

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

АБДУЛМЕДЖИДОВА ДЖАМИЛЯ МАГОМЕДКАМИЛЬЕВНА

**МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ МОТИВИРОВАННОСТЬ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН В ПРОФИЛАКТИКЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

3.1.7. Стоматология (медицинские науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук, профессор
Абакаров Садулла Ибрагимович

Москва – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА: РАСПРОСТАРЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА И СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	13
1.1. Патология пародонта как актуальная проблема современной стоматологии...	13
1.2. Факторы риска заболеваний пародонта.....	17
1.3. Профилактика заболеваний пародонта.....	23
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
2.1. Объект, основные направления и методы исследования	31
2.2. Критерии включения пациентов в исследование.....	32
2.3. Критерии невключения пациентов в исследование	32
2.4. Критерии исключения.....	32
2.5. Методика стоматологического обследования и регистрации данных	33
2.6. Индексные методы исследования	34
2.7. Оценка стоматологической грамотности населения	36
2.8. Объем стоматологического обследования.....	38
2.9. Этические принципы	40
ГЛАВА 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СТРУКТУРА И ИНТЕНСИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН	41
ГЛАВА 4. ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН	48
ГЛАВА 5. ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА	59
ГЛАВА 6. УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА	74

ГЛАВА 7. РАЗРАБОТКА МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.....	86
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	117
ВЫВОДЫ.....	125
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	127
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	128
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	129

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы. Среди актуальных проблем современной стоматологии одно из важных мест занимают диагностика, лечение и профилактика заболеваний ротовой полости. Распространенность заболеваний полости рта, таких как кариес и болезни тканей пародонта, среди населения детского возраста по данным ВОЗ и ряда авторов достигает 75-95%, взрослого - 100% [9, 19, 26, 27, 31, 48, 83, 125, 78, 81, 96, 114, 115]. У лиц старше 35 лет стоматологические заболевания являются самыми распространенными среди всех болезней человека [133].

Современное состояние здравоохранения и стоматологии, в частности, развитие системы обязательного медицинского страхования диктуют необходимость рассмотрения проблемы распространенности, лечения и профилактики заболеваний тканей пародонта с учетом медицинских, социальных и психологических условий, как развития, так и профилактики этих заболеваний [45]. При этом необходимо учитывать роль не только медико-социальных факторов, но и ответственность каждого гражданина за сохранение, как своего здоровья, так и здоровья всего населения. Такой подход может способствовать совместному использованию медицинских, социальных и индивидуальных возможностей и в целом повышению качества жизни людей.

Медико-гигиенические аспекты в наибольшей степени ощутимы в здравоохранении, и особенно в стоматологии, где проблемы социальных групп связаны не только стоматологическим лечением, но и профилактикой, этикой и деонтологией. Поскольку стоматологическое здоровье влияет на социальный статус человека, на его поведение и профессиональную пригодность, то, по всей вероятности, и социальные факторы влияют определенным образом на его психологическое состояние и стоматологическое здоровье.

Значимой составляющей здорового состояния всего организма является здоровье стоматологическое. Известно, что ротовая полость, будучи верхним отделом пищеварительного тракта и системы дыхания чаще всего является первопричиной заболеваний внутренних органов [127]. Справедливо мнение

авторов [41, 70, 135], которые считают, что недооценка роли здоровья зубов и полости рта для обеспечения нормального функционирования других органов и систем человека самим населением является одной из причин широкой распространенности стоматологических заболеваний.

Важное значение имеет в развитии стоматологической патологии, своевременном лечении и профилактике стоматологических заболеваний не только социальные и медицинские факторы, но и осведомленность самого пациента о роли заболеваний полости рта для общего здоровья организма человека, о значении профилактики развития стоматологических заболеваний, о методах профилактики и в целом о диагностических, лечебных и профилактических возможностях современной стоматологии, о методах профилактики стоматологических заболеваний и современных терапевтического хирургических методах [50, 118]. Стоит отметить, что среди основных причин обращения к стоматологу остаётся острая зубная боль. Необходимые профилактические осмотры осуществляет минимальная доля населения [9].

Есть мнение, что индивидуальная недооценка значимости состояния органов полости рта для общего состояния организма и качества жизни индивидуума в определенной степени связана с проблемами адаптации на микросоциальном уровне: психоэмоциональные напряжения, дружеские и семейные отношения [16].

Ухудшение стоматологического здоровья наносит нашей стране медицинский, социальный и экономический ущерб. При этом, как считают некоторые авторы [70], важными факторами высокой распространенности и интенсивности стоматологической патологии являются неосведомленность людей о влиянии заболеваний стоматологического характера на органы и системы органов человека, и их второстепенное отношение к проблеме патологии полости рта. Бесперспективным является путь развития стоматологии с преимущественной ориентацией на увеличение объема лечебной помощи. Необходимой задачей является решение снижения заболеваемости органов полости рта у населения [118].

Работ, посвященных медико-гигиеническим проблемам в стоматологии, малочисленны и особенно мало работ по медико-гигиеническим проблемам заболеваний пародонта у взрослого населения. Как нам представляется, немаловажную роль в развитии, несвоевременном лечении и недостаточной профилактике стоматологических заболеваний играет недостаточная осведомленность населения в вопросах стоматологической гигиены и роли профилактики в развитии стоматологических заболеваний, а также значении здоровья зубочелюстной системы для организма и в улучшении качества жизни индивидуума.

Таким образом, социальную и общественную значимость имеет состояние орофациальной области и качество жизни, связанное с ней. Проблемы, которые имеют связь с качеством стоматологического здоровья, могут служить препятствием исполнению социальной роли человека, реализации его желаний, способностей и в целом развитию общества.

Цель исследования: изучение распространенности структуры и интенсивности заболеваний тканей пародонта у лиц взрослого населения Республики Дагестан и разработка эффективных мер по медико-социальной мотивированности населения в вопросах профилактики данной патологии.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность структуры и интенсивность заболеваний тканей пародонта у лиц взрослого населения Республики Дагестан (по всей республике в целом, по городам и сельской местности) в зависимости от пола, возраста и по различным медико-социальным группам.

2. Оценить стоматологический статус взрослого населения Республики Дагестан по результатам профилактического осмотра.

3. Путем анкетирования респондентов оценить уровень стоматологической грамотности и факторы высокой заболеваемости тканей пародонта взрослого населения Республики Дагестан.

4. Разработать и внедрить в практическую деятельность лечебно-профилактических стоматологических учреждений республики методические рекомендации для врачей стоматологов и гигиенистов стоматологических по профилактике заболеваний пародонта и повышению уровня медико-гигиенической мотивированности населения Республики Дагестан.

Рабочая гипотеза.

Население республики Дагестан преимущественно является долгожителями. Однако, данное обстоятельство не говорит о том, что у взрослого населения отсутствуют проблемы с заболеваниями тканей полости рта. Условия, способствующие продолжительности жизни не гарантирует здоровье полости рта, что подтверждает большое число пациентов с заболеваниями тканей пародонта и ортопедическими конструкциями. Комплексный подход к профилактике заболеваний зубочелюстной системы позволит улучшить качество жизни долгожителей.

Научная новизна исследования.

1. Впервые получены данные о распространённости и структуре заболеваний тканей пародонта взрослого населения Республики Дагестан в целом, в зависимости от пола, возраста и по различным медико-социальным, и климатогеографическим группам.

2. Впервые изучена мотивированность населения Республики Дагестан к своевременному получению лечебно-профилактической помощи и профилактике заболеваний тканей пародонта.

3. Впервые разработан комплекс мер повышения уровня медико-гигиенической мотивированности населения Республики Дагестан для профилактики заболеваний тканей пародонта.

4. Установлено влияние психоэмоционального напряжения на состояние тканей пародонта в обследованных группах населения.

5. Выявлена зависимость проявления и тяжести заболеваний пародонта при недостаточной гигиене полости рта, а также при аномалиях зубочелюстной системы у лиц, проживающих в различных климатогеографических регионах Республики Дагестан.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Полученные данные о распространенности заболеваний тканей пародонта и интенсивности позволяют более объективно и целенаправленно оценивать состояние стоматологического здоровья населения и планировать объемы лечебной и профилактической работы стоматологических учреждений Республики Дагестан.

На основании результатов исследования разработаны методические рекомендации по повышению уровня медико-гигиенической мотивированности населения Республики Дагестан для профилактики заболеваний пародонта, которые внедрены в практическую работу ГБУ МЗ РФ города Махачкалы «Республиканская стоматологическая поликлиника №1» Акт о внедрении (использовании) предложения № 23-1039 с 14.11.2023 г. и «Стоматологической поликлиники» при Негосударственном образовательном учреждении высшего образования «Дагестанский медицинский стоматологический институт». В учебном процессе студентов 4 и 5 курсов Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ) используются материалы работы, также при подготовке клинических ординаторов и аспирантов.

По материалам исследования нами изданы методические рекомендации «Комплекс мероприятий по повышению стоматологического здоровья взрослого населения Республики Дагестан» для стоматологов, врачей-гигиенистов стоматологических, врачей-пародонтологов и врачей общего профиля; научно-популярную книгу «Стоматология для всех или как предупредить заболевания зубов» для стоматологов и широкого круга читателей.

Методология и методы исследования

Методологической составляющей данной работы явилась методика, которая включает следующие исследовательские методы:

- исторический – для изучения и анализа литературных данных по теме работы и составления обзора;

- выборочный или репрезентативный метод, который позволяет расширить результаты, которые были получены при исследовании по части единиц совокупности изучаемой, выбранных в точно определенном порядке основываясь на научно разработанных принципах, на всю целостность объекта, который изучаем при выполнении репрезентативности выборки;

- медико-социологический метод (опрос с использованием анкет взрослого населения);

- метод системного анализа данных, которые получили, их разъяснение и графическое утверждение;

- метод статистической обработки показателей анализа.

Положения, выносимые на защиту

1. Распространенность заболеваний тканей пародонта среди взрослого населения Республики Дагестан неравномерна и зависит от условий проживания и качества оказываемой лечебно-профилактической помощи.

2. Эффективность гигиенических мероприятий и мотивированность взрослого населения в профилактике заболеваний тканей пародонта в значительной степени способствует снижению данных заболеваний.

3. Предложенный комплекс мер по повышению уровня знаний медико-гигиенической мотивированности взрослого населения, является эффективным в профилактике заболеваний тканей пародонта.

Личное участие автора в проведенном исследовании

Автор совместно с научным руководителем сформулированы концепция, цель, задачи исследования, положения, выносимые на защиту, самостоятельно

проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме.

Автором был лично проведен сбор материала для работы, подготовлены иллюстрации, проведен статистический анализ, подготовлены для публикации статьи.

Автором организовано планирование, выполнение этапов работы, в том числе разработка карты стоматологического обследования, анкеты для выявления причин обращаемости пациентов за стоматологической помощью и оценки ее качества, анкеты для определения уровня стоматологической грамотности населения, позволяющих получить информацию по теме диссертации, проведены клинические и организационные исследования, анкетирование 2465 пациентов.

Автор самостоятельно подготовил текст диссертации и автореферата.

Степень достоверности и апробация результатов

Статистическая обработка данных, которые получили проведена на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0» (Stat Soft Inc.). Анализ распределения проводится для общей группы (всей выборки). Определение распределения проводится с помощью критерия Шапиро-Уилка, в результатах приводится точное значение критерия W , уровень значимости p .

Степень достоверности полученных результатов определялась проведенным статистическим анализом и результатами клинического исследования в обеих группах обследованного населения.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту научной специальности 3.1.7. Стоматология; группе научных специальностей – 3.1. Клиническая медицина; области науки – 3. Медицинские науки. Направлениям исследований, согласно пункту 2 – изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний пародонта; пункту 11 –

разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической помощи населению и развития специальности в новых условиях хозяйствования.

Публикации

По теме настоящей диссертации было опубликовано 22 работы научного характера, в числе которых статьи, опубликованные в журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации, в количестве – 9.

1. Абдулмеджидова, Д.М. Гендерные и возрастные особенности заболеваний пародонта среди взрослого населения Республики Дагестан / Д.М. Абдулмеджидова // Cathedra. Стоматологическое образование. – 2020. – с № 71. – С. 18-21. – EDN: EDAAGJ.

2. Абдулмеджидова, Д.М. Факторы риска развития заболеваний пародонта у взрослого населения / Д.М. Абдулмеджидова // Российский стоматологический журнал. – 2017. – № 21(2). – С. 72-75. – DOI: 10.18821/1728-28022017.

3. Абдулмеджидова, Д.М. Медицинская и гигиеническая осведомленность взрослого населения в профилактике заболеваний пародонта. / Д.М. Абдулмеджидова // Научно-практический журнал врач-аспирант. – 2017. – № 1.1 (80). – С. 141-146.

4. Абдулмеджидова, Д.М. Клинико-биохимическая и морфологическая характеристика пародонта у лиц контрольной группы. / Д.М. Абдулмеджидова, м.м. Расулов, И.М. Расулов // Российский стоматологический журнал. – №6 – 2017 – С.322-324(включен ВАК в Перечень реценз, изд-й с 01.12.2015 г., № 1786). – DOI: 10.18821/1728-2802-2017-21-6-322-324.

5. Абдулмеджидова, Д.М. Клиникоэпидемиологическая характеристика стоматологического здоровья взрослого населения, проживающего в различных климатогеографических зонах сельской местности Республики Дагестан. / Д.М. Абдулмеджидова, И.М. Расулов, М.А. Магомедов, А.Р. Гаджиев // Стоматология для всех. Москва, 2021. - №2. С. 45-52. (включен ВАК в Перечень реценз, изд-й с 01.12.2015 г., № 1240). – DOI: 10.35556/idr-2021-2(95)45-51.

6. Абдулмеджидова, Д.М. Оптимизация лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени комплексным применением сульфидной грязи (научная статья) / Д.М. Абдулмеджидова, И.М. Расулов, М.А. Магомедов, А.Р. Гаджиев // Научно-практический журнал. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАДЖИКИСТАНА. Душанбе, 2020 -№3 (346), С. 10-16. – EDN: MWCFXN.

7. Абдулмеджидова, Д.М. Пелоидотерапия в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести (научная статья) / Д.М. Абдулмеджидова, И.М. Расулов, М.А. Магомедов, А.Р. Гаджиев // Вестник физиотерапии и курортологии. Республика Крым, 2020 -№2, том 26, С42-46. – DOI 10.37279/2413-0478-2020-26-2-42-45.

8. Абдулмеджидова, Д.М. Некоторые аспекты стоматологической патологии у лиц старших возрастных групп, проживающих в различных высотных поясах сельской местности Республики Дагестан / Д.М. Абдулмеджидова, С.И. Абакаров, А.А. Османова, И.М. Расулов // Институт стоматологии, г. Санкт-Петербург, 2025 - №1 (106), С.23-25. – EDN: ATDZVR.

9. Абдулмеджидова, Д.М. Состояние тканей пародонта при глубокой резцовой окклюзии у взрослых / Д.М. Абдулмеджидова, С.И. Абакаров, С.Г. Гусенов, И.М. Расулов // Институт стоматологии, г. Санкт-Петербург, 2025 - №2 (107), С.64-66. – EDN: YKWVXO.

Структура и объем данной диссертации

Объем диссертации – 154 страницы. Структура работы представляет собой введение, 7 глав, заключение, выводы, практические рекомендации, список использованной литературы. Работа содержит 29 иллюстраций и 17 таблиц. Список литературы содержит 211 источника из них 141 отечественных и 70 иностранных источников.

ГЛАВА 1

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА: РАПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА И СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ (обзор литературы)

1.1. Патология пародонта как актуальная проблема современной стоматологии

Заболевания пародонта имеют повышенную распространенность и представляют серьезную проблему, особенно среди лиц взрослого населения, где, по последним данным, частота встречаемости данной патологии может достигать до 98% [38, 76].

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в последние годы, говорят об изменениях в тканях пародонта патологического характера среди лиц взрослого населения, возникающие в результате низкого уровня гигиены полости рта, наличие ортопедических конструкций во рту, пломбы неудовлетворительного качества и др. [56]. Результатом патологии пародонтальных тканей является потеря зубов, возникновение в ротовой полости хронической инфекции, ослаблению реактивности организма, сенсibilизации к микробам, развитию состояний аллергического характера [112]. Все это в совокупности с негативной возрастной динамикой здоровья зубов актуализирует проблему эффективности профилактических мероприятий и требует постоянного мониторинга факторов риска воспалительных заболеваний пародонта [61].

Присутствие клинических форм, которые сопровождаются явными нарушениями в состоянии зубочелюстной системы и оказывающих влияние на реактивность организма в целом, приводит к тому, что пародонт является существенной проблемой в стоматологии на сегодняшний день, которая свидетельствует о неэффективности лечебных, профилактических мероприятий [72, 116]. Направления и принципы поиска выявления более эффективных способов профилактики и лечения стоматологических заболеваний являются одной из важнейших задач в стоматологии [37, 135].

Причиной воспалительных заболеваний пародонта являются инфекции бактериального характера, начинающейся из биопленки, которая формируется на зубной поверхности непосредственно вблизи прилегающих тканей и приводят к разрушениям ткани пародонта как ответ иммунного и воспалительного характера [38, 101, 161].

Согласно статистике, заболеваниями пародонта страдают 85–90% взрослого населения земного шара [148, 176]. По данным отечественной литературы, высокую распространенность заболевания пародонта имеют и в России, составляя 95–100% [12, 68]. Причем, в последние годы наметилась тенденция к увеличению быстро прогрессирующих или атипичных форм пародонтита [112].

В США 82% взрослых пациентов имеют гингивит, поражающий один или несколько зубов [148]. Мужчины страдают гингивитом чаще, чем женщины. Наибольшая частота встречаемости и более тяжелое течение данной патологии наблюдается среди лиц молодого возраста. В более старших возрастных категориях распространенность гингивита уменьшается, а после 40 лет остается практически неизменной (46,7–65,2%) [157, 148]. В России распространенность гингивита среди населения в возрасте 15–20 лет достигает 85–87% [26, 43]. В исследовании Аширбековой Ж. Ж. [15] была выявлена высокая степень распространенности болезней тканей пародонта (в 94,3% случаях) у студентов в возрастной категории 17–27 лет.

Распространенность различных форм пародонтита в общей популяции составляет 50% [165]. В Западной Европе 36% больных 35–44 лет имеют умеренный пародонтит, около 10% имеет пародонтит тяжелой степени. В развивающихся странах встречаемость заболеваний пародонта достигает 100%. В Азии частота встречаемости указанной патологии варьирует от 80 до 100%, однако в Саудовской Аравии и Турции данный показатель имеет существенно более низкие значения (47,0–75,0%).

Частота встречаемости пародонтита увеличивается с возрастом [66]. Отмечено, что чем старше больные, тем более выраженные признаки перегрузки пародонта и наоборот [2]. Учитывая постоянный рост доли пожилых пациентов,

которые сохраняют большую часть своих зубов и в позднем возрасте, заболевания пародонта в будущем будут представлять большую угрозу для естественных зубов [161]. Более того, с возрастом происходит увеличение доли более тяжелых форм пародонтита, в то время как частота встречаемости пародонтита легкой степени значительно снижается [172].

Интересным представляется исследование D. Bourgeois и соавт. [156], согласно которому во Франции распространенность локализованного и генерализованного пародонтита легкой степени тяжести среди взрослого населения существенно не различались (17,0–31,0%). Однако с увеличением степени тяжести пародонтита как среди мужчин, так и среди женщин во всех возрастных категориях отмечалось существенное снижение частоты встречаемости локализованных форм данного заболевания, которая не превышала 4,0%, в то время как распространенность генерализованного пародонтита существенно не менялась (6,0–38,0%).

Распространенность пародонтоза среди представителей европеоидной расы составляет 0,1–0,2% [188]. В Иордании величина данного показателя достигает 0,29%, в США 0,6%, в Норвегии 1,7%, среди афроамериканцев 2,8% [147]. Максимальная частота встречаемости данной патологии зафиксирована в Ираке (6,0%) и Бразилии (5,5%) [204]. Наибольшая распространенность пародонтоза в общей популяции приходится на возраст 15–20 лет [165].

В современной пародонтологии насчитывается несколько десятков классификаций болезней пародонта. Такое разнообразие классификаций объясняется не только большим разнообразием видов патологии пародонта, но, главным образом, отсутствием общего принципа группировки. В качестве ключевого признака используют проявления заболевания в полости рта, патоморфологию, причины, механизм развития, а также вид и распространенность процесса [56].

В 1999 году в г. Оак Брук (Иллинойс, США) состоялся первый интернациональный съезд пародонтологов, который был посвящен классификации болезней тканей пародонта. После обсуждений и повторного анализа данных

мировой литературы приняли новую классификацию заболеваний тканей пародонта [151]:

Гингивиты: 1. связанные с зубным налетом; 2. не связанные с зубным налетом.

Хронические пародонтиты: 1. локализованные; 2. генерализованные.

Агрессивные пародонтиты: 1. локализованные; 2. генерализованные.

Пародонтиты как проявления системных заболеваний.

Некротические поражения пародонта: 1. некротический язвенный гингивит; 2. некротический язвенный пародонтит.

Пародонтальный абсцесс: 1. десневые абсцессы; 2. периодонтальные абсцессы; 3. перикорональные абсцессы.

Пародонтит вследствие эндодонтальных повреждений: 1. периодонто-эндодонтические нарушения; 2. эндодонто-периодонтические нарушения; 3. комбинированные нарушения

Нарушения развития или приобретенные деформации и состояния:

1. связанные с состояниями зубов локализованные факторы, которые вызывают или предшествуют гингивиту/периодонтиту, вызванному зубным налетом; 2. деформация десен и состояния вокруг зубов; 3. слизисто-десневые деформации и состояние беззубого альвеолярного отростка; 4. окклюзионная травма.

Еще одной разновидностью заболеваний пародонта можно выделить локализованный и генерализованный пародонтит. Локализованный пародонтит — это форма пародонтита, при которой воспалительный процесс ограничен определенной областью зубного ряда, то есть поражает до трех зубов, которые расположены рядом друг с другом. Генерализованный пародонтит — это деструктивно-воспалительное заболевание тканей пародонта, которое распространяется на все или большинство зубов.

Необходимо отдельно остановиться на категории «агрессивные пародонтиты». Ранее данное заболевание именовалось «пародонтоз», так как предполагалось, что указанная патология представляет собой дегенеративный не воспалительный процесс, который не подлежит лечению [163]. Однако в 1976 году

было доказано, что пародонтоз представляет собой инфекционное, а не дегенеративное заболевание, в связи, с чем оно было переименовано в локализованный ювенильный пародонтит [151]. В 1999 году указанная категория вновь была переименована в агрессивный пародонтит. По мнению ученых, термин «ювенильный» использовался некорректно ввиду сложностей, возникавших в ходе определения возраста, начала заболевания. Кроме того, термин «агрессивный» характеризовал более быстрое прогрессирование деструкции костных и мягких тканей по сравнению с другими формами пародонтита, что более точно характеризовало указанную патологию [204].

1.2. Факторы риска заболеваний пародонта

Одной из основных причин развития заболеваний пародонта является наличие хронического воспаления в полости рта [56]. Развитие этих воспалительных процессов вызвано понижением колонизационной сопротивляемости и повышением активности условно-патогенной микрофлоры [97, 98]. Следует отметить, что 1мм³ зубного налета содержит 10⁸ микроорганизмов [178]. Основная часть является многослойной структурой, включающая участки клеток разного рода, окруженные экзополисахаридным матриксом, которые пронизаны водными каналами [95].

Ранее считалось, что микробная биопленка, ее количество и отложение зубного камня, не имеют никакой связи с развитием пародонтита. Однако проведенные позднее исследования продемонстрировали, что именно качественный состав зубной бляшки имеет важнейшее клиническое значение в развитии пародонтита. Была показана гетерогенность видового состава зубного налета, при этом установлено, что параллельно с ростом степени тяжести повреждения тканей пародонта происходит постепенное увеличение процентного содержания грамотрицательных анаэробных бактерий (гингивит 25,0%, пародонтит 75,0%) по сравнению с деснами здорового человека (13,0%) [158].

У лиц с интактным пародонтом формируется баланс между факторами агрессии (пародонтопатогенами) и факторами защиты микроорганизма. Однако

нарушение равновесия между агрессивной бактериальной вторжением, местным ответом тканей ротовой полости, тканей пародонта и системной реактивностью всего организма может стать причиной деструктивного повреждения тканей пародонта, которые становятся «зоной конфликта» между бактериями и иммунокомпетентными клетками [158]. При этом предполагается, что разрушение тканей пародонта вызывается клетками воспалительного инфильтрата, а не бактериями и продуктами их обмена [53].

Интересно, что в процессе иммунного ответа при формировании специфических антител не наблюдается уничтожение инфекции в пародонтальных тканях [94]. Предположительно, результатом пониженной вирулентности основных пародонтопатогенов является образование специфических антител со слабыми противомикробными свойствами. Замечено, что переход гингивита в пародонтит не наблюдается, в том случае если титр высокоавидных антител к бактериям зубного налета повысился в кровяной сыворотке [183]. Предположительно, toll-подобные рецепторы могут изменяться слабовирулентными патогенами на внешней клеточной мембране, которые способствуют включению значимых компонентов врожденного иммунитета, снижая восприимчивость этой системы к молекулярным структурам бактерий, что, в свою очередь способствует усилению разрушения тканей комплекса пародонта [135].

К возникновению дистрофического процесса в пародонтальных тканях также ведет ослабление общих защитных, компенсаторных механизмов. Проявлением этого является изменение проницаемости сосудов, уменьшение кровообращения, повышение гипоксии ткани и т. д. [56]. Тканевая гипоксия также может быть следствием запуска механизма перекисного окисления липидов в организме и накопления свободных радикалов. В результате происходит снижение барьерной функции пародонтальных тканей, наблюдаются проявления, которые характерны в случае данной патологии (гингивит, рассасывание костной ткани и др.) [56, 158].

Вопросы этиологии и патогенеза претерпевают изменения с развитием медицинской науки, одну из важных ролей сейчас играют индивидуальные

свойства организма [169]. Выявление факторов риска и маркеров, а также понимание механизмов, снижающих риск возникновения заболевания, могут стать основой для поддержания здоровья полости рта и предотвращения развития любых форм патологии пародонта. Таким образом, знание о факторах риска позволяет эффективно выявлять пациентов или даже целые популяции людей, имеющих предрасположенность к развитию патологии пародонта, а управление модифицированными факторами риска способствует эффективному предотвращению возникновения данного заболевания [182].

Выделяют модифицированные и немодифицированные факторы риска. Модифицированные факторы риска чаще всего представляют собой факторы окружающей среды или особенности поведения пациента, в то время как немодифицированные факторы риска являются индивидуальными внутренними показателями организма, не подлежащими изменению [169].

Среди немодифицированных факторов риска выделяют возраст, генетические особенности, пол и этническую принадлежность. Доказано, что увеличение возраста ассоциировано с ростом частоты встречаемости заболеваний пародонта [157]. Однако проведенные исследования установили, что увеличение выраженности разрушения тканей пародонта, которые наблюдаются с возрастом, является не результатом повышением скорости разрушения тканей, а результатом кумулятивных изменений, однако наиболее выраженная деструкция пародонта у пожилых людей является отражением накопленных в течение жизни болезней, а не возраст – специфической патологией [169].

Проведенные на сегодняшний день исследования констатируют, что степень потери зубодесневого соединения увеличивается с возрастом, но в большинстве своем это не приводит к полной потере функции пораженных зубов [169]. Было высказано предположение, что наиболее предрасположенными к развитию заболеваний пародонта представителями общей популяции являются пациенты, у которых пародонтит возник еще в юности. Если данная гипотеза верна, то относительно небольшая частота встречаемости тяжелого пародонтита среди пациентов старшего возраста (15,0–30,0%) частично объясняется тем, что

пациенты, наиболее предрасположенные к развитию тяжелого пародонтита, уже потеряли пораженные зубы [171, 194]. Для пожилых людей с интактными зубами внезапное возникновение пародонтита является редкой ситуацией. Кроме того, сохранение зубов, хорошая гигиена полости рта и здоровый пародонт являются неразрывно связанными факторами, независимо от возраста [169].

Многие исследования также установили, что заболевания пародонта имеют большую частоту распространенности и протекают тяжелее у мужчин, чем у женщин. Однако некоторые авторы объясняют указанные различия зависимыми от пола генетическими и социально-поведенческими факторами, как, например, плохое состояние гигиены полости рта, низкая мотивация к соблюдению правил ухода за полостью рта и визита к стоматологу [149].

На сегодняшний день известно, что предрасположенность к развитию пародонтита может иметь и генетические причины [11]. Многие авторы продемонстрировали наличие однонуклеотидного полиморфизма при хронической и агрессивной форме пародонтита. В литературе имеются упоминания об изменениях в генах интерлейкина – 1 (IL-1), IL-6, IL-10, Fc-рецептора, фактора некроза опухоли- α , рецептора к витамину Д, toll-like рецептора, CD14 и матриксной металлопротеиназы-1 [53, 181, 172]. Наибольший интерес ученых направлен на исследование мутации гена IL-1, так как предполагается, что именно данный цитокин является ключевым регулятором иммунного ответа на микробную инфекцию [182]. На сегодняшний день данные о влиянии полиморфизма определённых генов на развитие патологии пародонта достаточно противоречивы и требуют проведения дальнейших исследований. Более того, требуется отметить тот факт, что полиморфизм является необходимым, но не достаточным условием как развития заболевания. Только взаимодействие генетических факторов и факторов окружающей среды может впоследствии привести к возникновению фенотипа заболевания [165].

Важное значение в происхождении болезней пародонта играет слюна: состав, влияние скорости выделения и свойства на количество зубного налета, кальцификацию и химический состав слюны. Более 60 ферментов выявлено в

смешанной слюне. Роль данных ферментов не полностью выяснена в развитии болезней пародонта, но является несомненной. Таким образом, описана патология тканей пародонта, которая развивается в результате недостаточного количества каталазы в составе слюны и тканей [56].

В то время как факт взаимосвязи между гингивитом и гигиеной полости рта является доказанным, наличие корреляции между развитием пародонтита и гигиеной полости рта представляется не столь очевидным [157]. Однако современное понимание патогенеза заболеваний пародонта демонстрирует, что наличие гингивита является основным фактором, предрасполагающим к развитию пародонтита [208], поэтому предотвращение гингивита препятствует развитию последнего [180]. Так, недавнее исследование показало, что на участках десны, пораженных гингивитом выраженность потери зубодесневого прикрепления на 70,0% больше, чем в интактных областях [198]. Таким образом, речь идет об одной воспалительной болезни пародонта, стадии которой зависят только от количественного, но никак ни в качественного отношения. Более того, исследование, проведенное шведскими коллегами, установило, что адекватный контроль над микробной биопленкой позволяет снизить количество встречающихся случаев не только воспаления десны, но и воспаления пародонта легкой и средней степени тяжести [173].

Также обсуждается зависимость распространенности заболеваний пародонта от социоэкономического статуса пациента. Так, в Бразилии частота встречаемости тяжелой формы пародонтита среди больных средней возраста (35-44 лет) с низким и высоким социоэкономическим статусом составила 5,5% и 4,5%, соответственно [166]. В ходе эпидемиологического исследования, проведенного в Чили, было установлено наличие обратной корреляционной связи между социоэкономическим статусом, уровнем образования и частотой встречаемости заболеваний пародонта. Пациенты средней возрастной категории с низким и средним социоэкономическим статусом значительно чаще имели разрушение тканей пародонта средней и тяжелой степени по сравнению с более благополучными больными (99,5%, 98,0% и 56,0%, соответственно). Кроме того, было установлено, что наличие

пародонтального кармана ≥ 4 мм и ≥ 7 мм как минимум у одного зуба имело четкую обратную корреляционную связь с уровнем образования.

Таким образом, было высказано предположение, что в основе взаимосвязи между уровнем социоэкономического статуса и здоровьем пародонта лежит взаимодействие комплекса факторов, таких как хорошая гигиена полости рта среди более образованных слоев населения, положительная мотивация в отношении соблюдения правил гигиены полости рта и более частого посещения стоматолога среди более осведомленных и имеющих хорошую страховку пациентов [157].

В последнее десятилетие было опубликовано множество работ, посвященных взаимосвязи между курением и пародонтитом [187]. Табакокурение ассоциировано с относительным риском развития пародонтита, варьирующим от 2,0 до 4,75 для интенсивных и неинтенсивных курильщиков [205]. В США от 11,0% до 42,0% всех пародонтитов связано курением в анамнезе или на момент постановки диагноза. В Бразилии данный показатель достигает 12,0% [205]. Также было доказано, что отрицательный эффект курения на состояние пародонта является дозозависимым и кумулятивным и имеет более выраженные проявления среди молодых пациентов. Кроме того, табакокурение влияет на эффективность мероприятий, направленных на лечение тканей пародонта и ассоциировано с высокой вероятностью рецидивирования пародонтита [192, 206].

Также в развитии заболеваний пародонта немаловажную роль играет наличие сопутствующей патологии. Так, например, было продемонстрировано наличие стойкой взаимосвязи между присутствием сахарного диабета (СД) 1 или 2 типа и возникновением воспаления тканей пародонта. При сахарном диабете риск ослабления зубодесневой связки достигает 2,32. Интересным при этом является то, что лечение пародонтита связано с улучшением гликемических показателей у пациентов с СД и значительным снижением уровня гликированного гемоглобина [160, 201].

Вместе с тем пациенты с ожирением, остеопорозом и заболеваниями желудочно-кишечного тракта тоже имеют повышенный риск развития пародонтита [59, 211]. Так, например, больные с индексом массы тела (ИМТ) 25–29,9 кг/м²

имеют относительный риск возникновения пародонтита, равный 3,4, при этом у пациентов с ИМТ более 30 кг/м² данный показатель увеличивается до 8,6. У пациентов с *H. pylori*-ассоциированной болезнью ЖКТ (желудочно-кишечный тракт) чаще встречаются и имеют более тяжелое течение хронический генерализованный катаральный гингивит и пародонтит. При этом предполагается, что пародонтальные карманы могут служить резервуаром для *H. pylori*, создавая для данного микроорганизма необходимые для существования условия.

Как показали клинические наблюдения, чрезмерная нагрузка на пародонт приводит к комплексу патологических изменений в тканях с высоким содержанием явлений воспаления и дистрофии. При разнообразных аномалиях прикуса и положения зубов, возможны процессы деструктивно-воспалительного характера; при преждевременной потере премоляров моляров; после проведения операции удаления большого числа зубов; при использовании мостовидной несъемной конструкции не по назначению; при нарушении развития преддверия ротовой полости [56]. Пародонтальные ткани относительно хорошо переносят нагрузку вертикального характера и существенно хуже горизонтального характера. К нарушению кровоснабжения тканей пародонта и последующему рассасыванию кости может привести превышению нормы адаптационных возможностей тканей пародонта. Морфологическим субстратом развивающихся в тканях пародонта изменений дистрофического характера является тромбоз костных сосудов с дальнейшей резорбцией [М. С. Алиева, 2013].

1.3. Профилактика болезней пародонта

Среди основных заболеваний ротовой полости второе место занимают пародонтиты. В данной категории пациентов важную роль играет профилактика, так как за последние 10 лет наблюдается тенденция к увеличению тяжести, а именно увеличение распространенности генерализованных форм заболеваний с над- и поддесневыми твердыми отложениями [119]. Важно отметить, что отягощение состояния приводит как к локальным, так и генерализованным воспалительным процессам организма. Нарушается зубочелюстная система,

появляются гнойно-воспалительные патологии челюстно-лицевой области [20, 190, 200]. Состояние тканей пародонта пациента ухудшается в соответствии с его тяжелым общим состоянием [117].

Различают первичную, вторичную и третичную профилактику заболеваний пародонта. Первичная профилактика включает в себя организацию санитарно-просветительской работы, реализацию программы рационального питания и проведение лечебно-профилактических мероприятий, таких как информирование об особенностях и способах индивидуального стоматологического ухода, регулярность профилактического наблюдения у стоматолога, включая санацию [90].

Вторичная профилактика включает выявление факторов риска развития тяжелых форм патологий пародонта, в том числе используя индексные оценки валидированные доступными диагностическими методами [118].

К третичной профилактике относится лечение патологий пародонта (консервативное, хирургическое и ортопедическое), главным образом нацеленное на предотвращение осложнений и реконструировании утраченных функций зубочелюстной системы [116].

Данные международных исследований продемонстрировали, что проведение регулярных санаций полости рта, а также правильно подобранный комплекс индивидуальных гигиенических мероприятий является эффективным алгоритм в предотвращении распространенности патологий тканей пародонта [118, 159].

Профессиональный уход лицам с повышенным риском заболеваемости болезнью пародонта рекомендуется выполнять не реже одного раза каждые два-три месяца, для контроля уровня вирулентности оппортунистической периодонтопатогенной инфекции [106]. Необходимо шаг за шагом объяснять пациенту, к каким последствиям может привести наличие у него факторов риска пародонтита, прежде всего курения [142, 199]. Персональная гигиена полости рта, особенно у пациентов с коронками, съемными и мостовидными зубными протезами, должна быть направлена на адекватное удаление зубного налета вокруг перечисленных локальных факторов риска [186]. Для достижения этой цели

помимо использования щетки в уход за ротовой полостью необходимо включать использование таких дополнительных средств гигиены как флоссы и ершики, так же лечебные и профилактические предметы гигиены, имеющие свойства борьбы с образованием налета и воспалительных процессов [106].

