

РИЗАЕВ Ж.А.  
БОЙМУРАДОВ Ш.А.

---


# ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ  
ИНСТИТУТ


«СОГЛАСОВАНО»

Начальник управления  
развития науки  
д.м.н., профессор

  
П.Л. Хабиров  
« 14 » 02 2019 г.

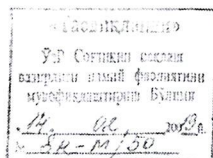
«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник главного управления  
науки и образования  
д.м.н., профессор

  
У.С. Исмаилов  
« 14 » 02 2019 г.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

монография



Ташкент – 2019 г.





UO`K: 127.327.08

КВК: 64.11(5Ў)

P-20

**Ризаев Ж.А.** – Ташкентский государственный стоматологический институт, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапевтической стоматологии.

**Боймурадов Ш.А.** - Ташкентская медицинская академия, доктор медицинских наук, профессор кафедры ЛОР болезней с курсом стоматологии.

**Рецензенты:**

**Амануллаев Р.А.** д.м.н, проф., зав. кафедрой детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского Государственного стоматологического института

**Алимов А.С.** д.м.н, проф. зав. кафедрой стоматологии Ташкентского института усовершенствование врачей.

В монографии приведена общая характеристика состояния зубов и их болезней, описаны основные особенности функции пародонта. Большое внимание уделено теоретическим положениям лечения заболеваний пародонта, дана оценка методов прогнозирования эффективности лечебно-профилактических мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта, представлено клиническое обоснование проведения инновационных методов профилактики и лечения заболеваний пародонта.

Книга предназначена для преподавателей и студентов медицинских вузов, научным сотрудникам, практическим врачам-стоматологам клиническим ординатором и магистром.

ISBN 9789943 566019

© «NAVRO`Z» 2019.

Ж.А.Ризаев  
Ш.А.Боймурадов

## СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ЛИТЕРАТУРНЫЕ ДАННЫЕ О ТКАНЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА.....	7
1.1. Клиническая анатомическая структура пародонта.....	7
1.2. Этиология и патогенез заболеваний пародонта.....	13
1.3 Распространённость заболеваний пародонта.....	19
ГЛАВА 2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА..	35
2.1. Определение состояния тканей пародонта. Специальные методы исследования .....	37
2.2. Лечение заболеваний пародонта.....	60
2.3. Комплексная программа профилактики и диспансеризации заболеваний пародонта и результаты их эффективности.....	83
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	124
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	128

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

СРІ индекс	- индекс распространенности и интенсивности заболеваний тканей пародонта
СРІТN индекс	- пародонтальный индекс ВОЗ
GI	- индекс гингивита
Ig A	- иммуноглобулин A
Ig G	- иммуноглобулин G
ОНИ-S	- индекс гигиены и зубного камня
sIg A	- секреторный иммуноглобулин A
API	- индекс налета аппроксимальных поверхностей зубов
ГВП	- городской врачебный пункт
ИГ	- индивидуальная гигиена полости рта
ЛПУ	- лечебно-профилактические учреждения
ПГ	- профессиональная гигиеническая обработка пародонтально – маргинально – альвеолярный индекс
РМА	- сельский врачебный пункт
СВП	- условные единицы труда
УЕТ	- условные единицы
Усл.ед.	- уровень стоматологической помощи
УСП	- функциональное избирательное пришлифовывание
ФИП	- хронический генерализованный пародонтит
ХГП	- хронический генерализованный пародонтит средней тяжести
ХГПСТ	- хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени
ХГПТС	- челюстно-лицевая область
ЧЛО	- воспалительное заболевание пародонта
ВЗП	- хроническое заболевание пародонта
ХЗП	



## ВВЕДЕНИЕ

Заболевания пародонта - одна из актуальных проблем в стоматологии. Резкое увеличение распространённости заболеваний пародонта, потеря большого количества зубов (более чем при любом другом заболевании зубочелюстной системы), нарушение акта жевания и речи, влияние на общее состояние организма и снижение качества жизни человека заставляют рассматривать заболевания пародонта как специальный раздел стоматологической науки, а проблему делают не только общемедицинской, но и социальной.

По данным ВОЗ, в возрасте 35-44 года заболеваниями пародонта страдают от 65 до 98% людей. Особенно в последнее время наблюдается тенденция увеличения заболеваний пародонта среди молодежи. Эпидемиологическое обследование школьников Италии показало наличие поражений пародонта в 97%; в Англии и США в возрасте до 17 лет гингивит встречается в 36 - 90% случаев; у школьников Польши - в 65% случаев; в Германии воспалительные изменения десен обнаруживаются у 80% молодых людей. Хронический гингивит в европейской популяции обнаруживается почти у 80 % детей 10-12 лет и до 100 % детей в возрасте 14 лет. Распространённость гингивита среди этнических испанцев в возрасте от 5 до 17 лет составляет 77 %, так же высока она в этой возрастной группе в азиатских регионах, у этнических индейцев и африканцев.

Научная литература последних лет также содержит статистические данные о нарушениях состояния пародонта у лиц молодого возраста в странах ближнего зарубежья: например в Литве распространённость заболеваний пародонта в данной возрастной группе составляет 81,1%; в Белоруссии - 83,9%; в Казахстане - 82,3%; в Туркменистане - 84,8%. Частота выявления и степень выраженности изменений пародонта обратно пропорциональны уровню жизни населения и гигиены полости рта. Имеются сведения, что чаще более тяжелое течение заболеваний пародонта встречается у мужчин, а ювенильный пародонтит - у девушек. Современными исследованиями установлено, что расовое или этническое происхождение больного не влияет на степень тяжести и частоту заболеваний пародонта; большее влияние имеют характер и режим питания, социальное положение и РОЛЬ определенных этиологических факторов. Современная медицина при изучении причин болезни не рассматривает в отдельности внешние и внутренние причины, а делает упор на взаимодействие организма и

разносторонних внешних и внутренних факторов. Самыми распространенными заболеваниями пародонта являются воспалительные. Причиной развития воспаления может быть любой повреждающий агент, который по силе и длительности превосходит адаптационные возможности тканей. Все повреждающие факторы можно разделить на внешние (механические и термические воздействия, лучистая энергия, химические вещества, микроорганизмы) и внутренние (продукты азотистого обмена, эффекторные иммунокомпетентные клетки, иммунные комплексы, комплемент).

В настоящее время положение со стоматологической профилактикой и, в частности, в пародонтологии, находится в неудовлетворительном состоянии в основном из-за нерешенности организационных проблем. Наиболее слабым звеном в осуществлении мероприятий по первичной профилактике основных стоматологических заболеваний является гигиеническое воспитание населения и пропаганда здорового образа жизни.

В связи с этим рациональная стоматологическая служба, эффективная диагностика и оказание лечебно-профилактической помощи пациентам с заболеваниями пародонта являются актуальными вопросами стоматологической науки и практики.

На современном этапе необходима выработка единых протоколов более результативного лечения и организации эффективной профилактики заболеваний пародонта, с учетом их основных медико-организационных, медико-социальных направлений и эффективности медико-организационных моделей, исходя из климато-географических особенностей, а также комплексного подхода, эффективной организации профилактики данного заболевания в разных уровнях, совершенствование практических работ с группами диспансерного наблюдения и разработки концепции и плана профилактики заболеваний пародонта на основе социально-гигиенических исследований определяют необходимости изучения данной проблемы.

# I. СОВРЕМЕННЫЕ ЛИТЕРАТУРНЫЕ ДАННЫЕ О ТКАНЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА.

## 1.1. Клиническая анатомическая структура пародонта

Ткани пародонта состоит из следующих структур: десна, альвеолярная кость, периодонт и цемент зуба. Десна покрывает всю альвеолярную отростку челюстей и шейки зубов, и состоит из соединительной ткани который имеет богатую микрососудистую сеть. Десневая часть пародонта делится условно на три отдела: Пришейчная (1), маргинальная (2) и альвеолярная (3) часть (Рис.1).

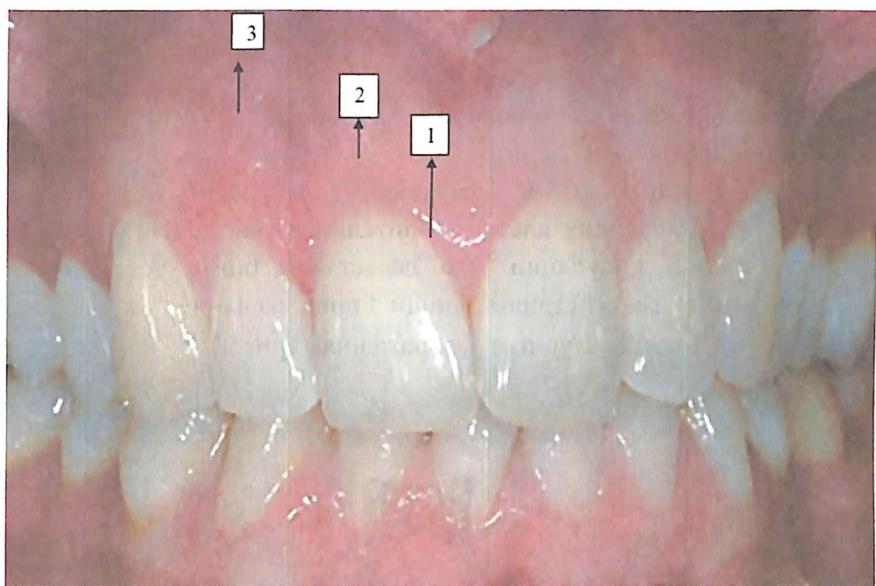


Рис.1 Зубной ряд и десна.

