия	12	14,63	1	4,55	13	6,67	2	3,13	28	7,71
Макродонтия	19	23,17	4	18,18	39	20,00	6	9,38	68	18,73
Итого	82	22,59	22	6,06	195	53,72	64	17,63	363	100

ВЫВОДЫ

1. Ключевые возрастные группы стоматологических пациентов с функциональными нарушениями и синдромом дисфункции ВНЧС обнаруживают половые различия во взаимосвязи с ДСТ.
2. При подавляющем большинстве женщин половая структура возрастных групп исследуемых пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС непостоянна за счет относительно большей численности мужчин: в возрасте 16–21 года мужчин с ДСТ (16–17 лет), в возрасте 31–45 лет за счет мужчин II группы.
3. Выявлены половые и межгрупповые различия в распространенности фенотипов пациентов с анамнезом синдрома дисфункции ВНЧС 1,5 месяца. У мужчин с большей частотой выявлялись фенотипы: без выраженных жалоб со стороны ВНЧС, жалобы на щелканье ВНЧС, миалгия без иррадиации. У женщин наиболее часто определялись: жалобы на дискомфорт и боль в области ВНЧС, артралгия, крепитация, гипермобильность, подвывихи/вывихи в анамнезе, морфологическая асимметрия.
4. Выявлены половые и межгрупповые различия распространенности болевых фенотипов. Суставные (внутрисуставные) факторы/суставной синдром, значимая морфологическая асимметрия ВНЧС, а также смешанный (мышечно-суставной с дегенеративно-воспалительными заболеваниями ВНЧС) — этиологические механизмы развития боли в области ВНЧС чаще реализовались у женщин на фоне ДСТ. Нервно-мышечные факторы риска развития боли в области ВНЧС установлены у 30,77% исследуемых мужчин. Парафункциональная активность зубочелюстного аппарата, нарушения артикуляции при глотании наиболее часто определялись в основной группе.
5. Наибольшие половые различия между стоматологическими пациентами исследуемых групп выявлены по эстетическим и внутриротовым признакам зубочелюстных аномалий, характеру течения патологии пародонта, распространенности осложнений кариеса.
6. На половое распределение эстетических признаков профиля лица исследуемых пациентов повлияли особенности выборки: численность женщин, наличие и степень тяжести ДСТ (отсутствие пациентов с тяжелым течением заболевания), возраст, широкая распространенность выпуклого профиля.
7. Факторами риска зубочелюстных аномалий с вогнутым профилем, наличия молочных зубов в постоянном прикусе, гипоплазии эмали, аномалий размеров зубов, трем, диастем, изменений слизистой рта, географического языка явились наличие ДСТ и мужской пол. На отсутствие адентии, некариозных поражений, наличие толстого биотипа десны повлияли отсутствие ДСТ и мужской пол.
8. Клиническое и объективное состояние пародонта у мужчин и женщин различных групп отличалось по ряду признаков: рецессия, катаральный гингивит, преимущественно горизонтальный тип резорбции костной ткани.
9. По частоте распространенности осложненного кариеса в исследуемой выборке статистически достоверно ($p < 0,001$) отличались мужчины II группы и женщины I группы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Гажва С.И., Еремеев А.Ф., Заплутанова Д.А.** Проблема коморбидных заболеваний в стоматологии. — *Совр. пробл. науки и образования*. — 2015; 6: 91.
2. **Краснова Е.Е., Кудинова Е.Г., Иванова И.И. и др.** Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей: алгоритмы диагностики. Тактика ведения. Проект рос. рекомендаций. — *Мед. вестн. Северного Кавказа*. — 2015; 1 (10). — 38 с.
3. **Нечаева Г.И., Викторова И.А.** Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов. — Омск, 2007. — 188 с.
4. **Пузырев В.П.** Генетические основы коморбидности у человека. — *Генетика*. — 2015; 4 (51): 491—502.
5. **Романенко О.П., Ключева С.К.** Врожденные пороки развития: учеб. пособие. — СПб.: МАПО, 2004. — 70 с.
6. **Lukacs J.R., Largaespada L.L.** Explaining sex differences in dental caries prevalence: saliva, hormones, and «life-history» etiologies. — *Am J Hum Biol*. — 2006; 18 (4): 540—55.
7. **Al-Ansari J.M., Honkala S.** Gender differences in oral health knowledge and behavior of the health science college students in Kuwait. — *J Allied Health*. — 2007; 36 (1): 41—6.
8. **Azodo C.C., Unamatokpa B.** Gender difference in oral health perception and practices among medical house officers. — *Rus OMI*. — 2012; 2. DOI: 10.15275/rusomj.2012.0208.
9. **Lukacs J.R.** Gender differences in oral health in South Asia: metadata imply multifactorial biological and cultural causes. — *Am J Hum Biol*. — 2011; 23 (3): 398—411.
10. **Redondo-Sendino A., Guallar-Castillon P., Banegas J.R., Rodriguez-Artalejo F.** Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. — *BMC Public Health*. — 2006; 6: 155.
11. **Lukacs J.R.** Sex differences in dental caries experience: clinical evidence, complex etiology. — *Clin Oral Investig*. — 2011; 15 (5): 649—56.
12. **Furuta M., Ekuni D., Irie K., Azuma T., Tomofuji T., Ogura T., Morita M.** Sex differences in gingivitis relate to interaction of oral health behaviors in young people. — *J Periodontol*. — 2011; 82 (4): 558—65.
13. **Petersen D.B., Bourgeois D., Ogawa H.** The global burden of oral diseases and risks to oral health. — *Bulletin of World Health Organization*. — 2005; 83 (9): 661—9.
14. **Neely A.L., Holford T.R., Løe H., Anerud A., Boysen H.** The natural history of periodontal disease in man. Risk factors for progression of attachment loss in individuals receiving no oral health care. — *J Periodontol*. — 2001; 72 (8): 1006—15.