Исследования, которые проведены на сегодняшний день установили, что за последние годы осведомленность пациентов о правилах гигиены полости рта заметно возросла, однако ее уровень все же остается низким [145]. Так, например, исследователи из Японии выяснили, что около 60,0% пациентов студенческого возраста в данной стране чистит зубы дважды в день. За последние 15 лет доля пациентов, которые чистят зубы по 2-3 минуты, снизилась, а доля тех, что чистит зубы 4 или более минуты возросла. Также отмечено увеличение доли студентов, которые правильно чистят зубы. Доля пациентов, которые получили ортодонтическое лечение, выросла с 11,6% до 19,7%. Более 40,0% больных имели заболевания пародонта. При этом отмечено, что стоматологическое здоровье практически по всем параметрам было хуже у студентов мужского пола, чем у девушек [170].

Al-Zarea В.К. [146] проводил работу по изучению уровня здоровья полости рта и информированности о профилактических мероприятиях стоматологических заболеваний среди студентов. Был выявлен низкий уровень информированности об этиологии, патогенезе, факторах риска и профилактики при патологии тканей десен. Полученные данные продемонстрировали отсутствие прямой корреляции между уровнем образования респондентов и степенью информированности. Примечательно, что студенты естественно-научного направления обладали большим объемом знаний касательно причин патологии пародонта, профилактических мероприятий и их ассоциации с общим состоянием здоровья и системными заболеваниями, чем студенты гуманитарных факультетов.

Интересными представляются исследования по сопоставлению результатов опроса о состоянии стоматологического здоровья и стоматологического осмотра пациентов. U.N. Baser и соавт. [152] сравнивали осведомленность студентов первого курса факультета стоматологии о кровоточивости десен, просили оценить

состояние здоровья своих десен и сопоставляли полученные результаты с данными осмотра. Анализ полученных данных показал, что студенты, в особенности женского пола, демонстрируют высокую достоверность самооценки степени кровоточивости десен. Однако половина из опрошенных студентов не в состоянии сказать, имеют ли они кровоточивость десен, в то время как осмотр показал явное кровотечение.

Высокую достоверность самооценки состояния здоровья полости рта было подтверждено и другими исследователями [179]. Так В. Blicher и соавт. [155] опубликовали мета-анализ по оценке достоверности проведения таких опросов по сравнению с золотым стандартом клинического обследования. Результаты исследования продемонстрировали высокую эффективность таких опросов. Кроме того, было установлено, что в ходе анкетирования наибольшей чувствительностью и специфичностью обладали такие вопросы, как «Имели ли Вы когда-либо пародонтит с потерей костной ткани?», «Имеете ли Вы заболевание пародонта с потерей костной ткани?», «Говорил ли Вам когда-либо стоматолог, что вы имеете глубокие пародонтальные карманы?». Для большей эффективности результаты указанных опросов можно использовать совместно с демографическими факторами и факторами риска развития патологии тканей пародонта.

Неутешительные результаты были получены британскими учеными. По результатам их исследования лишь 78,0% пациентов осведомлено о том, что курение оказывает негативное влияние на здоровье, из них 52,0% опрошенных не могли сказать, в чем конкретно заключается отрицательное влияние курения на организм. 7,0% пациентов полагало, что курение оказывает воздействие на десны, но не могли рассказать, в чем данное действие заключается. 6,0% опрошенных знали о наличии специфической взаимосвязи между курением и патологией пародонта. Некурящие и регулярно посещающие стоматолога пациенты чаще были осведомлены о наличии ассоциации между курением и заболеваниями пародонта [184]. Подобные данные были результатом исследований индийских специалистов. По полученным результатам оказалось, что 40,0% населения сел полагают, что нет необходимости в регулярном уходе за ротовой полостью. 61,0% респондентов

думают, что полоскания ротовой полости достаточно для нормальной гигиены полости. 48,0% обследованных пациентов жует табак или курит, примерно 81,0% пациентов заблуждаются в вопросах ухода за ротовой полостью [197].

Определенно, что информированность пациентов в вопросах гигиены ротовой полости можно повысить. С этой целью в Непале была благополучно проведена программа, направленная на расширение знаний населения отдаленных регионов в вопросах гигиены ротовой полости. Это способствовало осведомленности 2100 представителей взрослого населения и 4000 детского данных населенных пунктов [18]1.

Существенное значение в профилактике болезней пародонта имеет приверженность человека к профилактике. Ведущим фактором низкого уровня здоровья полости рта является низкая комплаентность лечению и назначениям врача со стороны пациента [118].

Ряд работ, направленных на выявление наиболее эффективного способа для мотивации пациента к изменению его образа жизни и поведения было проведено. Однако было показано, что индивидуальные рекомендации, учитывающие особенности каждого отдельного пациента являются эффективным методом влияния на пациента. Кроме того, специально разработанный план действий по улучшению гигиены полости рта также стимулирует пациента к изменению своего образа жизни и дает хорошие результаты [174, 167, 177]. При этом важно понимать, что инициатива по изменению поведения должна исходить от пациента. Пациент должен захотеть улучшения гигиены полости рта и должен знать, что он обладает всеми необходимыми для этого навыками. Таким образом, роль стоматолога, гигиениста – стоматологического или зубного техника заключается в поощрении пациента в желании изменить образ жизни и обучиться всем необходимым навыкам для удаления зубного налета, что, несомненно, будет стимулировать пациента. Беседа с пациентом о необходимости своевременного удаления зубного налета должна включать обсуждение целей применения межзубной чистки, зубных щеток и паст. На протяжении нескольких лет ученые тестируют различные приспособления, которые могли бы помочь в улучшении результатов соблюдения

домашнего ухода за ротовой полостью [208]. Было доказано, что использование зубных нитей в дополнение к зубной щетке уменьшает признаки гингивита и его распространенность у пациентов в отличие от тех, кто использует только зубную щетку [196]. Кроме того, было показано, что применение межзубных ершиков в дополнение к зубной щетке более эффективно в целях уменьшения зубного налета и признаков гингивита, чем использование нити там, где межзубное пространство это позволяет [175, 195]. Более того, было продемонстрировано, что применение электрических зубных щеток более эффективно уменьшает зубной налет и индекс гингивита, чем применение обычных зубных щеток. При этом использование фторсодержащих зубных паст, содержащих также триклозан и кополимер, еще более усиливает данный эффект [162].

В литературе имеется большое количество данных по оценке эффективности применения различных продуктов для домашнего ухода за ротовой полостью, содержащие антимикробные вещества, в сочетании с использованием зубной щетки и нити [208]. Анализ полученных данных продемонстрировал, что продукты, в состав которых входят хлоргексидин, ополаскиватели полости рта с эфирными маслами и зубные пасты с триклозаном/кополимером имеют стойкий клинический эффект в отношении зубного налета и гингивита [163]. Проведенный мета-анализ установил, что у пациентов с гингивитом полоскание рта раствором хлоргексидина совместно с выполнением правил гигиены полости рта приводит к значительному уменьшению зубного налета (33,0%) и десневого индекса (26,0%) по сравнению с группой, применявшей в качестве ополаскивателя для рта плацебо и контрольной группой. Более того, микробиологические исследования *in vivo* установили способность антимикробных агентов пенетрировать в массу биопленки, и убивать растущие там бактерии. Более того, антимикробные агенты могут достигать труднодоступные для механической чистки области и влиять на рост биопленки на мягких тканях [163]. Примечательно, что указанные вещества безопасны в применении и не повышают число резистентных видов микроорганизмов. Таким образом, контроль над зубным налетом при помощи специальных химических средств особенно рекомендуется для пациентов, которые

испытывают трудности в его достижении при помощи только механических средств [208].

Также, говоря о первичной профилактике патологии пародонта, нельзя забывать о рациональном питании. Пациенты с проявлениями пародонтальных болезней, нуждаются в ограничении жиров и легкоусвояемых углеводов. Немаловажным фактором профилактики является приверженность правильной диеты [210], которая будет в себя включать макро- и микроэлементы, рекомендуется отдавать предпочтение в большей степени твердой пище, что позволяет деснам прилагать соответствующую нагрузку и способствует удалению налета на зубах. Существенную роль в профилактике пародонтита играют комплексы микроэлементов. Не так давно с целью лечения болезней пародонта начали применять антиоксиданты животного происхождения, которые содержат такие жирорастворимые витамины как D, A, F, E, бета-каротин, жирные ненасыщенные кислоты, а также минеральные вещества, микроэлементы, семейства омега-6 и омега-3, а также методы пелоидотерапии с использованием сульфидной грязи [7, 8, 85].

Из выше проведенного анализа научной литературы видно, что профилактика и лечение заболеваний пародонта, которыми страдает более 80,0% населения земного шара, по-прежнему остается актуальной проблемой стоматологии, имеющей общемедицинское и социальное значение. Причин высокой распространенности патологии пародонта достаточно много, и среди них одной из определяющих являются низкий уровень стоматологической грамотности, недостаточная осведомленность населения о методах и средствах гигиены полости рта и как следствие неудовлетворительная гигиена полости рта. Поэтому разработка мер по повышению стоматологической грамотности и осведомленности об аспектах гигиены полости рта и роли гигиены в развитии и поддержании патологии пародонта, естественно, улучшить эффективность первичной профилактики заболеваний пародонта. Что касается Республики Дагестан, то в регионе распространенность патологии тканей пародонта (гингивит,

пародонтит и пародонтоз) с учетом уровня стоматологической культуры и санитарной грамотности населения ранее не изучалась.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Объект, основные направления и методы исследования

С учетом цели и задач исследования был выбран методический подход оценки уровня распространенности болезней пародонта среди лиц взрослого населения Республики Дагестан. Считали целесообразным проводить эпидемиологические исследования, как среди городского, так и среди сельского населения республики.

Территория Республики Дагестан характеризуется разнообразием климатических условий, вследствие этого можно условно выделить 3 климатогеографические зоны: равнинная (низменная), предгорная и горная, имеющие не только экологические, но и геохимические особенности. Накопленные на сегодняшний день данные о геохимических аномалиях географической зоны оказывают влияние на степень различной, в том числе и стоматологической заболеваемости. Учитывая вышеизложенное, нами было исследовано стоматологическое состояние населения, которое проживает в городах – гг. Махачкала, Каспийск, Буйнакск и трех районах – Ногайский (равнинная зона), Сергокалинский (предгорная зона) и Гергебильский (горная зона) Республики Дагестан. В целом, стоматологический осмотр был проведен у 2465 человек.

Исследование проводилось на базах поликлиник этих городов и районов.

Все многообразие мероприятий, проведенных в нем, укладываются в *следующие направления:*

1. Эпидемиологические, санитарно-гигиенические, возрастно-половые и другие факторы, влияющие на заболеваемость и распространенность заболеваний пародонта среди взрослого населения Республики Дагестан;

2. Разработка эффективных мер по повышению уровня медико-гигиенической мотивированности населения Республики Дагестан в профилактике заболеваний тканей пародонта.

3. Внедрение полученных результатов научных разработок в практику.

Под каждое направление исследования были составлены планы работы, разработаны методики, а также статистический инструментарий (карта, анкеты), проведены статистическая обработка информационных материалов с последующей их группировкой. Необходимо отметить, что все эти направления взаимосвязаны между собой, что определяет комплексный характер данного исследования.

2.2. Критерии включения пациентов в исследование

- Возраст от 18 лет и старше.
- Постоянное проживание в гг. Махачкала, Каспийск, Буйнакск, Ногайском, Сергокалинском и Гергебильском районах Республики Дагестан.
- Отсутствие у пациента декомпенсированных форм сочетанной системной патологии ограничивающей угрозу жизни (ASA I-II).
- Наличие информированного согласия на участие в клиническом исследовании и использование персональных данных в научных целях.

2.3. Критерии невключения пациентов в исследование

- Лица моложе 18 лет.
- Проживание в других населенных пунктах Республики Дагестан.
- Наличие тяжелой системной патологии, ограничивающей активность и составляющей угрозу жизни (ASA III-IV).
- Участие в другом исследовании.
- Отсутствие информированного согласия на участие в клиническом исследовании.

2.4. Критерии исключения

- Пациенты в состоянии алкогольного опьянения.
- Пациенты под действием наркотических средств.

Обследование будет осуществляться в соответствии с этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека, определенными Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (1964, ред. 2000).

2.5. Методика проведения стоматологического обследования и регистрации полученных данных

В рамках исследования было проведено: опрос и клинический осмотр ротовой полости.

При *опросе* (сбор анамнеза) были выявлены жалобы по основному заболеванию, обстоятельства их появления, характер течения заболевания и динамику, пройденное лечение, наличие аллергических реакций. Был уточнен трудовой анамнез и бытовые условия проживания. Обращали внимание на наличие психоэмоционального напряжения и занятие физической или умственной работой обследованных, слюноотделение, характер питания и ухода за ротовой полостью (консистенцию пищи, частоту чистки зубов). Принимая во внимание важность состояния организма в целом внимание уделялось наличию имеющихся болезней и таких вредных привычек как курение, употребление алкоголя у обследованных лиц. Также выявляли наличие и частоту проявления аномалий зубочелюстной системы у больных с заболеваниями пародонта.

Клинический осмотр полости рта, который был проведен в обычных условиях при наличии искусственного освещения, сидя в стоматологическом кресле при помощи стандартного стоматологического набора инструментов.

Обследование пациента состояло из внешнего осмотра орофасциальной области, из оценки состояния ВНЧС, твердых тканей зубов на наличие кариозных и некариозных поражений, слизистой оболочки ротовой полости, проявления поражения пародонтальных тканей, ортопедического статуса и необходимости лечения и изготовления ортопедических конструкций, выявления аномалий зубочелюстной системы.

Мягкие ткани ротовой полости и слизистая были осмотрены в такой последовательности: слизистая оболочка губ, щек, переходная складка, десны, ретромолярная область, язык, дно полости рта, твердое и мягкое небо принимая во внимание состояние и локализацию.

Результаты обследования – данные опроса и осмотра каждого обследованного регистрировались в карте стоматологического обследования, в которой была предусмотрена регистрация 47 показателей. Вносились данные в разделы, предназначенные для определения общей информации, в них вписывали дату проведения осмотра, имя, фамилию, половую принадлежность, возраст, образование, профессию, вид нагрузки, профессиональные вредности, семейное положение, другие данные.

2.6. Индексные методы исследования

Диагноз устанавливался в соответствии с классификацией заболеваний пародонта, утвержденной на XVI Пленуме правления Всесоюзного научного общества стоматологов (1983). Участники исследования были разделены на три группы в зависимости от установленного диагноза (гингивит, пародонтит и пародонтоз). В свою очередь при установлении диагноза гингивит и пародонтит различали подгруппы локализованного гингивита и генерализованного гингивита, а также локализованного пародонтита и генерализованного пародонтита.

Распространенность болезней пародонта выражалась в процентах.

С помощью *индекса эффективности гигиены полости рта (РНР) Podshadley, Haley, (1968)* был определен уровень состояния гигиены полости.

При проведении количественно анализа налёта окрашивали поверхности шести зубов: 16, 26, 11, 31 – вестибулярные; 36, 46 – язычные. Расчёт был произведен для каждого зуба – определение кода и дальнейшее их сложение. Интерпретация: (0 – не обнаружено окрашивание, 1 – обнаружено).

Расчет индекса: $RHR = \text{сумма кодов всех зубов} / \text{количество обследованных зубов}$.

Результаты анализа:

области 10 зубов (оценку индекса проводили у всех 10 зубов). Секстант обследовали при наличии в нем двух и несколько зубов, не подлежащих удалению. При наличии в секстанте только одного зуба, он включался в соседний секстант, а данный секстант исключали из осмотра.

Оценка индекса CPITN с использованием кодов:

0 – отсутствие признаков патологии;

1 – кровоточивость после зондирования, незначительное воспаление десневого края;

2 – над- и поддесневой камень, десневая борозда равна 3 мм;

3 – патологический пародонтальный карман – 4 - 5 мм;

4 – патологический пародонтальный карман – 6 мм и более.

Сумма баллов обследованных зубов

индекс CPITN = -----

10

Критерии оценивания:

0 баллов – отсутствие необходимости лечения;

1 балл – необходимость проведения обучения основам персонального ухода за полостью рта и мониторинг за гигиеническим состоянием;

2 - 3 балла – проведение профессиональной гигиены полости рта и обучения основам персонального ухода за полостью рта;

4 балла – проведение комплексного лечения заболеваний пародонта.

Худший показатель (высший код) являлся определителем степени поражения пародонтальных тканей у каждого исследуемого. Исходя из этих результатов рассчитывали распространенность и интенсивность отдельных признаков патологий.

2.7. Оценка стоматологической грамотности населения

Источниками получения информации при анализе уровня медико-гигиенической мотивированности населения республики в профилактике заболеваний тканей пародонта стали анкеты опроса пациентов, которые

разработаны диссертантом Абдулмеджидовой Д.М. и научным руководителем Абакаровым С.И. В исследовании использовались способы опроса первичной информации, которые базируются на косвенном общении с респондентом. Перечень вопросов был оформлен так, чтобы благодаря полученным данным было вполне возможно отобразить: степень медико-гигиенической мотивированности жителей в профилактике пародонтальных болезней; нуждаемость в доступной и качественной помощи стоматологического профиля в Республике Дагестан; об имеющихся вопросах и вероятных методах их разрешения. При этом обращали внимание на частоту обращения к врачу-стоматологу, причины обращения, на частичное отсутствие зубов, наличие зубных протезов и их состояние. Особо обращали внимание на состояние гигиены полости рта и осведомленность обследованных о стоматологических заболеваниях и проводимых гигиенических мероприятиях самими обследованными, и используемых при этом средствах и методах гигиены и т.д.

Социологическое исследование состояло из II этапов. На I этапе были разработаны и подготовлены анкеты, определены задачи интервьюирования (*«Анкета для выявления причин обращаемости пациентов за стоматологической помощью и оценки ее качества»; «Анкета для определения уровня стоматологической грамотности населения»*). Вторым этапом был социологический опрос пациентов, выявленных при стоматологическом обследовании.

Анкета для выявления причин обращаемости пациентов за стоматологической помощью и оценки ее качества состояла из 10 вопросов: «Как часто Вы обращаетесь к стоматологу?», «В каком возрасте Вы впервые обращались к стоматологу?», «Когда Вы в последний раз обращались за стоматологической помощью?», «По какой причине Вы обращались к стоматологу?», «Чувствуете ли Вы психологический дискомфорт, связанный с проблемами в полости?», «Довольны ли Вы качеством оказанной стоматологической помощи?», «Обращались ли Вы к стоматологу по поводу снятия зубного камня и налета?» и др.

Анкета для определения уровня стоматологической грамотности населения включала сорок два вопроса, которые затрагивали побуждение к профилактике основных заболеваний стоматологического характера и проработка качества данных о превентивных мерах развития кариеса твердых тканей зубов и болезней тканей пародонта, самооценивания своих знаний людьми в вопросах предотвращения развития основных стоматологических болезней и др.

2.8. Объем стоматологического обследования

При анализе заболеваемости жителей Республике Дагестан выборочная совокупность предоставляет, *во-первых*, репрезентативность, т.е. в выбранной группе предоставлены все факторы в том же соответствии, как в генеральной совокупности, в значительной степени оказывающие влияние на заболеваемость, *во-вторых*, приобретение достаточного количества осмотра для подсчитывания единичных показателей при разделении изучаемого на множественные группы в зависимости от возраста, пола, заболевания, т.е. быть доказательной по количеству.

Большая часть жителей Республики Дагестан живет в сельской местности. Более одной трети (31,4%) составляет из жителей сельской местности в равнинной зоне, 35,4% - в предгорной и 33,2% - в горной зоне. Учитывая количество населения, мы назначили величину обследований в каждой из отобранных территорий.

В ходе стоматологического осмотра было выявлено 2465 пациентов в возрасте 18 лет и старше с различными заболеваниями пародонта. Из них 1268 пациентов составили жители городов, 1197 – жители сельской местности: Ногайский район (равнинная зона) – 320 пациентов, Сергокалинский район (предгорная зона) – 406 пациентов, Гергебильский район (горная зона) – 471 пациентов.

Таблица 2.1 – Распространенность обследованных пациентов по полу и возрасту

Возраст	18-20 лет		21-30 лет		31-44 лет		45-65 лет		65 лет и старше	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Количество обследованных	240	263	529	587	201	221	156	174	44	50
Всего	503		1116		422		330		94	
Итого	2465									

Среди обследованных мужчин было 1170 (47,5%), женщин – 1295 (52,5%) (таблица 2.1). С учетом изложенных в таблице возрастных групп были обследованы с учетом возраста и пола.

Все обследованные в ходе эпидемиологического исследования в зависимости от установленного диагноза были разделены на три группы: 1-я группа – пациенты с гингивитом; 2-я группа – пациенты с пародонтитом; 3-я группа – пациенты с пародонтозом. В свою очередь, при установлении диагнозов гингивит и пародонтит выделяли подгруппы: локализованного и генерализованного воспаления десны (гингивит), а также локализованного и генерализованного воспаления пародонта (пародонтит) [5].

Выборочная совокупность составила 2465 человек, в том числе 1334 с гингивитом (локализованное воспаление), 172 с гингивит (генерализованное воспаление), 684 – локализованное воспаление пародонта, 219 – генерализованное воспаление пародонта, у 56 человек – пародонтоз.

Использованная в работе комплексная методика позволила в необходимом объеме определить степень стоматологической осведомленности респондентов, выявить текущие проблемы и разработать адресные мероприятия, направленные на ее улучшение.

2.9. Этические принципы

Всем лицам, обследованным при подготовке данной работы, был предоставлен бланк согласия на участие в исследовании. Форма информированного согласия была составлена по рекомендациям Этического комитета ФГБОУ ВО «ДГМУ» и включала информацию, которая была достаточной для принятия решения испытуемым об информированном согласии на участие в исследовании.

Критерии включения: лица старше 18 лет, наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Формальное согласие от испытуемого на принятие участия в исследовании было получено до момента включения участника в исследование. Участники данного исследования добровольно ставили подписи на информированном согласии. Информация, содержащаяся в данном согласии, не подлежит распространению.

Критериями исключения: отказ или невозможность дать добровольное информированное согласие на участие в исследовании; не соблюдение требований исследования; участие в другом исследовании; наличие сопутствующей патологии, которая могла повлиять на результаты работы.

ГЛАВА 3

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СТРУКТУРА И ИНТЕНСИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

При организации мероприятий в рамках адресной профилактики стоматологических заболеваний важно учитывать уровень распространенности заболевания, возрастно-половой состав и клинические аспекты заболевания.

Была проведена оценка распространённости, структуры и интенсивности заболеваний тканей пародонта у взрослого населения Республики Дагестан (по всей республике в целом, по городам и сельской местности).

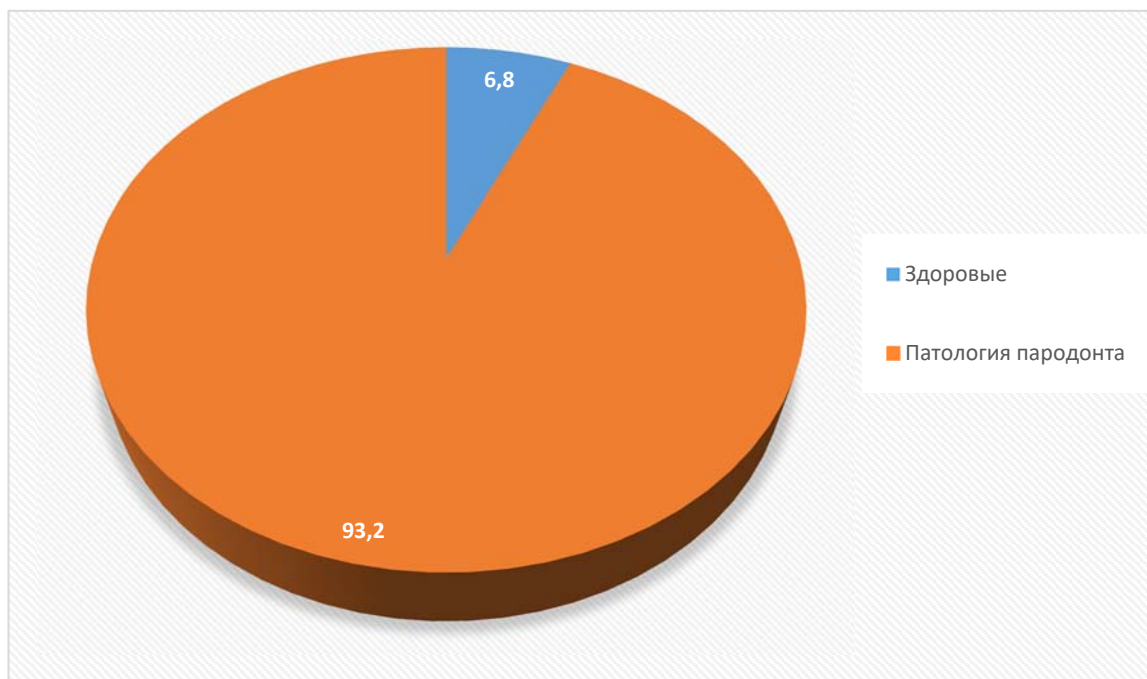


Рисунок 3.1 – Распространенность заболеваний пародонта у обследованных больных (в %).

Численность взрослого населения, обследованного нами в районных и городских поликлиниках республики в 2015–2018 гг. на наличие патологий тканей пародонта, составляла 2645 человек. В ходе стоматологического осмотра было выявлено 2465 пациентов в возрасте 18 лет и старше с различными заболеваниями пародонта. В расчете на все обследованное население общая распространённость заболеваний пародонта составила 88,0%, а общее количество взрослых людей, у

которых отсутствовали изменения в тканях пародонта – 12,0% (рисунок 3.1). Следовательно, показатель распространенности заболеваний пародонта по Республике Дагестан несколько превышает общероссийский показатель (81%), однако различия несущественные ($p > 0,05$).

Структура заболеваний пародонта у обследованных больных отражена на рисунке 3.2.

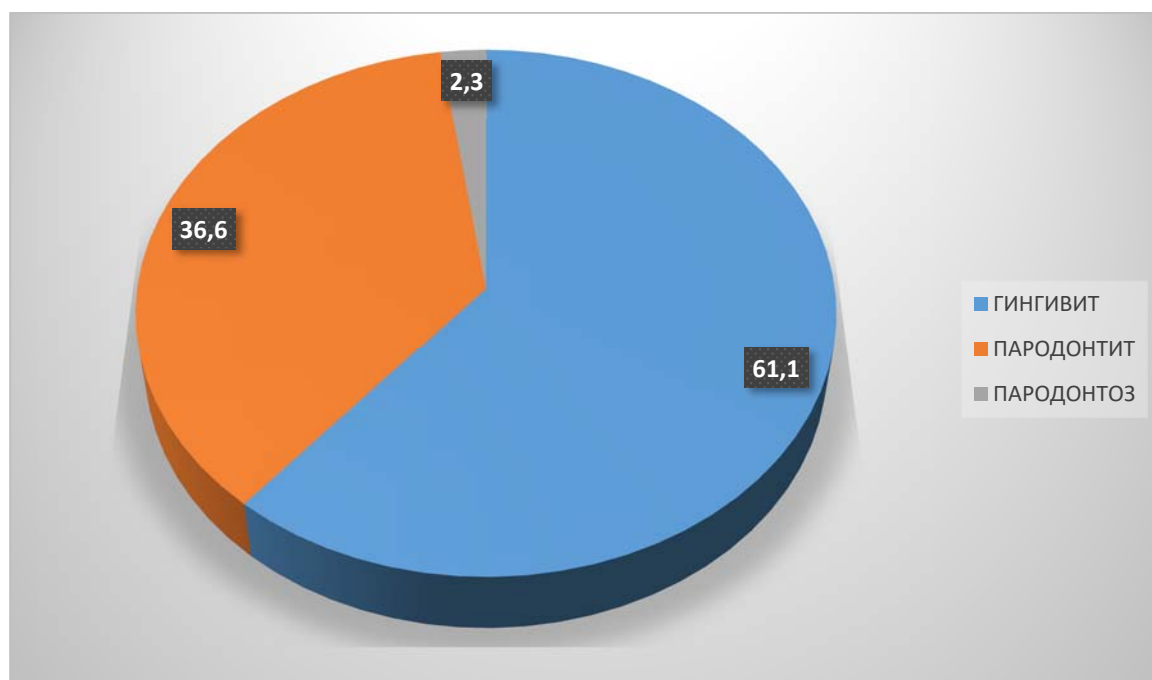


Рисунок 3.2 – Структура выявленной патологии пародонта у обследованных больных (в %).

Из данных рисунка 3.2 видно, что среди отдельных нозологических форм патологии пародонта чаще всего у обследованного населения выявлялся гингивит – 61,1% (всего 1506 случаев), реже пародонтит – 36,6% (903 случая), еще реже – пародонтоз – у 2,3% (56 случаев). Следовательно, из всей патологии пародонта 97,7% составили воспалительные заболевания (гингивит + пародонтит). В целом результаты, полученные при исследовании, подтверждают данные других исследований, которые демонстрировали высокий уровень заболеваемости тканей пародонта, а также высокую степень распространенности гингивита [4, 25, 149].

Среди пародонтитов и гингивитов преимущественно преобладали локализованные формы – соответственно у 88,6% (1334 случая) и 75,7% больных

(684 случая) (рисунок 3.3). Генерализованные формы гингивита и пародонтита имели место значительно реже – соответственно у 11,4% (172 случая) и 24,3% больных (219 случаев).

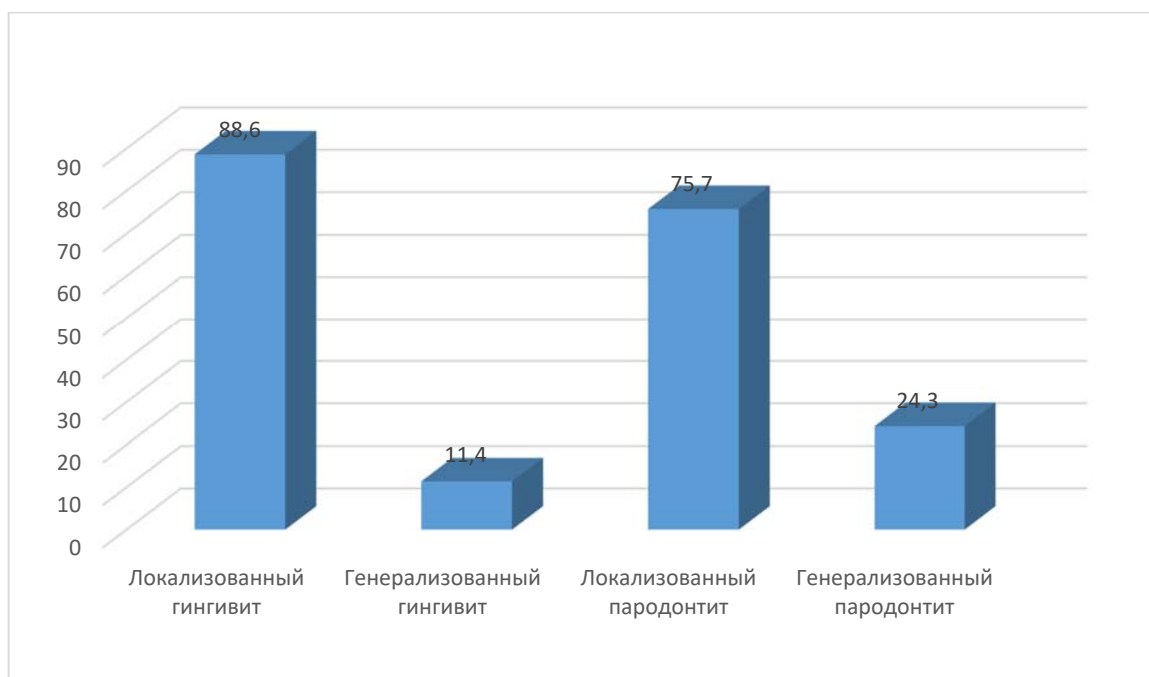


Рисунок 3.3 – Доля генерализованных и локализованных форм пародонтита, гингивита в структуре выявленной патологии пародонта (в %).

Среди обследованных с гингивитом (1334 человек) у 271 (18,0%) наблюдалась тяжелая степень гингивита, у 601 (39,9%) – средняя степень, у 634 (42,1%) – легкая степень (рисунок 3.4).

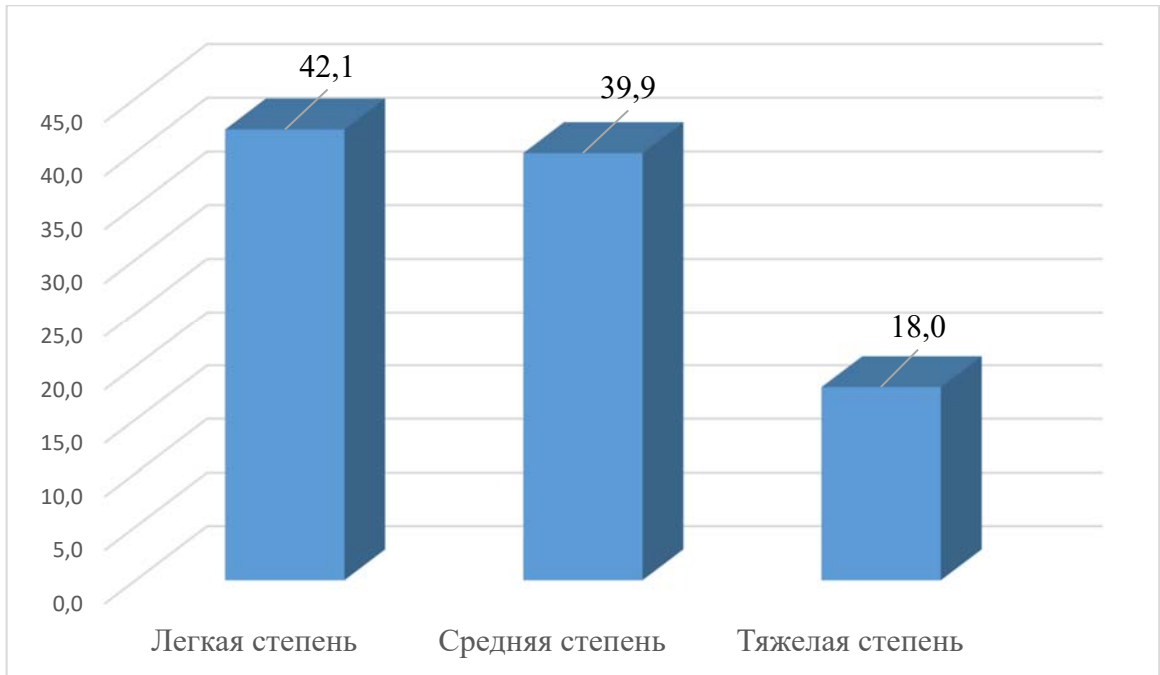


Рисунок 3.4 – Разделение пациентов с гингивитом по степени тяжести болезни (в %).

Обследованные нами лица с диагностированным пародонтитом и клиническими его проявлениями отражены в графике 3.5. Эти данные позволяют выделить фактор индивидуального ухода за полостью рта как основной в патогенезе заболеваний тканей пародонта.

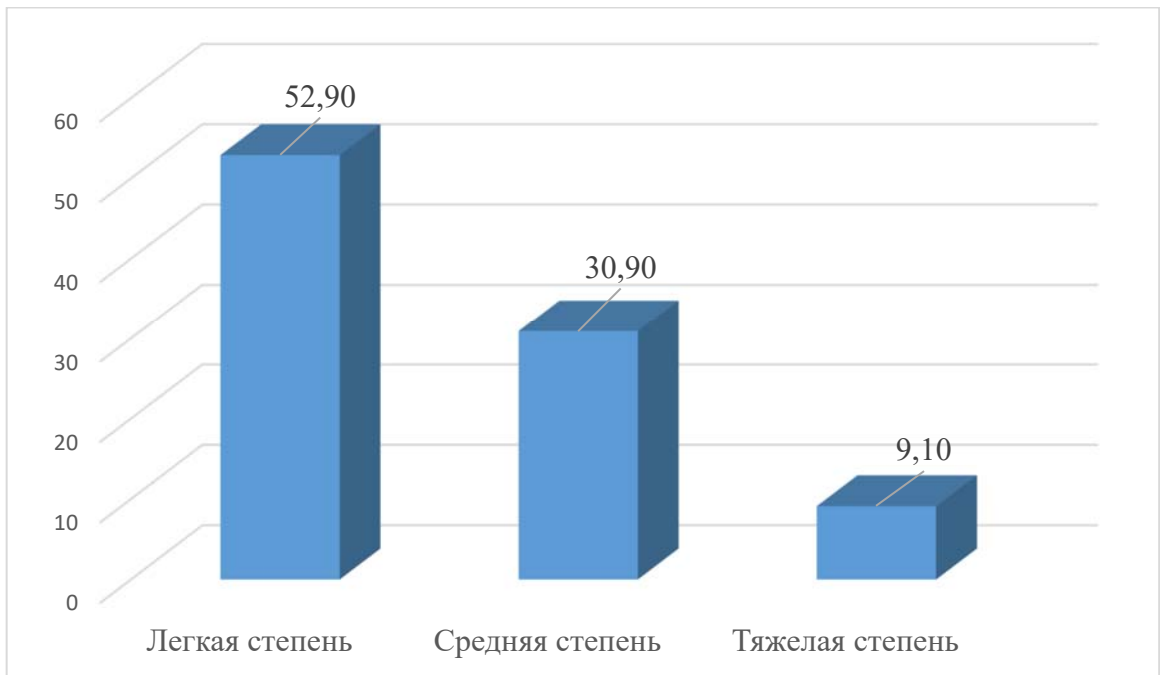


Рисунок 3.5 – Распределение больных с пародонтитом по степени тяжести заболевания (в %).

Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в различных регионах, в том числе в пределах одного региона (республики), предрасположена существенным колебаниям и связана с климатогеографическими условиями области, содержания микроэлементов в питьевой воде, социальных, экологических и других факторов. С учетом данного обстоятельства количество выявленных пациентов нами были распределены в зависимости от места жительства на: городские жители – 1268 человек и сельские жители – 1197 человек.