Пришейчная часть расположен вокруг шейки зуба в области цементаэмалевого соединения. Он обращен к поверхности эмали и вместе с соединением образует щелевидное пространство глубиной 0,5-0,25 мм и шириной 0,15-0,25 мм. Иначе это образование называют зубодесневой бороздкой, щелью, зубодесневым желобком. Эпителий этого отдела слизистой десны лишен слоя ороговевающих клеток, что значительно повышает его проницаемость и регенеративные возможности. Расстояние между эпителиальными клетками в этом



отделе больше, чем в других отделах слизистой оболочки десны. Это способствует повышению проницаемости эпителия для микробных токсинов, с одной стороны, и для лейкоцитов - с другой. Миграция лейкоцитов является защитным механизмом в борьбе с микроорганизмами. В десневой бороздке образуется десневая жидкость. Это связано не только с ее морфологическими особенностями, но и с микрососудами, которые расположены близко к поверхности эпителия и образуют дентогингивальное сплетение, не формируя капиллярных петель.

Эпителий маргинального отдела десны склонен к ороговению. По сравнению с кожей в эпителиальных клетках десны меньше кератогиалина и тоньше сам роговой слой. Это обуславливает прозрачность слизистой оболочки для сосудов, которые придают десне розовую окраску и позволяют при увеличении в 100-200 раз наблюдать кровоток в микрососудах десны. Количество кератинпродуцирующих клеток в эпителии десны достигает 90 % от всей клеточной популяции, что делает его более устойчивым к механическим воздействиям пищи при жевании, а также к химическим и температурным раздражениям (рис.2).



Рис.2 Зуб в продольном разрезе

В маргинальной (свободной) десне выделяют как отдельную структурную единицу межзубной сосочек (межзубная десна). Десна, прикрепленная к альвеолярной кости, представлена соединительнотканными волокнами и сравнительно мало подвижна в отличие от хорошо подвижной слизистой переходной складки. В возрасте 40-50 лет прикрепленная десна значительно толще, чем в возрасте 20-30 лет. Происходит это потому, что с возрастом маргинальная десна атрофируется, отчего зубы кажутся выросшими, а прикрепленная десна - утолщенной.

Соединительная ткань десны, так же как и периодонта, состоит в основном из коллагеновых элементов (60 %). Сосуды, нервы и межклеточное вещество составляют около 35 %. В промежутках между пучками плотной соединительной ткани имеются прослойки более рыхлой соединительной ткани, в которой проходят сосуды и нервы. Здесь же обнаружено небольшое количество тонких эластических волокон, отсутствующих в самих пучках коллагеновых волокон. В рыхлой соединительной ткани лежат клеточные элементы: макрофаги, фибробласты, остеобласты, плазматические и тучные клетки, лейкоциты, цементоциты.

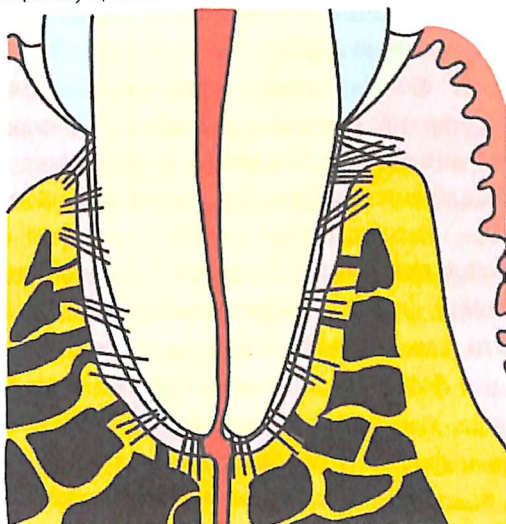


Рис.3. Структура пародонта

Обращает на себя внимание неравномерность распределения фибробластов по ходу периодонтальной щели. Наибольшее их скопление отмечается в пришеечной и периапикальной зонах периодонта. Кроме того, их много на границе периодонта с цементом корня зуба и костью альвеолы. Тучные клетки располагаются около мелких сосудов - артериол, капилляров и венул. Эти клетки продуцируют биологически активные вещества - гистамин, серотонин, дофамин, протеолитические ферменты, гепарин, которые участвуют в регуляции тонуса сосудов и изменении их проницаемости.

Ориентация пучков коллагеновых волокон периодонта, а также структура губчатого вещества челюстей формируются под влиянием функциональной нагрузки. Периодонт нефункционирующих зубов становится более рыхлым. Вместе с тем в периодонте зубов, несущих повышенную нагрузку, количество малодифференцированных форм фибробластов увеличивается. Это происходит за счет перехода более зрелых форм фибробластов в менее зрелые.

Известно, что основные защитные и компенсаторные механизмы осуществляются за счет так называемых барьеров. В организме человека барьеры условно делят на внешние и внутренние. К внешним барьерам относят кожу, слизистые оболочки, легкие, пищеварительный тракт, печень, почки. Внутренние барьеры представлены микроциркуляторным руслом тканевого функционального элемента, регулирующим поступление из крови в органы и ткани необходимых энергетических ресурсов и своевременный отток продуктов клеточного обмена. Это обеспечивает постоянство состава, физико-химических и биологических свойств тканевой жидкости и сохранение их на оптимальном уровне.

В полости рта функцию внешнего барьера выполняет эпителий слизистой оболочки, при этом качество барьера во многом зависит от количества слоев и формы эпителиальных клеток. Наиболее прочен барьер на языке, покрытом ороговевающим многослойным эпителием. В подслизистом слое языка находится сравнительно небольшое количество клеток, способных к фагоцитозу. Десневой барьер на



первый взгляд выглядит значительно слабее и имеет ряд особенностей, связанных со строением слизистой. Слизистую десны условно делят на сулькулярный, маргинальный и прикрепляющийся отделы. В маргинальном отделе представлен как отдельная структурная единица межзубный сосочек. Эпителий маргинального отдела десны способен к ороговению, что делает его устойчивым к механическим воздействиям пищевых продуктов при жевании, к действию химических и температурных факторов. К сожалению, до сих пор нет четких данных о том, считать ли эту защитную реакцию нормой, позволяющей справиться слизистой полости рта с агрессивными факторами, или норма - это слой паракератоза, а ороговение (гиперкератоз) - одно из проявлений патологического процесса, которое требует специальных лечебно-диагностических мероприятий. В клетках эпителия маргинального отдела обнаруживают большое количество лизосомоподобных телец.

Эпителий сулькулярного отдела слизистой оболочки, расположенный вокруг шейки зуба, не имеет ороговевающих клеток. Расстояние между эпителиальными клетками этого отдела больше, чем в других отделах слизистой оболочки десны. Эти факторы обуславливают более высокую проницаемость эпителия для микробных токсинов и для лейкоцитов. В подслизистом слое слизистой оболочки десны скапливается значительное количество клеток, обладающих фагоцитарной активностью по сравнению с аналогичным слоем слизистой языка. При этом большая часть клеток представлена нейтрофилами; лимфоцитов и моноцитов значительно меньше. Нейтрофилы обладают выраженной фагоцитарной активностью, благодаря которой происходит уничтожение микроорганизмов, попадающих на слизистую десны.

Часть микрофлоры удаляется за счет слущивания эпителия и его смыва ротовой жидкостью. Помимо клеток крови, в подслизистом слое десны обнаружены лимфоидные клетки, обладающие способностью собираться в дискретную лимфоидную ткань при действии специфического бактериального стимула. Нечувствительность, или иммунитет, зависит от состояния

соответствующего гистогематического барьера, поскольку обязательной предпосылкой непосредственного воздействия на клеточные элементы является проникновение повреждающего фактора в микросреду организма. В том случае, когда компоненты слюны и тканевый барьер не справляются с патогенным действием микрофлоры, в процесс защиты включаются факторы неспецифического (естественного) и специфического иммунитета, реализуемые при непосредственном участии лимфоидной ткани. При неэффективности вышеуказанных компонентов защитной функции развивается патологический процесс (рис.4). Информация, которая характеризовала бы процессы, предшествующие патологии, их клинко-диагностические маркеры, данных о показателях клинически определяемой фазы перехода нормы в патологию в литературных источниках очень мало. А решить вопрос об адекватной профилактике или лечении заболеваний пародонта невозможно без четкой клинической градации разных вариантов нормы от ранних проявлений патологии.

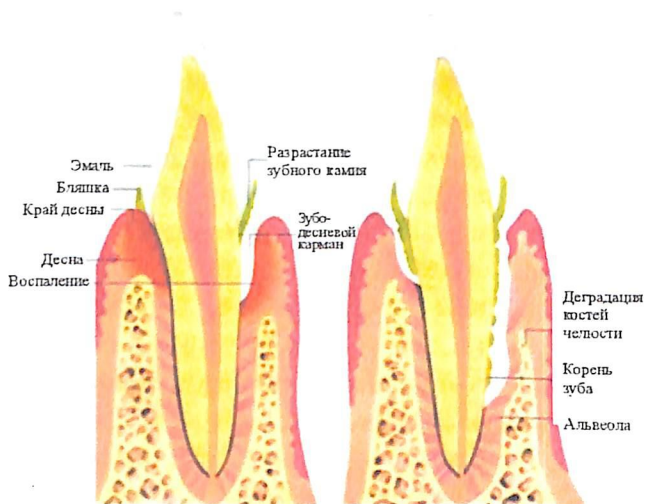


Рис.4. Развитие патологического процесса в пародонте

## 1.2. Этиология и патогенез заболеваний пародонта

По данным литературы, основным этиологическим фактором воспалительных заболеваний пародонта является микробный фактор, которая колонизирует поверхность зуба.

Анализ современных данных о патологии пародонта по изучению микробной флоры зубодесневых карманов и зубной бляшки, позволяет говорить о наличии в полости рта от 300 до 500 видов бактерий различных видов и групп, а по некоторым данным в ротовой жидкости их содержание составляет от 4 млн. до 5 млрд. в мл. Это говорит о возможности микробной аллергизации организма и развития аутоиммунных реакций.

При этом отмечается роль субгингивальной микрофлоры как доминирующий фактор и фактор риска, который действует в условиях определенного иммунного ответа организма и определенных условий внешней среды.

Наиболее часто встречается гингивит, который встречается как у детей, так и у лица молодого возраста до 25-30 лет. У взрослых чаще встречается хроническая форма заболевания. Особую роль в развитие хронического гингивита играет наличие ассоциативной флоры. На начальных этапах заболевания, с яркой реакцией защитных систем, преобладает анаэробная флора. Когда защитные силы организма истощаются из-за длительно текущего воспалительного процесса, преобладающими становятся условно-патогенные стрептококки. Выделяемые бактериями токсины и ферменты разрушают внутриклеточные структуры. Существует мнение, что патогенез бактериального воздействия на ткани пародонта состоит из четырех основных звеньев и их комбинаций. Первое — это бактериальная инвазия, которая, возможна при длительном контакте зубной бляшки со слизистой десны, второе — это эндотоксины, которые могут приводить к некрозу тканей и вызывать воспаление из-за активации иммунного ответа и системы комплемента. Третье — ферменты (коллагеназа, гиалуронидаза, протеазы, хондроитиназа), которые разрушают коллагеновые волокна и неколлагеновые белки, увеличивают проницаемость тканей и



капилляров. Четвертое — иммунопатогенез, и, хотя роль иммунного ответа при заболеваниях пародонта еще полностью не изучена, совершенно определенно у пациентов с пародонтитом развиваются гуморальные и клеточные иммунные реакции (рис.5).

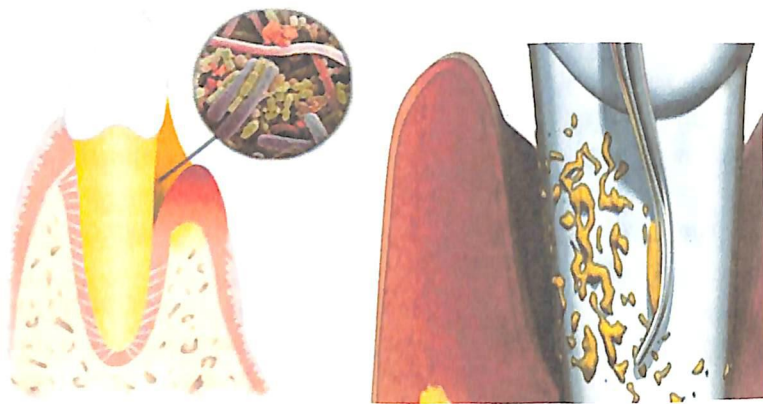


Рис.5. Бактериальное воздействие на ткани пародонта

Вторым и важным фактором является травматический или механический фактор. По данным некоторых авторов травматическую этиологию имеют до 30% от всех заболеваний пародонта. Существует несколько причин, вызывающих первичную травматическую окклюзию: в первую очередь это частичная потеря зубов; аномалии прикуса, формы зубных дуг и положения отдельных зубов; деформации зубных рядов; парафункции жевательных и мимических мышц.

Причиной локальной функциональной перегрузки могут быть вредные привычки - длительное удерживание в зубах твердых предметов или их раскусывание.

Ятрогенные ошибки тоже являются причиной развития заболеваний пародонта. Неправильная ортопедическая конструкция протеза, завышения прикуса пломбирочной массой и другие ятрогенные ошибки могут быть причиной развития локальной формы заболеваний пародонта, а при генерализованных заболеваниях пародонта травматическая окклюзия носит вторичный характер,

поскольку функциональная перегрузка пародонта возникает из-за его неспособности переносить нагрузку в связи с его первичным поражением. Функциональная перегрузка тканей пародонта вызывает целый комплекс патологических изменений, начиная от нарушения фиксирующей функции коллагеновых и эластических волокон периодонта, а также появления гемо- и лимфостазов, вплоть до их тромбоза.

Основными локальными факторами являются: зубная бляшки, аномалии положения зубов и патология прикуса, поверхности некачественных пломб и протезов, травматическая окклюзия, функциональные и парафункциональные факторы, особенности строения мягких тканей, состав и свойства слюны.

Неудовлетворительная гигиена полости рта имеет ведущее значение. Было выявлено, что с ухудшением гигиены полости рта, частота гингивита увеличивается с 14% до 58,2% у подростков. Хронический катаральный гингивит в 2,5 раза чаще развивается у детей и лиц молодого возраста, не соблюдающих гигиену полости рта.

В большинстве публикациях, большое внимание уделяется зубному камню. Являясь ретенционным пунктом для накопления зубной бляшки, он нарушает процесс самоочищения десневого края, оказывает раздражающее, травмирующее действие на десны. В формировании зубного налета, определенное место занимают кариозные полости, расположенные на контактных поверхностях или в пришеечной области, некачественные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции.

Механическое раздражение, затруднение гигиенических мероприятий и аккумуляцию зубной бляшки могут вызвать нависающие края коронок.

По данным литературы признаки гингивита определяются у 60% детей, имеющих скученность фронтальных зубов. Кроме условий для адгезии микробной бляшки на поверхности зубов, зубочелюстные аномалии создают очаги хронической окклюзионной травмы, приводящие к гемодинамическим и морфологическим нарушениям в

пародонте. Неправильное расположение зубов и нарушение соотношения зубных рядов сопровождается функциональной перегрузкой пародонта, приводящей к патологическим изменениям в его тканях.

Существующие другие факторы полости рта (ротовое дыхание, атипичная артикуляция языка, бруксизм) также имеют определенное значение в развитии патологии пародонта. Ротовое дыхание приводит к пересушиванию десны, снижению ее резистентности, уменьшению антибактериальных свойств десневой жидкости.

Все выше перечисленные факторы являются причинами развития локального гингивита. Многочисленные и длительные исследования причин возникновения заболеваний пародонта привели к созданию концептуальных представлений о генерализованном пародонтите как о патологии более сложной, чем ранее представлялось, поскольку кроме микробного фактора и окклюзионных нарушений, существует множество системных состояний, которые тем или иным образом могут повлиять на состояние пародонта.

Пародонтит - воспалительное заболевание комплекса тканей пародонта, характеризующееся деструкцией альвеолярного отростка. Результаты исследование состояния пародонта показали, что фактически в трудоспособном возрасте - от 20 до 50 лет, лишь 4-5 % людей имеют клинически здоровый пародонт и поддерживают адекватную гигиену полости рта.

Ранние признаки заболевания могут проявляться уже к 20 годам, а после 40 лет у многих пациентов наблюдается обширная деструкция тканей пародонта. Данные ВОЗ, собранные в 35 странах, указывают на высокую распространенность заболеваний пародонта (40-75 %) среди лиц в возрасте 35-44 лет. Выраженная связь заболеваемости с возрастом отражает скорее кумулятивный эффект болезни, чем снижение резистентности организма в пожилом возрасте.