Распространенность заболеваний пародонта среди взрослого населения, проживающего в городах и сельской местности Республики Дагестан, приведена в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Структура выявленной патологии пародонта у больных, проживающих в городах и сельской местности Республики Дагестан (в %)

Место жительства	Заболевания пародонта						Количество обследованных (всего)
	Гингивит		Пародонтит		Пародонтоз		
	абсол.ч.	%	абсол.ч.	%	абсол.ч.	%	
Города	769	64,5	472	39,6	27	2,3	1268
Сельская местность	736	57,8	430	33,7	31	2,4	1197
Республика Дагестан	1505	61,1	902	36,6	58	2,3	2465

Воспалительные заболевания пародонта несколько чаще встречаются у жителей, проживающих в городах, по сравнению с проживающими в сельской местности. Так, гингивит у городского населения отмечался у 64,5%, пародонтит – у 39,6%, а у сельского населения – в 57,8% и 33,7% соответственно (таблица 3.1). Однако не наблюдается статистическая достоверность среди частоты патологий у жителей города и села ($p > 0,05$). Пародонтоз встречался у городских и сельских жителей почти с одинаковой частотой (соответственно в 2,3% и 2,4% случаев) ($p > 0,05$) [5].

Среди населения, как городов, так и сельской местности преимущественно преобладали локализованные формы гингивитов и пародонтитов – соответственно у 88,6% (1334 случая) и 75,7% больных (684 случая) (рисунок 3.6). генерализованные формы гингивита и пародонтита имели место значительно реже – соответственно у 11,4% (172 случая) и 24,3% больных (219 случаев).

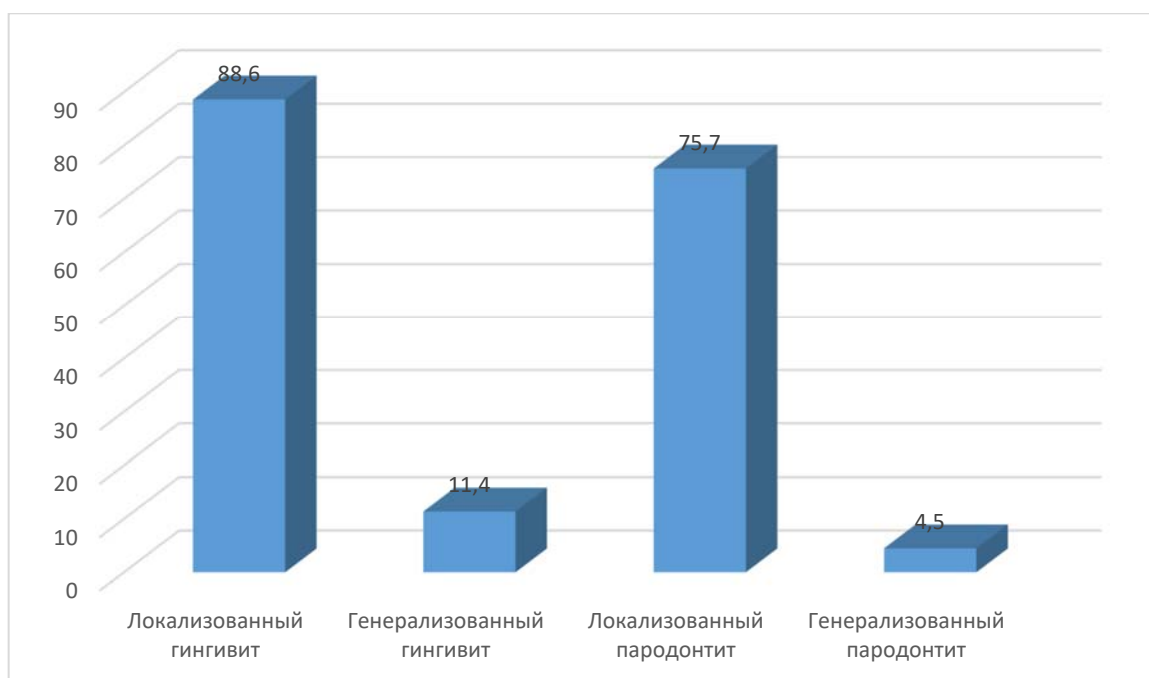


Рисунок 3.6 – Доля генерализованных, локализованных форм пародонтита и гингивита в структуре выявленной патологии пародонта у населения городов и сельской местности (в %).

Показатели интенсивности воспалительных заболеваний пародонта среди взрослого населения Республики Дагестан представлены на рисунок 3.7.

Интенсивность заболеваний пародонта у обследованных пациентов (2465 человек) в соответствии с индексом CPITN во всей республике – 2,24 баллов. Это рассматривалось в качестве потребности в профессиональной гигиене и обучения индивидуальной гигиене полости (рисунок 3.7). Кроме этого, лицам, которым было проведено обследование, следовало избавиться от факторов, способствующих образованию зубного налета.

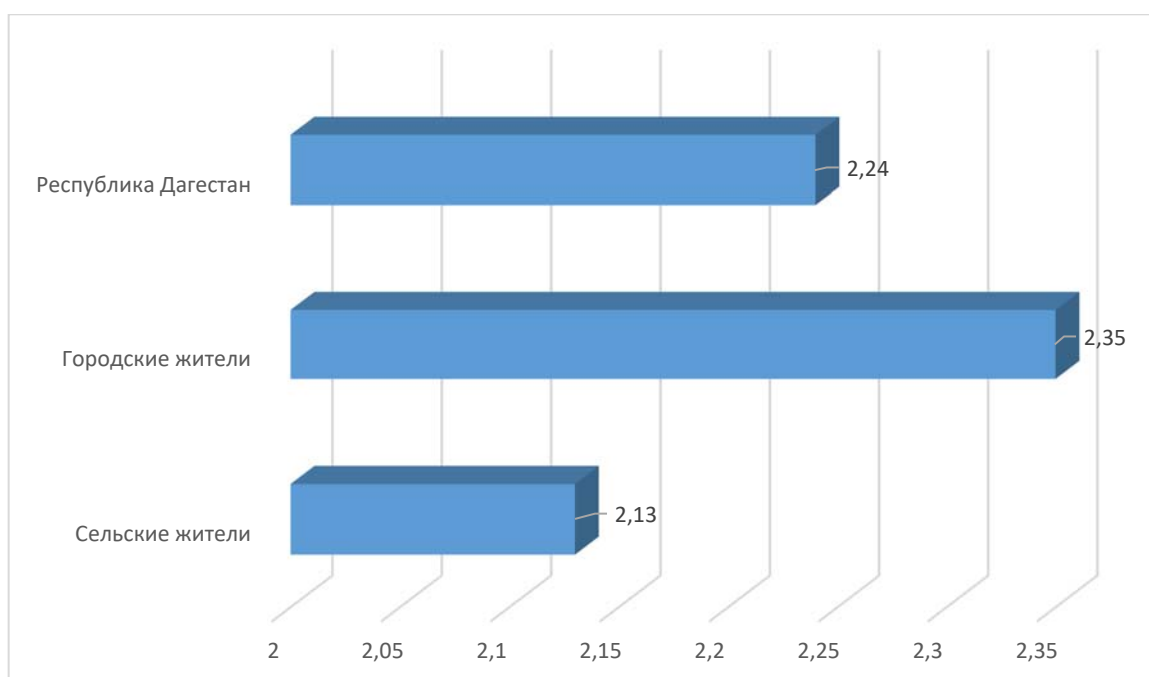


Рисунок 3.7 – Показатели индекса CPITN у пациентов в целом по республике, городов и сельской местности (в баллах).

При исследовании данных интенсивности болезней пародонта с учетом места проживания мы не обнаружили достоверных различий в показателях индекса CPITN у обследованных пациентов городов и сельской местности – показатель индекса по городам составил 2,35 баллов, а по сельской местности – 2,13 ($p=0,079$). Следовательно, показатели индекса CPITN как у жителей городов, так и у жителей сельской местности, оцениваются как требующие проведение профессиональной ухода и обучения индивидуальной гигиене полости.

Подводя краткий итог данной главе работы, можно отметить, что распространённость и интенсивность воспалительных болезней тканей пародонта на территории Республики Дагестан довольно высокие, признаки поражения тканей пародонта имеют 88,0% взрослого населения (18 лет и старше). Существенных различий распространённости и интенсивности их у жителей городов и сельской местности не наблюдается.

ГЛАВА 4

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Структура заболеваний пародонта, по данным литературы, зависит от возраста и пола [75]. С учетом данного положения, в данной главе работы мы изучали гендерные и возрастные особенности заболеваний пародонта среди обследованных нами пациентов.

Среди обследованных пациентов с патологией пародонта мужчины составили 1170 (47,5%), женщины – 1295 (52,5%). С учетом возраста пациенты были разделены на следующие группы: 503 человека – 18-20 лет; 1116 человек – 21-30 лет; 422 человека – 31-44 лет; 330 человек – 45-64 лет; 94 человека – 65 лет и старше [3].

Распределение пациентов по половому признаку показано на рисунке 4.1.

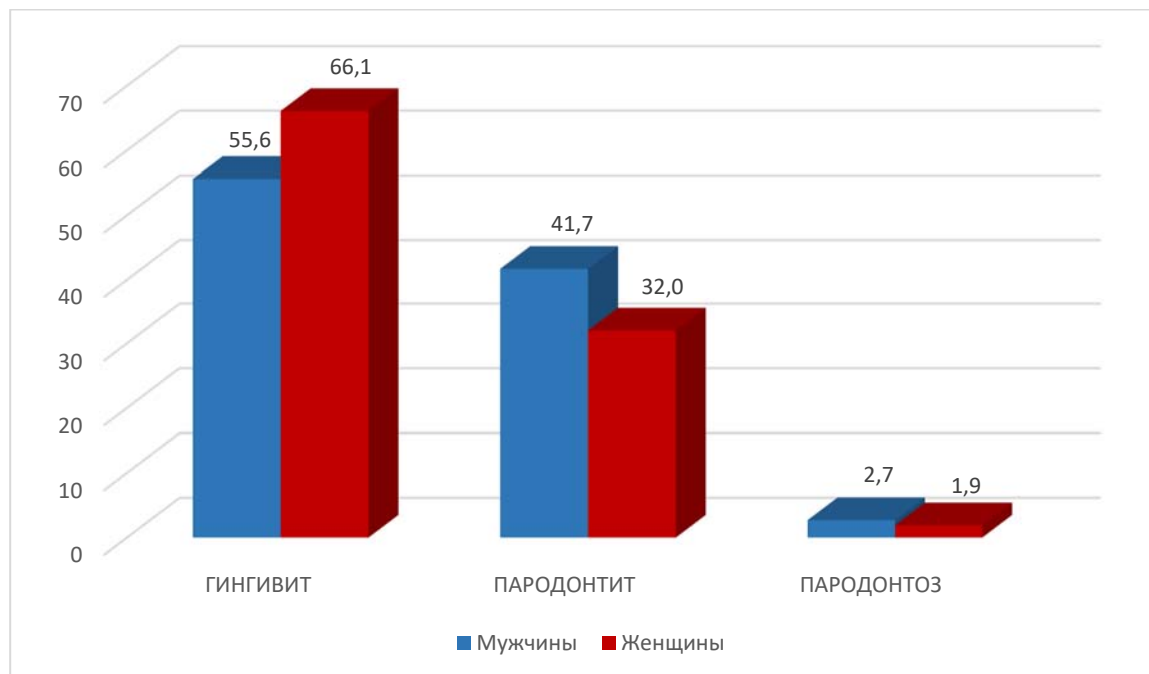


Рисунок 4.1 – Частота выявляемости патологий пародонта у обследованных лиц мужского и женского пола.

Из данных рисунка 4.1 видно, что у лиц женского пола, среди заболеваний пародонта по частоте преобладает гингивит (66,1%). Пародонтит имел место в 32,0% случаев, пародонтоз – в 1,9% случаев. Среди лиц мужского пола было выявлено гингивит (55,6%), пародонтит (41,7%), пародонтоз (2,7%) [3, 9].

У лиц женского пола в подавляющем большинстве случаев был выявлен локализованный гингивит – у 88,6%, генерализованный гингивит – 11,4% (рисунок 4.2). У 24,8% женщин генерализованный пародонтит, а 75,2% – локализованным [3].

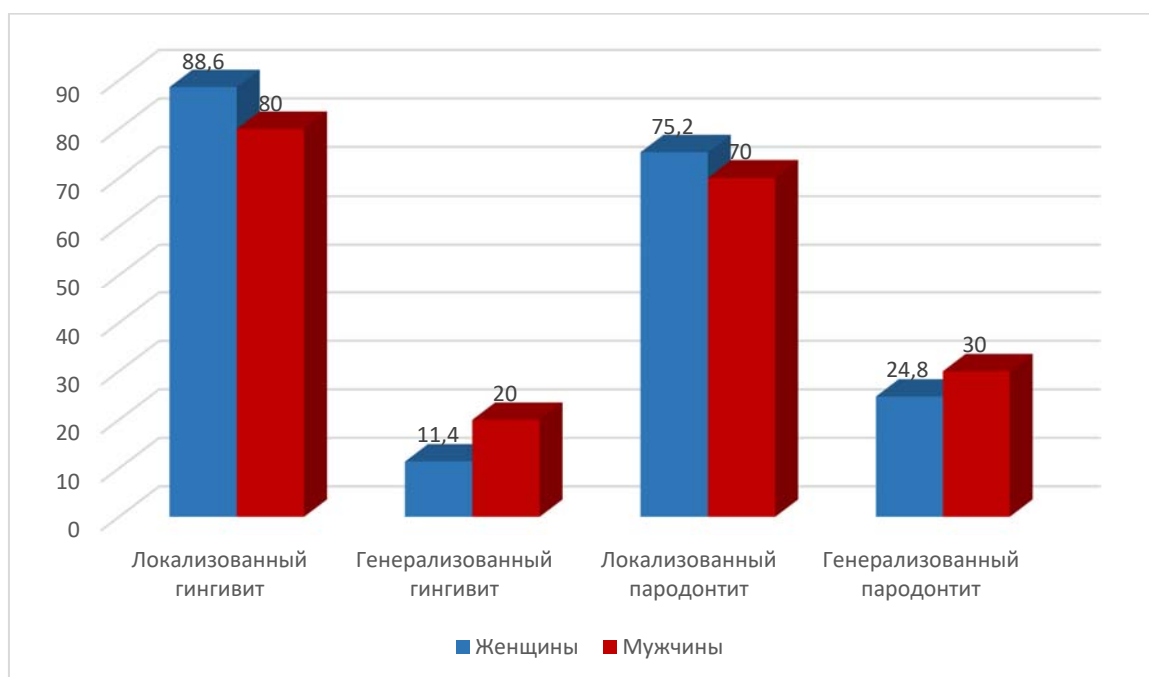


Рисунок 4.2 – Доля генерализованных, локализованных форм пародонтита и гингивита в структуре выявленной патологии пародонта у обследованных лиц мужского и женского пола (в %).

У пациентов мужского пола среди гингивитов и пародонтитов также чаще встречались локализованные формы – в 80,0% и 70,0% соответственно, генерализованные формы гингивитов и пародонтитов имели место значительно в меньшем проценте случаев (в 20,0% и 30,0% случаев) (рисунок 4.2). Результаты полученных данных демонстрируют что для лиц женского пола характерен гингивит, в отличие от мужского - пародонтит, а также пародонтоз (данные статистически незначимы $p < 0,05$) [3].

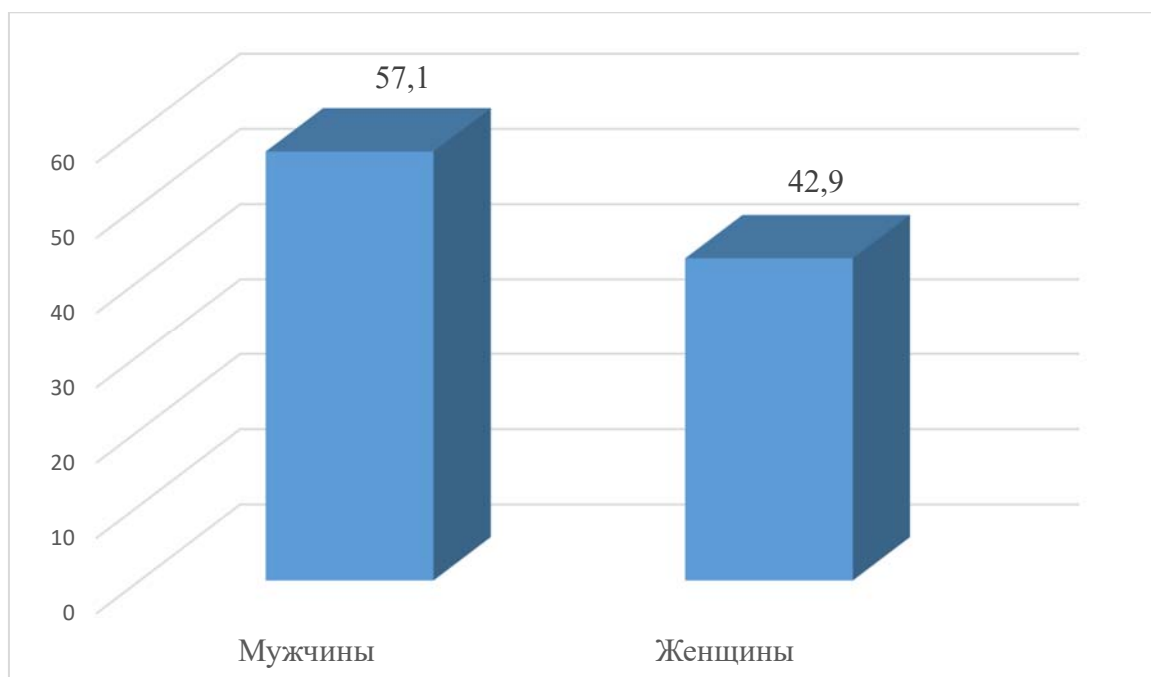


Рисунок 4.3 – Частота пародонтоза выявленной патологии пародонта у обследованных лиц мужского и женского пола (в %).

Пародонтоз у мужчин встречался чаще – у 32 из 56 (в 57,1% случаев), чем у женщин – у 24 (42,9%) (рисунок 4.3).

Показатели интенсивности воспалительных заболеваний пародонта среди жителей Республики в зависимости от половой принадлежности представлены на рисунок 4.4.

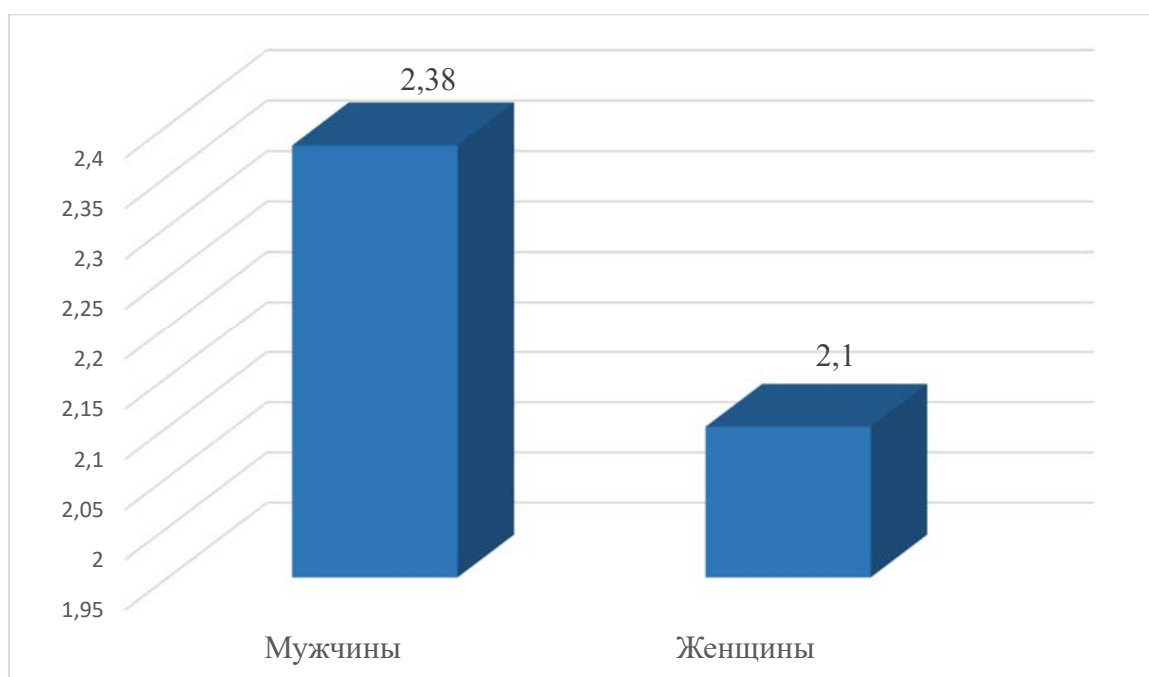


Рисунок 4.4 – Показатели индекса CPITN у исследованных пациентов в зависимости от пола (в баллах).

Индекс необходимости лечения болезней тканей пародонта у обследованных женщин (1295 человек) (индекс CPITN) составил $2,10 \pm 0,03$ баллов, у мужчин – $2,38 \pm 0,04$ баллов, различия между группами несущественные ($p=0,164$). В целом, и у женщин, и у мужчин интенсивность заболеваний пародонта оценивалась как необходимость проведения профессиональной гигиены и обучения личной гигиене ротовой полости.

Распространенность патологий пародонта у обследованных больных в зависимости от возраста приведена на рисунке 4.5.

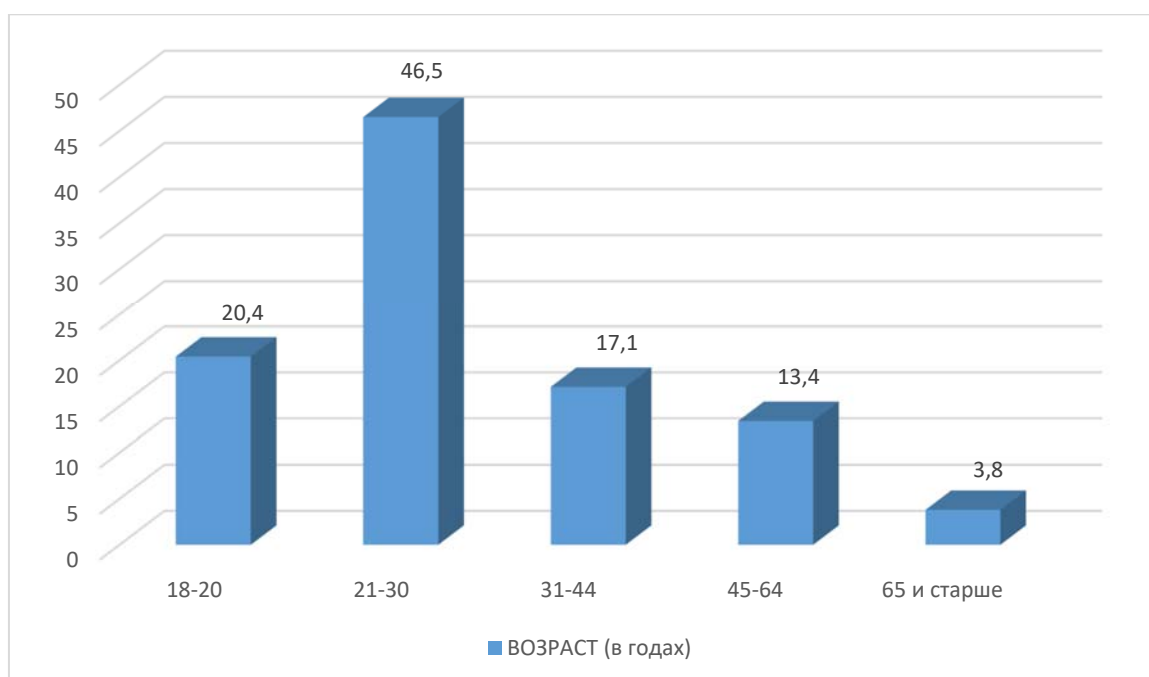


Рисунок 4.5 – Частота выявляемости патологий пародонта у обследованных лиц в зависимости от возраста.

Патология пародонта у лиц в возрасте 21–30 лет была выявлена в 46,5% случаях, у лиц в возрасте 65 лет и старше в 3,8% случаев. В целом, в подавляющем большинстве (84,0%) случаев патология пародонта встречалась у лиц в возрасте 18–44 года и лишь в 16% случаев – у лиц в возрасте 45 лет и старше (рисунок 4.5) [3].

На рисунке 4.6 представлена распространенность конкретных нозологических форм патологий пародонта у обследованных больных в зависимости от возраста.

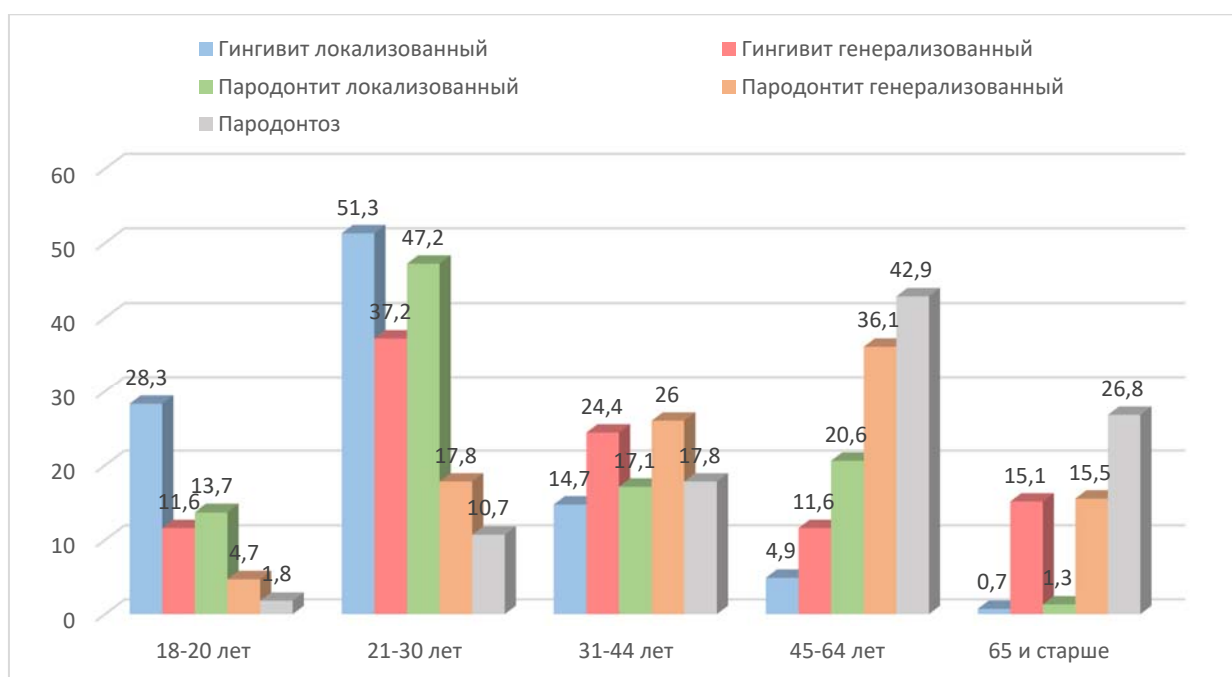


Рисунок 4.6 – Частота выявляемости патологий пародонта у обследованных лиц в зависимости от возраста.

Как видно из данных рисунка 4.6, в возрастной группе 18–20 лет наиболее частая патология — это локализованный гингивит. Вместе с тем возрастная группа 21–30 лет также имела высокие показатели частоты гингивита 51,3%, важно отметить, что в этой возрастной категории были высокие показатели частоты пародонтита (47,2%) и генерализованного гингивита –37,2%. Иная клиническая картина была среди лиц возрастных категорий 45–64 лет и старше 65: пародонтоз 42,9% и 26,8% соответственно. Вместе с тем, локализованный гингивит встречался в меньших количествах случаев в отличие от более молодых возрастных групп (4,9% и 0,7% соответственно).

Полученные данные показывают, во-первых, распространенность заболеваний пародонта увеличивается с возрастом, что соответствует данным других авторов [75], и, во-вторых, показатели распространенности воспалительных болезней тканей пародонта в зависимости от возраста показали свою неоднородность. Полученные результаты подтверждают данные российских исследований, которые показали прямую корреляцию степени тяжести пародонтита с возрастом [27, 64]. Полученные данные о высокой

распространенности воспалительных болезней тканей пародонта среди лиц молодого возраста свидетельствуют о значительной потребности в оказании стоматологической помощи данному контингенту.

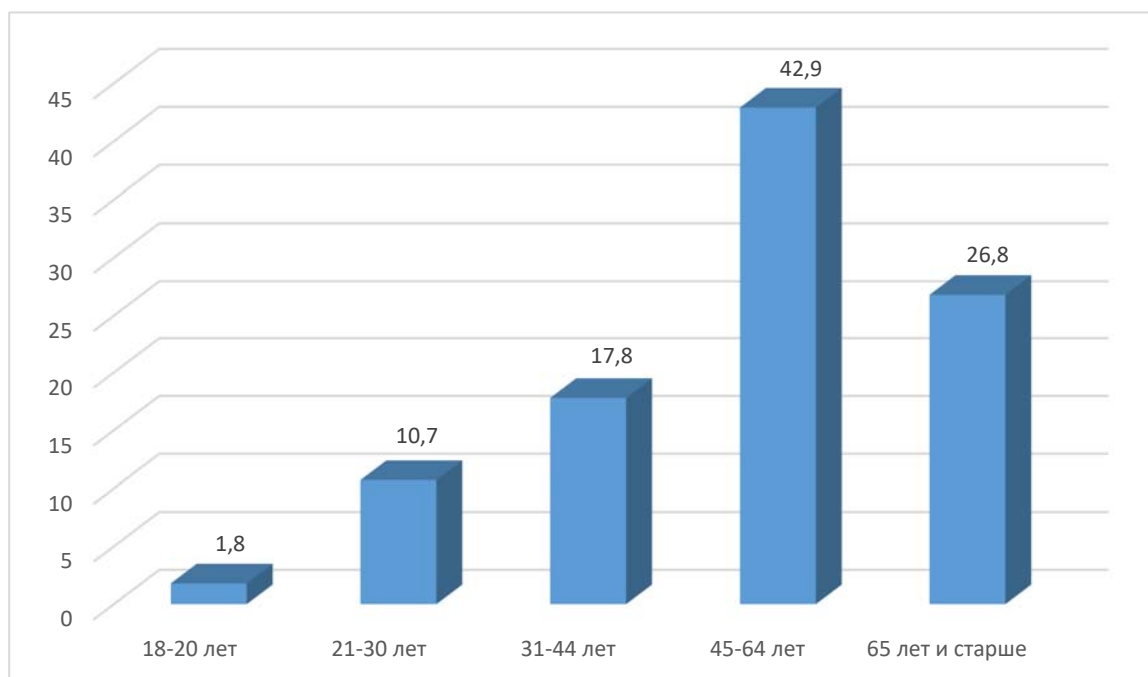


Рисунок 4.7 – Доля пародонтоза в структуре выявленной патологии пародонта у обследованных пациентов в зависимости от возраста (в %).

Наиболее часто пародонтоз диагностировали в возрастных группах 46-64 лет и 65 лет и старше – у 24 (42,9%) и у 15 (26,8%) пациентов соответственно. В возрастных группах 18-20 лет пародонтоз встречался у 1 (1,8%), 21-30 лет – у 6 (10,7%), 31-44 – у 10 (17,8) обследованных [3]. Следовательно, пародонтоз у обследованных нами пациентов чаще выявлен в более старших возрастных группах, а воспалительные заболевания пародонта – в возрасте 21-30 лет. Факт высокой заболеваемости воспалительными болезнями тканей пародонта молодого населения указывает на необходимость проведения целенаправленной работы по выявлению причин и условий распространения этих заболеваний, а также улучшения разработки методов и средств их профилактики у данного контингента населения [75].

Показатели интенсивности воспалительных заболеваний пародонта среди взрослого населения Республики Дагестан в зависимости от возраста представлены на рисунке 4.8.

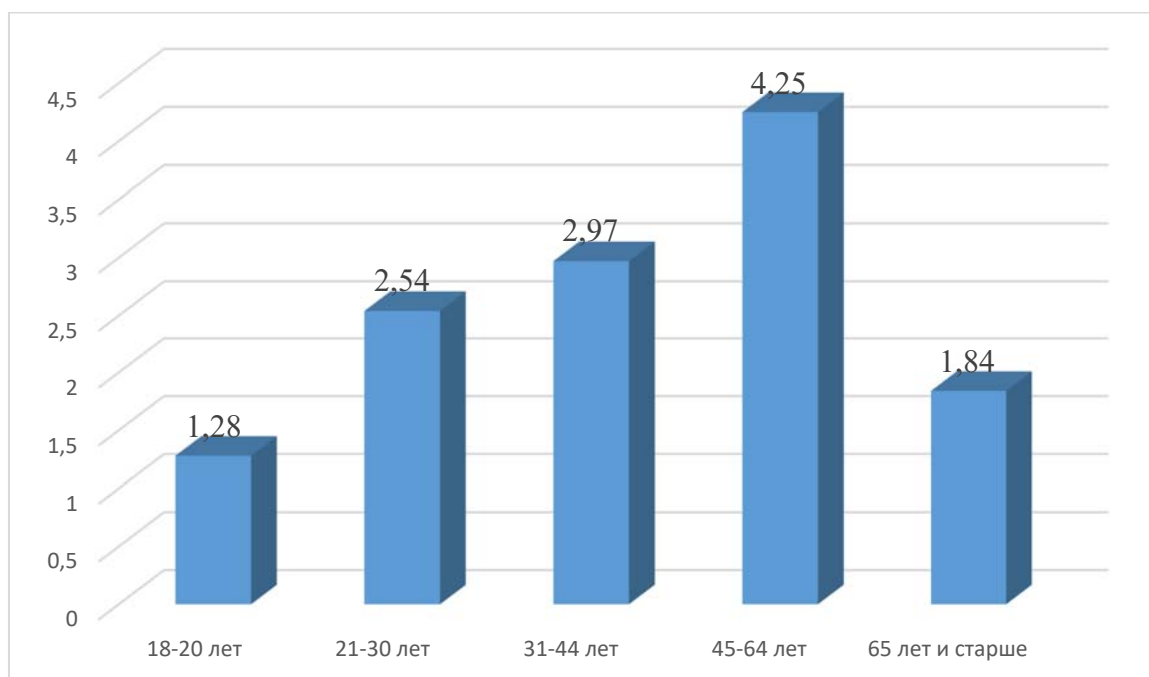


Рисунок 4.8 – Показатели индекса CRITN у исследованных пациентов в зависимости от возраста (в баллах).

Интенсивность заболеваний у пациентов в возрасте 15-20 лет по индексу CRITN составила 1,28, соответственно показателю пациенты нуждались в обучении гигиене полости рта; в возрасте 21-30 лет и 31-40 лет – 2,54 и 2,97 соответственно, что оценивалось как нуждаемость осуществления профессионального ухода за ротовой полостью, обучения личной гигиене ротовой полости и предотвращение влияния факторов, которые способствуют задержке налета на зубах. Определение индекса CRITN в возрастной группе «65 и старше», в связи с большим количеством исключенных секстантов, было затруднено ($1,84 \pm 0,14$).

В зависимости от их социально-профессионального состава обследованные пациенты с воспалительными болезнями тканей пародонта (гингивит + пародонтит) (2409 человек) нами были разделены на группы. Далее представлены на рисунке 4.9.

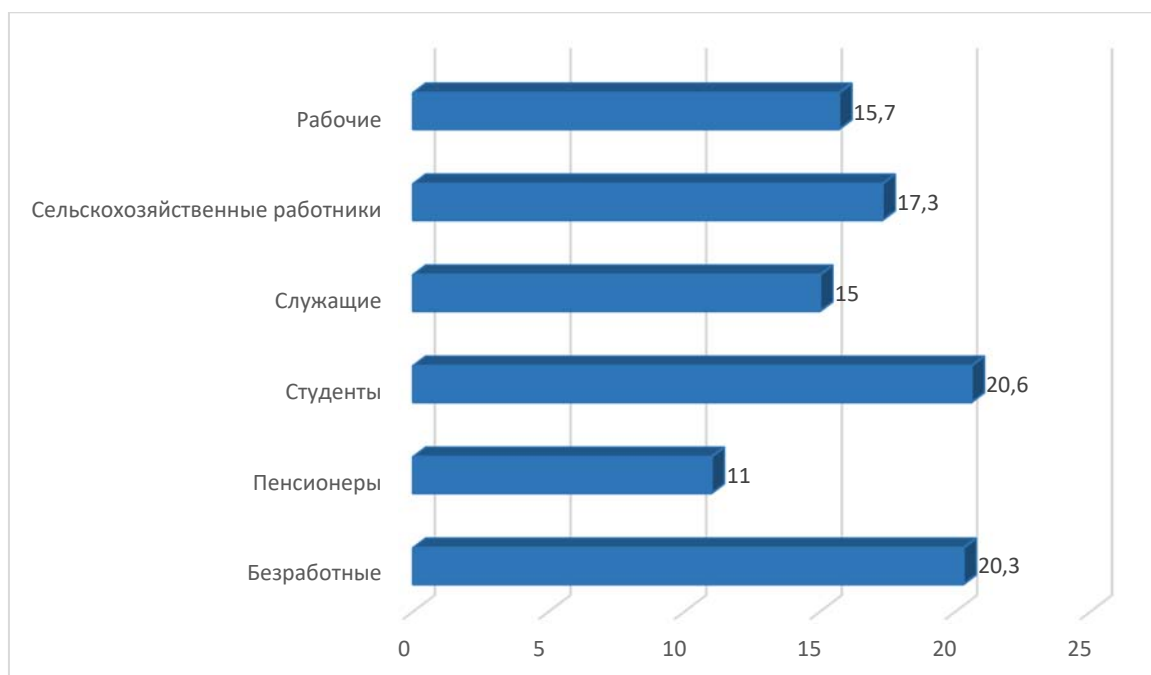


Рисунок 4.9 – Социально-профессиональный состав выявленных пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта (в %).

Как видно из данных рисунка 4.9, самый большой удельный вес приходился на студентов (20,6%) и безработных (20,3), наименьший – на пенсионеров (11,0%) (рисунок 4.9).

Учитывая мнение некоторых авторов о зависимости распространенности заболеваний пародонта от социально-экономического статуса пациента, нами обращалось внимание на эмоциональное напряжение и характер работы обследуемых (таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Род занятий и психоэмоциональная напряженность обследованных больных (в % и абс.ч.)

Группа		Показатель	Эмоциональное напряжение	Занят работой	
				физической	умственной
Гингивит	Локализованный n=1334	25,7 (343)	13,6 (181)	84,5 (1128)	
	Генерализованный n=172	41,3 (71)	19,2 (33)	61,0 (105)	
Пародонтит	Локализованный n=684	24,1 (165)	28,9 (198)	69,9 (478)	
	Генерализованный n=219	42,9 (94)	42,0 (92)	57,1 (125)	
Пародонтоз n=56		28,6 (16)	23,2 (13)	64,3 (36)	
Всего		2465	28,0 (689)	21,0 (517)	75,9 (1872)

Результаты исследования выявили значительное распространение всех нозологических форм заболеваний тканей пародонта у лиц, которые были заняты умственной работой (75,9%) (у лиц, занятых физической работой – у 21,0) и были в определенной степени людьми образованными. Наибольшее эмоциональное напряжение отмечали лица с выявленным генерализованным гингивитом (41,3%) и генерализованным пародонтитом (42,9%).

Полученные данные выявили большую распространённость среди женщин гингивита, а среди мужчин парадонтита и парадонтоза. При этом существенных различий распространённости и интенсивности их у мужчин и женщин не наблюдается. В возрастном аспекте были полученные данные за распространённость стоматологических заболеваний в молодом возрасте, а именно наличие локализованного гингивита. Однако стоит отметить, что более низкая распространённость данной патологии среди лиц старше 65, связана с

объективными ограничениями, а именно отсутствием возможности всеобъемлющего обследования из-за частичного отсутствия зубов.

Также среди пациентов молодого возраста была обнаружена высокая частота встречаемости локализованных форм патологий пародонта, требующая проведения профилактического стоматологического сопровождения с целью предупреждения развития генерализованных форм. Данный профилактический подход был апробирован рядом авторов [38], которые добились положительной динамики в случае постоянного профилактического сопровождения. Данное обстоятельство непосредственно влияет на местный иммунологический статус.

Значительное распространение всех нозологических форм заболеваний тканей пародонта отмечается у лиц, занятых умственной работой. Наибольшему эмоциональному напряжению подвергнуты лица с генерализованным гингивитом и генерализованным пародонтитом, что возможно говорит об определенной зависимости общего состояния организма, в том числе и пародонта как части целостного организма от психоэмоционального состояния человека.

ГЛАВА 5

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Для оценивания стоматологического состояния лиц взрослого населения Республики Дагестан нами обращалось внимание на наличие зубных отложений, наличие кариеса, частичное отсутствие зубов, наличие зубных протезов и нуждаемость в изготовлении зубных протезов с целью ортопедического лечения.

В таблице 5.1 представлены данные о частоте обнаружения зубных отложений у обследованных пациентов.

Таблица 5.1 – Частота зубных отложений у обследованных пациентов (в абс.ч. и в %)

Группа \ Показатель		Обследовано всего	Наличие зубных отложений	
			мягкие	твердые
Гингивит	Локализованный	1334	475 (35,6%)	784 (58,8%)
	Генерализованный	172	48 (27,9%)	129 (75,0%)
Пародонтит	Локализованный	684	223 (32,6%)	469 (68,6%)
	Генерализованный	219	44 (20,1%)	178 (81,3%)
Пародонтоз		56	12 (21,4%)	26 (46,4%)
Всего		2465	802 (32,5%)	1586 (64,3%)

Из данных таблицы 5.1 видно, что мягкие зубные отложения отмечались у 802 (33,6%), твердые зубные отложения – у 1586 (66,4%) из 2465 обследованных

пациентов. В целом зубные отложения были выявлены у 2388 (96,9%) пациентов. При локализованном гингивите мягкие зубные отложения были обнаружены у 35,6%, твердые зубные отложения – у 58,8% обследованных, при генерализованном гингивите – у 27,9% и у 75,0% соответственно. При локализованном пародонтите мягкие и твердые зубные отложения были обнаружены соответственно у 32,6%, твердые зубные отложения – у 68,6% обследованных, при генерализованном пародонтите – у 20,1% и у 81,3% соответственно [9]. При этом у обследованных в ряде случаев выявлялись мягкие и твердые зубные отложения одновременно. При пародонтозе мягкие и твердые зубные отложения были выявлены у 21,4% и у 46,4% соответственно. Распространенность кариеса у обследованных пациентов представлена в таблице 5.2.

Таблица 5.2 – Распространенность кариеса у обследованных пациентов
(в абс. ч. и в %)

Группа	Показатель	Обследовано всего	Наличие кариеса
Гингивит	Локализованный	1334	1020 (76,5%)
	Генерализованный	172	124 (72,1%)
Пародонтит	Локализованный	684	476 (69,6%)
	Генерализованный	219	128 (58,4%)
Пародонтоз		56	8 (14,3%)
Всего		2465	1756 (71,2%)

Из данных таблицы 5.2 видно, что кариес зубов отмечался у 1756 (71,2%) обследованных пациентов. При этом наибольшая распространенность кариеса выявлялась при гингивитах: при локализованном – в 76,5% и генерализованном – в 72,1% случаев, наименьшая распространенность – при пародонтозе (в 14,3% случаев). При локализованном и генерализованном пародонтитах кариес был выявлен у 69,6% и 58,4% случаев соответственно. Высокая пораженность кариесом населения с заболеваниями говорит о том, что, возможно, с обследованным населением недостаточно проводилась профилактическая работа.

Частота частичного отсутствия зубов у обследованных пациентов представлена в таблице 5.3.

Таблица 5.3 – Частичное отсутствие зубов у обследованных пациентов
(в абс. ч. и в %)

Группа \ Показатель		Обследовано всего	Наличие кариеса
Гингивит	Локализованный	1334	819 (61,4%)
	Генерализованный	172	96 (55,8%)
Пародонтит	Локализованный	684	452 (66,1%)
	Генерализованный	219	173 (79,0%)
Пародонтоз		56	42 (75,0%)
Всего		2465	1582 (64,2%)

Из данных таблицы 5.3 видно, что частичное отсутствие зубов наблюдалось у 64,2% обследованных пациентов. При этом наибольшее количество частичного отсутствия зубов имело место при пародонтитах: при локализованном – в 66,1% и

генерализованном – в 75,0% случаев, наименьшее количество – при гингивитах: при локализованном – в 61,4% и генерализованном – в 55,8% случаев. При пародонтозе частичное отсутствие зубов отмечалось у 75,0% случаев. Частичная потеря зубов, у подавляющего большинства обследованных, свидетельствует об отсутствии своевременно оказанной ортопедической стоматологической помощи, а значит и недостаточной гигиенической и профилактической стоматологической помощи обследованному контингенту населения [4].

Учитывая значение целостности зубных рядов для развития заболеваний пародонта и предупреждения осложнений имеющихся заболеваний пародонта, нами проверялось наличие зубных протезов у обследованных и нуждаемость в изготовлении новых зубных протезов тем, у кого их не было, и тем, у которых имеющие зубные протезы нуждались в замене.

Частота зубных протезов во рту у обследованных пациентов представлена в таблице 5.4.

Из данных таблицы 5.4 видно, что у 34,2% из числа обследованных отмечалось наличие зубных протезов. Зубные протезы часто имели место у пациентов с пародонтозом – в 64,3% случаев, наименьшее количество – при гингивитах: при локализованном – в 27,2% и генерализованном – в 28,5% случаев. При локализованном и генерализованном пародонтитах зубные протезы имелись в 63,0% и 64,3% случаях соответственно.

Таблица 5.4 – Частота зубных протезов в полости рта у обследованных пациентов (в абс. ч. и в %)

Группа \ Показатель		Обследовано всего	Имели зубные протезы
Гингивит	Локализованный	1334	363 (27,2%)
	Генерализованный	172	49 (28,5%)
Пародонтит	Локализованный	684	258 (37,7%)
	Генерализованный	219	138 (63,0%)
Пародонтоз		56	36 (64,3%)
Всего		2465	844 (34,2%)

В таблице 5.5 представлена нуждаемость в изготовлении зубных протезов у обследованных пациентов.

Из данных таблицы 5.5 видно, что в изготовлении зубных протезов нуждалось больше половины (58,3%) обследованных пациентов. При этом больше всего в протезах нуждались больные с локализованным пародонтитом (70,5%), меньше всего – пациенты с генерализованным гингивитом (43,6%). Среди больных пародонтозом нуждающихся в протезировании зубов составило 48,2%.

Таблица 5.5 – Нуждаемость в изготовлении зубных протезов у обследованных пациентов (в абс. ч. и в %)

Показатель		Обследовано	Наличие
Группа		всего	кариеса
Гингивит	Локализованный	1334	726 (54,4%)
	Генерализованный	172	75 (43,6%)
Пародонтит	Локализованный	684	482 (70,5%)
	Генерализованный	219	126 (57,5%)
Пародонтоз		56	27 (48,2%)
Всего		2465	1436 (58,3%)

Таким образом, при пародонтите наличие зубных протезов и нуждаемость в их изготовлении было несколько больше (43,9% имели зубные протезы и 67,3% нуждались в изготовлении зубных протезов), чем при гингивите и пародонтозе [1].

Для обеспечения нормального функционирования тканей и органов человека, в том числе и тканей пародонта, как известно, имеют значение, как качественные показатели, так и консистенция употребляемой пищи. В этой связи путем анкетирования нами выяснялась консистенция употребляемой пациентами пищи (таблица 5.6).

Таблица 5.6 – Характеристика питания и гигиены полости рта у обследованных лиц (в абс. ч. и в %)

Группа		Показатель	Консистенция употребляемой пищи		
			жесткая	мягкая	смешанная
Гингивит	Локализованный	1334	24 (1,8%)	28 (2,1%)	1282 (96,1%)
	Генерализованный	172	8 (4,7%)	6 (3,5%)	158 (91,9%)
Пародонтит	Локализованный	684	15 (2,2%)	31 (4,5%)	638 (93,3%)
	Генерализованный	219	2 (0,9%)	28 (12,8%)	189 (86,3%)
Пародонтоз		56	17 (30,4%)	21 (37,5%)	18 (32,1%)
Всего		2465	66 (2,7%)	114 (4,6%)	2285 (92,7%)

Как видно из данных таблицы 5.6, более 80–90% обследованных с выявленным гингивитом и пародонтитом употребляли пищу смешанной консистенции. У лиц с пародонтозом количество лиц, употребляющих жесткую, мягкую и смешанную пищу было одинаковым (30,4%, 37,5%, 32,1% соответственно).

Учитывая роль слюноотделения для механической обработки пищевого комка и подготовки его к дальнейшему продвижению, и усвоению в желудочно-кишечном тракте, и известную роль заболеваний пищеварительной системы в развитии заболевания пародонта, нами выяснялся характер слюноотделения обследованных лиц (таблица 5.7).

Таблица 5.7 – Характер слюноотечения у обследованных лиц (в абс. ч. и в %)

Группа		Показатель	Слюноотделение		
			обильное	среднее	малое
Гингивит	Локализованный 1334	126 (9,4%)	1150 (86,2%)	58 (4,3%)	
	Генерализованный 172	43 (25,0%)	112 (65,1%)	17 (9,9%)	
Пародонтит	Локализованный 684	94 (13,8%)	535 (78,2%)	55 (8,0%)	
	Генерализованный 219	42 (19,2%)	139 (63,5%)	38 (17,4%)	
Пародонтоз	56	22 (39,3%)	28 (5,0%)	6 (10,7%)	
Всего	2465	327 (13,3%)	1964 (79,7%)	174 (7,1%)	

Из данных таблицы 5.7 видно, что значительно большинство обследованных с заболеваниями пародонта отметили слюноотделение как среднее (79,7%). Меньшее количество обследованных оценили характер слюноотделения как обильное и малое (13,3% и 7,1% соответственно). Здесь у обследованных возможно были проблемы с оценкой характера слюноотделения в виду отсутствия четких показателей для ее определения.

Известно, что развитие заболеваний пародонта является в одних случаях следствием причин местного характера. Это и различные факторы местного механического раздражения, и неудовлетворительная гигиена полости рта. В других случаях изменения в полости рта, в том числе и в тканях пародонта, могут проявляться вследствие наличия системного воспаления в организме и является симптомом общей патологии, поэтому наличие развернутого анамнеза болезни представлялось целесообразным. При сборе анамнеза учитывалось наличие неврологических и эндокринных заболеваний, гипертонической болезни,

атеросклероза, ревматизма, болезни почек, болезни ЖКТ, оториноларингологических болезней, сахарного диабета. При этом не проводили специальную диагностику, а отмечали наличие заболевания со слов обследуемых. Частота встречаемости сопутствующих заболеваний в целом у обследованных пациентов представлена в таблице 5.8.

Таблица 5.8 – Распространенность сопутствующих заболеваний у больных с заболеваниями пародонта (в абс. ч. и в %)

Нозологическая форма	Сопутствующие заболевания	
	абс. ч.	%
Гингивит (n=1506)	675	44,8
Пародонтит (n=903)	555	61,5
Пародонтоз (n=56)	63	112,5
Всего (n=2465)	1293	52,5

Как видно из данных таблицы 5.8, сопутствующая патология у обследованных с заболеваниями пародонта отмечалась у 52,5%. Наиболее чаще сопутствующие заболевания отмечались у больных пародонтозом – 112,5% (превышение показателя 100% свидетельствует о том, что у некоторых больных встречались несколько – 2 и более – патологий одновременно) [1].

Распространенность сопутствующих заболеваний по нозологическим формам у больных с заболеваниями пародонта представлена в таблице 5.9.

Таблица 5.9 – Распространенность сопутствующих заболеваний по нозологическим формам у лиц с болезнями тканей пародонта (в % и в абсолютных числах)

Патологические состояния тканей пародонта	Сопутствующие заболевания								
	Артериальная гипертоническая болезнь	Атеросклероз	Сахарный диабет	Ревматизм	Болезни почек	Заболевания желудочно-кишечного тракта	Оториноларингологические заболевания	Заболевания эндокринной системы	Заболевания неврологической системы
Гингивит (n=1506)	98 (14,5%)	13 (1,9%)	3 (0,4%)	44 (6,5%)	76 (11,3%)	268 (39,7%)	160 (23,7%)	5 (0,7%)	8 (1,2%)
Пародонтит (n=903)	104 (18,7)	18 (3,2%)	22 (4,0%)	33 (5,9%)	64 (11,5%)	232 (41,8%)	58 (10,5%)	12 (2,2%)	12 (2,2%)
Пародонтоз (n=56)	12 (19,0%)	10 (15,9%)	2 (3,2%)	10 (15,9%)	4 (6,3%)	16 (25,4%)	2 (3,2%)	3 (4,8%)	4 (6,3%)
Всего (n=2465)	214 (16,6%)	41 (3,2%)	27 (2,1%)	87 (6,7%)	144 (11,1%)	516 (39,9%)	220 (17,0%)	20 (1,5%)	24 (1,9%)

Как видно из данных таблицы 5.9, наиболее часто у больных с пародонтальной патологией отмечались заболевания желудочно-кишечного тракта (39,9%). Несколько меньше у них встречались ЛОР заболевания (17,0%), артериальная гипертония (16,6%) и заболевания почек (11,1%). Больные пародонтитом чаще страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта (41,8% случаев), артериальной гипертонией (18,7% случаев), заболеваниями почек и ЛОР органов (11,5% и 10,5% случаев соответственно). Больные, у которых был диагностирован гингивит, заболевания желудочно-кишечного тракта отмечали в 39,7%, ЛОР органов – в 23,7% случаях, артериальная гипертония – в 14,5% случаях. У больных с пародонтозом также было отмечено наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта (25,4%), гипертонии (19,0%), атеросклероз (15,9%) и ревматизм (15,9%) [1]. Остальные сопутствующие заболевания чаще встречались при

пародонтите, чем при гингивите и пародонтозе, хотя цифры были значительно ниже [2].

Таким образом, у пациентов с патологией тканей пародонта наиболее часто отмечались заболевания желудочно-кишечного тракта, ЛОР органов, гипертония, заболевания почек и ревматизм. При этом необходимо отметить, что сопутствующая патология чаще встречалась при пародонтозе, чем при гингивите и пародонтите. Нами также анализировалось лечение у обследованных лиц таких вредных привычек как употребление алкоголя, курение и бруксизм. Данные приведены в таблице 5.10.

Таблица 5.10 – Частота вредных привычек у обследованных больных

Группа		Показатель	Алкоголь	Курение	Бруксизм
Гингивит	Локализованный 1334		52 (3,9%)	328 (24,6%)	27 (2,0%)
	Генерализованный 172		8 (4,8%)	71 (41,3%)	8 (4,7%)
Пародонтит	Локализованный 684		56 (8,2%)	215 (31,5%)	16 (2,4%)
	Генерализованный 219		34 (15,5%)	92 (42,2%)	10 (4,6%)
Пародонтоз	56		7 (13,0%)	16 (28,6%)	2 (3,5%)
Всего	2465		157 (6,4%)	722 (29,3%)	63 (2,6%)

Как видно из данных таблицы 5.10, при всех нозологических формах патологии пародонта, обследованные, чаще отмечали курение и в меньшей степени употребление алкоголя и бруксизм. В целом, среди больных с патологией пародонта курящие составляли 29,3%, алкоголь употребляли 6,4% и бруксизмом страдали 2,6%. Аномалия зубочелюстной системы является важным

этиологическим фактором, который провоцирует развитие болезней пародонтальных тканей [2, 10, 121]. С учетом этого, у всех обследованных обращали внимание на наличие аномалий зубочелюстной системы. Данные о частоте встречаемости аномалий зубочелюстной системы у больных с заболеваниями пародонта представлены в таблице 5.11.

Таблица 5.11 – Частота проявления аномалий зубочелюстной системы у больных с заболеваниями пародонта

Показатель		Аномалии зубочелюстной системы								Всего аномалий
		Положение зубов	Формы зубов	Диастемы	Тремы	Недоразвитые зубы	Прогения	Чрезмерное развитие обеих челюстей	Недоразвитие челюстей	
Группа										
Гингивит	Локализованный 1334	13,8 (184)	3,9 (52)	5,9 (79)	5,8 (77)	0,2 (3)	1,1 (15)	0,5 (7)	0,4 (5)	36,6 (422)
	Генерализованный 172	17,4 (30)	2,9 (5)	12,8 (22)	1,7 (3)	-	1,2 (2)	1,7 (3)	-	40,1 (69)
Пародонтит	Локализованный 684	11,6 (79)	3,8 (26)	6,7 (46)	5,9 (40)	0,3 (2)	2,0 (14)	0,7 (5)	0,4 (3)	31,4 (215)
	Генерализованный 219	13,2 (29)	5,5 (12)	3,7 (8)	2,7 (6)	-	2,3 (5)	0,5 (1)	-	28,3 (62)
Пародонтоз	56	3,6 (2)	1,8 (1)	3,6 (2)	5,4 (3)	-	3,6 (2)	-	1,8 (1)	10,6 (11)
Всего	2465	324 13,1%	96 3,9%	157 6,4%	129 5,2%	5 0,2%	38 1,5%	16 0,6%	9 0,4%	774 31,4%

Как видно из данных таблицы 5.11, у 31,4% обследованных с заболеваниями тканей пародонта имелись различные аномалии. При этом у некоторых больных с

патологией пародонта отмечалось наличие двух или больше аномалий. Аномалии положения отдельных зубов были отмечены у 324 (13,1%) больных. Меньше наблюдали такие аномалии, как диастема – у 157 (6,4%), тремы – у 129 (5,2%) и аномалии формы зубов – у 96 (3,9%). Такие аномалии, как недоразвитие зубов, прогения, чрезмерное развитие обеих челюстей, недоразвитие челюстей, встречались у небольшого количества обследованных – у 5 (0,2%), 38 (1,5%), 16 (0,6%) и 9 (0,4%) соответственно.

На основании полученных результатов обследования можно предположить, что в определённых случаях аномалии зубочелюстной системы играли отрицательную роль в развитии заболеваний пародонта.

Следует также отметить, что подавляющее большинство обследованных имели частичную потерю зубов, что является свидетельством отсутствия своевременно оказанной ортопедической стоматологической помощи, а значит и недостаточной гигиенической и профилактической стоматологической помощи обследованному контингенту населения [1].

Учитывая значение целостности зубных рядов для развития заболевания пародонта и предупреждения осложнения, имеющих заболевания пародонта, нами проверялось наличие зубных протезов у обследованных и нуждаемость в изготовлении новых зубных протезов тем, у кого их не было, и тем, у которых имеющие зубные протезы нуждались в замене. Так, у 26,4% обследованных лиц с выявленным гингивитом отмечалось наличие зубных протезов. В то же время 53,2% обследованных нуждались в изготовлении зубных протезов.

При пародонтите наличие зубных протезов и нуждаемость в их изготовлении было несколько больше (43,9% имели зубные протезы и 67,3% нуждались в изготовлении зубных протезов). При локализованном пародонтите 37,7% имели зубные протезы и 70,5% нуждались в их изготовлении. Обследованные с выявленным генерализованным пародонтитом в 63,0% случаев имели зубные протезы и 57,5% нуждались в изготовлении зубных протезов.

Среди лиц с выявленным пародонтозом зубные протезы имели 64,3%, а 48,2% нуждались в изготовлении зубных протезов.

В целом 34,2% обследованных имели зубные протезы и 58,3% нуждались в их изготовлении, т.е. в проведении ортопедического стоматологического лечения.

Учитывая мнение некоторых авторов о зависимости распространенности заболеваний пародонта от социоэкономического статуса пациента, нами обращалось внимание на эмоциональное напряжение и характер работы обследуемых (таблица 5.12).

Таблица 5.12 – Род занятий и психоэмоциональная напряженность обследованных больных

Группа		Показатель	Эмоциональное напряжение	Занят работой	
				физической	умственной
Гингивит	Локализованный 1334	25,7 (343)	13,6 (181)	84,5 (1127)	
	Генерализованный 172	41,3 (71)	19,2 (33)	61,0 (105)	
Пародонтит	Локализованный 684	24,1 (165)	28,9 (198)	69,9 (478)	
	Генерализованный 219	42,9 (94)	42,0 (92)	57,1 (125)	
Пародонтоз	56	28,6 (16)	23,2 (13)	64,3 (36)	
Всего	2465	28,0 (689)	21,0 (517)	75,9 (1871)	

При этом выявили значительное распространение всех нозологических форм заболеваний тканей пародонта у лиц, которые были заняты умственной работой и были в определенной степени людьми образованными. Наибольшее эмоциональное напряжение отмечали лица с выявленным генерализованным гингивитом и генерализованным пародонтитом, что возможно говорит об

определенной зависимости общего состояния организма, в том числе и пародонта как части целостного организма от психоэмоционального состояния человека.

Таким образом, подводя краткий итог изложенному выше, можно отметить, что в целом у обследованных лиц взрослого категории республики отмечается низкий уровень стоматологического статуса – большинство из них нуждается в лечебно-профилактической помощи. Одним из путей улучшения стоматологического здоровья данного контингента, на наш взгляд, является оптимизация воспитательной и просветительской работ в целях выработки и поддержания гигиенической мотивации.

ГЛАВА 6

УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

Научные исследования, проведенные в последние десятилетия, говорят о том, что одной из главных причин развития заболеваний пародонта является плохое положение гигиены ротовой полости [3, 11, 13, 15]. Сохранение оптимального удовлетворительного состояния ротовой полости во многом зависит от уровня осведомленности жителей в проблеме ухода за полостью рта и профилактики. С учетом изложенного, в данной главе работы мы изучали информированность населения в вопросах профилактики стоматологических заболеваний и индивидуальной гигиены полости рта.

Для решения поставленной задачи мы проводили анкетирование 850 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, у которых были выявлены заболевания пародонта. Для опроса использовалась анкета, разработанная для данного исследования, содержащая 42 вопроса, полностью охватывающих весь спектр гигиенической грамотности.

Социально-демографический состав опрошенных с заболеваниями пародонта представлялся в таком виде: 31,0% насчитывали женщины, 69,0% составляли мужчины. Значительное количество обследованных (84,0%) приходилось на возраст максимальной трудоспособности (24% довелось на часть лиц 18-30 лет; 26,0% – 31-40 лет; 35,0% – 41-50 лет; 12,0% – на лиц 50-59 лет). Часть обследованных 18-20-ти и старше 60-ти лет пришлась на 2,0% и 1,0%. В общественном составе большее количество пришлось на безработных (24,0%), далее – студенты (21,0%), сельскохозяйственные работники (18,0%) и служащие (17,1%). Наименьшее значение у представителей социальной сферы – пенсионеров (14,0%), учащихся (2,9%), инвалидов (2,0%), бизнесменов (1,0%) (рисунок 6.1).



Рисунок 6.11 – Социальный статус опрошенных пациентов

Стоит подчеркнуть, что у 13,0% обследованных работа сопряжена с присутствием профессиональных вредностей, а у большей части опрошенных (56,0%) определено наличие хронического стоматологического заболевания.

Из числа опрошенных 380 составляли пациенты с гингивитом, 452 – пародонтитом и 30 – пародонтозом.

Первый вопрос, адресованный пациентам, касался информации о нормах гигиены ротовой полости опрошенных. На вопрос: «Знаете ли Вы правила гигиены полости рта?», 84,0% респондентов ответили отрицательно, хотя фактически они проводили уход за полостью рта. Такое же количество респондентов ответили на отсутствие мотивации к поддержанию здоровья, а также ознакомлению правилам ухода за ротовой полостью.

Для выяснения используемой процедуры ухода за полостью рта респондентам был задан вопрос: «Как Вы ухаживаете за ротовой полостью?». Ответы определились следующим образом: полощу полость рта после еды – 8,0%, провожу чистку щеткой зубной и пастой – 86,0%, чищу язык щеткой – 6,0% (рисунок 6.2).

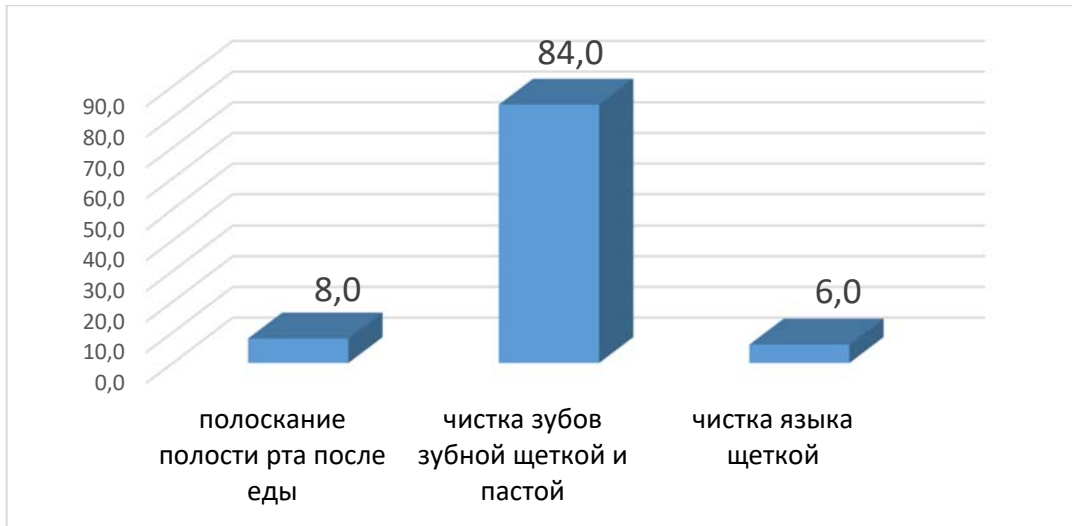


Рисунок 6.2 – Используемые респондентами процедуры ухода за полостью рта.

Анализ ответов респондентов о регулярности гигиенической процедуры чистки зубов показал, что только 12,7% (142 человек из 850 опрошенных) индивидуальный уход за полостью рта осуществляли регулярно, 79,3% гигиенические процедуры проводили нерегулярно, 9,0% не смогли дать четкий ответ (рисунок 6.3). Неблагоприятные ответы не были среди опрошенных в возрасте от 18 до 30 лет, наивысшая (28,2%) их часть наблюдалась среди населения старше 60 лет.

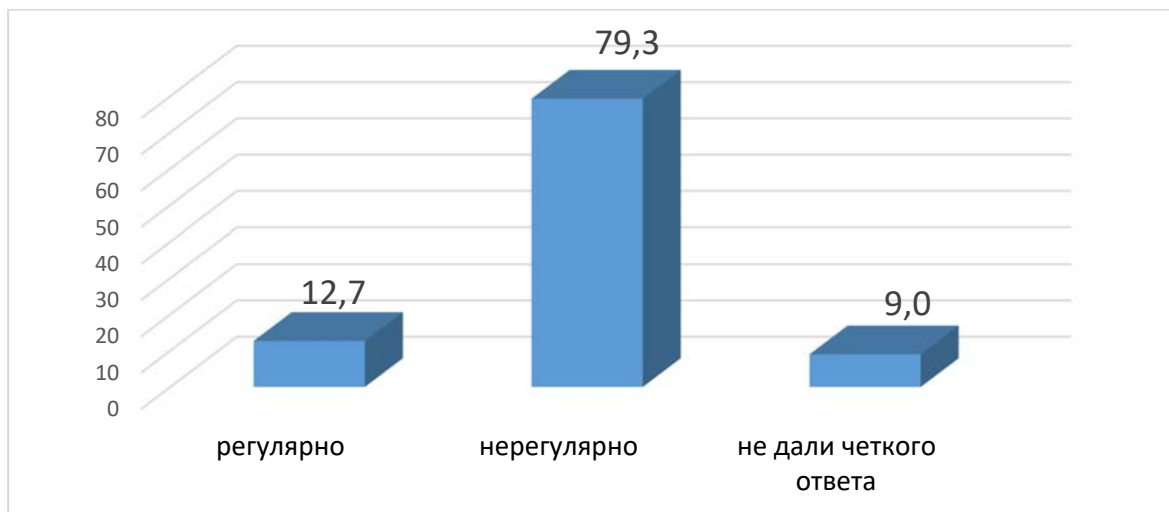


Рисунок 6.3 – Регулярность чистки зубов респондентами.

Распределение ответов на вопросы, которые относились к количеству чистки зубов, позволило представить, что 18,0% опрошенных соблюдают базовые правила

ухода за полостью рта, осуществляя чистку 2 раза в день. Большое количество респондентов (57,1%) проводят чистку зубов 1 раз в день. Однако подавляющее большинство опрошенных (79,8%) тратили на чистку зубов не более 1 мин., вместо рекомендуемых 2,5-3 мин. не оказывали необходимого внимания состоянию ротовой полости и ухода за ней 212 (24,9%) обследованных – их ответ был таков: «Вообще не чищу» (рисунок 6.4.).

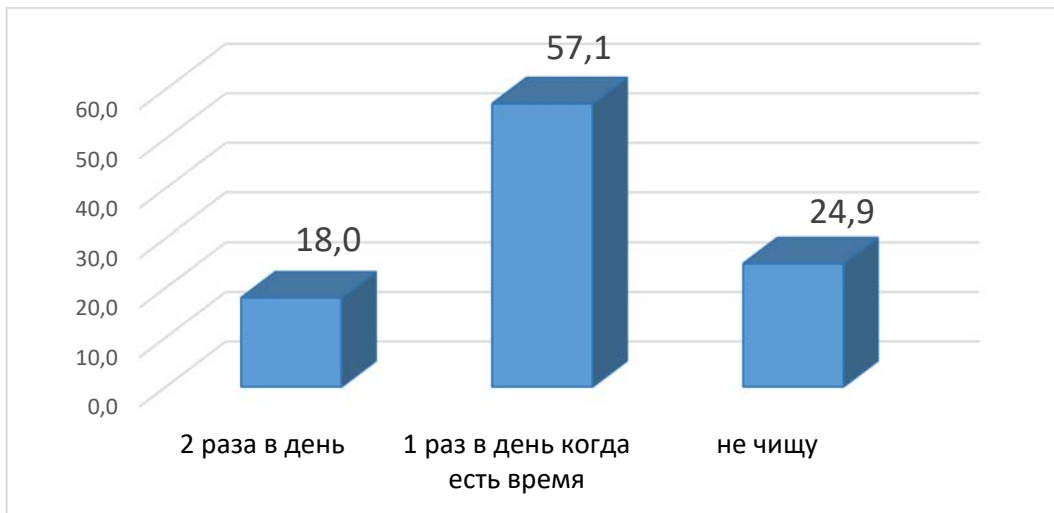


Рисунок 6.4 – Кратность чистки зубов респондентами.

Особое внимание в ходе исследования уделялось источнику информации, который увеличивал осведомленность пациентов об уходе за ротовой полостью.

Основным источником информации о профилактике заболеваний полости рта было СМИ (43,5%) и советы знакомых (25,1%). (рисунок 6.5).

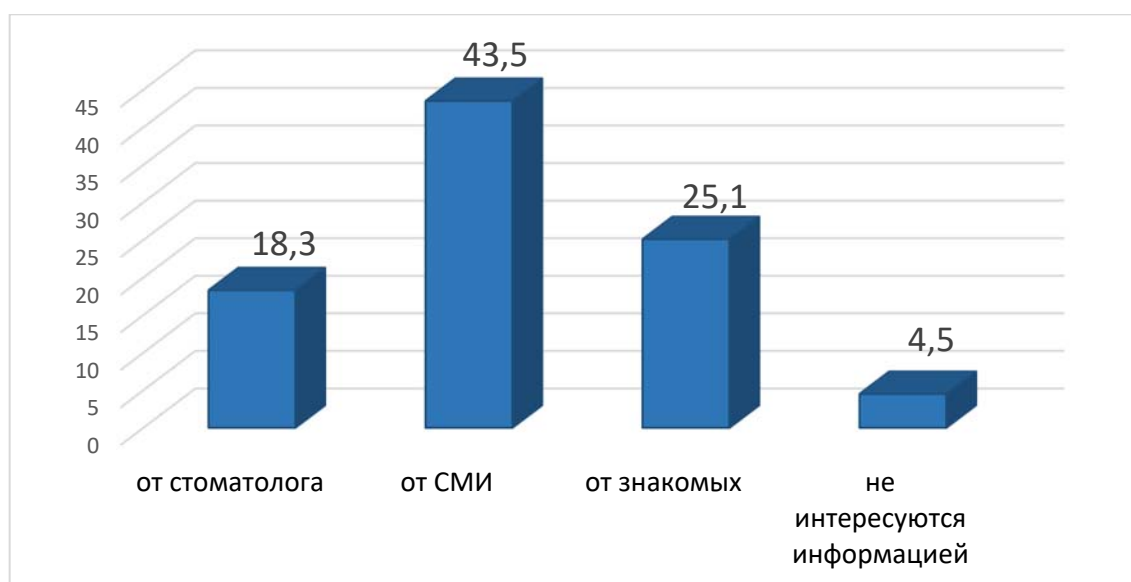


Рисунок 6.5 – Частота ответов на вопрос об источниках стоматологической информации.

Среди СМИ были выделены следующие источники информации: научно-популярная литература по уходу за зубами (20,3%) и ТВ передачи на тему: «Профилактика стоматологических заболеваний» (23,2%).

Менее 1/3 отметили, что информацию об уходе за полостью рта получили от стоматолога, однако обучение процедуре чистки зубов проводили лишь в 43,3% случаях. 34,9% опрошенных отметили, что профилактика проходит в форме бесед, в которых освещают такие вопросы как: о положительных и отрицательных свойствах зубных паст (80,0%), о частоте проведения гигиенических процедур (84,0% к числу опрошенных), о личных средствах ухода за ротовой полостью (23,0%), о пользе соблюдения гигиены полости рта (20,0%) и др. так же 56,7% респондентов были уверены в том, что стоматологи не уделяли должного внимания эти вопросам.

Следовательно, осведомленность населения о гигиене ротовой полости пополнялась из сомнительных источников, то есть реклам в СМИ. Информация, которую получаем от СМИ, не включает полноценную и верную информацию стоматологического профиля. Эта информация предполагается в целях коммерческой выгоды торговых марок, которые специализируются на товарах

стоматологического профиля и преследуют массовую продажу. При этом вне поля зрения респондентов остается правило, которое гласит, что средство, которое рекламируется, нужно подбирать индивидуально для каждого пациента, учитывая особенности состояния ротовой полости.

Необходимо подчеркнуть, что квалифицированную помощь по подбору средств и методов индивидуального ухода (гигиены) за полостью рта пациенту может дать только врач-стоматолог, обращая внимание на клиническую картину в полости рта. По этой причине очень часто самостоятельный выбор средств, методов гигиены и лекарственных препаратов для заболеваний тканей пародонта пациентом приводит к развитию осложнений в полости рта.