Классическая картина развившегося пародонтита описана в ряде классических руководств и характеризуется типичными жалобами

больного на кровоточивость и зуд десен, запах изо рта, боль при еде и чистке зубов; нередко предьявляются жалобы на подвижность зубов. Клинические проявления пародонтита весьма разнообразны и определяются тяжестью воспалительных изменений, деструкции костной ткани и остротой процесса. Для легкой степени хронического пародонтита характерно наличие кровоточивости десны, пародонтального кармана глубиной до 3,5 мм, деструкции костной ткани межальвеолярных перегородок начальной - 1 степени (исчезновение компактной пластинки, остеопороз, деструкция не превышает 1/3 перегородки или длины корня зуба), патологической подвижности зубов и их смещения нет. Общее состояние больного не нарушено. Эта стадия развития патологии характеризует переход хронического катарального гингивита в пародонтит (рис.6).

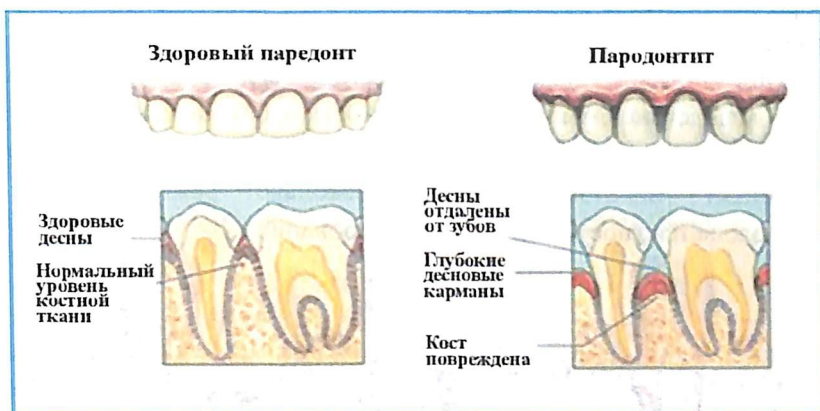


Рис.6. Здоровый пародонт и начало резорбции костной ткани.

Для хронического пародонтита средней степени тяжести характерны жалобы больных на неприятный запах изо рта, резкую кровоточивость десен. Возможно изменение цвета, вида десны, появление щелей между зубами. Осмотр позволяет оценить наличие налета (бляшки), над- и поддесневого зубного камня, гиперемии с цианотичным оттенком свободной и прикрепленной десны, неплотное прилегание десны к зубу. Десневые сосочки изменяют конфигурацию, за счет клеточной инфильтрации, отека как бы



набухают, при зондировании глубина кармана составляет до 5 мм, отмечается патологическая подвижность зубов преимущественно I, реже II степени. Деструкция костной ткани достигает 1/2 межзубной перегородки.

Тяжелая степень пародонтита характеризуется появлением боли в деснах, затрудненным жеванием. Больные подавлены неприятным запахом изо рта, смещением зубов, выпадением отдельных зубов. Преобладают так называемое смещение передних зубов обеих челюстей, резкая кровоточивость десен. Боль вынуждает отказываться от чистки зубов, что ведет к значительным отложениям налета и камня на зубах и усугубляет патологический процесс. Пародонтальные карманы превышают 5-6 мм; расшатанность зубов достигает II-III степени, изменения костной ткани III степени (то есть резорбция соответствует 2/3 длины корня), иногда костная ткань альвеолы резорбирована полностью (рис. 7).

При тяжелом пародонтите всегда выражена окклюзионная травма вследствие смещения, подвижности зубов, феномена Попова - Гордона и других причин, что усугубляет деструкцию пародонта. Пародонтит тяжелой степени, несколько реже - средней, сопровождается гноетечением, абсцедированием.

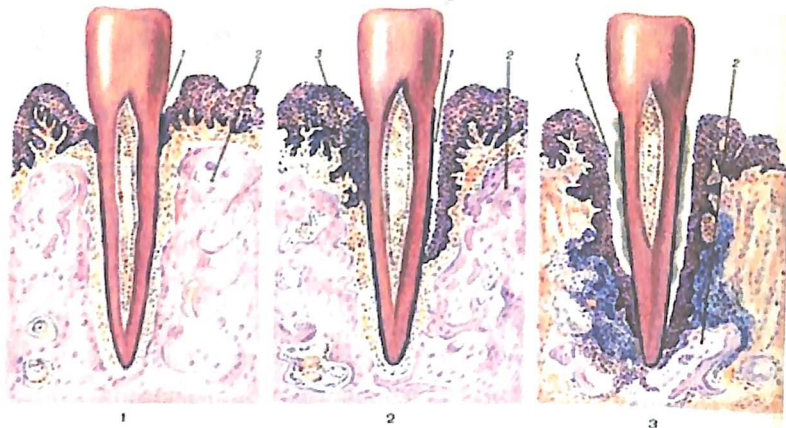


Рис. 7. Образование пародонтального кармана.

Обострение хронического пародонтита обычно связано с резким ухудшением общего состояния больного (грипп, пневмония, сердечно-сосудистая недостаточность и т.д.) и значительными воспалительно-деструктивными изменениями в пародонте вследствие функциональной перегрузки отдельных групп зубов. При обострении появляется резкая пульсирующая боль, повышение температуры тела, общее недомогание. Отмечается яркая гиперемия десны, при пальпации из пародонтального кармана выделяется гной. При этом может наблюдаться абсцесс в области одного или нескольких зубов. Возможно изменение периферической крови (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ и др.)

### 1.3. Распространённость заболеваний пародонта

По данным ВОЗ в возрасте 35-44 года заболеваниями пародонта страдает от 65 до 98% людей. Изучение состояния пародонта у лиц различных возрастных групп показало, что в возрасте от 24 до 44 лет лишь 4-5% людей имеют клинически здоровый пародонт. По данным Базельского стоматологического института, заболевания пародонта с резорбцией костной ткани у лиц в возрасте 35-44 года - в 90% случаев.

По данным некоторых авторов распространённость поражения пародонта у людей пожилого возраста составляет 100%. Распространённость заболеваний пародонта у лиц молодого возраста также высока и достигает 96,6%. Научная литература последних лет содержит статистические данные о нарушениях состояния пародонта у лиц молодого возраста в странах ближнего зарубежья. Так, в Литве распространённость заболеваний пародонта в данной возрастной группе составляет 81,1%; в Белоруссии - 83,9%; в Казахстане - 82,3%; в Туркменистане - 84,8%. Наиболее благоприятная ситуация в Латвии, где число молодых людей, имеющих заболевания пародонта, составляет 37,4%.



Сравнительные данные обследование школьников Италии показало наличие поражений пародонта в 97%; в Англии и США в возрасте до 17 лет гингивит встречается в 36 - 90% случаев; у школьников Польши - в 65% случаев; в Германии воспалительные изменения десен обнаруживаются у 80% молодых людей.

**Распространенность заболевания пародонта у городского населения республики Узбекистан.**

Для разработки и внедрения комплексной системы профилактики заболеваний пародонта нами проведена тщательное стоматологическое обследование среди всех возрастных групп, рекомендованных ВОЗ, городского населения Узбекистана.

В соответствии с изложенными выше основными задачами в течение 2006-2009 гг. было проведено стоматологическое обследование 6602 коренных жителей, проживающих в различных климато-географических городах Республики (таблица 1.)

Кроме того, для решения поставленных задач в настоящей работе частично используются для составления и изучения в динамике материалов ранее проведенных исследований, освещенные в работах Т.А.Акилова (1995); О.Е.Бекжановой (1995); У.Ж.Жуматова (1997); С.Х.Юсупова (2000) и др. Стоматологическим обследованием были охвачены (согласно рекомендациям ВОЗ) все возрастно-половые и общественные группы населения, родившегося и постоянно проживающего в городах разного уровня. Общая численность обследованных жителей в каждой из возрастных групп была вполне представительной во всех городах, соответствуя возрастной структуре населения РУз (таблица 1).

**Таблица 1. Численность и возрастно-половой состав населения, обследованного в городах**

**разного уровня РУз.**

Возрастные группы	Ташкент		Андижан		Янгйер		Янгйбазар		Всего			Удельный вес	
	муж	жен.	муж	жен.	муж	жен.	муж	жен.	муж	жен.	оба пола	осмотренных в городах	по данным переписи РУз
До 3 лет	205		210		216		213				844		14,01 %
	104	101	106	104	110	106	104	109	424	420		12,78 %	
			221		217		221		218				
3-6 лет	111		106		108		113		440			13,28 %	
	103	106	103	105	101	103	106	109	413	423		12,66 %	
			209		208		204		215				
7-12 лет	103		105		103		106		413			14,27 %	
	153	159	159	168	165	176	164	170	641	673		19,94 %	
			312		327		341		334				
15-19 лет	427		316		309		325		1422			19,77 %	
	208	219	177	184	151	158	158	167	694	628		21,54 %	
			410		318		295		286				
35-44 года	197		167		154		137		1309			17,91 %	
	1784	213	151	167	141	154	137	149	626	683		19,83 %	
			1641		1586		1591		1591				
Всего	908		107		181		105		6602			100 %	
	876	908	107	134	181	105	874	17	3238	3364		100 %	

В 4 городах разного уровня и поселке городского типа было обследовано 1721 дошкольник (до 6 лет), 836 детей школьного возраста (7- 12 лет), 1314 юношей и девушек в возрасте 15-19 лет; а также взрослых жителей в возрасте 35-44 года и 65-79 лет с охватом соответственно 1422 и 1309 человек. Таким образом, были осмотрены 6602 жителя городов, что позволяет считать вполне представительным количество обследованного населения.