С учетом актуальных требований результативный уход за полостью рта проводится различными методами и средствами. С помощью специального вопроса: «Какими средствами гигиены полости рта Вы пользуетесь?» мы определяли степень верного использования их пациентами. Как показали ответы, традиционными средствами гигиены для пациентов, чистящих зубы являются зубная паста и щетка (77,0%). 14,0% опрошенных при профилактическом уходе за ротовой полостью прибегают к зубочисткам, 6,0% используют флоссы, 3,0% - эликсиры (рисунок 6.6).

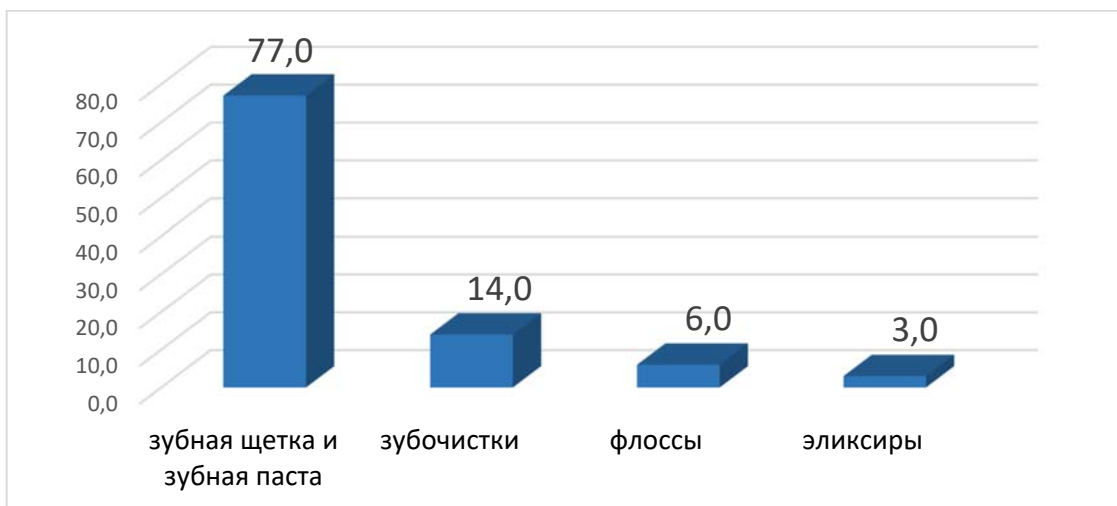


Рисунок 6.6 – Использование опрошенными средств гигиены ротовой полости.

Среди опрошенных не выявились особенные предпочтения касемо импортных и отечественных зубных паст (часть, которая использует их составила

42,0% и 45,0%), только 13,0% (8,0% женщин и 5,0% мужчин) использовали пасты, которые предназначены для профилактического лечения пародонтита [9].

80,0% участников исследования полагают, что ими проводятся все должные мероприятия по личной гигиене полости. Методом конкретизации в перечне вопросов в анкетах ряда требований к уходу за ротовой полостью было выявлено существенное расхождение в полученных результатах и в данных оценки респондентов их действий и знаний. Анализ полученных данных частоты проведения процедур гигиены полости рта, которые выполнялись участниками исследования, выявил довольно неплохую осведомленность их о важности проведения чистки зубов по окончании приема пищи (40,0%), однако, лишь 2,0% опрошенных ($p < 0,05$) следуют данному требованию (рисунок 6.7).

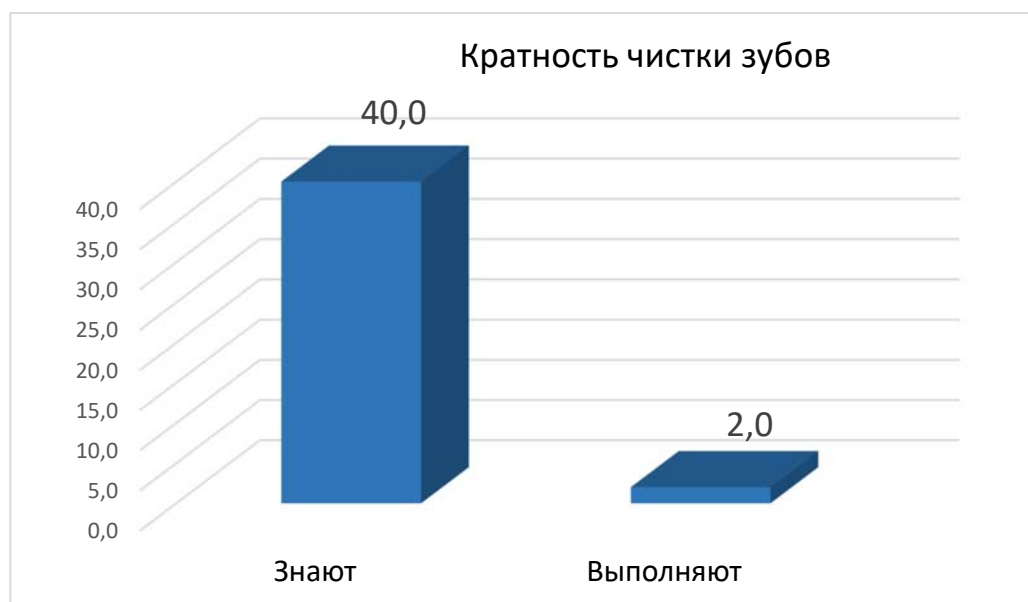


Рисунок 6.7 – Сравнение данных частоты проведения гигиенических процедур.

Среди основных причин галитоза, на которые указывают исследования, являются наличие зубного налёта и патогенных микроорганизмов. Эффективность использования зубной щетки определяется правильным индивидуальным подбором с учетом ее жесткости и величины щеточного поля. Однако подавляющее большинство респондентов не уделяют внимание выбору зубной щетки. На вопрос: «Учитываете ли Вы при выборе зубной щетки ее жесткость, величину щеточного поля?» – 90% респондентов дали отрицательный ответ.

Для грамотного соблюдения гигиены ротовой полости нужно придерживаться еще одного правила – часто проводить замену зубной щетки. На вопрос: «Как часто необходимо проводить замену зубной щетки?» – 60,0% опрошенных дали ответ «не знаю», 30,0% – «1 раз в год» и лишь 10,0% дали правильный ответ – «1 раз в 3 месяца» (рисунок 6.8) [6].

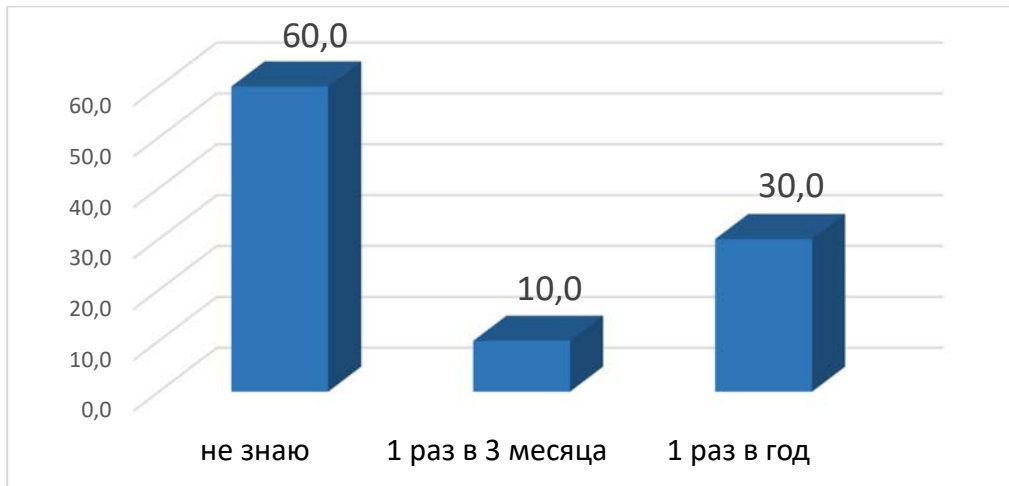


Рисунок 6.8 – Длительность использования респондентами зубной щетки в течение года.

Для уточнения правильности выполнения процедуры чистки зубов респондентом был задан вопрос: «Какие движения Вы делаете зубной щеткой при чистке зубов?». 74,9% из них ответили горизонтальные и только лишь 15,1% – вертикальные движения.

Когда задали вопрос, сколько зубов должно быть у взрослого человека, 88,0% опрошенных отметили: по норме, 32 зуба. Однако на следующий вопрос – «Сколько зубов у Вас на сегодня в полости рта?» – подавляющее большинство (92,0%) ответили «Не знаю».

Данные исследования определили уровень грамотности участников в вопросах болезней в стоматологии и конкретно заболеваний тканей пародонта как низкий. Выявлено, что половина опрошенных не оценивают грамотно проявления заболеваний в полости рта, таких как заболевания десен, вследствие чего не обращаются к стоматологу. Всего 8,0% опрошенных посещали врача-стоматолога с жалобой на заболевание пародонта. Достоверной информацией о причинах

развития болезней обладали лишь 6,0 из 100 участников. Факт низкого уровня грамотности респондентов в отношении заболеваний полости рта подтверждают и ответы на вопрос: «Знаете ли Вы, какие заболевания имеют наибольшую распространенность среди населения?». 30,0% респондентов ответили пародонтит, 20,0% – гингивит, а половина опрошенных ответили «Не знаю».

Однако подавляющее большинство (66,8% или 284 из 425) из тех респондентов, которые ответили пародонтит и гингивит, на вопросы «Что такое пародонтит или гингивит?» и «Знаете ли Вы, причины развития пародонтита или гингивита?» не смогли дать правильные ответы. А на вопрос «Что такое аномалия зубов, и каковы их причины развития» почти все (98,0%) ответили неправильно.

Высокую значимость в поддержании качества стоматологического состояния выступает личная ответственность пациента, особенно по гигиене ротовой полости [17]. Среди ответов на поставленный вопрос «Считаете ли Вы, что состояние полости рта влияет на выполнение профессиональных обязанностей?», заметно, что большая часть опрошенных (56,0%) четко понимают задачи стоматологии (рисунок 6.9).

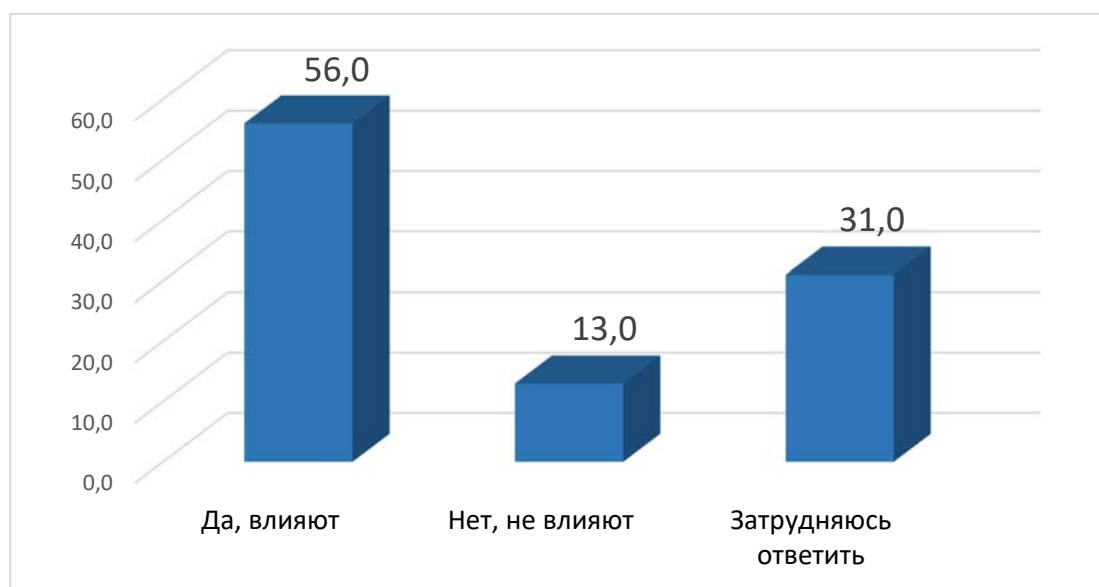


Рисунок 6.9 – Субъективная оценка влияния болезней ротовой полости на трудовую деятельность.

Более половины респондентов отметили влияние стоматологических болезней на трудовую деятельность, среди основных профессий были врачи и педагоги, род их деятельности предполагает активную коммуникационную деятельность.

Ответ на данный вопрос вызвал затруднения у 31,0% респондентов. Вероятнее всего полученные ответы были даны по причине низкой компетентности опрошенных или отсутствием проблем со здоровьем, связанных с ротовой полостью.

Вместе с тем более половины респондентов утверждало, что болезни полости рта оказывают влияние на профессиональную деятельность (рисунок 6.10).

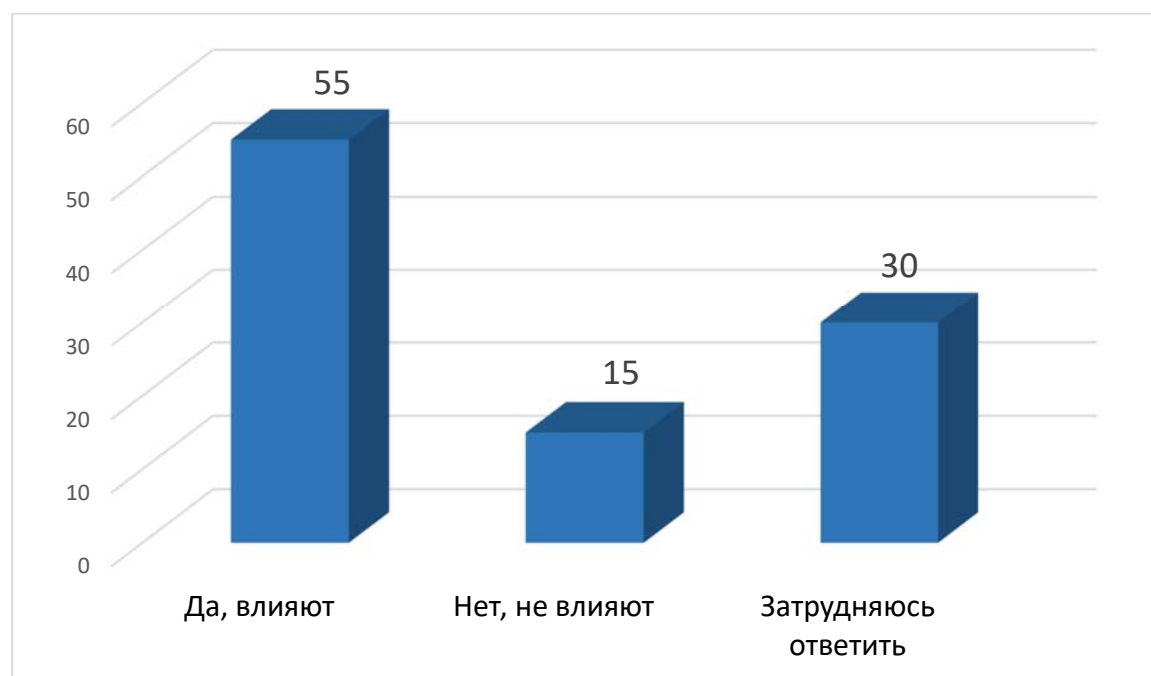


Рисунок 6.10 – Влияние болезней ротовой полости на качество профессиональной деятельности.

Низкий уровень стоматологической грамотности респонденты показали и в вопросе «Влияют ли заболевания зубов на общее состояние организма?». Из опрошенных 86,0% ответили «Не знаю», 2,0% – «Не влияют» и лишь у 12,0% опрошенных ответ был «Да».

Из полученных данных при изучении анамнеза выявлено, что внушительная часть опрошенных ходит на прием к стоматологу изредка, раз в три года обращаются 38,6%, реже – 28,1%, ежегодно – 26,3%, а 7,0% – более раза в год.

Различия у респондентов были выявлены в зависимости от возраста. Наибольшая инициативность в обращении к стоматологу наблюдалась у лиц 35-50 лет, меньшая – до 25 лет и старше 50 лет.

Различия в частоте визита опрошенных к врачу зависели от уровня достатка. Например, опрошенные, имеющие доход 10.000 рублей, обращаются к стоматологу редко. Та часть, которая посещает врача-стоматолога не реже раза в год равнялась 32,8% среди тех чьи доходы 10-20 тысяч рублей и 54,2% у опрошенных с доходом более 20.000 рублей.

Основная доля (92,0%) респондентов посещает врача-стоматолога в поликлинике по месту жительства; и только 8,0% – в частные клиники. Часть пациентов, которая обращается в частные клиники имеет доход выше 20.000 рублей (56,0%). Основными причинами обращения их к врачу-стоматологу являлись: острая боль - 37,1%; санация полости рта - 57,3%; лечение пародонтальных болезней - 5,6% [6].

Высокую распространенность болезней пародонта также подтверждает тот факт, что более половины респондентов – 48% имели данную патологию у своих родственников и лишь 2,0% отметили, что наблюдали патологию не больше 1 года. В 47,0% случаев длительность пародонтальных заболеваний составляла 1-5 лет, в 41,0% она превышала 5 лет.

Таким образом, подводя краткий итог данной главе работы, был выявлен неудовлетворительный стоматологический статус у населения Республики Дагестан отмечается. Анализ нуждаемости в санации у обследованных выявил его достоверный рост, по мере увеличения возраста пациентов и местности проживания по высоте над уровнем моря [1]. Среди факторов, влияющих на данный аспект, можно выделить высокую распространенность факторов риска развития стоматологических заболеваний в регионе, неудовлетворительный уровень организации стоматологической помощи, низкий уровень информированности населения о методах профилактики и лечения. Для предотвращения неприятных патологических процессов в тканях и органах ротовой полости необходимо стоматологическое гигиеническое воспитание

населения, которое должно быть нацелено на постоянный надзор за соблюдением функции пациентами всех советов по гигиене ротовой полости.

Таким, образом основной целью при разработке мероприятий по профилактике и стоматологическому сопровождению населения является повышение осведомленности, и включение в протоколы информационной стратегии врачей-стоматологов, внедрения санитарно-гигиенических программ среди населения с учетом состояния их здоровья и социальной адаптации, а также введение штатных должностей гигиенистов стоматологических в лечебных учреждениях.

ГЛАВА 7
РАЗРАБОТКА МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ
ГРАМОТНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Действующие на сегодняшний день организационные подходы и методы лечения в стоматологии не позволяют полностью снизить интенсивность и распространенность болезней пародонта. Как можно наблюдать из опыта большого количества стран, для снижения уровня стоматологической заболеваемости недостаточно повышение количества персонала, бюджетирования стоматологической службы [70].

Для правильного решения данной проблемы необходимо активно использовать методы первичной профилактики в стоматологии, их введение в практику позволит увеличить культуру и грамотность жителей региона в стоматологических вопросах, так же повысить ответственность пациентов касаясь профилактики и лечения болезней ротовой полости, что в конечном итоге может предупредить развитие патологических процессов в пародонте [21, 29, 35, 41, 43, 51, 57, 58, 62, 71, 80, 102, 108, 109, 110, 120, 129]. Об этом свидетельствуют и работы зарубежных авторов, в которых отмечено, что продвижение программ профилактики, повышающих санитарную грамотность населения, в прогрессивных мировых странах значительно (до 80%) снизило, как распространенности, так и выраженности патологических изменений в пародонте [118, 209].

Как было нами отмечено в главе 6, высокий уровень осведомленности о мерах профилактики и лечения, регулярность и корректность использования средств за уходом за полостью рта напрямую влияет на уровень санитарной культуры, результаты нашего исследования, проведенного путем анкетирования с целью изучения уровня стоматологической грамотности (гигиенической культуры) населения Республики Дагестан показали весьма низкий ее уровень – только 18,0% респондентов соблюдают гигиену полости рта, 84,0% вообще не знают эти правила.

В то же время заболевания пародонта, особенно воспалительной природы, имеют широкое распространение среди населения республики (88,0% взрослого населения страдают заболеваниями пародонта, из которых 97,7% составляют воспалительные заболевания – гингивит и пародонтит).

Результаты опроса продемонстрировали, что профилактической работе в стоматологической практике в республике уделяется мало внимания. При отсутствии профилактики, как известно, даже легкая степень заболеваний пародонта переходит в достаточно тяжелую форму с последующим проведением терапевтического, хирургического и ортопедического лечения. Следовательно, требуется комплексный алгоритм профилактики и лечения, в основе которого лежит принцип органосохраняющих технологий и экономической целесообразности с использованием методов и средств просветительской деятельности.

Важно отметить, что неразумное поведение население республики в отношении собственного стоматологического здоровья обусловлено, прежде всего, низким уровнем осведомленности об этиологии и факторах риска развития стоматологических заболеваний [24]. Немаловажная роль в этом принадлежит не только стоматологам, но врачам общего профиля, которые в силу недостаточной информации о заболеваниях полости рта не ведут соответствующей санитарно-гигиенической работы среди населения. Это же можно сказать и о врачах-педиатрах, которые, будучи в постоянном контакте с детьми, не в полном объеме пропагандируют и контролируют выполнение соответствующих умений по гигиене ротовой полости, не дают рекомендаций относительно характера, режима питания и др. Итогом всего того является то, что население недостаточно осведомлено о заболеваниях зубов, пародонтальных тканей и слизистой оболочки ротовой полости, причинах их развития, методах предупреждения и лечения. Поэтому повышение уровня санитарного просвещения населения до осознания роли и значимости гигиенических мероприятий в профилактике базовых стоматологических проблем является задачей первостепенной важности. При этом нужно учесть, что этот успех, может быть, достигнут только совместными

усилиями населения и врачей самых разных специальностей (в первую очередь стоматолога и/или врача-гигиениста стоматологического). Важно также отметить, что стоматологический статус во многом зависит не только от знаний, но и от выполнения рациональных гигиенических навыков.

Следовательно, для того чтобы предотвратить возникновение заболеваний пародонта населения республики крайне важно поднимать уровень его стоматологической культуры.

В формировании стоматологической санитарной культуры главное место занимает медико-гигиеническое воспитание населения [29, 71, 189].

Цель стоматологического просвещения заключается в убеждении людей в нуждаемости:

- Соблюдение здорового образа жизни основываясь на знания о причинах болезни, полученных научным путем;
- Овладения актуальным способом профилактики с помощью поддержания организма в бодром, крепком состоянии.

Особое значение имеет воспитание правильного отношения населения к лечению у стоматолога.

При этом следует отметить, что стоматологическое воспитание населения является фактором управляемым. Следовательно, заболевания тканей пародонта, формирование которых связано с низким уровнем стоматологического воспитания, также можно считать управляемыми [60, 65, 69, 128, 134].

Таким образом, в сложившихся условиях в Республики Дагестан назрела необходимость разработки, и внедрения в стоматологическую практику *комплекса мер профилактики болезней пародонта* с использованием всех доступных современных методов, и средств стоматологической просветительской деятельности.

Комплекс мероприятий для повышения стоматологического воспитания населения республики в целом можно укладывать в *следующие два направления* (рисунок 7.1):

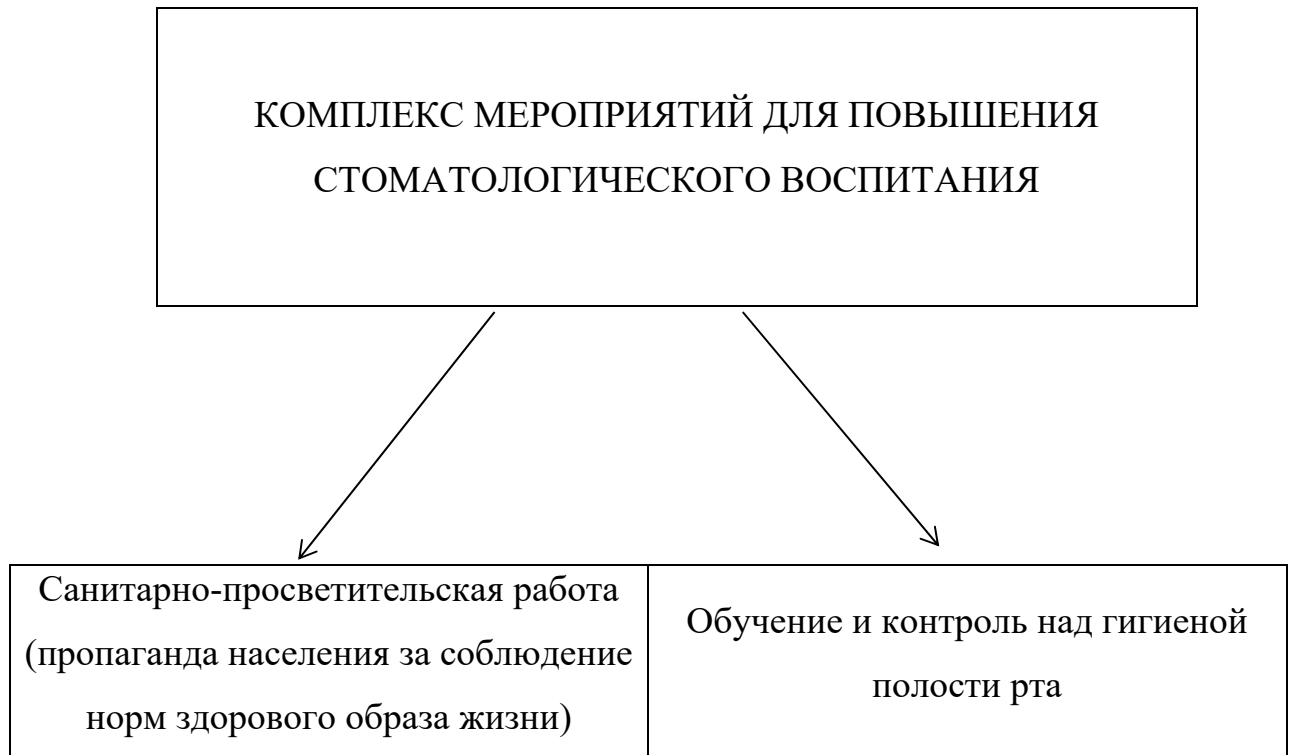


Рисунок 7.1 – Основные мероприятия, направленные на повышение стоматологической грамотности

- санитарно-просветительская работа (разработка информационных кампаний с целью осведомления о здоровом образе жизни, способах профилактики и лечения);
- информирование и наблюдение за гигиеной ротовой полости.

Важно иметь в виду, что медико-гигиеническое просвещение населения следует проводить до и параллельно обучению навыкам гигиены ротовой полости.

**Организация встреч врачей-стоматологов и гигиенистов
стоматологических с населением как один из методов повышения
стоматологической медико-гигиенической культуры населения**

Одним из основных методов распространения медицинских знаний о профилактике заболеваний полости рта, т. е. повышения стоматологической медико-гигиенической культуры населения, является организация встреч врачей-стоматологов и гигиенистов стоматологических с населением с целью вызвать у

них заинтересованности в поддержании здоровья полости рта [132]. За данным этапом стоматологического просвещения должна следовать профилактика средствами и методами, специально предназначенными для гигиены ротовой полости, так как лишь лица, убежденные в необходимости ее, могут быть последовательными соратниками врачей-стоматологов и гигиенистов стоматологических, в проводимой работе [37].

Санитарно-просветительская работа и гигиеническое воспитание среди взрослого населения Республики Дагестан должна проводиться:

- в организованных коллективах (производственные предприятия, школы и др.)
- среди неорганизованного населения (пациенты стоматологических поликлиник).

С населением коллективов врач-стоматолог и гигиенист стоматологический должен проводить занятия в виде бесед, выступлений, лекций (в общем, не меньше, чем 2 раза в год).

Стоматологическое просвещение населения в группах включает в себя следующие виды.

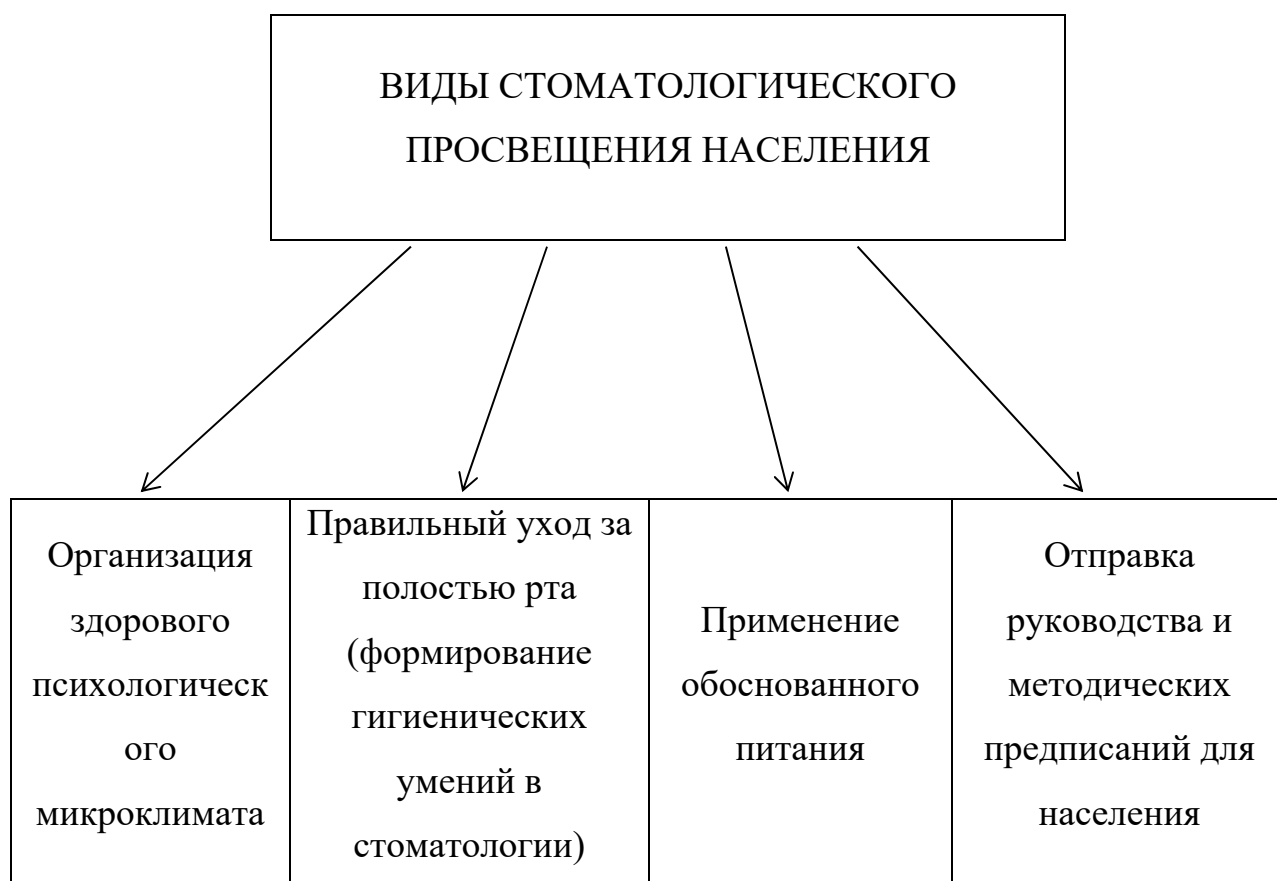


Рисунок 7.2 – Виды стоматологического просвещения населения

- Организация здорового психологического микроклимата ;
- Верный уход за ротовой полостью (формирование гигиенических умений в стоматологии);
- Применение обоснованного питания;
- Отправка руководства и методических предписаний для населения.

Мероприятия по повышению стоматологической грамотности населения:

- обучение верному уходу за гигиеной ротовой полостью;
- советы по выбору зубной щетки и зубной пасты;
- регулярные визиты к стоматологу в целях профилактики;
- советы по рациональному питанию;
- советы о необходимости избавления очагов хронической инфекции;
- советы по избавлению вредных привычек.

Остановимся на этих мероприятиях более подробно.

1. Правильный уход за ротовой полостью

Одним из основных правил профилактики во избежание заболеваний тканей пародонта, является детальный уход за ротовой полостью или гигиена полости рта [21, 28, 24, 84, 120, 63, 82, 87, 100].

Гигиена полости рта – вопрос, о котором следует говорить постоянно, чтобы достучаться до сознания каждого человека и каждого стоматолога как человека, обязанного быть ведущим пропагандистом личной гигиены полости рта.

Многие полагают, что за индивидуальную гигиену полости рта полностью ответственны сами пациенты, подразумевая под этим лишь чистку зубов щеткой и пастой. Подбор щеток и зубных паст зачастую производится исходя из внешнего оформления или рекламного ролика, считая, что достаточно дважды в день чистить зубы и надлежащий уход обеспечен. Такой версии по уходу за ротовой полостью ошибочно придерживается большинство людей. Однако, использование только щетки и пасты недостаточно для необходимого ухода за полостью рта. Кроме того, следует учитывать, что использование той или иной щетки и пасты должно соответствовать конечной цели ухода, так как функции у них разные. При выборе средств ухода за ротовой полостью необходима консультация специалиста с учетом состояния и особенностей ротовой полости и организма в целом. По данным ВОЗ почти 92,9% населения планеты чистят зубы неправильно. Проводя 2-3 раза зубной щеткой по поверхности зубов, добиться их полного очищения невозможно, хотя многие считают, что, сделав это, они выполнили чистку, и гигиена полости рта завершена. Даже в том случае, когда чистка проводится в соответствии с правилами, данного ухода недостаточно. Для этого нужны и профессиональные мероприятия.

Поэтому в процессе обучения населения в системе гигиенического воспитания врач-гигиенист стоматологический (или стоматолог) должен учитывать необходимость проведения комплексного обучения пациентов методам домашнего ухода за полостью рта, а также оценке возможностей пациентов для самостоятельного ухода.

1. Чистка зубов.

В норме зубы необходимо чистить по окончании приема пищи. Безусловно, мы осознаем, что выполнение данной рекомендации маловероятно, однако, необходимо чистить зубы дважды в день (перед сном и после завтрака). Этому правила придерживаются и большинство стоматологов, поскольку частая чистка зубов ассоциирована со стиранием эмали, приводящее к повышенной чувствительности.

Вечерняя чистка зубов имеет важное значение ввиду накопленного налета в течение дня и высокой интенсивности размножения бактерий. Учитывая сокращение объема ночного слюноотделения, возможно представить, насколько увеличивается благоприятная среда для возникновения и развития бактерий. Утренний туалет необходимо проводить после приема пищи.

2. Правильный выбор зубных щеток.

Зубная щетка является основным предметом гигиены. С его помощью производится механическая чистка.

Характеристики щетки влияют на конечный эффект чистки. Выбор зубных щеток в зависимости от их опций сейчас широк. На рынке в настоящее время существуют щетки для массажа десен, которые одновременно производят и чистку зубов. Для обеспечения доступа к труднодоступным местам, а также промежуткам между зубами, имеются щетки с разной высотой щетины. Также можно приобрести щетки для чистки языка. Приобретая зубную щетку, следует учитывать толщину ворсинок, количество их рядов, материал изготовления щетины, размер головки, назначение (чистка или отбеливание).

Поэтому зубную щетку нужно приобретать после консультации специалиста. Стоматолог, с учетом состояния десен, имеющихся стоматологических болезней, в первую очередь – это болезни десен, а также гигиенические умения и знания дает совет по подбору щетки. Однако, люди отдают предпочтение советам фармацевтов, реклам, или собственным знаниям данного средства индивидуальной гигиены

ротовой полости, полагая, что чем больше дополнительных функций и деталей, тем щетка лучше очистит зубы.

Требования, предъявляемые к зубным щеткам. Классическая зубная щетка состоит из *головки, ручки, стебля* (шейки). Щетина зубной щетки расположена на ее головке. Кончики щетинок являются основной поверхностью, производящей чистку зубов. Специалисты рекомендуют подбирать щетку с небольшой головкой, которая способна охватить не более двух – трех зубов одновременно. Для взрослых рекомендуемый размер головки – 35-40 мм. При этом требование к ручке зубной щетки – удобное прилегание в кисти для комфортного манипулирования щеткой в ротовой полости. Важно наличие ребристой поверхности. Необходимо, чтобы соединение головки и ручки зубной щетки было гибким. При сильной степени нажатия щетка в норме прогибается, что оберегает эмаль и слизистую десен от излишнего давления.

Основные требования предъявляются к щетине щетки. Следует отказаться от щеток из натурального ворса по причине их высокой жесткости. В зависимости от того каким образом она обрабатывается (резко или рубко), натуральная щетина имеет только острый или плоский диагональный конец, отрицательной характеристикой которой является травмирование десен. Кроме того, щетина из натурального ворса является полой трубочкой. Такая трубочка забивается зубным налетом при проведении чистки поверхности зубов. От подобных щеток лучше отказаться, поскольку очистить полости щетины от остатков пищевых микрочастиц и налета не представляется возможным. При общепринятом мнении, что все натуральное является полезным, данный случай является исключением. Предпочтение лучше отдать искусственной щетине. При изготовлении таких щеток, используется специальное волокно. Конец каждой щетины закругляется, что делает ее безопасной для десен и зубов. Эти волокна являются цельными и не подвергаются деформации в процессе использования, зубная щетка долгое время сохраняет первоначальную форму.

Кроме того, необходимо знать, что различают следующие *степени жесткости щетины*: очень жесткая, жесткая, средней жесткости, мягкая и очень

мягкая. При относительном самочувствии ротовой полости следует использовать зубные щетки со средней жесткостью. Замена щетки более мягкой при первых признаках кровоточивости десен является ошибкой большого числа пациентов. Данная ошибка только усугубляет ситуацию. В основном кровоточивость является результатом скопления микробов и наличием зубного камня. Использование мягкой щетки не дает возможность проводить полноценную процедуру гигиены и полное очищение поверхности зубов от зубного налета. Следовательно, проявления проблем с деснами, в том числе и воспалительного характера, усиливаются.