**Состояние пародонта у городского населения Республики Узбекистан.** В процессе обследования определяли следующие клинические показатели: уровень гигиены полости рта; нарушение строения мягких тканей преддверия полости рта; аномалии соотношений зубных рядов и положение отдельных зубов.

Общеизвестно, что начальной формой болезней пародонта являются различные формы гингивитов. Частота воспалительных поражений (гингивитов) у обследованного городского населения представлена в таблице 2.

**Таблица 2. Распространенность гингивита у городского населения РУз (на 100 осмотренных)**

Возрастные группы	Город			
	Ташкент	Андижан	Янгиер	Янгибазар
	M±m%			
3-6 лет	1,46 ±0,15	1,37±0,19	1,85±0,12	1,41±0,19
7-12 лет	19,46 ±1,42	23,04±1,67	27,70±1,29	23,39±1,75
15-19 лет	31,11 ±3,22	34,31±3,74	38,29±2,37	29,30±2,11
20-34 лет	34,94 ± 2,98	37,61±2,75	42,23±3,79	37,43±2,49
35-44 года	40,05 ±3,79	43,49±3,87	47,68±4,08	40,92±3,88
65-79 лет	7,56 ± 0,49	9,43±0,78	11,86±1,19	7,69±0,55
В среднем	24,65 ±1,55	26,43±2,11	29,59±2,19	24,95±2,29
Стандартизованный показатель на все население	22,43 ± 1,94	24,84±2,09	26,23±1,97	23,36±1,47

Примечание: P<0,05 достоверность различий при сравнении с данными городов

Представленные величины показателей пораженности среди дошкольников различных городов свидетельствуют о том, что гингивиты наблюдаются у них довольно редко, особенно в возрастной группе до 3 лет – единичные случаи, а в возрасте 3-6 лет они диагностированы соответственно  $1,46 \pm 0,15\%$  и  $1,85 \pm 0,12\%$  в городах Ташкенте и Янгиере.

Существенно изменяются величины показателей у обследованных школьников г. Ташкента, составляющих в 7-12 и 15-19 лет, соответственно  $19,46 \pm 1,42\%$  и  $31,11 \pm 3,22\%$ .

В городе Янгиере у дошкольников и школьников гингивит встречается чаще, чем в остальных городах. У дошкольников г.Янгиера величина показателей гингивитов выше, чем у дошкольников г.Ташкента в среднем на  $22,03\%$ , а аналогичные показатели у школьников в среднем выше на  $29,01\%$ .

В процессе наблюдения и обследования нами была отмечена по всем городам относительно небольшая частота гингивитов у школьников младших классов, затем в возрасте 12 лет она увеличивается в 1,3 – 1,5 раза, сменяясь периодом относительного благополучия. Далее у юношей и девушек в 15-19 лет вновь происходит нарастание частоты гингивита до  $31,11 \pm 3,22\%$  и  $38,29 \pm 2,37\%$  соответственно в городах Ташкенте и Янгиере. Такая динамика частоты гингивитов позволяет предположить, что в процессе роста детей воспалительные изменения пародонта могут самопроизвольно возникать и купироваться за счет гормонального дисбаланса.

У девочек гингивит встречается несколько реже, чем у мальчиков ( $5,2 - 9,6\%$ ), однако эти различия недостоверны (таблицы 3 и 4).

**Таблица 3. Распространенность гингивита у городского населения в зависимости от пола обследованных (в %)**

Возрастные группы	Город			
	Ташкент		Андижан	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
	М ±m%			
3-6 лет	1,92±0,11	0,99±0,21*	1,89±0,12	0,96±0,11
7-12 лет	18,92±1,08	20,0±1,24	22,64±2,17	23,32±1,24
15-19 лет	32,04±2,67	30,19±2,75	35,58±3,15	33,38±2,46
20-24 лет	37,91±2,67	32,08±2,75	40,88±3,72	34,52±3,44
35-44 года	43,66±3,48	36,53±3,08	48,59±3,49	38,49±3,18
65-79 лет	9,14±0,44	6,04±0,54*	10,60±0,94	8,38±0,74
В среднем	24,98±1,15	22,40±2,17	28,50±1,79	24,46±1,84
Стандартизованный показатель на все население	23,95±2,74	20,98±1,27	25,75±1,22	23,92±1,22

Примечание: P<0,05 достоверность различий при сравнении с данными у мужчин.

Для планирования развития пародонтологического обслуживания весьма важной является величина показателей интенсивности гингивитов, которая определяется средним количеством пораженных сегментов на одного обследованного.



**Таблица 4. Распространенность гингивита у городского населения в зависимости от пола обследованных (в %)**

Возрастные группы	Город			
	Янгнер		Янгибазар	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
	M ±m%			
3-6 лет	1,82±0,24	1,89±0,44	1,92±0,66	0,91±0,53*
7-12 лет	27,43±1,27	27,78±1,49	22,86±1,57	23,89±2,48
15-19 лет	39,63±2,66	36,89±2,49	32,08±2,72	26,61±2,66*
20-24 лет	43,64±3,78	40,91±3,27	39,63±2,49	35,29±3,17
35-44 года	52,98±4,55	42,41±3,79*	45,57±3,22	36,53±2,94*
65-79 лет	13,48±1,44	10,39±1,27	8,03±0,44	7,35±0,82
В среднем	31,24±2,45	27,95±1,79	26,77±1,39	23,13±1,67
Стандартизованный показатель на все население	26,80±1,23	25,67±1,45	25,02±1,19	21,78±1,88

Примечание: P<0,05 достоверность различий при сравнении с данными у мужчин.

Для оценки состояния тканей пародонта применяли индекс РМА, используемый для эпидемиологических исследований. Величина индекса РМА представлена в таблице 5.

Из материалов таблицы видно, что интенсивность заболеваний пародонта увеличивается с возрастом. Так, в г.Ташкенте показатели РМА 0,23-0,26 отмечены уже в возрасте 3-6 лет; индекс РМА увеличивается и продолжает расти и у мальчиков и у девочек, составляя в возрасте 7-12 лет - 3,65 и 4,15 сегментов на одного обследованного в возрасте 15-19 лет. Далее величина этих показателей достигает максимума в возрастной группе 35-44 года, снижаясь практически в 2 раза в возрастной группе 65-79 лет.

Усредненные значения индекса РМА оказались весьма близкими у дошкольников и школьников городов Ташкента и Андижана, а у аналогичного контингента обследованных в

Янгибазаре показатели оказались другими, чем в вышеуказанных городах, однако эти различия были недостоверны ( $P > 0,05$ ).

**Таблица 5. Величина индекса РМА у городского населения республики**

Возрастные группы	Город			
	Ташкент	Андижан	Янгиер	Янгибазар
	M ± m%			
3-6 лет	0,23±0,04	0,26±0,04	0,26±0,03	0,25±0,12
7-12 лет	2,34±0,13	2,44±0,15	2,38±0,42	2,33±0,24
15-19 лет	2,43±0,14	3,61±0,34*	3,74±0,38*	2,54±0,18
20-24 лет	4,08±0,34	4,21±0,18	4,30±0,28	3,49±0,31
35-44 года	4,56±0,16	4,69±0,33	4,73±0,29	4,00±0,33
65-79 лет	2,58±0,23	2,38±0,24	2,27±0,21	2,24±0,14
Усредненный показатель на все население	3,50±0,12	3,62±0,19	3,67±0,19	3,17±0,21

Примечание:  $P < 0,05$  достоверность различий при сравнении с данными г.Ташкента.

Лишь в возрастной группе 15-19 лет индекс РМА у подростков в гг. Андижан и Янгиер был достоверно выше, чем в других городах ( $P < 0,05$ ). Не отмечено значимых различий индекса РМА и в других возрастных группах, а также в целом для исследованных популяций населения, составляя  $3,17 \pm 0,21 - 3,67 \pm 0,19$ .

Не выявлено также достоверных различий показателя РМА в зависимости от пола (таблица 6). Вместе с тем, начиная с возрастной группы 15-19 лет, установлено, что индекс РМА выше показателя 3, что является неблагоприятным показателем.

Воспалительная реакция увеличивается с возрастом, преимущественно у мальчиков.