Для протезных конструкций желательно отдать предпочтение жестким щеткам, а людям с проблемами пародонтологического характера лучше использовать зубные щетки.

Так же следует учитывать форму щетинок и их размер. Считается, что лучше выбирать щетку с разным направлением щетинок и разной их высотой. Такой вид зубной щетки эффективен для вычищения межзубного пространства.

При пользовании зубной щеткой необходимо соблюдать следующие правила:

- замену щетки необходимо производить через два – три месяца, поскольку за это время происходит истирание щетины и накопление микробов (щетка становится источником инфекции в ротовой полости);
- после инфекций, перенесенных человеком, замена щетки необходима независимо от срока ее эксплуатации;
- каждое использование зубной щетки должно завершаться тщательной ее промывкой под проточной водой (желательно использования при этом мыла);
- хранение щетки влажной, соприкасаясь с другими зубными щетками категорически нежелательно;
- хранить зубную щетку не в футлярах, а только верх головкой;
- для предотвращения травмирования слизистой полости рта, головка у зубной щетки должна быть округлой;
- зубную щетку желательно покупать в аптеках.

Разновидностью мануальных зубных щеток являются *звуковые, ультразвуковые и электрические*. При эксплуатации данных видов щеток производятся движения вибрационного характера, что способствует более тщательной чистке зубов. Такие щетки работают при помощи батареек и аккумуляторов. Данные щетки являются достойными приспособлениями для чистки зубов. Однако, в случаях с болезнями пародонта специалисты советуют избегать использование электрических зубных щеток. Детскому и взрослому населению при обучении правильной чистке зубов лучше отдать предпочтение мануальным зубным щеткам и лишь после переходить к другим видам.

Что касается электрической щетки, наличие таймера является одним из положительных моментов. По истечении двух минут работы щетки (что достаточно для хорошей чистки зубов), таймер подает сигнал. Благодаря данной функции человек может контролировать время, уделяемой чистке зубов. Еще одним положительным моментом электрических щеток является хорошая обработка мест, трудных для доступа обычной щетки. Некоторые электрические щетки снабжены разными насадками, например, для чистки межзубного пространства, языка и т.д.

Благодаря колебанию воздуха в звуковом диапазоне чистку зубов производят *звуковые щетки*. Вибрация данного вида щеток меньше, чем у электрических, что позволяет оставлять комфортное ощущение в ротовой полости.

Ультразвуковые щетки работают при одновременном двойном действии, а именно неосязаемой терапевтической ультразвуковой частоте 1,6 МНz, а звуковой частотой 18000 или 9000 движений в минуту. Это значительно уменьшает кровоточивость десен и гингивит.

3. Уход за ротовой полостью после еды.

Специалисты советуют полоскать ротовую полость после приема пищи (если степени нет условий для чистки результаты зубов) и рекомендуют использовать дополнительные средства индивидуального ухода:

- *Флосс (или зубная нить)* предназначен для очищения пространств между зубами, которые недоступны щеткам перед использованием последних. У

зуба различают пять поверхностей, такие как: вестибулярная (щечная и губная), оральная (язычная и небная), окклюзионная (режущий край) и две контактные (боковые) поверхности. При использовании только зубной щетки очищаются только три поверхности. Но уход требуется так же и двум контактными сторонам, соприкасающимся с рядом стоящими зубами. Зубная щетка не позволяет эффективно очистить данные участки, в то же время именно эти участки имеют высокий риск поражения кариесом. И только ершики и флоссы дают возможность тщательно очистить пространство между зубов.

Флоссы различают по размеру, по составу, по толщине. Бывают флоссы с восковой пропиткой для более легкого введения в межзубное пространство; флоссы с антисептической пропиткой для уничтожения микроорганизмов; флоссы с пропиткой фтором для укрепления эмали.

Флоссы бывают на держателе (флосстик), а могут иметь вид тонкой нити или широкой ленты. Выбор флосса зависит от определенной ситуации. В том случае, когда пространства между зубами плотные желательно выбрать вощеную тонкую нить. Ширина флосса зависит от толщины пространства между зубами. В тех случаях, когда межзубное пространство толще, лучше использовать ленту, которая охватывает большую часть поверхности зуба и меньше оказывает травматическое воздействие на десну, тщательно очищает.

Существуют суперфлоссы специального назначения, которые используются для очищения промежуточной части несъемного мостовидного протеза и для вычищения пространства вокруг паза брекета.

- Иногда дополнительным вариантом флоссам являются *ершики*, которые толще и шире нити. В случае ортодонтического лечения и широко межзубного пространства от природы, при наличии в полости рта ортопедических конструкций используют ершики. Для некоторых пациентов с заболеваниями пародонта хороший эффект дают именно ершики, по причине того, что при болезнях пародонта пространство между зубами заполняется полностью воспаленной десной. В период проведения лечения воспалительного характера снимется, в результате проходит отек, после чего слизистая оболочка прилегает к

кости. Так как объем костной ткани меньше, чем должен быть в норме, проявляются межзубные щели. В случае опущения десны и, как результат, оголение шейки зуба, образуются явные пространства между шейками при меньшем пространстве между коронками. В данной ситуации использование нити не представляется возможным, желательно применение ершика.

- Следующим приспособлением для очищения пространства между зубов является ирригатор. Несмотря на скудную информацию, данные аппараты хорошо показали себя в применении. Струя воды с возможной регулировкой напора подачи способствует очищению межзубных пространств. В некоторых моделях ирригатора присутствует функция гидромассажа десен, которая улучшает кровоснабжение.

Пациентам с ортопедической и ортодонтической конструкциями показано использование ирригаторов в регулярном режиме. Результатом такого пользования является укрепление десны, редкое формирование зубных камней, чистка языка и меньшее количество бактерий в ротовой полости. Пищевые остатки вычищаются из-под брекетов и мостов струей воды ирригатора.

Является ли зубочистка одним из средств личного ухода за ротовой полостью? Ответ на этот вопрос будет отрицательным. Зубочистка является средством скорой помощи. Например, когда пациент принимает, пищу между зубами, застревают кусочки еды, которые раздражают десневую ткань. Зубочисткой следует извлечь кусочек. Использовать зубочистку нужно аккуратно, чтобы не травмировать десну. Зубочистки должны использоваться круглой формы из дерева. При использовании зубочистки, имеющей неровную поверхность велика вероятность повреждения десны. В таком случае, лучше использовать пластиковую.

4. Выбор зубной пасты

Важно отметить, что зубная паста, как и щетки, имеет большое значение в очищении зубов. Чтобы быть уверенным в качестве пасты, приобретать ее следует в аптеке. На сегодняшний день пасты для очищения зубов предназначены для достижения разных эффектов благодаря наличию в них следующих активных

компонентов: бактерицидных, укрепляющих, препятствующих образованию налета на поверхности зубов, уменьшающих чувствительность зубных шеек, отбеливающих и т.д. Как и в подборе зубной щетки, перед приобретением пасты, следует проконсультироваться со специалистом и прислушаться к его рекомендациям по окончанию осмотра.

Зубные пасты бывают *гигиенические* и *лечебно-профилактические*. Назначением первой группы является лишь очищение от зубного налета и придание приятного аромата ротовой полости. Гигиеническими пастами рекомендовано пользоваться тем, у кого нет проблем с зубами. Следует отметить, что подобные пасты можно встретить в продаже редко.

Лечебно-профилактические подразделяются на следующие подгруппы:

Пасты, оказывающее антибактериальное действие имеют в своем составе такие антисептики, как триклозан и хлоргексидин. Используя эти пасты, можно добиться не только очищения зубов, но и угнетения микрофлоры, которое способно вызвать образование кариеса и пародонтальных болезней.

Пасты, которые способны оказывать легкое противовоспалительное действие. Экстракты травы мяты, ромашки и прочих в составе этих паст помогают добиться данного эффекта.

Пасты, которые способны укрепить зубную эмаль благодаря наличию в составе фтора и кальция.

Пасты, отбеливающие содержат в составе соединения H_2O_2 (перекись водорода) или $CH_4N_2O.H_2O_2$ (перекись карбамида). Подобный состав позволяет в процессе очищения образоваться значительному количеству кислородных пузырьков, которые дают хороший эффект. Помимо этого, данная разновидность паст имеет антисептическое действие. Происходит подобное благодаря тому, что кислород способен подавлять анаэробную микрофлору. Следует отметить, что существенного эффекта эти пасты не дают. Вся информация по поводу сенсационного отбеливания – это лишь маркетинговый ход.

Пасты, предназначенные для зубов с гиперестезией, имеют в составе специальные добавки, способные «запечатывать» чувствительность клетки на

корневой поверхности или области зубной шейки. Такие пасты являются более деликатными для эмали за счет низкой абразивности.

Ферментосодержащие пасты расщепляют основу налета зуба на уровне молекул. Данное свойство является достоинством этих паст. За счет расщепления основы налета и достигается эффект очищения без повреждения зубной эмали.

Выбирать пасту лучше после консультации со специалистом. Чаще пациенты страдают различными проблемами в ротовой полости, которые имеют связь с патогенной микрофлорой. Именно поэтому, сначала лучше остановить свой выбор на пастах с антибактериальным содержанием. Однако, пасты с антимикробными компонентами не способны избирательно уничтожать только вредную микрофлору. Страдает и полезная микрофлора. Использование этих паст долгое время может привести к дисбактериозу в ротовой полости, излечить который сложно. По этой причине, зубную пасту с антисептиками в составе лучше использовать в течение двух-трех недель. По истечении этого периода времени заменить ее на пасту другого действия. Подбор новой пасты зависит от потребности состояния ротовой полости пациента. Время от времени, возможно, возвращение к антибактериальным зубным пастам, но лишь на недолгое время.

При болезнях слизистой ротовой полости специалисты могут советовать пасты, содержащие лекарственные растения и средства (зубные пасты с прополисом, шалфеем и пр.).

С целью профилактики образования кариеса взрослым рекомендуются фторсодержащие пасты.

Детские зубные пасты предназначены для возрастной группы от шести лет. Характерными особенностями таких паст являются низкое содержание фтора и низкая абразивность, так как пасты должны быть совершенно безопасного состава и щадящими для детской эмали. Все эти требования предъявляются к детским зубным пастам потому, что ребенок может проглотить небольшое количество пасты в процессе очищения зубов.

Разнообразие зубных паст приводит к вопросу об их чередовании. Некоторые специалисты советуют использовать утром один вид пасты, вечером другой. Такой

подход возник по той причине, что в разное время дня ротовая полость нуждается в разном эффекте. В утреннее время зубам требуется защита от опасного внешнего воздействия. Ночью же основной целью является борьба с появлением микроорганизмов. Соответственно, в ночное время зубам необходим защитный эффект от воспалительных процессов. Все эти моменты берут во внимание специалисты, занимающиеся разработкой современных паст.

При *очищении зубов щеткой* верхний и нижний ряды зубов не сомкнуты. Угол наклона щетки должен быть под углом 45° относительно зубной поверхности. Порядок чистки зубов, следующий:

- 10-12 выметающих движений с вестибулярной стороны зубов (сверху – вниз);
- расположив головку зубной щетки перпендикулярно зубам очистить оральные поверхности;
- установив щетку, горизонтально очищается жевательная поверхность (движения вперед-назад на верхней челюсти, потом – на нижней);
- завершить чистку круговыми движениями (массирующими) по наружной зубной поверхности, захватывая десневые края (благодаря этим движениям кровообращение улучшается). Важно помнить, что продолжительность процесса чистки зубов является примерно две минуты.

Следует обратить внимание еще на один принципиальный аспект проблемы. Незнание людей правил индивидуальной гигиены, их стереотипное мышление с успехом могут использовать маркетологи при создании рекламы зубных паст и щеток. «Красивая щетка плюс приятная на вкус паста – это всегда красивые здоровые зубы!», и естественно стоматолог не нужен. Подобные рекламные обращения сопровождаются соответствующими видеосъемками, тем самым создают впечатление, что рекламируемые материалы гигиены ротовой полости способны устранить имеющиеся проблемы. Однако, это лишь эффективный маркетинг, влияющий на эмоции покупателей, эстетическое восприятие товара.

Вспомогательными средствами ухода за ротовой полостью являются *ополаскиватели* – растворы активных компонентов, которые обладают специфическими профилактическими и лечебными свойствами.

Условно все виды ополаскивателей можно разделить на гигиенические и профилактические. Гигиенические ополаскиватели, способные избавиться от посторонних запахов из полости рта и придают ощущение свежести. Профилактические ополаскиватели усиливают действие зубной пасты и уменьшают образование налета, снижая активность бактерий. Некоторые из ополаскивателей для полости рта способствуют профилактике гингивита, другие – укрепляют эмаль, уменьшая ее чувствительности.

К средствам, позволяющим улучшить гигиеническое состояние полости рта, относят и *жевательные резинки*. Использование их вызывает образование так называемой стимулированной (выделяемой рефлекторно при жевании) слюны (в такой слюне обнаружены защитные факторы, повышающие местный иммунитет, но нет минеральных веществ для сохранения эмали), благодаря чему обеспечивается определенная чистота зубов, выведение остатков еды из ротовой полости. Следует помнить, что данное средство гигиены не сравнится по силе очищения с зубной щеткой (при помощи жевательной резинки очищается лишь жевательная поверхность). В то же время, жевание жвачки приводит к чрезмерной нагрузке на околозубные ткани и сдавливанию кровеносных сосудов, что может стать причиной развития гингивита и пародонтита.

2. Регулярный визит к врачу-стоматологу с целью профилактики пародонта

1. Осмотр ротовой полости.

Визит к врачу-стоматологу, даже при отсутствии проблем с зубами, необходимо проводить не реже 1 раза в полгода. При осмотре стоматолог может обнаружить ранние проявления зубных и десневых патологий, выявить некачественные пломбы, оценить погрешности мостов и коронок, определить

наличие отложений на зубах (налет, камень). Специалист может рекомендовать проведение герметизации фиссур, реминерализующую терапию.

2. Удаление зубных камней.

Во время визита стоматолога необходимо регулярно проводить очистку от зубных камней. В современных условиях чистка зубов проводится безболезненно и за короткий промежуток времени с использованием ультразвукового аппарата, что позволяет не опасаться данной процедуры. Затем врачи проводят полировку зубов для длительного сохранения поверхности глянцевой.

3. Своевременное ортодонтическое и ортопедическое лечение.

О мерах профилактики зубочелюстных аномалий основная масса населения не имеет знаний и относится к ним настороженно. Это при том, что данные аномалии встречаются у 31,4% населения республики.

Профилактика зубочелюстных аномалий – это комплекс мер, которые направлены на раннее предупреждение и устранение причинных факторов, которые способствуют их появлению. Основная масса населения полагает, что причиной неровных зубов является наследственность. Хотя в 70% виной тому служат вредные привычки, ведущие к функциональным патологиям зубочелюстной системы. Немаловажно из огромного количества факторов выделить те, которыми можно управлять, а именно факторы, от которых возможно своевременно избавиться или ослабить их, так же необходимо рекомендовать консультацию у врача-ортодонта.

Очищение зубов у ортодонтических пациентов. Ортодонтическое лечение, как правило, занимает довольно длительный промежуток времени и связано с ношением съемных и/или несъемных аппаратов. В связи с тем. Что в полости рта появляются дополнительные ретенционные участки, способствующие дополнительной аккумуляции зубного налета на поверхности зубов и аппарата, изменению активности микроорганизмов, нарушению процесса самоочищения и т.д., возрастает риск повреждения эмали зубов кариозным процессом. Кроме того, налет и микроорганизмы полости рта могут оказывать негативное влияние и на состояние десен (гингивит). Все это диктует необходимость проведения гигиены

ротовой полости по окончании приема пищи. Для гигиены полости рта и аппарата недостаточно одной зубной щетки, обычно используются от 3 до 6 средств гигиены. Неудовлетворительная гигиена полости рта является 100%-ным противопоказанием для лечения ортодонтических аномалий.

При наличии ортопедических съемных конструкций в ротовой полости следует проводить двухэтапный уход: 1. – очистка зубов в полости рта; 2. – очистка и мытье съемной конструкции. Чистку съемного протеза осуществляют под проточной водой щеткой с зубной пастой. При наличии в ротовой полости ортопедических съемных конструкций и комбинации несъемных и съемных конструкций, врачи рекомендуют после завершения приема пищи проводить полоскание ротовой полости, а ортопедические конструкции промывать под проточной водой. Данные манипуляции позволяют сохранить прочность конструкций и опрятное состояние ротовой полости. При имеющихся в ротовой полости несъемных конструкциях также рекомендовано полоскание полости рта после приема пищи. Это позволяет избежать неприятного запаха из полости рта и снижает вероятность образования мягких отложений.

Гигиена полости рта для пациентов с брекетами. Брекеты относятся к несъемным видам аппаратов. В связи с этим уход за полостью рта и аппаратом представляет некоторые трудности. При чистке зубов и брекетов необходимо пользоваться специальными ортодонтическими (V-образными) щетками («Oral-B Ortho», «Rich», «Crest» и др.), ершами (интердентальные монопучковые щетки), супер-флоссами (зубными нитями), таблетками для окрашивания и индикации зубного налета. Ортодонтической щеткой нужно проводить движения вдоль замков в горизонтальном направлении. Для оральной поверхности подходит обычная щетка. Ершиками или зубными щетками очищаются участки ортодонтической конструкции между брекетом и дугой. Для очищения межзубного пространства и области вокруг паза брекета используются супер-флоссы. Основным моментом в очищении зубов с ортодонтическими конструкциями является доскональная очистка пространства вокруг паза. Именно на этих участках создаются подходящие для образования налета условия, соответственно повышается риск образования

кариеса. Щетки и ершики рекомендуется заменять не менее чем один раз в полтора – два месяца, так как они быстро изнашиваются.

Гигиена полости рта для пациентов с ортопедическими конструкциями.

Существуют определенные особенности при уходе за зубами у людей с ортопедическими конструкциями. Особое внимание следует обратить на те места. Где коронка переходит в корень, так как именно в этой части могут возникнуть проблемы. В том случае, когда коронка недостаточно плотно прилегает у шейки, образуется пространство между ними и остатки пищи имеют возможность накапливаться в образовавшемся пространстве. С учетом вышесказанного для очистки используются флоссы, ершики или суперфлоссы. В зависимости от ситуации, только специалист может посоветовать, что именно использовать пациенту.

Людям с мостовидными протезами стоит уделять внимание очищению зоны под промежуточной частью протезов, так как в этой части происходит скопление пищевых остатков.

Особенно тщательного ухода требуют коронки на имплантатах. Та часть, где происходит соприкосновение коронки с головкой имплантата является особенно уязвимой, поскольку малейшее воспаление увеличивает риск попадания инфекции в ту область, где находится имплантат. Это может привести к плачевному результату, а, именно, к необходимости удалить имплантат. Следовательно, доскональная гигиена ротовой полости при регулярном контроле специалистом имеет в данном случае большое значение.

Гигиена полости рта для пациентов с эстетическими реставрациями.

Пациенты с винирами или пломбами должны ухаживать за полостью рта, так же как обычно они делают. Важно в данном уходе полностью удалять зубной налет.

3. Здоровое питание как профилактика заболеваний пародонта

Просвещение в области стоматологии не должно обходить вниманием вопросы, которые касаются питания. Важную роль в здоровье ротовой полости играет питание. Именно с пищей организм человека получает все необходимые

вещества и элементы, из которых строятся твердые ткани зуба, пародонта и других тканей, и органов ротовой полости. При этом имеет значение не только качественный состав пищи, но и грамотные пропорции БЖУ (белки, жиры, углеводы), микроэлементы, витамины и иные биологически активные вещества.

Современный человек включает много углеводов. Углеводы используются бактериями для питания и образования налета на зубах. Конечными продуктами данного процесса оказываются органические кислоты, вызывающие процесс деминерализации ткани эмали. Учитывая это, при проведении консультации пациентов по поводу снижения риска образования кариеса в питании должны учитываться следующие моменты:

- общее употребление сахаров;
- частота употребления сахаров;
- длительность пребывания сахаров в ротовой полости.

Увеличить шансы сохранить здоровье полости рта можно также соблюдая следующие советы:

1. Регулярное питание. Желательным является питание три раза в день через одинаковое время. Ограничивающее питание (например, строгими диетами), длительные интервалы между приемами пищи в результате приводят к замедленному слюноотделению, что плохо сказывается на зубах. В то же время злоупотребление сладким чаем и кофе с десертом уменьшает естественное буферное действие слюны, что плохо сказывается на состоянии зубов.

2. Пища должна быть в меру грубо.

Для профилактики заболеваний пародонта следует увеличить потребление овощей и фруктов. Меню должно сочетать мягкую и грубую пищу, поскольку вторая помимо хорошей механической чистки зубов, дает возможность держать в тонусе ткани пародонта. Ткани, окружающие зуб, не имеют нужной нагрузки при отсутствии грубой пищи. Так же желательно активно прожевывать пищу, что позволяет укрепить десну и помогает корректному формированию и дальнейшему развитию зубочелюстной системы.

3. Не принимать горячую и холодную пищу.

Во избежание разрушения эмали и образования трещин на ней следует избегать резкого перепада принимаемой еды. Холодная и горячая пища имеет пагубное воздействие на эмаль.

4. Прием витаминов.

Для роста и восстановления нормальных тканей в зубочелюстной системе, а также для борьбы с инфекциями организм необходимо определенное количество витаминов С, А, Е, В, К и D. По этой причине все эти витамины должны содержаться в употребляемых продуктах. При отсутствии возможности потреблять фрукты и ягоды в должном количестве, нужно принимать аптечные витамины.

5. Не перекусывать между приемами пищи.

Здесь следует заострять внимание на проблеме рационального питания – сочетать ответственный подход употребления углеводов со стоматологическим обучением. Пища, содержащая любые виды сахара, влияют на кариес. Если не чистить зубы тщательно после еды, бактерии налета используют пищевой сахар, чтобы образовать кислоты, которые разрушают тонкий, твердый внешний слой зубной ткани, эмаль.

При большом желании перекуса следует отдать предпочтение зеленому яблоку или свежей моркови. Продукты с высоким содержанием сахара очень вредны и даже опасны для здоровья десен и зубов. По этой причине после каждого перекуса любым кондитерским изделием нужно очистить зубы или ополоснуть ротовую полость в течение пяти минут после перекуса.

По этим же принципам проводится обучение лиц, пришедших в поликлинику по обращаемости.

4. Санация хронических очагов инфекции как профилактика заболеваний пародонта

Пациенты должны знать, что своевременное лечение коморбидных хронических заболеваний является профилактикой таких заболеваний пародонта, как пародонтит, гингивит и пародонтоз [118, 120]. Особенно влияют на пародонт такие заболевания, как сахарный диабет, кандидоз, хронический тонзиллит,

болезни пищеварительного тракта. Поэтому необходимо вовремя лечить все сопутствующие заболевания, не допуская развития их хронических форм.

5. Отсутствие вредных привычек в целях профилактики заболеваний пародонта

Так же, как и воспитание, которое начинается в раннем возрасте, детям следует прививать с младенчества полезные привычки. При наличии вредных привычек, их следует терпеливо и последовательно устранять.

Данные литературы свидетельствуют о том, что *курение* повышает риск развития пародонтита в несколько раз, ускоряет появление зубного камня [126]. Особенно высок риск возникновения опухоли в ротовой полости. Поэтому нужно для сохранения крепкого здоровья в целом и ротовой полости в частности, нужно приложить все усилия для устранения данной привычки.

Необходимо избавиться от такой привычки как *быстрое глотание пищи без разжевывания*. Нужно знать, что, жевание хорошо укрепляет пародонт.

Следует отметить, что изложенные выше мероприятия по повышению стоматологической грамотности населения, кроме посещения стоматолога, должны стать рутинными процедурами, которые регулярно и автоматически выполняются на протяжении жизни людьми для сознательного улучшения своего здоровья. Посещение стоматолога является мероприятием, не происходящим автоматически, зависящим от многих традиций региона и причин.

Важно отметить, что занятия, проводимые с населением в организованных и неорганизованных коллективах с целью предупреждения болезней ротовой полости в форме бесед, нацелены на решение следующих задач:

- а) побудить население заботиться о состоянии ротовой полости;
- б) мотивировать проводить и поддерживать профилактические мероприятия гигиены полости рта в коллективе.

Беседы не должны длиться более получаса, поскольку такое же количество времени необходимо на обсуждение материала.

Для того побудить население заботиться о состоянии ротовой полости необходимо обратить их внимание на сложности и негативные последствия заболеваний зубочелюстной системы. В данном вопросе лучше преувеличить, чем не досказать, для более серьезного отношения к необходимости профилактических мер и повышению ответственности за свое здоровье.

В конце встречи стоматологу и гигиенисту желательно привлечь коллектив к участию в повышении мотивации работников наравне с ними для повышения успеха проведения профилактических мер. Специалистам стоит уделять внимание контролю над потреблением углеводов и проведение необходимого объема индивидуального ухода за ротовой полостью.

Беседа должна быть живой, построенная на большом количестве примеров, слайдов, с использованием кинофильмов. Также полезен выпуск специальной стенной газеты на данную тему, распространение сопутствующих памяток с содержанием основной информации по гигиене ротовой полости. В конце беседы с целью закрепления полученной информации желательно вручить памятки с материалом лекции.

Нужно учитывать, что содержание памятки должно быть доступно интеллектуальному развитию населения и жилищно-бытовым условиям. Можно использовать индивидуальные (при посещении пациента стоматологического кабинета) или групповые (собрание коллектива) формы стоматологического просвещения [35]. При этом необходимо четко выделять активные или очные (беседы, лекции, выступления) и заочные формы коммуникации. Наиболее эффективными методами, обеспечивающими гигиеническое воспитание, являются беседы, лекции, выступления. Высокий результат объясняется прямым контактом врача со слушателем, что позволяет обеспечить комфортные условия для взаимопонимания.

Ниже мы приводим примерную тематику бесед или выступлений (докладов) с населением:

- о значении ухода за ротовой полостью;
- факторы, вызывающие заболевания пародонта;

•причины, оказывающие влияние на состояние ротовой полости независимо от ухода;

•заболевания ротовой полости и общее состояние здоровья;

•питание, заболевания ротовой полости;

•профилактические меры, направленные на здоровье слизистой ротовой полости;

•важность профилактики в индивидуальном уходе;

•о степени вреда, оказываемого сахаром на зубы и его заменители;

•о необходимости профилактики кариеса зубов в детском возрасте и у взрослых;

•о целесообразности лечения заболеваний пародонтальных тканей в начале болезней.

Приблизительный план лекции по обучению и воспитанию населения гигиене ротовой полости представлен в таблице 7.1.

Таблица 7.1 – Приблизительный план лекции по обучению и воспитанию населения гигиене ротовой полости

<i>Продолжительность (в мин.)</i>	<i>Разделы лекции</i>
пять минут	Важность здоровья ротовой полости для общего состояния здоровья
пятнадцать минут	Значение режима и качества питания для здоровья ротовой полости
пять минут	Значение общеоздоровительных мероприятий для должного развития и здорового состояния зубочелюстной системы
десять минут	Профилактика вредных привычек
десять минут	Уход за ротовой полостью
пятнадцать минут	Методы профилактики болезней ротовой полости у взрослых

Можно также указанную выше тематику представить в форме видеофильмов, выступлений по радио и телевидению, публикаций в печати (брошюры, газеты, журналы). С целью закрепления приобретенной информации следует раздать населению памятки по прочитанной лекции. Рекомендации по их составлению представлены на рисунок 7.3.

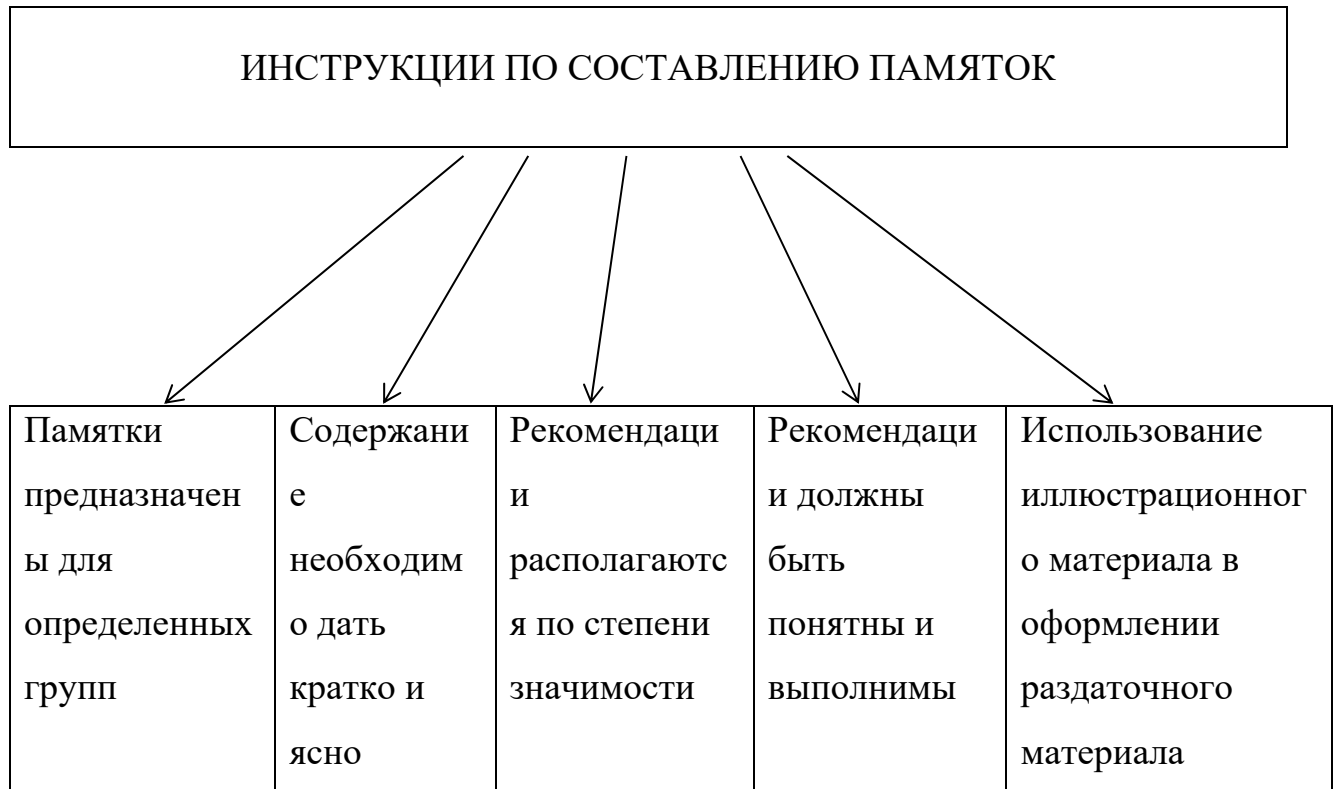


Рисунок 7.3 – Инструкции по составлению памяток.

Эффективности проведения беседы, возможно, оценить следующими методами:

- субъективными (заполнение анкет населением);
- объективными (определение показателей степени стоматологической заболеваемости).

В заключении следует отметить, что мотивировать более взрослое население сложно по причине того, что они уверены в достаточности их знаний о причинах возникновения, развития и профилактики болезней ротовой полости и не нуждаются в обучении. По этой причине большое внимание необходимо уделить попытке изменения их взгляда на мотивацию к изменению привычек для

улучшения здоровья ротовой полости. При этом необходимо привлекать не только врачей-стоматологов, но и специалистов из других областей медицины. Несмотря на это большую ответственность за просвещение населения в области стоматологии ложится непосредственно на стоматологов, и поэтому им необходимо подготавливать соответствующий материал и проводить обучение врачей других специальностей. В целом этот процесс мотивации населения носит долговременный характер, и это должно учесть при планировании программ профилактики болезней тканей пародонта.

Разработанный нами комплекс мер для повышения стоматологического воспитания населения был проведен на практике в течение года (2018-2019 гг.). Были выбраны 90 больных в возрасте 35-50 лет (54 мужчин, 36 женщин) с воспалительными заболеваниями тканей пародонта (64 – с гингивитом и 36 с пародонтитом) и с первоначальным неудовлетворительным уровнем знаний на добровольной основе, обратившихся в стоматологическую поликлинику Дагестанского медицинского стоматологического института.

Всем им сопутствовала плохая гигиена полости рта. Большинство (50 человек или 55,6%) из них курили. При осмотре у всех был выявлен зубной камень, у 62 (68,9%) имелись протезы в полости рта, 56 человек (62,2%) чистили зубы только один раз в сутки (33 из них нерегулярно), ни один не чистил язык. Неприятный запах изо рта отмечали 48 (53,3%) человек. Зубной пастой пользовались 56 (62,2%) человек, при этом не удалось выяснить, какой зубной пасте они отдают предпочтение.

Всем больным при первом же посещении стоматологического кабинета проводились профессиональные профилактические мероприятия, а также профилактическая работа в виде индивидуальных бесед по методикам чистки зубов, ухода за ротовой полостью и подбору средств личной гигиены, местному применению фторид содержащих средств (аппликаций, гелей, полосканий). Раздавались им брошюры, памятки и проспекты, направленные на формирование мотивированного подхода к проводимым лечебным и профилактическим действиям.

План просвещения пациентов по вопросам ухода за ротовой полостью показан в таблице 7.2.

Таблица 7.2 – План просвещения пациентов по вопросам ухода за ротовой полостью

<i>№</i>	<i>Стадия просвещения</i>	<i>Описание стадии просвещения</i>
1.	Начало	Ознакомление с пациентом
		Проинформировать о предстоящих манипуляциях
2.	Осмотр и фиксирование данных	Осмотр ротовой полости
		Изучение индексов РНР и РМА
		Фиксирование данных в карте
3.	Личная беседа, ответы на вопросы пациента	Обучение гигиене ротовой полости. Побуждение к профилактическим действиям (гигиене ротовой полости).
		Значение питания в развитии болезней органов ротовой полости, зубных отложений в возникновении воспалительных болезней пародонта. Оповещение о связи болезней слизистой ротовой полости с состоянием здоровья организма.
		Роль личной гигиены. Средства и способы личной гигиены ротовой полости. Принципы проведения.
		Роль профессионального ухода, отличие от личной гигиены ротовой полости. Общие принципы и правила проведения.
		Причины, которые влияют на развитие болезней слизистой полости рта.
4.	Закрепление полученного материала	Закрепление на практике: выполнение личной гигиены ротовой полости под наблюдением врача-стоматолога/гигиениста.
5.	Брошюра, руководство, проспект для закрепления полученных теоретических знаний по личной гигиене ротовой полости.	

При контрольных осмотрах было выяснено, что подавляющее большинство пациентов (68 человек) (40 мужчин и 28 женщин) строго соблюдали рекомендованные профилактические мероприятия, а остальные 22 пациента (14 мужчин и 8 женщин) их соблюдали нерегулярно. С учетом объема выполненных больными профилактических мер, мы их разделили на 2 группы: основная и сравнения (контрольная). В 1-ую группу вошли больные, выполнившие профилактические мероприятия, во 2-ую – больные, выполнившие их частично.

Больные 1-й группы регулярно осуществляли гигиену полости рта после утреннего приема пищи и в конце дня в течение 2-3 минут. Гигиена полости рта, кроме чистки зубов, включала в себя массаж и гидромассаж десен, а также чистку языка.

Оценку эффективности проведенных пациентами комплекса мер профилактики проводили по истечении 1 года по состоянию стоматологического статуса, который оценивался по данным индексов эффективности гигиены (РНР) и РМА.

Корреляция уровня гигиены полости рта и уровня осведомленности о стоматологических гигиенических аспектах у обследованных групп пациентов представлены в таблице 7.3.

Таблица 7.3 – Зависимость показателей состояния полости рта от уровня стоматологических гигиенических знаний

Группа пациентов	Индекс РНР			Индекс РМА		
	На момент первичного обращения	Через год выполнения профилактических мероприятий	p	На момент первичного обращения	Через год выполнения профилактических мероприятий	p
Основная группа (n=68)	2,71±0,38	1,79±0,26	<0,05	2,67±0,44	0,84±0,17	<0,05
Группа сравнения (n=22)	2,72±0,36	2,58±0,47	>0,05	2,66±0,42	2,48±0,33	>0,05

Из данных таблицы 7.3 видно, что показатели состояния полости рта коррелируют с объемом профилактических мероприятий. Пациенты, не регулярно выполнявшие гигиенические профилактические мероприятия, характеризовались более плохим стоматологическим статусом по сравнению с пациентами, выполнившими рекомендации стоматолога по поддержанию гигиены полости рта на бытовом уровне. В основной группе больных (гигиену полости рта проводили регулярно) существенно улучшились показатели индекса РНР и РМА – соответственно на 33,9% и 68,5%, что составляло в абсолютных цифрах $1,79 \pm 0,26$ ($p < 0,05$) и $0,84 \pm 0,17$ ($p < 0,05$) (для сравнения: у 10 здоровых лиц, которые были обследованы в качестве контроля, индексы РНР, РМА составили соответственно $1,59 \pm 0,17$ и $0,48 \pm 0,07$). Во второй группе больных (гигиену полости рта проводили нерегулярно) показатели индексов снизились незначительно – на 5,1% ($2,58 \pm 0,47$, $p > 0,05$) и 6,8% ($2,48 \pm 0,33$, $p > 0,05$) соответственно. Кроме того, в 1-й группе больных галитоз исчез у 25 (78,1%) из 32 больных, значительно уменьшился у 5 (15,6%), кровоточивость десен исчезла у 47 (94,0%) из 50 больных, зубной налет выявили у 3 (4,4%), зубной камень – у 1 (1,5%) больного. Во 2-й группе галитоз исчез у 3 (18,7%) из 16 больных, уменьшился у 1 (6,2%), кровоточивость десен

исчезла у 4 (16,7%) из 50 больных, зубной налет повторно образовался у 8 (36,3%), зубной камень – у 3 (13,6%) больных.

Таким образом, осуществление больными гигиенических мероприятий, направленных на улучшение стоматологического статуса, способствовало заметному улучшению показателей гигиены полости рта и снижению воспалительных явлений тканей пародонта.

Подводя краткий итог данному разделу работы, следует отметить, что стоматологический статус населения Республики Дагестан характеризуется низким уровнем санитарной культуры. Население недостаточно осведомлено о распространенности стоматологических заболеваниях, факторах риска и способах предупреждения их. Одним из приоритетных направлений является создание целевой информационной кампании о методах профилактики [62]. Успех этот может быть достигнут только совместными усилиями населения и врачей самых разных специальностей (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического, врача пародонтолога). С учетом изложенного, осуществление комплекса мер, разработанных нами и направленных на повышение стоматологической культуры населения, как приоритетного фактора в предотвращении патологии пародонта может являться важным шагом на пути улучшения гигиенических навыков и теоретических знаний о стоматологическом уровне здоровья. Внедрение комплексных мер профилактики, и их контроль могут и должны осуществляться силами врачей стоматологов и стоматологических гигиенистов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болезни тканей пародонта на сегодняшний день очень значимы в медицине в плане профилактики и лечения [7, 8]. Данный факт определяется высокой степенью распространенности и существенными медико-экономическими убытками, отрицательным влиянием на здоровье ротовой полости [3, 26, 38, 39, 50, 76, 79, 99, 107, 111, 119, 141].

Результаты международных и российских исследований демонстрируют, что пародонтит является причиной потери зубов, появления очагов хронической инфекции в полости рта [112]. Вышеизложенное не может не отразиться на уровне и качестве жизни населения.

В соответствие с данным значительных исследований в области эпидемиологии, среди взрослого населения болезни тканей пародонта распространены в 85–90% случаев, в России – 90-100% [12, 68, 78, 93, 106]. В то же время, многие исследователи отмечают, что наметилась тенденция к повышению распространенности болезней тканей пародонта в последнее время [89, 112, 122].

Изучение отечественных и зарубежных исследователей, посвященных проблеме патологии пародонта, указывают на несомненную связь заболеваемости с влиянием определенных факторов [18, 22, 32, 46, 52, 55, 103, 105, 113, 154]. Среди факторов риска выделяют контролируемые и не контролируемые. Ко вторым относят возраст, пол, этническая принадлежность, генетические особенности, к контролируемым факторам относятся наличие вредных привычек, социально-бытовой статус, коморбидные патологии, комплаентность индивидуальной схеме профилактики заболеваний полости рта [169]. К контролируемым факторам риска относят ятрогенные аспекты стоматологического лечения, а именно некачественные ортопедические конструкции, пломбы, деформации зубочелюстной системы, некорректно подобранная фармакологическая терапия [10, 49].

Международные и российские исследования показывают прямую корреляцию между низким уровнем осведомленности о культуре индивидуального ухода за полостью рта и патологии пародонта [50, 89]. Важно отметить, что

основную роль в патогенезе болезней тканей пародонта играет бактериальная биопленка, [4, 42, 88, 123, 124, 104, 90, 92, 130, 131, 170]. Ускоренный рост условно патогенной и патогенной микрофлоры приводит к колонизации и как следствие к воспалению и разрушению пародонтальных тканей [104, 161, 40, 144, 151]. Главным фактором в развитии воспалительной реакции играет микроаэрофильная микрофлора и резидентная облигатная анаэробная, что ведет к разрушению десневых тканей [63, 73, 77, 86, 122, 140]. Качественные и количественные изменения микробиоценоза десны могут стать результатом некачественной профилактики ротовой полости, а в последующем - развития изменений в пародонтальных тканях [50, 30, 135].

Наличие, степень выраженности патологии пародонта в значительной мере зависят и от информированности людей о методах и причинах профилактики болезней тканей пародонта, также от степени медико-профилактической мотивированности. При этом уровень влияния факторов, приведенных выше часто обусловлен особенностями образа и условий жизни населения того или иного региона. Соответственно, обнаружение факторов, способствующих развитию патологий тканей пародонта, которые свойственны конкретно взятой территории, имеет основное значение при разработке способов предупреждения болезней пародонта [8, 29, 87].

Принимая во внимание все вышеизложенное, нашей целью было изучение распространенности и особенностей патологии пародонтальных тканей среди взрослых жителей республики, гигиеническую и медико-социальную мотивированность населения в профилактике данной патологии.

Исследования нами проводились по следующим актуальным направлениям:

1. Изучение гендерных и возрастных особенностей распространенности заболеваний пародонта среди взрослого городского и сельского населения республики;

2. Выявление ведущих факторов (санитарно-гигиенические, возрастно-половые, этнические, социально-экономические и др.) риска заболеваний пародонта среди взрослого населения республики;

3. Разработка, апробация и внедрение эффективных мер профилактики заболеваний пародонта среди взрослого населения республики.

Для решения поставленной цели нами был изучен стоматологический статус у 2465 взрослого населения, проживающего в трех городах (Махачкала, Каспийск, Буйнакск) и трех районах (Ногайский (равнинная зона), Сергокалинский (предгорная зона) и Гергебильский (горная зона)) Республики Дагестан.

Проведенное нами комплексное исследование позволило выявить ряд аспектов в эпидемиологии патологии пародонта:

- Распространённость заболеваний пародонта среди взрослого населения Республики Дагестан была достаточно высокой и составляла 88,0% среди всех форм патологии пародонта, такие же данные были опубликованы ВОЗ [13]. Высокий уровень распространенности был выявлен для гингивита – 56,9% (локализованный – 50,4%, генерализованный – 6,5%). В ряде случаев был обнаружен у пациентов пародонтит – 34,0% (локализованный – 25,8%, генерализованный – 8,2%), также, в 2,1% случаев - пародонтоз. Полученные результаты согласуются с данными международных и российских исследований, в которых гингивит самая частая патология пародонта [26, 165, 143, 188].

- Высокая частота заболеваний пародонта встречаются у жителей, проживающих в городах (гингивит – у 64,5%, пародонтит – у 39,6%), по сравнению с проживающими в сельской местности (соответственно – у 57,8% и 33,7%), однако различия незначительные ($p > 0,05$). Гингивит чаще встречается у лиц женского пола – в 66,1% случаев (у лиц мужского пола – в 55,6% случаев) ($p > 0,05$), а пародонтит – у лиц мужского пола – в 41,7% (у лиц женского пола – в 32,0% случаев) ($p > 0,05$).

- Показатели распространенности воспалительных заболеваний тканей пародонта в возрастном аспекте у исследованных больных отличаются неоднородностью. Большая часть пациентов (84,0%), имеющая патологию пародонта, находилась в возрастном интервале в возрасте 18 – 44 года ($p > 0,05$). О явной тенденции к снижению возраста пациентов с генерализованными формами воспалительных заболеваний пародонта за последние годы в России отмечено и в

работах других авторов [125]. С целью предупреждения развития генерализованных форм заболеваний тканей пародонта среди лиц молодого возраста необходимо проведение профилактического стоматологического сопровождения. Установленный нами факт о том, что степень тяжести поражений пародонта нарастает с повышением возраста, подтверждается уже проведенными исследованиями, в которых была отмечена достоверная связь между тяжестью поражения тканей пародонта и возрастом пациентов [27, 64]. Отмечено, что потеря эпителиального прикрепления ≥ 1 мм имеет негативную тенденцию с возрастом [125].

- Интенсивность пародонтальных заболеваний по индексу CPITN по республике в целом составляет 2,24 балла, что определяется как потребность в профессиональном уходе за полостью, обучения индивидуальной гигиене полости и исключение факторов, которые способствуют удержанию зубного налета, особенно среди населения в возрасте 21-30 лет и 31-40 лет (интенсивность по индексу – 2,54 и 2,97 соответственно).

- У взрослого населения Республики Дагестан в целом отмечается низкий уровень стоматологического статуса. Об этом свидетельствуют следующие факты:

- у 96,9% обследованного населения были выявлены зубные отложения (зубной налет – у 33,6%, зубной камень – у 66,4%);

- у 71,2% обследованных отмечался кариес зубов; среди больных с патологией пародонта 29,3% составляли курящие, 6,4% употребляли алкоголь и 2,6% страдали бруксизмом. Эти факты говорят о том, что, возможно, с обследованным населением недостаточно проводилась профилактическая работа;

- у 64,2% обследованных наблюдалось частичное отсутствие зубов, что является свидетельством отсутствия своевременно оказанной ортопедической стоматологической помощи, а значит и недостаточной гигиенической и профилактической стоматологической помощи обследованному контингенту населения;

– у 34,2% из числа обследованных отмечалось наличие зубных протезов, больше половины (58,3%) обследованных нуждалось в изготовлении их, т.е. в проведении ортопедического стоматологического лечения;

– у 31,4% обследованных с заболеваниями тканей пародонта имелись различные аномалии (у некоторых больных отмечалось наличие двух или больше аномалий), у 13,1% – аномалии положения отдельных зубов. Можно предположить, что в определенных случаях аномалии зубочелюстной системы играли отрицательную роль в развитии заболеваний пародонта;

– у значительного количества обследованных отмечалась сопутствующая патология. А, как известно, нередко изменения в тканях пародонта могут быть вторичными, как проявления общих изменений организма в полости рта, т.е. как симптомы общих заболеваний [46, 47, 54, 117, 137, 138, 139, 185, 191]. Наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (39,9%), ЛОР заболевания (17,0%), артериальная гипертония (16,6%) и заболевания почек (11,1%). При этом сопутствующая патология чаще встречалась при пародонтозе, чем при гингивите и пародонтите;

– значительное распространение всех нозологических форм заболеваний тканей пародонта было выявлено у лиц, которые были заняты умственной работой, что возможно говорит об определенной зависимости общего состояния организма, в том числе и пародонта как части целостного организма, от психоэмоционального состояния человека. Возможность такого рода связи отмечены и другими авторами [33, 202].

Таким образом, результаты исследования показывают, что у большинства из обследованного нами населения отмечается плохое стоматологическое здоровье, одной из главных причин которого является плохая гигиена ротовой полости. Следовательно, одним из путей улучшения здоровья полости рта у данного контингента населения является активизация работы по разъяснению роли гигиенических стоматологических мероприятий для профилактических активностей. Необходимость проведения профилактических мероприятий

подтверждается высокой степенью риска перехода локализованных форм в генерализованные [44].

Данные литературы также свидетельствуют о том, что поддержание оптимального состояния здоровья полости рта во многом зависит от уровня компетентности людей в проблемах гигиены и профилактики стоматологических болезней. Анкетирование, проведенное нами 850 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет с выявленной патологией пародонта, показало низкий уровень информированности населения в вопросах профилактики стоматологических заболеваний и индивидуальной гигиены полости рта, что является результатом отсутствия мотивации к безопасному стоматологическому здоровью. Так, 84,0% опрошенных, хотя проводили уход за ротовой полостью, тем не менее, не знали правила гигиены полости рта; индивидуальный уход за полостью рта осуществляли только 12,7%; основные правила гигиены полости рта соблюдали 18,0% респондентов; 24,9% респондентов вообще не чистили зубы; подавляющее большинство опрошенных (79,8%) тратили на чистку зубов не более 1 мин, вместо рекомендуемых 2,5-3 мин. Информацию по уходу за ротовой полостью от врача-стоматолога получали лишь 18,3% опрошенных, а остальные респонденты такую информацию получали, в основном, из недостоверных источников, так называемых реклам в СМИ.

Эффективную гигиену полости рта можно осуществить с использованием различных средств и предметов индивидуального ухода (гигиены) за полостью рта, при выборе и применению которых квалифицированную консультацию пациенту может дать только врач-стоматолог в соответствие с клинической картиной в ротовой полости. Как показали ответы проведенного нами опроса, подавляющее большинство респондентов (90,0%) не уделяют внимание выбору зубной щетки, а правилами пользования зубной щеткой владеют лишь 15,1% опрошенных. Вместе с тем почти все пациенты традиционные средства чистки зубов (зубная щетка и зубная паста) выбирают самостоятельно сами, а, как известно, самостоятельный выбор пациентом средств личной гигиены по уходу за ротовой полостью, как и

медикаментозных препаратов, для лечения патологии пародонта, нередко заканчивается развитием осложнений клинической ситуации.

Данные опроса демонстрируют мнение о выполнении требуемых мероприятий по личной гигиене полости рта 80,0% респондентов. Однако, выявлено, что присутствует существенное расхождение в полученных данных и результатах оценки опрошенными своих знаний и действий касательно ряда требований по уходу за полостью. Проработка полученных данных о частоте профилактических процедур, которые выполнялись опрошенными, выявил неплохую осведомленность об обязательности чистки зубов по завершению приема еды (40,0%). К сожалению, только 2 % респондентов выполняют это требование.

Невысокий уровень осведомленности людей о состоянии полости рта, выявленных заболеваниях, возможных вариантах лечения и результатах отказа от лечения были выявлены результатами данного исследования. Половина опрошенных не оценивают грамотно проявления заболеваний в полости рта, таких как заболевания десен, вследствие чего не обращаются к стоматологу. Достоверной информацией о причинах развития болезней обладали лишь 6,0 из 100 участников.

Таким образом, приведенные выше факты указывают на то, в Республике Дагестан высокая распространенность факторов риска развития стоматологических заболеваний в регионе, неудовлетворительный уровень организации стоматологической помощи, низкий уровень информированности населения о методах профилактики и лечения. Следовательно, основой для разработки новых путей оптимизации и интенсификации гигиены полости может послужить повышение санитарного просвещения населения, которое можно достичь путем направленного применения использования аргументированных способов гигиенического просвещения, осуществление профессионального ухода за ротовой полостью, применение современных медикаментозных средств эффективных в клиническом и экономическом плане. Важно также отметить, что мотивации играют немаловажную роль в повышении стоматологической

осведомленности, приобретении мануальных умений и навыков, теоретической грамотности в вопросах здоровья ротовой полости и правильном образе жизни.

На основании выявленных особенностей стоматологического просвещения и гигиенического воспитания для взрослого населения республики разработан комплекс мероприятий по увеличению функциональных знаний, приобретению мануальных умений и навыков, теоретической осведомленностью о правильном образе жизни и здоровой ротовой полости.

По материалам исследования нами изданы методические рекомендации «Комплекс мероприятий по повышению стоматологического здоровья взрослого населения Республики Дагестан» для врачей-стоматологов, гигиенистов стоматологических, врачей-пародонтологов и врачей общего профиля; научно-популярную книгу «Стоматология для всех или как предупредить заболевания зубов» для стоматологов и широкого круга читателей.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность заболеваний тканей пародонта у взрослого населения республики Дагестан встречается в 88,0% случаев. Наиболее распространённым заболеванием является гингивит – 56,9% (локализованный – 50,4%, генерализованный – 6,5% случаев), реже встречается пародонтит – 34,0% (локализованный – 25,8%, генерализованный – 8,2% случаев) и значительно реже – пародонтоз – 2,1%. Выраженность пародонтальных болезней по индексу CPITN по республике составляет 2,24 балла, что оценивается как необходимость проведения профессиональной гигиены и информирования личной гигиене ротовой полости.

2. Заболевания пародонта диагностируются во всех возрастно-половых группах сельского и городского населения республики, однако в возрасте 18-44 года встречается значительно чаще (у 84,0%), при этом преимущественно поражения связаны с диагнозом «хронический катаральный гингивит», а в возрастной группе 45 лет и старше (16,0%) преимущественно диагностируется пародонтит различной степени тяжести.

3. При оценке результатов анкетирования по выявлению уровня стоматологической грамотности, на основе медико-социологического обследования, установлены основные факторы высокой заболеваемости тканей пародонта: –низкий уровень стоматологической грамотности и мотивации (84,0%) к поддержанию и улучшению стоматологического здоровья, недостаточная осведомленность населения о методах и средствах гигиены полости рта; – недостаточная гигиена ротовой полости и отсутствие полноценного лечения: у 96,9% обследованного населения выявлены зубные отложения, у 71,2% – кариес зубов; у 64,2% – частичное отсутствие зубов; у 34,2% – зубные протезы (58,3% нуждалось в изготовлении их); у 31,4% – различные аномалии; – неудовлетворительная санитарная культура населения – индивидуальную гигиену полости рта регулярно выполняют лишь 12,7% населения, стоматолога с профилактической целью посещают 18,3% пациентов, при этом большинство населения не владеют основными и необходимыми навыками.

4. На основании выявленного состояния стоматологического просвещения и гигиенического воспитания разработан и внедрен комплекс мероприятий по повышению стоматологической грамотности населения, включающие: здоровый образ жизни, проведение санитарного и гигиенического ухода за ротовой полостью, динамику диспансеризации пациентов, учитывая индивидуальные медицинские и социальные факторы. Результаты внедрения предложенных комплексных мер позволят повысить уровень мотивированности к проведению профилактики и сохранению здоровья полости рта.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Разработанный нами комплекс мероприятий по повышению гигиенической культуры взрослого населения включает в себя:

- соответствующий уход за ротовой полостью, под которым подразумевается регулярная чистка зубов, подбор зубных щеток и паст, уход за полостью рта после еды;

- регулярный визит к врачу-стоматологу с целью профилактики заболеваний пародонта, на котором врач-стоматолог осматривает полость рта, удаляет зубные отложения, определяет необходимость ортодонтического и ортопедического лечения;

- здоровое питание, которое определяется приемом в меру грубой, без перекусов пищи (температура которой не должна быть ни горячей, ни холодной), питание должно сопровождаться приемом витаминов;

- санацию хронических очагов инфекции, что является своевременным лечением очага инфекции в полости рта;

- исключение вредных привычек

Комплекс профилактических мероприятий, направленный на улучшение стоматологического здоровья взрослого населения региона, рекомендуется использовать во всех возрастах с учетом их индивидуальных медико-социальных факторов риска.

Комплекс мероприятий по повышению гигиенической культуры внедрен в работу лечебно-профилактических учреждений республики.

Для эффективного снижения заболеваний пародонта населения республики при планировании программ профилактики и лечения заболеваний полости рта целесообразно учитывать уровень заболеваемости и потребности населения в профилактической и лечебной стоматологической помощи.

При выявлении факторов риска заболеваний пародонта и мониторинга эффективности мер профилактики рекомендуется проводить анкетирование людей касательно проведения профилактики основных стоматологических болезней с целью определения уровня информированности по данным вопросам.

Список сокращений

РНР – индекс эффективности гигиены полости рта

РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс

ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

СРІТN – индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

Список литературы

1. Абакаров, С.И. Некоторые аспекты стоматологической патологии у лиц старших возрастных групп, проживающих в различных высотных поясах сельской местности Республики Дагестан / С.И. Абакаров, Д.М. Абдулмеджидова, А.А. Османова, И.М. Расулов // Институт стоматологии, г. Санкт-Петербург, 2025 - №1 (106). – EDN: ATDZVR.

2. Абакаров, С.И. Состояние тканей пародонта при глубокой резцовой окклюзии у взрослых / С.И. Абакаров, Д.М. Абдулмеджидова, С.Г. Гусенов, И.М. Расулов // Институт стоматологии, г. Санкт-Петербург, 2025 - №2 (107). – EDN: YKWVXO.

3. Абдулмеджидова, Д.М. Гендерные и возрастные особенности заболеваний пародонта среди взрослого населения Республики Дагестан / Д.М. Абдулмеджидова // Cathedra. Стоматологическое образование. – 2020. – с № 71. – С. 18-21. – EDN: EDAAGJ.

4. Абдулмеджидова, Д.М. Клинико-биохимическая и морфологическая характеристика пародонта у лиц контрольной группы. / Д.М. Абдулмеджидова, м.м. Расулов, И.М. Расулов // Российский стоматологический журнал. – №6 – 2017 – С.322-324(включен ВАК в Перечень реценз, изд-й с 01.12.2015 г., № 1786). – DOI: 10.18821/1728-2802-2017-21-6-322-324.

5. Абдулмеджидова, Д.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика стоматологического здоровья взрослого населения, проживающего в различных климатогеографических зонах сельской местности Республики Дагестан. / Д.М. Абдулмеджидова, И.М. Расулов, М.А. Магомедов, А.Р. Гаджиев // Стоматология для всех. Москва, 2021. - №2. С. 45-52. (включен ВАК в Перечень реценз, изд-й с 01.12.2015 г., № 1240). – DOI: 10.35556/idr-2021-2(95)45-51.

6. Абдулмеджидова, Д.М. Медицинская и гигиеническая осведомленность взрослого населения в профилактике заболеваний пародонта. / Д.М. Абдулмеджидова // Научно-практический журнал врач-аспирант. – 2017. – № 1.1 (80). – С. 141-146.

7. Абдулмеджидова, Д.М. Оптимизация лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени комплексным применением сульфидной грязи (научная статья) / Д.М. Абдулмеджидова, И.М. Расулов, М.А. Магомедов, А.Р. Гаджиев // Научно-практический журнал. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАДЖИКИСТАНА. Душанбе, 2020 -№3 (346), С. 10-16. – EDN: MWCFXN.

8. Абдулмеджидова, Д.М. Пелоидотерапия в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести (научная статья) / Д.М. Абдулмеджидова, И.М. Расулов, М.А. Магомедов, А.Р. Гаджиев // Вестник физиотерапии и курортологии. Республика Крым, 2020 -№2, том 26, С42-46. – DOI 10.37279/2413-0478-2020-26-2-42-45.

9. Абдулмеджидова, Д.М. Факторы риска развития заболеваний пародонта у взрослого населения / Д.М. Абдулмеджидова // Российский стоматологический журнал. – 2017. – № 21(2). – С. 72-75. – DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802> 2017; 21 (2): 72-75.

10. Аверьянов, С.В. Взаимосвязь между зубочелюстными аномалиями и заболеваниями пародонта / С.В. Аверьянов, А.В. Зубарева // Проблемы стоматологии. – 2015. – № 2. – С. 46-48. – EDN: TZIBUV.

11. Аймадинова, Н.К. Взаимосвязь молекулярно-генетических маркеров с клиническими признаками и факторами риска пародонтита: дисс...канд. мед. наук / Аймадинова Нелли Камильевна. – М., 2017, – 161 с. – EDN: ZQEZDB.

12. Алиева, М.С. Современные аспекты этиологии и патогенеза пародонтита / М.С. Алиева, И.М. Расулов, М.А. Магомедов, Р.Д. Мейланова // Известия Дагестанского государственного педагогического университета – 2013. – №1. – С. 25-30. – EDN: RAPONP.

13. Алимский, А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста / А.В. Алимский // Стоматология для всех. – 2000. – № 2. – С. 46-49.

14. Атрушкевич, В.Г. Оценка органолептических и гигиенических свойств зубной пасты и ополаскивателя Philips Sonicare BreathRX (по результатам

анкетирования пациентов). Стоматология детского возраста и профилактика. 2019;19(4):55-58. – DOI: 10.33925/1683-3031-2019-19-4-55-58.

15. Аширбекова, Ж.Ж. Распространенность заболеваний пародонта студентов-медиков / Ж.Ж. Аширбекова // Студенческий: электрон. научн. журнал. – 2018. – № 21 (41). URL: <https://sibac.info/journal/student/41/120124> (дата обращения: 16.12.2019). – EDN: YNHOAP.

16. Аширбекова, Ж.Ж. психоэмоциональный стресс как фактор развития заболеваний пародонта / Ж.Ж. Аширбекова // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 6; URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=19344> (дата обращения: 22.06.2020).

17. Бирина, О.С. Теоретическое обоснование применения комплексной программы профилактики основных стоматологических заболеваний / О.С. Бирина // Пермский медицинский журнал. – 2012. – Т. XXIX, № 6. – С. 128-135. – EDN: PLQHYV.

18. Блашкова, С.Л. Диагностические критерии риска развития воспалительных заболеваний пародонта у лиц, находящихся на ортодонтическом лечении гингивитом / С.Л. Блашкова, И.Г. Мустафин, Г.Р. Халиуллина // Пародонтология. – 2015. – № 2 (63). – С. 9-12.

19. Блащук, О.С. (Надейкина О.С.) Актуальность исследования стоматологической заболеваемости детей в Пензенском регионе / О.С. Блащук (О.С. Надейкина) // Открытые инновации – вклад молодежи в развитие региона: сб. материалов регионального молодежного форума (6 декабря 2013 г.). – Пенза, 2013. – Т. 2. – С. 67.

20. Богомолов, М.В. Пародонтит как неспецифическое осложнение сахарного диабета. Подходы к профилактике / М.В. Богомолов // Русский медицинский журнал. – 2011. – №13. – С. 828-832. – EDN: QZJDBP.

21. Булгакова, А.И. Использование комплекса зубная паста parodontax® с фтором и ополаскиватель для полости рта parodontax® без спирта в лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Булгакова, Н.А. Васильева, Е.С.

Солдатова [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12, № 3, С. 10-16. – DOI: 10.18481/2077-7566-2016-12-3-10-16.

22. Бородовицина, С.И. Профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие / С.И. Бородовицина, Н.А. Савельева, Е.С. Таболина. – Рязань: ОТСиОП, 2019. – 264 с.

23. Булкина, Н.В. Распространенность и интенсивность признаков заболеваний пародонта среди взрослого населения г. Саратова / Н.В. Булкина, Л.Д. Магдеева // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1.

24. Валиева, Р.М. О роли гигиены полости рта / Р.М. Валиева, Н.Г. Негаметзянов, Р.М. Исмаилов [и др.] // Вестник КазНМУ. – 2017. – № 1. – С. 230-231.

25. Волошина, А.А. К вопросу заболевания пародонта / А.А. Волошина, О.В. Давидян // Молодой ученый. – 2010. – № 12 (23), Т. 2. – С. 148-149.

26. Волошина, А.А. Значение микробного фактора в развитии и течении воспалительных заболеваний пародонта / А.А. Волошина // Молодой ученый – 2011. – № 1, Т. 2. – С. 248-251.

27. Гажва, С.И. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) / С.И. Гажва, Р.С. Гулуев // Стоматология. – 2012. – № 1 (75). – С. 13-14.

28. Гажва, С.И. Клиническая эффективность лечебно-профилактических зубных паст mexidol dent с содержанием мексидола / С.И. Гажва, И.М. Зызов, Т.А. Киптилова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – № 4, Т. 14. – С. 354-355. – EDN: SGOVRX.

29. Гажва, С.И. Реализация приоритета профилактики стоматологических заболеваний, форма и методы / С.И. Гажва, О.С. Надейкина, Т.П. Горячева // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=16421> (дата обращения: 07.06.2020). – EDN: TGQWBZ.

30. Гайдарова, Т.А. Результаты микробиологического обследования больных хроническим генерализованным пародонтитом / Т.А. Гайдарова, Н.В.

Попова // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2011. № 1-1 (77). С. 45. – EDN: OHWDVR.

31. Гизатуллина, О.С. Распространенность воспалительных заболеваний пародонта у молодых людей в возрасте 18-19 лет / О.С. Гизатуллина, Г.М. Ахметова, И.М. Филиппова [и др.] // Стоматологическое здоровье детей в XXI веке. Сборник научных статей // Казанский государственный медицинский университет. – Казань, 2017. – С. 60-65. – EDN: YPHHFV.

32. Гильмияров, Э.М. Нарушения гигиены полости рта как фактор риска гипертрофического гингивита у беременных / Э.М. Гильмияров, Н.М. Левина // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. – №№ 1-2. – С. 193-197. – EDN: SYJBKH.

33. Гожая, И.Н. Риск развития заболеваний пародонта при наличии хронических социальных стрессов у клинически здоровых лиц / И.Н. Гожая // Пародонтология. – 2012. – № 1. – С. 21-25. – DOI: 10.18481/2077-7566-2017-13-1-65-69.

34. Гончарик, П.В. Заболевания пародонта / П.В. Гончарик, А.В. Кравченко, Г.Д. Панюсюк. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2018. – 37 с.

35. Громова, С.Н. Анализ результатов комплексной программы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у детей г. Кирово-Чепецка / С.Н. Громова, В.Ю. Никольский // Вятский медицинский вестник. – 2013. – № 4. – С. 20-23.

36. Грудянов, А.И. Изменения состава микрофлоры зубодесневой борозды в процессе ортодонтического лечения / Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Булыгина В.В., Курчанинова М.Г. // Стоматология. – 2012. – № 3. – С. 61-64. – EDN: PEKDKR.

37. Грудянов, А.И. Средства и методы профилактики воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 62 с. – ISBN 978-5-8948-1914-3.

38. Грудянов, А.И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Е.В. Фоменко. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 96 с. – ISBN 978-5-8948-1798-9.

39. Грудянов, А.И. Методы консервативного лечения воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Е.В. Фоменко. – М.: МИА, 2013. – С. 96. – ISBN: 978-5-9986-0125-5.

40. Гумилевский, Б.Ю. Взаимосвязь иммунного воспаления и клинических проявления гальваноза полости рта / Б.Ю. Гумилевский, А.В. Жидинов, С.П. Дервянченко, Л.Н. Денисенко // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 7. – С. 278-281. – EDN: SHRHAZ.

41. Добровольская, П.Э. Профилактика стоматологических заболеваний в современном обществе / П.Э. Добровольская, А.С. Ковалева // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2015. – № 11-6. – С. 840-847. – EDN: VOAGOT.

42. Доменюк, Д.А. Оценка количественных параметров пародонтопатогенной и резидентной микрофлоры в биопленке десневой борозды у детей и подростков с зубочелюстными аномалиями / Д.А. Доменюк, А.Г. Карслиева, И.М. Быков [и др.] // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2014. – № 4 (146). – С. 39-50. – EDN: SYMLJZ.

43. Елизарова, И.В. Состояние гигиены и пародонта у детей, находящихся на ортодонтическом лечении / И.В. Елизарова, Е.Е. Маслак // *Акт. вопрос. эксперим. клинич и профилактич. стоматологии*. – Волгоград, 2005. – № 2. – С. 127-133. – EDN: SYWGEZ.

44. Емелина, Е.С. Заболевания пародонта: эпидемиология и зависимость от гигиенического состояния полости рта среди инвалидов по слуху города Пензы / Е.С. Емелина, В.В. Пылайкина, А.В. Никонова // *Современные проблемы науки и образования*. – 2017. – № 6. – С. 82. – EDN: UWSWRJ.

45. Ермаков, В.Б. К вопросу об организации профилактики и лечения стоматологической патологии / В.Б. Ермаков, П.Е. Чесноков // *Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: материалы международной научно-практической конференции, 9-10 апреля 2013 г.* // *Бюллетень НИИОЗ*, 2013. – Вып. 1. – С. 163-166. – EDN: RBQIWP.

46. Ермолаева, Л.А. Этиопатогенетические механизмы развития воспалительных заболеваний пародонта у больных с ожирением / Л.А. Ермолаева, А.В. Севбитов, Е.А. Пеньковой [и др.] // Вестник СПбГУ. Медицина. – 2017. – Т. 12, Вып. 4. – С. 386-395. – DOI: 10.21638/11701/spbu11.2017.407.
47. Ермолаева, Л.А. Анализ взаимовлияния заболеваний пародонта и метаболического синдрома / Л.А. Ермолаева, А.Н. Шишкин, Н.А. Шавелева [и др.] // Основные проблемы в современной медицине. – Волгоград. – 2015. – № 2. – С. 176-178. – EDN: UMCGEZ.
48. Добровольская, П.Э. Профилактика стоматологических заболеваний в современном обществе / П.Э. Добровольская, А.С. Ковалева // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11-6. – С. 840-847. – EDN: VOAGOT.
49. Журбенко, В.А. Современные представления об этиологии воспалительных заболеваний тканей пародонта / В.А. Журбенко // Молодой ученый. – 2015. – № 17 (97). – С. 47-49. – EDN: UICETL.
50. Журбенко, В.А. Гигиена полости рта – метод профилактики стоматологических заболеваний / В.А. Журбенко, Э.С. Саакян, Д.С. Тишков [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 4-2. – С. 300-300;
51. Заидо, А. Роль антисептической лечебно-профилактической жидкости во время стоматологического приема / А. Заидо, А.Н. Морозов, Ж.В. Вечеркина [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т. 14, № 4. – С.847-849. – EDN: TCSWKHT.
52. Зайдуллин, И.И. Факторы риска развития болезней пародонта среди населения / И.И. Зайдуллин, А.Б. Бакиров, Э.Т. Валеева // Здоровье населения и среда обитания. – 2017. – № 3 (288). – С. 7-10. – DOI: 10.35627/2219-5238/2017-288-3-7-10.
53. Зайрятьянц, О.В. Роль иммунокомпетентных клеток десны, Toll-like рецепторов и других молекулярных механизмов в патогенезе воспалительно-

деструктивных заболеваний пародонта / О.В. Зайрятыянец, С.П. Бойкова, В.А. Смольяникова // Пародонтология. – 2007. – № 3. – С. 12-20. – EDN: IJEKZX.

54. Закарьяев, А.З. Коморбидность болезней пародонта и внутренних органов / А.З. Закарьяев, Э.Д. Шихнабиева, Д.А. Шихнебиев [и др.] // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2018. – № 1 (26). – С. 78-83.

55. Зорина, О.А. Роль защитных факторов организма в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // О.А. Зорина, А.А. Кулаков, О.А. Борискина // Стоматология. – 2010. – № 5. – С. 72-77. – EDN: NZGMKN.

56. Иванов, В.С. Заболевания пародонта // Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология: учебник для студентов медицинских вузов. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2002. – С. 509-610.

57. Иорданишвили, А.К. Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения / А.К. Иорданишвили В.В. Лобейкло, Л.Н. Солдатова и др. // Пародонтология. – 2015. – № 1 (74). – С. 78-80. – EDN: TSJKXZ.

58. Камалова, Г.Р. Модель профилактики основных стоматологических заболеваний в малом городе Лянтор / Г.Р. Камалова // Уральский медицинский журнал. – 2013. - № 7. – EDN: RSUNOR.

59. Кильмухаметова, Ю.Х. Заболевания пародонта на фоне соматических патологий / Ю.Х. Кильмухаметова, В.М. Батиг, И.И. Абрамчук // Молодой ученый. – 2017. – № 26. – С. 57-62. – EDN: YUNXZP.

60. Кисельникова, Л.П. Результаты стоматологического обследования дошкольников и школьников г. Москвы / Л.П. Кисельникова, Т.Е. Зуева, А.А. Алибекова [и др.] // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. – № 1. – С. 40-44.

61. Князева, Э.Б. Эпидемиология и этиология воспалительных заболеваний пародонта у работников железнодорожного транспорта / Э.Б. Князева, В.Б. Туркутюков // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 29-31. – EDN: SYDRUR.

62. Колпакова, М.В. Уровень гигиенических знаний у населения муниципального образования города Норильск в вопросах профилактики стоматологических заболеваний / М.В. Колпакова, В.В. Мишустина // Стоматологический журнал iStom [Электронный ресурс] URL: <http://alvistom.com/publ/nauka/> /2-1-0-15 (дата обращения: 07.06.2020).

63. Копецкий, И.С. Современные лечебно-профилактические средства для индивидуальной гигиены полости рта / И.С. Копецкий, Л.В. Побожьева // Лечебное дело. – 2012. – № 3. – С. 29-32. – EDN: THQLRJ.

64. Костригина, Е.Д. Современный взгляд на этиопатогенез пародонтита (обзор литературы) / Е.Д. Костригина, Л.А. Зюлькина, П.В. Иванов // Известия высших учебных заведений. Поволжский район. – 2017. – № 3 (43). – С. 118-128. – DOI: 10.21685/2072-3032-2017-3-13.

65. Косюга, С.Ю. Роль стоматологического просвещения в профилактике стоматологических заболеваний у школьников 14 лет / С.Ю. Косюга, О.В. Лекомцева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018;5(1):113-118. – EDN: URLTOI.

66. Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина. – М.: МГМСУ, 2009. – 225 с.

67. Кунин, А.А. Стратегические основы и разработка тактики индивидуальной профилактики воспалительных заболеваний пародонта / А.А. Кунин, О.И. Олейник // Пародонтология. – 2013. – Т. 18 № 4 (69). – С. 41-49. – EDN: SBPGSV.

68. Курбанов, З.О. Эпидемиологические аспекты основных стоматологических заболеваний взрослого населения Республики Дагестан: автореф. дисс... канд. мед. наук / З.О. Курбанов. – Махачкала, 2013. – 143 с. – EDN: ZPERSP.

69. Лекомцева, О.В. Изучение уровня гигиенических знаний и навыков по уходу за полостью рта у старших школьников / О.В. Лекомцева, С.Ю. Косюга // Медицинский совет. – 2019. – № 2. – С. 220-223. – DOI: 10.21518/2079-701X-2019-2-220-223.

70. Леонтьев, В.К. Экологические и медико-социальные аспекты основных стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев // Междисциплинарный научный и прикладной журнал «Биосфера», 2009. – № 2. – С. 230-236. – EDN: QZOGIF.
71. Лунина, Н.А. Формирование гигиенического воспитания и профилактической направленности обучения у студентов стоматологического факультета / Н.А. Лунина, М.В. Воронова // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – Т. 20(7). – С. 33-37. – EDN: XVVFWP.
72. Луцкая, И.К. Болезни пародонта / И.К. Луцкая. – М.: Медицинская литература, 2010. – С. 256. – ISBN 978-5-89677-133-3.
73. Макеева, И.М. Применение раствора Пародонтоцид в комплексном лечении и профилактике гингивита / И.М. Макеева, А.Ю. Туркина, М.А. Полякова [и др.] // Стоматология. – 2013. – № 6. – С. 29-32 – EDN: RTMOXT.
74. Максимова, О.П. Старт болезней пародонта / О.П. Максимова // Клиническая стоматология. – 2012. – № 4(64). – С. 44-50. – EDN: SXUEBN.
75. Максюков, С.Ю. Возрастные особенности заболеваний пародонта у больных с остеопатиями / С.Ю. Максюков, Д.Н. Гаджиева, Э.В. Курбатова // Врач. – 2013. – № 3(34). – С. 2-4. – EDN: YGKTLT.
76. Машилиева, М.М. Исследования эффективности использования ирригаций сероводородных и йодобромных минеральных вод в комплексной терапии пародонтита: Автореф. дисс. канд. мед. наук / М.М. Машилиева. – М., 2011. – С. 23. – EDN: QESPVZ.
77. Мелехов, С.В. Состояние местного иммунитета и микробиоценоза полости рта у больных хроническим генерализованным пародонтитом / С.В. Мелехов, Н.В. Колесникова, Е.С. Овчаренко // Пародонтология. – 2013. – № 1. – С. 3-9. – EDN: QAVVDN.
78. Микляев, С.В. Анализ распространённости хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта / С.В. Микляев, О.М. Леонова, А.В. Сущенко // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №2.

URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27454> (дата обращения: 24.01.2020). – EDN: XNYEHR.

79. Микляев, С.В. Изучение качества жизни у пациентов, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями пародонта / С.В. Микляев, О.М. Леонова, В.К. Глазьев [и др.] // Вестник Тамбовского университета. Сер.: Естественные и технические науки. – Тамбов, 2017. – Т.22. – Вып. 1. – С.187-192. – DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-1-187-192.

80. Михальченко, Д.В. Социальные проблемы профилактики стоматологических заболеваний у студентов / Д.В. Михальченко, Е.А. Филюк, А.В. Жидовинов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – EDN: SZVPHN.

81. Мишутин, Е.А. Распространенность основных стоматологических заболеваний у детей и подростков г. Смоленска. / Е.А. Мишутин, В.Г. Морозов, П.Н. Гелетин // Математическая морфология. Электронный математический и медико-биологический журнал. – 2014. – Т. 13. – № 1. URL: <http://www.smolensk.ru/user/sgma/mmorph/titl.htm> (дата обращения: 16.02.2016).

82. Моисеева, Н.С. Клиническая оценка эффективности применения лечебно-профилактических средств в комплексной профилактике заболеваний пародонта / Н.С. Моисеева, А.А. Кунин // Пародонтология. – 2018. – № 1 (18). – С. 19-21. – DOI: 10.25636/PMP.1.2018.1.4.

83. Мягкова, Н.В. Алгоритм комбинированного ортодонтхирургического лечения скелетных форм зубочелюстных аномалий у взрослых пациентов / Н.В. Мягкова, Е.С. Бимбас // Проблемы стоматологии. – 2014. – № 6. – С. 40-43.

84. Нагайцева, Е.А. Гигиена полости рта как профилактика стоматологических заболеваний / Е.А. Нагайцева // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2; URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=15409> (дата обращения: 31.03.2020). – EDN: WZFIUJ.

85. Неловко, Т.В. Гигиена питания в профилактике заболеваний зубов / Т.В. Неловко, К.М. Оганова, С.А. Федоров // *Bulletin of Medical Internet Conferences*. – 2014. – Vol. 4. – P. 764-765. – EDN: QJJVDP.
86. Никитин, В.В. Поиск безопасных и эффективных методов коррекции баланса микрофлоры полости рта. Анализ опроса врачей-стоматологов / В.В. Никитин, Г.С. Пашкова, К.Е. Исаджанян [и др.] // *Пародонтология*. – 2014. – № 2(71). – С. 36-40. – EDN: SQKDGB.
87. Николаев, А.И. Профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта у взрослых / А.И. Николаев, Л.М. Цепов, И.М. Макеева [и др.]. – М.: МЕД-пресс-информ, 2018. – 192 с. – ISBN 978-5-00030-521-8.
88. Николаева, Е.Н. Пародонтопатогенные бактерии – индикаторы риска возникновения и развития пародонтита (часть I) / Е.Н. Николаева, В.Н. Царев, Е.В. Ипполитов // *Стоматология для всех*. – 2011. – № 3. – С. 4-9. – EDN: OHSGDB.
89. Орехова, Л.Ю. Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста. (Обзор литературы) / Л.Ю. Орехова, Т.В. Кудрявцева, Н.Р. Чеминава [и др.] // *Пародонтология*. – 2014. – Т. 19, № 2. – С. 3-5. – EDN: SQKDCZ.
90. Остафийчук, М.А. Методика проведения профессиональной гигиены полости рта при заболеваниях тканей пародонта у пациентов разных возрастных групп / М.А. Остафийчук // *Молодой ученый*. – 2014. – № 3. – С. 222-226. – EDN: RXEETR.
91. Островская, Л.Ю. Факторы, влияющие на развитие Candida-ассоциированного пародонтита / Островская Л.Ю., Бейбулатов Г.Д., Лепилин А.В. // *Российский стоматологический журнал*. – 2014. – №4. – С. 36-38.
92. Павловская, Я.В. Диагностика состава пародонтопатогенной микрофлоры у пациентов, нуждающихся в ортодонтическом лечении, с помощью молекулярногенетического метода ПЦР / Я.В. Павловская, Ю.А. Гиоева, В.Н. Царев [и др.] // *Ортодонтия*. – 2013. – № 4 (64). – С. 6-8.
93. Петерсен, П.Э. Распространенность стоматологических заболеваний. Факторы риска и здоровье полости рта. Основные проблемы общественного

здравоохранения / П.Э. Петерсен, Э.М. Кузьмина // Dental Forum. - 2017. – Vol. 1(64). – P. 2-11. – EDN: ZCQPKL.

94. Петрова, М.Д. Новый взгляд на развитие и репарацию поврежденных тканей пародонта с позиции молекулярной медицины (аналитический обзор). Часть II. Особенности иммунопатогенеза пародонтита и репарации тканей пародонта / М.Д. Петрова, М.Г. Шубич, В.А. Козлов // Стоматология. – 2007. – № 5. – С. 79-81.

95. Побожьева, Л.В. Роль биопленки в патогенезе воспалительных заболеваний полости рта и способы ее устранения / Л.В. Побожьева, И.С. Копецкий // Лечебное дело. – 2012. – № 2. – С. 9-13. – EDN: PCNUTF.

96. Полушкина, Н.А. Анализ воспалительно-дистрофических процессов в тканях полости рта у больных сахарным диабетом 2 типа / Н.А. Полушкина, А.Н. Морозов, Т.В. Чубаров, Ж.В. Вечеркина // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2016. – Т. 15, № 1. – С. 18-21. – EDN: VQWHRB.

97. Попова, Е.С. Изменение гемодинамики в патогенезе заболеваний пародонта у детей с зубочелюстными аномалиями в условиях Забайкалья / Е.С. Попова, Ю.В. Кухаренко, С.Н. Смоляков // Российский стоматологический журнал. – 2013. – № 2. – С. 53-55. – EDN: QACPPB.

98. Попова, Н.С. Стоматологические заболевания и уровень санитарно-гигиенических знаний беременных женщин / Н.С. Попова, Ю.И. Тигрова, Л.П. Кисельникова // Тихоокеанский медицинский вестник. – 2013. – № 1. – С. 44-46.

99. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) [Электронный ресурс] – 2016 – Режим доступа: <https://stomport.ru/articles/rasprostranennost-i-intensivnost-vozpалitelnyh-zabolevaniy-parodonta-obzor-literatury/> - Дата доступа: 10.06.2018.

100. Ревазова, З.Э. Использование врачами-стоматологами различных методов лечения заболеваний пародонта / З.Э. Ревазова, В.Д. Вагнер // Институт стоматологии. – 2013. – № 4. – С. 14-18. – EDN: TJBLEF.

101. Ричард, Дж. Ламонт. Микробиология и иммунология для стоматологов / Ричард Дж. Ламонт, Роберт А. Берне, Мэрилин С. Лантц. / под ред. проф. В.К. Леонтьева. – Москва, 2010. – 502 с. – EDN: TBLJAT.

102. Сеидбеков, О.С. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта у беременных женщин / О.С. Сеидбеков, Д. К. Кафарова // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 3. – С. 39-41. – DOI: 10.17816/dent.38972.

103. Силин, А.В. Влияние исходного пародонтологического статуса на выбор плана ортодонтического лечения у взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями / А.В. Силин, Е.В. Кирсанов, Е.Ю. Медведева // Институт стоматологии. – 2011. – № 4 (53). – С. 37-38. – EDN: OPRTTZ.

104. Смирнова, Я.В. Современные методы профилактики воспалительных заболеваний пародонта / Я.В. Смирнова, Е.А. Бриль, С.Л. Бакшеева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – EDN: VJPRDJ.

105. Солдатова, Ю.О. Исследование влияния табакокурения на показатели стоматологического здоровья и взаимосвязи количества выделяемого угарного газа со стажем курения / Ю.О. Солдатова, А.И. Булгакова, Х.Х. Ганцева [и др.] // Пародонтология. 2016. – № 1 (78). – С. 26-29. – EDN: VPGCNR.

106. Соловьева, А.М. Итоги круглого стола экспертов по проблеме «Связь стоматологического и общего здоровья» / А.М. Соловьева // Клиническая стоматология. – 2012. – № 2. – С. 1-2. – EDN: PDUHYP.

107. Субанова, А.А. Особенности эпидемиологии и патогенеза заболеваний пародонта (обзор литературы) / А.А. Субанова // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2015. – № 7, Т. 15 – С. 152-155. – EDN: ULXEPB.

108. Суворова, М.Н. Профилактика и коммунальная стоматология: метод. рекомендации: в 2 ч. / М.Н. Суворова, Г.В. Емелина, П.В. Иванов [и др.] – Пенза: Изд-во ПГУ, 2015. – Ч. 1. – 76 с.

109. Суворова, М.Н. Распространенность и интенсивность кариеса и болезней пародонта у инвалидов по слуху в Пензенском регионе / М.Н. Суворова, П.В. Иванов, Л.А. Зюлькина [и др.] // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2015. – № 4 (36). – С. 115-123. – EDN: VTODWP.

110. Суворова, М.Н. Сравнительный анализ уровня гигиенических стоматологических знаний у инвалидов по слуху г. Пензы и Пензенской области /

М.Н. Суворова, Л.А. Зюлькина, Г.В. Емелина [и др.] // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2015. – № 3 (35). – С. 143-151.

111. Теблоева, Л.М. Распространенность, тяжесть, история заболевания пародонта/Теблоева Л.М., Дмитриева Л.А., Гуревич К.Г. // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 6. – С. 44-45. – EDN: NUKJMF.

112. Темкин, Э.С. Эффективность лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта шелем «Поликан» / Э.С. Темкин, Т.А. Абакумова, Н.И. Матвеева // Научно-информационный журнал. – 2010. – № 5. – С. 10-15.

113. Трунин, Д.А. Микробный фактор в лечении пародонтита Микробный фактор в лечении пародонтита / Д.А. Трунин, В.П. Кириллова, И.В. Бажутова // в сб. «Актуальные вопросы стоматологии» научных работ, посвященных 45-летию стоматологического образования в СамГМУ. – Самара: ООО «Офорт», 2011. – С. 345-347.

114. Турдиев, Ш.М. Современные проблемы профилактики стоматологической заболеваемости / Ш.М. Турдиев, Д.Ш. Атаджанова // Электронный журнал «Биология и интегральная медицина». – 2019. – № 2 (30). – С. 16-27.

115. Турдиев, Ш.М. Актуальные проблемы современной стоматологической помощи / Ш.М. Турдиев // Электронный журнал «Биология и интегральная медицина». – 2019. – № 2 (30). – С. 53-61. – EDN: CZCCXE.

116. Улитковский, С.Б. Гигиенический уход при воспаленном пародонте / С.Б. Улитковский. – М.: Медицинская книга, 2008. – С. 288. – EDN: QLROJH .

117. Улитковский, С.Б. Связь воспалительных заболеваний пародонта с сахарным диабетом / С.Б. Улитковский // Лечащий врач. – 2011. – № 12. – EDN: SITJHD.

118. Улитковский, С.Б. Основы профилактики заболеваний пародонта / С.Б. Улитковский // Медицинский совет. – 2014. – № 7. – С. 68-71. – EDN: SGRYIL.

119. Улитковский, С.Б. Проблемы пародонтологии и пути их решения / С.Б. Улитковский, Е.С. Алексеева, А.А. Васянина // Пародонтология. – 2015. – № 20 (3). – С. 33-36. – EDN: UNFAIN.

120. Улитковский, С.Б. Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта / С.Б. Улитковский // Медицинский совет. – 2016. – № 19. – С. 138-141. – DOI: 10.21518/2079-701X-2016-19-138-141.

121. Улитковский, С.Б. Изучение распространенности заболеваний пародонта у ортодонтических пациентов / С.Б. Улитковский, А.В. Шевцов // Пародонтология. – 2020. – № 25 (1). – С. 37-41. – DOI: 10.33925/1683-3759-2020-25-1-37-41.

122. Усманова, И.Н. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний пародонта по состоянию локальных факторов неспецифической защиты полости рта у лиц молодого возраста, проживающих в регионе с неблагоприятными факторами окружающей среды / И.Н. Усманова, М.Ф. Кабирова, И.Р. Усманов // Клиническая стоматология. – 2012. – № 1 (61). – С. 66-68. – EDN: TAXNGN.

123. Усманова, И.Н. Роль условно-патогенной и патогенной микрофлоры полости рта в развитии воспалительных заболеваний пародонта и слизистой полости рта (обзор литературы) / И.Н. Усманов, М.М. Туйгунов, Л.П. Герасимова [и др.] // Вестник ЮУрГУ. Серия Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2015. – Т. 15, № 2, – С. 37-44. – DOI: 10.14529/ozfk150207.

124. Усманова, И.Н. Условно-патогенная микрофлора полости рта как критерий диагностики хронического гингивита и пародонтита у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Профессорские чтения имени Г.Д. Овруцкого и «Инновационные технологии в стоматологии»: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Казань, 2015. – С. 164-169.

125. Усманова, И.Н. Диагностические критерии хронического гингивита и пародонтита у лиц молодого возраста / И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова [и др.] // Пародонтология. – 2014. – № 4. – С. 44-49. – EDN: TGNQLT.

126. Федоров, В.А. Состояние тканей пародонта у подростков и лиц молодого возраста при табачной аддикции / В.А. Федоров, Н.В. Тарасова, Е.А. Бриль [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7 (часть 2) – С. 408-410. – EDN: PAZFDV.

127. Фирсова, И.В. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике/Фирсова И.В., Михальченко В.Ф. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2007 - №1. -0,3 п.л. – EDN: KHRBJZ.

128. Флейшер, Г.М. К вопросу организации гигиенического обучения и стоматологического просвещения среди детского населения России / Г.М. Флейшер // ДенталЮг. – 2010. – № 9 (81). – С. 58-60.

129. Фомичев, И.В. Применение лечебно-профилактических средств MEXIDOL dent при воспалительных заболеваниях пародонта / И.В. Фомичев // Стоматолог-практик. – 2014. – № 2. – С. 58-61.

130. Фукс, Е.И. Роль микробного налета в возникновении заболеваний пародонта / Е.И. Фукс // В сборнике: Материалы межрегиональной научной конференции с международным участием Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова / Под общей редакцией В.А. Кирюшина. – 2014. – С. 166-170. – EDN: UAMYAN.

131. Фукс, Е.И. Современные аспекты этиологии и патогенеза заболеваний пародонта / Е.И. Фукс, Ю.А. Карева, О.А. Гализина [и др.] // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2013. Т. 21. № 3. С. 153-160. – EDN: RKXTMN.

132. Хамадеева, Л.М. Гигиенист стоматологический – специалист по профилактике стоматологических заболеваний у населения: учебно-методическое пособие / под ред. Л.М. Хамадеевой / Л.М. Хамадеева, Д.А. Трунин, Ю.А. Шухорова. – Самара: ООО «Офорт»: ГОУ ВПО «СамГМУ», 2012.

133. Черкасов, С.М. Анализ распространенности заболеваний зубочелюстной системы, формирующих спрос на стоматологические услуги / С.М.

Черкасов // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 2. – С. 186-189. – EDN: RZQTWZ.

134. Чигарина, С.Е. Стоматологическое здоровье студенческой молодежи / С.Е. Чигарина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 10-2. – С. 243-245; URL: <http://applied-research.ru/ru/article/view?id=10327> (дата обращения: 19.06.2020).

135. Цепов, Л.М. Роль микрофлоры в возникновении воспалительных заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, Н.А. Голева // Пародонтология. – 2009. – № 1. – С. 8-12. – EDN: KUHFLV.

136. Шамов, И.М. Эффективность проведения профилактики кариеса зубов у детей при воздействии неблагоприятных факторов среды / И.М. Шамов, М.М. Мащилиева, П.Д. Кудаева // Юг России: экология, развитие, 2016. – Том 11, N1 – С. 204-209. – EDN: VSASWF.

137. Шихнабиева, Э.Д. Коморбидные патологии пародонта и внутренней системы: клинико-иммунологические аспекты: монография / Э.Д. Шихнабиева, М.М. Расулов, Д.А. Шихнебиев [и др.]. – Махачкала: Наука Дагестан. – 2015. – 135 с.

138. Шихнабиева, Э.Д. Клинико-иммунологическая оценка оптимизированной тактики лечения пародонта у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Э.Д. Шихнабиева, А.З. Закарьяев, М.Н. Меджидов [и др.] // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – Махачкала: Дагпресс Медиа. – 2018. – № 2 (27). – С. 57-61.

139. Шихнабиева, Э.Д. Коморбидность воспалительных заболеваний тканей пародонта и внутренней системы (обзор литературы) / Э.Д. Шихнабиева, Д.А. Шихнебиев // Cathedra. Стоматологическое образование. – 2020. – № 71. – С. 36-39. – EDN: EJMKFJ.

140. Шугайлов, И.А. Изучение эффективности фотодинамической терапии воспалительных заболеваний пародонта с препаратом «РадаДент» / И.А. Шугайлов, А.Р. Джанчатова, Н.Н. Булгакова [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 6. – С. 35-37. – DOI: 10.17816/dent.38996.

141. Янушевич, О.О. Пародонтит XXI век / О.О. Янушевич, Л.А. Дмитриева, З.Э. Ревазова. – М.: МГМСУ. – 2012. – 366 с. – EDN: QQEOKD.

142. A guide to smoking cessation in Scotland 2010. NHS Health Scotland, 2010: www.healthscotland.com/documents/4661.aspx.

143. Ababneh, K.T. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a Multi-Centre study in North Jordan: a cross sectional study / K.T. Ababneh, M.Z.F.A. Hwajj, Y.S. Khader // BMC Oral Health. – 2012. - Vol. 12. – P. 1. – DOI: 10.1186/1472-6831-12-1.

144. Al-Hebshi, N.N. Effect of khat chewing on periodontal pathogens in subgingival biofilm from chronic periodontitis patients / N.B. Al-Hebshi, A.K. Al-Sharabi, H.M. Shuga-Aldin [и др.] // J.Ethnopharmacol. – 2010. – № 132 (3). – P. 564-569. – DOI: 10.1016/j.jep.2010.08.051.

145. Al-Zahrani, M.S. Obesity and periodontal disease in young, middle-aged and older adults / M.S. Al-Zahrani, N.F. Bissada, E.A. Borawskit // J Periodontal. – 2003. - Vol. 74. – P. 610-615. – DOI: 10.1902/jop.2003.74.5.610.

146. Al-Zarea, B.K. Oral Health Knowledge of Periodontal Disease among University Students / B.K. Al-Zarea // International Journal of Dentistry. – 2013. - Vol. 2013. – Article ID 647397. – DOI: 10.1155/2013/647397.

147. Ababneh, K.T. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a Multi-Centre study in North Jordan: a cross sectional study / K.T. Ababneh, M.Z.F.A. Hwajj, Y.S. Khader // BMC Oral Health. – 2012. - Vol. 12 (1). – DOI: 10.1186/1472-6831-12-1.

148. Albandar, J.M. Periodontal diseases in North America / J.M. Albandar // Periodontal.2000. – 2002. - Vol. 29. – P. 31-69. – DOI: 10.1034/j.1600-0757.2002.290103. x.

149. Albandar, J.M. Epidemiology and risk factors of periodontal disease / J.M. Albandar // Dental Clinics of North America. – 2005. - Vol. 49. – P. 517-532. – DOI: 10.1016/j.cden.2005.03.003.

150. Alper, S. Identification of innate immunity genes and pathways using a comparative genomics approach / S. Alper, R. Laws, B. Lackford, W.A. Boyd // PNAS USA. – 2008. – № 105. – P. 7016-7021. – DOI: 10.1073/pnas.0802405105.

151. Armitage, G.C. Evolution and Application of Classification Systems for Periodontal Diseases – A Retrospective Commentary / G.C. Armitage // J Periodontal. – 2014. - Vol. 85. – P. 369-371. – DOI: 10.1902/jop.2014.130700.

152. Baser, U. Evolution of gingival bleeding awareness by comparison of self-reports and clinical measurements of freshman dental students / U. Baser, M. Germen, Y. Erdem [и др.] // European Journal of Dentistry. – 2014. - Vol. 8. – P. 360-365. – DOI: 10.4103/1305-7456.137649.

153. Belstrom, D. Differences in bacterial saliva profile between periodontitis patients and a control cohort / D. Belstrom, N.E. Fiehn, C.H. Nielsen [и др.] // J. Clin. Periodontal. – 2014. – № 41(2). – P. 104-112. – DOI: 10.1111/jcpe.12190.

154. Berezowand, A.B. Microbial shift and periodontitis / A.B. Berezowand, R.P. Darveau // Periodontology. – 2011. – № 55. – P. 36-47. – DOI: 10.1111/j.1600-0757.2010.00350. x.

155. Blicher, B. Validation of Self-reported Periodontal Disease: A Systematic Review / B. Blicher, K. Joshipuram, P. Eke // J Dent Res. – 2005. - Vol. 84. – P. 881-890. – DOI: 10.1177/154405910508401003.

156. Bourgeois, D. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003 / D. Bourgeois, P. Bouchard, C. Mattout // J Periodontal Res. – 2007. - Vol. 42. – P. 219-227. – DOI: 10.1111/j.1600-0765.2006.00936. x.

157. Burt, B. Position paper: epidemiology of periodontal diseases / B. Burt // Journal of Periodontology. – 2005. - Vol. 76. – P. 1406-1419. – DOI: 10.1902/jop.2005.76.8.1406.

158. Cafiero, C. Predictive, preventive, personalized and participatory periodontology: ‘the 5Ps age’ has already started / C. Cafiero, S. Matarasso // The EPMA Journal. – 2013. - Vol. 4. – P. 16. – DOI: 10.1186/1878-5085-4-16.

159. Clarkson, J.E. How to influence patient oral hygiene behavior effectively / J.E. Clarkson, L. Young, C.R. Ramsay [и др.] // *Journal of Dental Research*. – 2009. - Vol. 88. – P. 933-937. – DOI: 10.1177/0022034509345627.
160. Darre, L. Efficacy of periodontal treatment on glycaemic control in diabetic patients: a meta-analysis of interventional studies / L. Darre, J.N. Vergnes, P. Gourdy [и др.] // *Diabetes Metab.* – 2008. - Vol. 34. – P. 497-506. – DOI: 10.1016/j.diabet.2008.03.006.
161. Davies, R.M. Toothpaste in the control of plaque/gingivitis and periodontitis / R.M. Davies // *Periodontology 2000*. – 2008. - Vol. 48. – P. 23-30. – DOI: 10.1111/j.1600-0757.2008.00261. x.
162. Deacon, S.A. Different powered toothbrushes for plaque control and gingival health / S.A. Deacon, A.M. Glenn, C. Deery [и др.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2010. - Vol. 12. – CD004971. – DOI: 10.1002/14651858.CD004971.pub2.
163. Fine, D.H. Effect of rinsing with an essential oil-containing mouthrinse on subgingival periodontopathogens / D.H. Fine, K. Markowitz, D. Furgang [и др.] // *J Periodontol.* – 2007. - Vol. 78. – P. 1935-1942. – DOI: 10.1902/jop.2007.070120.
164. Fine, D.H. Periodontosis: A Ninety-Year History: The Legacy of Professor Bernhard Gottlieb / D.H. Fine, D.W. Cohen, E. Bimstein, C. Bruckmann [и др.] // *Journal of Periodontology*. – 2014. - Vol. 25. – P. 1-10. – DOI: 10.1902/jop.2014.140202.
165. Gjermo, P. Periodontal diseases in Central and South America / P. Gjermo, C.K. Rosing, C. Susin [и др.] // *Periodontology 2000*. – 2002. - Vol. 29. – P. 70-78. – DOI: 10.1034/j.1600-0757.2001.290104. x.
166. Gray, D. Does oral health promotion influence the oral hygiene and gingival health of patients undergoing fixed appliance orthodontic treatment? A systematic literature review / D. Gray, G. McIntyre // *Journal of Orthodontics*. – 2008. - Vol. 35. – P. 262-269. – DOI: 10.1179/14653120722770.
167. Hamlet, S.M. Distribution of *Actinobacillus actinomycetem comitans*, *Porphyromonas gingivalis* and *Prevotella intermedia* in an Australian population / S.M. Hamlet, M.P. Cullinan, B. Westerman [и др.] // *J Clin Periodontol.* – 2001. - Vol. 28. – P. 1163-1171. – DOI: 10.1034/j.1600-051x.2001.281212. x.

168. Hanes, P.J. Characteristics of inflammation common to both diabetes and periodontitis: are predictive diagnoses and targeted preventive measures possible? / Hanes P.J., Krishna R. // EPMA J. – 2010. - Vol. 1. – P. 101-116. – DOI: 10.1007/s13167-010-0016-3.

169. Hatem, A.E. Epidemiology and Risk Factors of Periodontal Disease / A.E. Hatem // In: Manakil J – Periodontal diseases: a clinician guide – In Tech, 2012. – 380 p.

170. Hikiji, H. Changes in the awareness of oral health among new students newly enrolled at the University of Tokyo over the past 15 years / H. Hikiji, N. Koshikiya, H. Fujihara [et al.] // Int J Dent Hygiene. – 2005. - Vol. 3. – P. 137-144. – DOI: 10.1111/j.1601-5037.2005.00134. x.

171. Holtfreter, B. Epidemiology of periodontal diseases in the Study of Health in Pomerania / B. Holtfreter, C. Schwahn, R. Biffar [et al.] // J Clin Periodontal. – 2009. - Vol. 36. – P. 114-123. – DOI: 10.1111/j.1600-051X.2008.01361. x.

172. Hu, K.F. Interleukin-10(-592 C/A) and interleukin-12B (+16974 A/C) gene polymorphisms in Taiwanese population / K.F. Hu, K.C. Huang, Y.P. Ho [et al.] // J Periodontal Res. – 2009. - Vol. 44. – P. 378-385. – DOI: 10.1111/j.1600-0765.2008.01116. x.

173. Hugoson, A. Trends over 30 years, 1973-2003, in the prevalence and severity of periodontal disease / A. Hugoson, B. Sjodin, O. Norderyd // J Clin Periodontal. – 2008. - Vol. 35. – P. 405-414. – DOI: 10.1111/j.1600-051X.2008.01225. x.

174. Hujoel, P.P. Personal oral hygiene and chronic periodontitis: a systematic review / P.P. Hujoel, J. Cunha-Cruz, W.J. Loesche [et al.] // Periodontal 2000. – 2005. - Vol. 37. – P. 29-34. – DOI: 10.1111/j.1600-0757.2004.03795.x.

175. Imai, P.Y. Comparison of interdental brush to dental floss for reduction of clinical parameters of periodontal disease: A systematic review / P.Y. Imai, D. MacDonald // Canadian Journal of Dental Hygiene. – 2012. - Vol. 46. – P. 63-78.

176. Imamura, T. The role of gingipains in the pathogenesis of periodontal disease / T. Imamura // J. Periodontal. – 2003. - Vol. 74, № 1. – P. 111-118. – DOI: 10.1902/jop.2003.74.1.111.

177. Jonsson, B. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behavior in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up) / B. Jonsson, K. Ohrn, N. Oscarson [et al.] // *Journal of Clinical Periodontology*. – 2009. - Vol. 36. – P. 1025-1034. – DOI: 10.1111/j.1600-051X.2009.01453. x.

178. Keijser, B.J. Pyrosequencing analysis of the oral microflora of healthy adults / B.J. Keijser, E. Zaura, S.M. Huse [et al.] // *J Dent Res*. – 2008. - Vol. 87. – P. 1016-1020. – DOI: 10.1177/154405910808701104.

179. Khader, Y. Validity of a Self-Reported Periodontal Disease Questionnaire among / Y. Khader, R. Alhabashneh, F. Alhersh // *Jordanians Dentistry*. – 2014. - Vol. 4. – P. 201. – DOI: 10.1265/jjh.71.260.

180. Kinane, D.F. Advances in the pathogenesis of periodontitis. Consensus Report / D.F. Kinane, R. Attstrom // *J Clin Periodontal*. – 2005. - Vol. 32. – P. 130-131. – DOI: 10.1111/j.1600-051X.2005.00823. x.

181. Knevel, R.J.M. Training rural women to improve access to oral health awareness programmes in remote villages in Nepal / R.J.M. Knevel // *Int J Dent Hygiene*. – 2010. - Vol. 8. – P. 286-293. – DOI: 10.1111/j.1601-5037.2010.00481. x.

182. Koshi, E. Risk assessment for periodontal disease / E. Koshi, S. Rajesh, P. Koshi [et al.] // *J Indian Soc Periodontal*. – 2012. - Vol. 16. – P. 324-328. – DOI: 10.4103/0972-124X.100905.

183. Lalla, E. Oral infection with a periodontal pathogen accelerates early atherosclerosis in apolipoprotein E-null mice / E. Lalla, I.B. Lamster, M.A. Hofmann [et al.] // *Arterioscler Thromb Vasc. Biol*. – 2003. - Vol. 8. – P. 1309-1311. – DOI: 10.1161/01.ATV.0000082462.26258.FE.

184. Lung, Z.H. Poor patient awareness of the relationship between smoking and periodontal diseases / Z.H. Lung, M.G. Kelleher, R.W. Porter [et al.] // *Br Dent J*. – 2005. - Vol. 10. – P. 731-737. – DOI: 10.1038/sj.bdj.4812971.

185. Marchetti, E. Periodontal disease: the influence of metabolic syndrome / E. Marchetti, A. Monaco, L. Procaccini [et al.] // *Nutrition & Metabolism*. – 2012. - Vol. 9 (1). – P. 88. – DOI: 10.1186/1743-7075-9-88.

186. Matthews, D.C. Prevention and treatment of periodontal diseases in primary care / D.C. Matthews // *Evid Based Dent.* – 2014. - Vol. 15. – P. 68-69. – DOI: 10.1038/sj.ebd.6401036.
187. Neto, J.B.C. Smoking and periodontal tissues: a review / J.B.C. Neto, E.F. Rosa, C.M. Pannuti [et al.] // *Braz Oral Res.* – 2012. - Vol. 26. – P. 25-31. – DOI: 10.1590/s1806-83242012000700005.
188. Nibali, L. Tooth Loss in Aggressive Periodontitis: A Systematic Review / L. Nibali, B.C. Farias, A. Vajgel, Tu Y.K., Donos N. // *J Dent Res.* – 2013. - Vol. 92. – P. 868-875. – DOI: 10.1177/0022034513501878.
189. Nakai, Y. Xylitol gum and maternal transmission of mutans streptococci. / Y. Nakai, C. Shinga-Ishihara, M. Kaji [et al.] // *J. Dent. Res.* – 2010. - Vol. 89, N.1. – P. 56-60. – DOI: 10.1177/0022034509352958.
190. Nishimura, F. Periodontal disease as part of the insulin resistance syndrome in diabetic patients / F. Nishimura, Y. Soga, Y. Iwamoto [et al.] // *J Int Acad Periodontal.* – 2005. - Vol. 7. – P. 16-20.
191. Osazuwa, F. Markers of inflammation among Nigerian periodontitis patients / F. Osazuwa, M.A. Onoride, A.A. Adeolu // *Journal of Immunological Techniques in Infectious Diseases.* – 2014. - Vol. 3 (2). – P. 32. – DOI:10.4172/2329-9541.1000127.
192. Palmer, R.M. Mechanisms of action of environmental factors – tobacco smoking / R.M. Palmer, R.F. Wilson, A.S. Hasan [et al.] // *J Clin Periodontal.* – 2005. - Vol. 32. – P. 180-195. – DOI: 10.1111/j.1600-051X.2005.00786.x.
193. Parkhill, J.M. Association of interleukin-1 gene polymorphisms with early-onset periodontitis / J.M. Parkhill, B.J. Hennig, I.L. Chapple [et al.] // *J Clin Periodontal.* – 2000. - Vol. 27. – P. 682-689. – DOI: 10.1034/j.1600-051x.2000.027009682.x.
194. Phipps, K.R. Periodontal health of older men: the MrOS dental study / K.R. Phipps, B.K. Chan, M. Jennings-Holt [et al.] // *Gerodontal.* – 2009. - Vol. 26. – P. 122-129. – DOI: 10.1111/j.1741-2358.2008.00231.x.
195. Poklepovic, T. Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults / T. Poklepovic, H.V. Worthington, T.M.

Johnson [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. - Vol. 12. – CD009857. – DOI: 10.1002/14651858.CD009857.pub2.

196. Sambunjak, D. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults / D. Sambunjak, J.W. Nickerson, T. Poklepovic [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2011. - Vol. 7. – CD008829. – DOI: 10.1002/14651858.CD008829.pub2.

197. Saamyendra, V.S. Prevalence of dental myths, oral hygiene methods and tobacco habits in an ageing North Indian rural population / V.S. Saamyendra, T. Arvind, A Zafar [et al.] // Gerodontology. – 2012. - Vol. 29. – P. e53-e56. – DOI: 10.1111/j.1741-2358.2010.00395.x.

198. Schatzle, M. Clinical course of chronic periodontitis. I. Role of gingivitis / M. Schatzle, H. Loe, W. Burgin [et al.] // J Clin Periodontal. – 2003. - Vol. 30. – P. 887-901. – DOI: 10.1034/j.1600-051x.2003.00414.x.

199. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Prevention and Treatment of Periodontal Diseases in Primary Care. Dental Clinical Guidance. – 2014. – 115 p.: <http://www.sdcep.org.uk/>.

200. Shultis, W.A. Effect of periodontitis on overt nephropathy and end-stage renal disease in type 2 diabetes / Shultis W.A., Weil E.J., Looker H.C., Curtis J.M., Shlossman M., Genco R.J, Knowler W.C., Nelson R.G. // Diabetes Care – 2007. - Vol. 30. – P. 306-311. – DOI: 10.2337/dc06-1184.

201. Simpson, T.C., Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes / Simpson T.C., Needleman I., Wild S.H., Moles D.R., Mills E.J. // Cochrane Database of Systematic Rev. – 2010. - Vol. 12. – P. CD004714. – DOI: 10.1002/14651858.CD004714.pub3.

202. Singer, R.E. Oxidative stress and IgG antibody modify periodontitis-CRP Association / R.E. Singer, K. Moss, S.J. Kim [et al.] // J. Dent Res. – 2015. - Vol. 94 (12). – P. 1698-1670. – DOI: 10.1177/0022034515602693.

203. Stabholz, A. Genetic and environmental risk factors for chronic periodontitis and aggressive periodontitis / A. Stabholz, W.A. Soskolne, L. Shapira // Periodontology. – 2010. - № 53. – P. 138-153. – DOI: 10.1111/j.1600-0757.2010.00340.x.

204. Susin, C. Epidemiology and demographics of aggressive periodontitis / C. Susin, A.N. Haas, J.M. Albandar // *Periodontology 2000*. – 2014. - Vol. 65. – P. 27-45. – DOI: 10.1111/prd.12019.

205. Susin, C. Periodontal attachment loss attributable to cigarette smoking in an urban Brazilian population / C. Susin, R.V. Oppermann, O. Haugejorden [et al.] // *J Clin Periodontol*. – 2004. - Vol. 31. – P. 951-958. – DOI: 10.1111/j.1600-051x.2004.00588.x.

206. Susin, C. Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil / C. Susin, R.V. Oppermann, O. Haugejorden [et al.] // *Acta Odontol Scand*. – 2005. - Vol. 63. – P. 85-93. – DOI: 10.1080/00016350510019694.

207. Tanner, A.C. Clinical and other risk indicators for early periodontitis in adults / A.C. Tanner, Kent R.Jr., Van Dyke T., Sonis S.T., Murray L.A. // *J Periodontol*. – 2005. - Vol. 76. – P. 573-581. – DOI: 10.1902/jop.2005.76.4.573.

208. Teles, R.P. Antimicrobial agents used in the control of periodontal biofilms: effective adjuncts to mechanical plaque control? / R.P. Teles, F.R.F. Teles // *Braz Oral Res*. – 2009. - Vol. 23. – P. 39-48. – DOI: 10.1590/s1806-83242009000500007.

209. Thomson, W.M. IL-1 genotype and adult periodontitis among young New Zealanders / W.M. Thomson, S.J. Edwards, D.P. Dobson-Le [et al.] // *J Dent Res*. – 2001. - Vol. 80. – P. 1700-1703. – DOI: 10.1177/00220345010800080401.

210. Van der Weijden, F. Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence / F. Van der Weijden, D.E. Slot // *Periodontology 2000*. – 2011. - Vol. 55. – P. 104-123. – DOI: 10.1111/j.1600-0757.2009.00337. x.

211. Wactawski-Wende, J. The Association Between Osteoporosis and Alveolar Crestal Height in Postmenopausal Women / J. Wactawski-Wende, E. Hausmann, K. Hovey [et al.] // *J. Periodontol*. – 2005. - Vol. 76. – P. 2116-2124. – DOI: 10.1902/jop.2005.76.11-S.2116.