**Таблица 6. Величина показателей индекса РМА у городского населения разного возраста и пола**

Возрастные группы	Город							
	Ташкент		Андижан		Янгйер		Янгйазар	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
	M ± m%							
3-6 лет	0,21±0,02	0,24±0,03	0,25±0,03	0,27±0,04	0,29±0,04	0,24±0,04	0,22±0,01	0,27±0,2
7-12 лет	2,19±0,17	2,43±0,27	2,36±0,22	2,61±0,24	2,54±0,24	2,41±0,21	2,25±0,22	2,33±0,24
15-19 лет	3,65±0,22	3,52±0,33	3,75±0,18	3,47±0,19	3,83±0,28	3,64±0,33	2,71±0,19	3,54±0,33
20-24 лет	4,15±0,51	4,01±0,29	4,23±0,32	4,14±0,41	4,51±0,33	4,07±0,41	3,94±0,41	3,49±0,27
35-44 года	4,95±0,49	4,16±0,41	5,01±0,46	4,36±0,29	5,21±0,44	4,25±0,22	4,61±0,26	4,00±0,39
65-79 лет	2,79±0,19	2,36±0,22	2,61±0,28	2,15±0,15	2,50±0,17	2,06±0,18	2,45±0,16	2,24±0,19
Усредненный показатель на все население	3,71±0,24	3,43±0,29	3,75±0,17	3,46±0,24	3,86±0,25	3,40±0,21	3,36±0,24	3,12±0,21

Примечание: P<0,05 достоверность различий при сравнении с данными г.Ташкента.

Для оценки гигиены полости рта и оценки эффективности использования средств гигиены, а также для выяснения роли гигиены в этиологии заболеваний зубов и пародонта проводили определение доли поверхности зуба, покрытой зубным налетом (индекс Грина-Вермильона) у лиц с гингивитом в сравнении со здоровыми лицами.

Материалы таблицы №7 свидетельствуют о том, что при интактном пародонте значение индекса Грина-Вермильона у населения обследованных городов внутри и между возрастными группами в каждом городе достаточно сопоставимы. Вместе с тем, в возрастных группах 20-24 лет и 35-44 года показатель был несколько более высоким, но в сравнении со средней величиной эти различия были недостоверны (P>0,05).

В целом полученные данные свидетельствуют о том, что у исследованных групп населения зубной налет покрывает от 50%

(индекс 1,5) до 80,0% (индекс 2,4) поверхности зубов, даже в случае здорового пародонта.

**Таблица 7. Величина показателей индекса Грина-Вермильона у городских жителей при интактном пародонте, усл.ед.**

Возрастные группы	Город							
	Ташкент		Андижан		Янгйер		Янгйбазар	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
	M ± m							
3-6 лет	1,62±0,12	1,71±0,21	1,67±0,16	1,65±0,14	1,71±0,14	1,76±0,11	1,56±0,13	1,50±0,11
7-12 лет	1,85±0,13	1,23±0,11	1,94±0,11	1,90±0,16	2,00±0,21	1,93±0,16	1,62±0,24	1,68±0,16
15-19 лет	1,95±0,16	1,90±0,16	2,05±0,17	1,85±0,011	2,10±0,18	2,05±0,17	1,90±0,16	1,81±0,14
20-24 лет	1,95±0,20	1,80±0,14	2,30±0,22	2,10±0,17	2,40±0,20	2,30±0,19	2,20±0,19	2,00±0,19
35-44 лет	2,10±0,17	2,00±0,21	2,31±0,24	2,30±0,21	2,40±0,21	2,30±0,22	2,30±0,22	2,25±0,14
65-79 лет	2,00±0,17	1,95±0,19	2,03±0,19	2,10±0,20	2,20±0,19	2,15±0,14	2,00±0,17	2,05±0,16
Усредненный показатель на все население	1,95±0,12	1,85±0,11	2,10±0,15	2,00±0,16	2,20±0,14	2,10±0,19	1,90±0,14	1,85±0,11

Примечание: P<0,05 достоверность различий при сравнении с данными г.Ташкента.

Количество же зубного налета при гингивите было несколько больше, чем при интактном пародонте, однако эти различия были недостоверны (таблица 8).



**Таблица 8. Величина показателей индекса Грина-Вермильона у городских жителей при гингивите, усл.ед.**

Возрастные группы	Город							
	Ташкент		Андижан		Янгйер		Янгйибазар	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
	M ± m							
3-6 лет	1,60±0,12	1,70±0,14	1,70±0,12	1,70±0,11	1,75±0,16	1,70±0,16	1,50±0,13	1,50±0,11
7-12 лет	1,90±0,16	1,80±0,12	1,95±0,13	1,80±0,13	2,10±0,17	1,90±0,17	1,70±0,15	1,60±0,13
15-19 лет	2,03±0,22	1,90±0,16	2,12±0,14	1,93±0,17	2,20±0,19	2,00±0,15	2,00±0,21	1,70±0,16
20-24 лет	2,10±0,19	1,85±0,14	2,25±0,18	2,15±0,13	2,60±0,22	2,50±0,24	2,15±0,24	2,05±0,19
35-44 лет	2,35±0,21	2,20±0,16	2,40±0,11	2,30±0,22	2,50±0,21	2,50±0,21	2,30±0,22	2,15±0,14
65-79 лет	2,10±0,19	2,05±0,18	2,10±0,16	2,05±0,14	2,25±0,19	2,15±0,19	2,10±0,17	2,10±0,11
Усредненный показатель на все население	2,04±0,11	1,94±0,12	2,12±0,13	2,03±0,13	2,26±0,14	2,15±0,16	1,95±0,18	1,90±0,16

Примечание: P<0,05 достоверность различий при сравнении с данными г.Ташкента.

Анализ данных литературы свидетельствует, что у обследованного детского и взрослого населения с зубочелюстными аномалиями достаточно часто поражены ткани пародонта особенно часто заболевания пародонта проявляются у обследованных при различных аномалиях прикуса. При обследовании городского населения Республики нами установлено, что аномалии зубочелюстной системы встречаются во всех возрастно-половых группах среди дошкольников, школьников, подростков и взрослого населения изучения.

Материалы изучения показывают, что у обследованных со здоровым пародонтом частота нарушений прикуса во всех городах и во всех возрастных группах была ниже, чем при явлениях гингивита: в г.Ташкенте – в 1,7 раза; в г.Андижане – в 2 раза; в г.Янгйере – в 2,3 раза; в г.Янгйибазар – в 1,5 раза. Различий показателей в зависимости от пола нами не выявлено.

Учитывая, что для заболеваний пародонта имеют значение нарушения архитектоники преддверья полости рта, мы выявили

частоту таких нарушений у лиц с гингивитом в сравнении со здоровым пародонтом.

Оказалось, что у лиц с гингивитом во всех городах в 1,6-2 раза чаще отмечаются нарушения архитектоники преддверья полости рта. Следует заметить, что эти нарушения и у здоровых и у больных в большей степени характерны для детей в возрасте до 6 лет. Выявлен также факт большей частоты аномалий у лиц, больных гингивитом, в возрасте 20-24 года.

Обобщая результаты проведенного обследования стоматологического статуса у городского населения, следует отметить, что средний показатель частоты воспалительных изменений в пародонте у дошкольников во всех указанных городах колебался незначительно – от  $11,46 \pm 0,94$  до  $13,73 \pm 1,24\%$ ; у школьников от  $33,03 \pm 2,75\%$  до  $38,24 \pm 3,16\%$ ; у подростков и юношей от  $33,03 \pm 2,76\%$  до  $40,24 \pm 3,76\%$  и у взрослого населения от  $23,81 \pm 2,16\%$  до  $29,72 \pm 2,46\%$ .

Более благополучное состояние пародонта было у жителей г.Ташкента, худшим - у обследованных г. Янгiera. Как правило, величина показателей пародонта была несколько лучше у лиц женского пола, хотя различия достоверны лишь в единичных случаях.

Гигиеническое состояние полости рта было неудовлетворительным во всех обследованных группах. При гингивите величина показателей гигиены полости рта хуже, чем при интактном пародонте.

Аномалии прикуса, зубных рядов и отдельных зубов встречаются во всех возрастных группах, их частота во всех группах приблизительно одинакова; не удалось выявить закономерные тенденции данной патологии в возрастном аспекте. Как правило, воспалительные изменения краевого пародонта при наличии зубочелюстных аномалий встречаются в 1,8 – 2,5 раза чаще.

Нарушения архитектоники преддверия полости рта представлены патологическим прикреплением уздечек губ и языка, мелким преддверием полости рта и тяжами слизистой оболочки

переходных складок. Эти нарушения отмечены в широком интервале частоты от 0,23 до 4,3% случаев в зависимости от возраста.

У обследованных школьников заболевания пародонта представлены поверхностным воспалением в виде катарального гингивита. Деструктивные изменения в кости альвеолярных отростков обнаружены, в основном, в возрастной группе 20-24 года.

Величины показателей распространенности и интенсивности заболеваний пародонта оказываются максимальными выше в возрасте 20-24 года.

Обследование 6602 городских жителей, проживающих в различных климатогеографических зонах страны, и статистическая обработка материалов массовых стоматологических осмотров позволили установить, что заболевания пародонта являются широко распространенными стоматологическими заболеваниями, причем уже в детском возрасте заболеванием пародонта поражается значительная часть населения. При этом резких, достоверно значимых отличий исследованных показателей в разных городах нами не выявлено. В этой связи более глубокие исследования в дальнейшем проведены в отношении взрослого населения г.Ташкента в возрасте 20 лет и старше.

#### **Распространенность заболеваний пародонта у взрослого населения (на пример г.Ташкента).**

При обследовании населения учитывали 3 основные формы заболеваний пародонта – гингивит, пародонтит, пародонтоз.

Анализ результатов исследований показал, что распространенность заболеваний пародонта среди взрослого населения г.Ташкента составила  $72,2 \pm 0,69\%$  (таблица 9). Основной нозологической формой заболеваний пародонта является пародонтит, частота которого составила  $61,20 \pm 0,75\%$ , частота гингивита была значительно ниже –  $9,08 \pm 0,44\%$  и на третьем месте находится пародонтоз, частота встречаемости которого составила  $1,92 \pm 0,21\%$ .

Для взрослого населения характерно утяжеление поражения пародонта с увеличением возраста обследованных, о чем

свидетельствует рост распространенности пародонтита и снижение распространенности гингивита в старших возрастных группах.

Так, в возрастной группе 15-19 лет распространенность пародонтита выше распространенности гингивита на 7,26% ( $P < 0,05$ ).

**Таблица 9. Распространенность заболеваний пародонта среди взрослого населения, г.Ташкента %.**

Возрастная группа, лет	Нозологическая форма			Всего с заболеваниями пародонта
	гингивит	пародонтит	пародонтоз	
15-19	21,2±1,54	28,49±1,70	3,70±0,71	53,42±1,88
20-24	16,5±1,4	44,70±1,87	3,54±0,72	64,78±1,80
35-44	7,97±1,0	65,15±1,80	1,85±0,50	74,96±1,63
45-54	4,26±0,6	91,94±1,02	1,27±0,42	97,45±0,59
55-64	3,73±0,7	87,52±1,25	1,29±0,43	92,27±1,01
65 и старше	0,71±0,3	49,50±1,89	0,14±0,14	50,36±1,89
Всего	9,08±0,4	61,20±0,75	1,92±0,21	72,21±0,69

Примечание:  $P < 0,05$  достоверность различий при сравнении с данными нозологических форм.

В последующие возрастные периоды разница между распространенностью пародонтита и гингивита резко увеличивается за счет роста распространенности пародонтозов и снижения гингивитов. У взрослого населения возрастной группы 35-44 года распространенность пародонтита составляет уже 65,15±1,80%, а гингивита - 7,97±1,02% ( $P < 0,001$ ). Максимальная распространенность заболеваний пародонта зарегистрирована в возрастной группе 45-54 года - 97,45±0,59%, в том числе распространенность пародонтита - 91,94±1,02%; гингивита - 4,26±0,76% и пародонтоза - 1,27±0,42%.

Снижение распространенности заболеваний пародонта, отмечаемое с возрастного периода 55-64 года и старше, обусловлено массовой потерей зубов в старших возрастных группах.

Распространенность атрофических форм заболеваний пародонта (пародонтоз) невысока и колеблется в зависимости от возрастной группы от 0,14±0,14% до 3,70±0,71%. В среднем распространенность пародонтоза среди взрослого населения составила 1,92±0,21%.



**Таблица 10. Распространенность заболеваний пародонта в зависимости от пола обследованных (г.Ташкент), M±m%**

Возрастная группа, лет	Мужчины					Женщины				
	Гингивит	Пародонтит	Пародонтоз	Всего с заболеваниями пародонта	Гингивит	Пародонтит	Пародонтоз	Всего с заболеваниями пародонтита		
15-19	29,75±2,44	31,43±2,48	4,0±1,05	59,71±2,62	18,18±2,06*	25,57±2,33	3,40±0,97	47,16±2,66		
20-24	20,76±2,17	49,00±2,67	3,70±1,01	73,50±2,36	12,36±1,74	40,45±2,60	3,37±0,96	56,18±2,63		
35-44	8,50±1,48	67,99±2,48	1,42±0,63	77,90±2,21	7,43±1,40	62,29±2,59	2,29±0,80	71,43±2,41		
45-54	4,82±1,14	93,75±1,29	0,57±0,40	99,15±0,49	3,66±0,99	90,14±1,58	1,97±0,74	95,77±1,07		
55-64	4,02±1,05	89,08±1,67	0,29±0,29	93,39±1,33	3,44±0,98	85,96±1,86	1,72±0,70	91,69±1,48		
65 лет и старше	0,86±0,49	57,14±2,65	-	58,00±2,64	0,57±0,40	41,88±2,62	0,28±0,22	42,74±2,64		
<b>Всего</b>	<b>10,55±0,67</b>	<b>64,73±1,04</b>	<b>1,66±0,28</b>	<b>76,95±0,92</b>	<b>7,15±0,56</b>	<b>58,64±1,07</b>	<b>2,18±0,32</b>	<b>67,49±1,02</b>		

Примечание: \* - P<0,05 - различия с данными мужчин достоверны.

Частота воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит) выше у мужчин, но эти различия не всегда достоверны (таблица 10). Так, у женщин всех возрастов частота пародонтита составила  $58,64 \pm 1,07\%$ ; у мужчин -  $64,73 \pm 1,04\%$ , разница достоверна ( $P < 0,01$ ), у мужчин возрастной группы 35-44 года распространенность пародонтита равна  $67,99 \pm 2,48\%$ , у женщин -  $62,29 \pm 2,59\%$ , разница не достоверна ( $P > 0,05$ ).

Распространенность гингивита у мужчин равна  $10,55 \pm 0,67\%$ , что достоверно выше распространенности гингивита у женщин -  $7,15 \pm 0,56\%$  ( $P < 0,05$ ), но в отдельных возрастных группах превышение распространенности гингивита у мужчин не всегда имеет статистически достоверные различия с женщинами.

Распространенность пародонтоза у всех обследованных женщин равна  $2,18 \pm 0,32\%$ , что близко к общей распространенности пародонтоза у мужчин -  $1,66 \pm 0,28\%$  ( $P > 0,05$ ). Но у женщин возрастной группы 55-64 года установлен существенно более высокий показатель -  $1,72 \pm 0,7\%$  чем мужчин (мужчины -  $0,29 \pm 0,29\%$ ,  $P < 0,01$ ).

На наш взгляд, решающим фактором, определяющим более высокую распространенность пародонтита и гингивита у мужчин, являются вредные привычки, такие как злоупотребление алкоголем, курение, плохая гигиена полости рта, а также то, что женщины более тщательно следят за своей внешностью, чаще посещают стоматолога и лечат заболевания пародонта.

## II. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

Субъективные методы исследования: сбор анамнеза направлено, в первую очередь, на выяснение давности и особенности течения заболевания, а также на выявление этиологических и патогенетических звеньев болезни. Установлено, что возникновению или прогрессированию воспалительных изменений пародонта способствует состояние стресса, заболевания различных органов и систем: желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, эндокринных органов. Ряд работ указывает на связь воспалительных заболеваний пародонта с профессиональными вредностями и курением.

Патогенетические методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта направлены на выяснение патогенетических особенностей, дифференциальную диагностику формы и стадии заболевания. Комплекс клинических исследований предполагает выявление нарушений на уровнях от целостного организма и его систем до метаболических нарушений.

Среди исследований отдельных систем организма, значимых для выявления фоновых заболеваний, особое место занимает изучение иммунного статуса, поскольку роль нарушений иммунной системы в целом и местного иммунитета в патогенезе пародонтита показана в целом ряде исследований.

Изучение жидких сред, окружающих зуб и пародонт, позволяет лучше понять состояние биологического равновесия и его нарушения при патологии. Для оценки тяжести воспалительных изменений исследуют десневую жидкость при патологии пародонта. Установлена положительная корреляция между тяжестью воспаления и количеством десневой жидкости.

При этом отмечены качественные изменения клеточного состава микрофлоры десневой жидкости, проводилось определение продуктов метаболизма тканей пародонта и ферментативной активности десневой жидкости.

В последнее время применяют цитологический метод (мазки-отпечатки, цитологический анализ содержимого зубодесневых карманов или цитологическое исследование смешанной слюны и оральных смывов) для исследования содержимого пародонтальных карманов, эксфолиативная цитология позволяет вести динамическое наблюдение за течением заболевания, т.к. степень кератинизации характеризует ее барьерную функцию. Цитологические методы позволяют выявить патологию пародонта, скрытую клинически, но проявляющуюся на клеточно-тканевом уровне, получить детальную характеристику дисдифференцировки эпителиального пласта при его патологии и оценить эффективность проводимого лечения.

Микробиологическое (бактериоскопическое и бактериологическое) исследование позволяет установить состав микрофлоры, дифференциацию, что важно для диагностики и последующего выбора медикаментозных средств.

Важным является рентгенологическое исследование (панорамная рентгено- и ортопантомография), который занимает особое место в диагностике заболеваний пародонта, так как он позволяет судить о степени поражения костной ткани. Они позволяют объективно оценивать состояние костной ткани альвеолярных отростков челюстей при болезнях пародонта.

Не теряет актуальность функциональные методы исследования тканей пародонта, функциональная проба Шиллера-Писарева, определение специальных индексов. Они направлены, в первую очередь, на оценку состояния эпителиального пласта, соединительной ткани и сосудистого русла десны. К этим методам относятся вакуумная проба, реопародонтография, полярографическое исследование.

В литературе имеются данные, касающиеся макрогистохимических характеристик метаболизма углеводов эпителиального пласта при пародонтите. большей частью, гистохимический анализ тканей пародонта связан с изучением гликогена и нейтральных гликопротеинов. Гликоген, считающийся

запасным энергетическим материалом, локализуется, главным образом, в клетках шиповатого слоя: количество его в эпителии десны здоровых людей незначительно и с возрастом уменьшается. Различают стабильный и лабильный, временно депонированный гликоген. Накопление гликогена связано не с активацией гликонсогенезы, а с глубоким энергетическим дисбалансом, связанным с дисфункцией ферментов

### **Социально-гигиенические методы исследования**

Целью подобных исследований является поиск взаимосвязи общественного здоровья и условий жизни общества, а одной из основных методик социально-гигиенического анализа служит изучение отдельных общественных групп населения.

### **Методы стоматологического обследования населения**

Проводится комплексное стоматологическое обследование больных с заболеваниями пародонта.

Единый принцип метода является оценка пародонтологического статуса. При оценке стоматологического статуса определяется состояние твердых тканей зубов, изучение состояния тканей пародонта, а также гигиеническое состояние полости рта.

Для регистрации данных обследованиями использовали разработанную нами карту, представляющую собой модификацию карты эпидемиологического стоматологического обследования, предложенной ВОЗ в 1995 году. Помимо данных стоматологического статуса, фиксировали дату обследования, фамилию и пол обследуемого, его возраст, место учебы, работы и домашний адрес.

### **2.1. Определение состояния тканей пародонта.**

#### **Специальные методы исследования.**

#### **Определение индекса СРІ**

Предложенная ВОЗ методика СРІТН дает возможность по ее составным элементам достаточно полно определять даже начальные признаки заболевания. Индекс СРІ, примененный для оценки распространенности и интенсивности заболеваний тканей

пародонта, представляет собой модификацию индекса СРГТ. При определении этого индекса регистрируется три показателя: кровоточивость десен; наличие над и/или поддесневого зубного камня; пародонтальные карманы различной глубины (4-5 мм, 6 мм и более), характеризующие состояние тканей пародонта.

Выявление признаков поражения пародонта осуществляется с помощью пародонтального зонда по следующим кодам и критериям:

0 – здоровые ткани;

1 – кровоточивость, возникающая ввремя или после зондирования;

2 – зубной камень, над- и поддесневой;

3 – пародонтальный карман глубиной 4-5 мм;

4 – пародонтальный карман глубиной 6 мм и более;

Уровень поражения тканей пародонта у каждого обследуемого характеризуется наилучшим показателем (то есть высшим кодом, зарегистрированным при осмотре), а также общим количеством пораженных секстантов.

В дальнейшем у обследованных по этим данным рассчитывается показатели распространенности и интенсивности отдельных патологических признаков.

Для расчёта распространенности (в процентах) числа лиц, у которых были выявлены любые признаки поражения (то есть коды 1,2,3,4), количество таких признаков делятся на общее число обследованных в данной группе и умножали на 100.

Для расчета индивидуальной интенсивности у данного пациента суммируются выявленные секстанты с кодами 1, 2, 3, 4.

Средняя интенсивность в группе пациентов рассчитывается следующим образом: складывали количество секстантов с признаками поражения у каждого осмотренного и затем делили полученную сумму на количество лиц в данной группе.



### **Определение индекса воспаления тканей десны (Massler, 1947)**

Индекс воспаления тканей десны (Index papillaren, marginalen alveolaren Gingiva) - PMA - используется для выявления начальной стадии заболеваний пародонта. Десневой сосочек обозначается буквой -Р, слизистая оболочка десневого края -М, альвеолярная десна -А (рис.8). Предложены различные модификации этого индекса, но на практике чаще применяют индекс PMA в модификации PaRMA (1960)

Оценивается состояние десны у каждого зуба в баллах: воспаление сосочка - 1; десневого края - 2; прикрепленной десны - 3.

Индекс находится в пределах 0-3 и рассчитывается по формуле:

$PMA = \text{сумма показателей PMA всех зубов} \times 100 / 3 \times \text{число зубов.}$

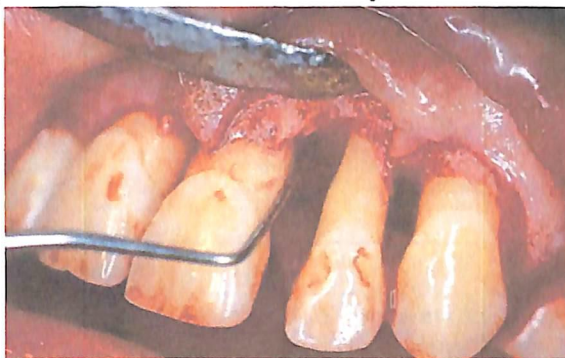


Рис.8. Патологический зубодесневой карман

### **Определение индекса гингивита GI (LoeH., SilnessJ.,1963)**

Данный индекс используется для определения локализации и тяжести гингивита.

Обследование десну проводится визуально и с помощью пуговчатого зонда в области следующих зубов: 16, 12, 24, 36, 32, 44.

Состояние десны у каждого зуба оценивается в четырех участках: дистальном, мезиальном, в центре вестибулярного и язычного отделов.

Коды для оценки состояния десны:

0 – отсутствие воспаления;

1 – легкое воспаление (незначительное изменение цвета и структуры, кровоточивость при зондировании):

2 – умеренное воспаление (умеренно выраженные гиперемия, отек и гипертрофия); кровоточивость при зондировании, возникающая немедленно или через 5-7 секунд;

3 – выраженное воспаление (значительно выраженные гиперемия, гипертрофия, отек); кровоточивость, возникающая спонтанно или при зондировании; изъязвления.

Вычисляется среднее значение кода у каждого зуба, затем суммировали коды для всех зубов и полученную сумму делили на количество обследованных зубов, применяя для расчета следующие формулы:

$$GI \text{ зуба} = \frac{\text{сумма баллов}}{4}$$

$$GI \text{ индивидуума} = \frac{\text{сумма GI отдельных зубов}}{\text{количество зубов}}$$

Интерпретацию индекса осуществляли по следующим критериям:

<i>Значение индекса</i>	<i>Критерии</i>
0,1 - 1,0	Легкий гингивит
1,1 - 2,0	Гингивит средней тяжести
2,1 - 3,0	Тяжелый гингивит

#### Методы оценки гигиены полости рта

Определение индекса эффективности гигиены полости рта (ОНИ-S) по Грин-Вермильону (1964) является наиболее простым критерием оценки гигиены полости рта. Он определяет степень покрытия поверхности зуба зубным налетом, выраженную в цифрах. Для определения ОНИ-S исследуют следующие поверхности зубов: щечную и язычную поверхность 16, 26, 36, 46 зубов и губную поверхность 11, 21 зубов.

На всех поверхностях сначала определяют зубной налет, а затем зубной камень.

Используют следующую систему определения зубного налета:

- 0 – отсутствие зубного налета;
- 1 – зубной налет покрывает не более 1/3 поверхности зуба;
- 2 – зубной налет покрывает более 1/3, но не более 2/3 поверхности зуба;
- 3 – зубной налет покрывает более 2/3 поверхности зуба.

#### Оценка зубного камня (С 1-5)

- 0 — зубной камень не выявлен;
- 1 — наддесневой зубной камень, покрывающий не более 1/3 поверхности зуба;
- 2 — наддесневой зубной камень, покрывающий более 1/3, но менее 2/3 поверхности зуба, или наличие отдельных отложений поддесневого зубного камня в пришеечной области зуба;
- 3 — наддесневой зубной камень, покрывающий более 2/3 поверхности зуба, или значительные отложения поддесневого камня вокруг пришеечной области зуба.

Максимальная величина индекса – 3 усл.ед.

#### **Индекс налета апроксимальных поверхностей зубов (API) в модификации Langeetal (1977)**

Для определения индекса окрашивается любым красителем оральные поверхности зубов первого и третьего квадрантов, вестибулярные – зубов второго и четвертого квадрантов. Определяется наличие зубного налета в каждом межзубном промежутке (на контактных поверхностях двух рядом стоящих зубов) по следующим кодам:

- 0 – налет отсутствует;
- 1 – налет определяется.

$$API = \frac{\text{сумма баллов}}{\text{количество всех зубов}} \times 100\%$$

Критерии оценки показателей индекса:

0-25% - оптимальная гигиена рта;

25-35% - удовлетворительная гигиена полости рта;

40-69% - неудовлетворительная гигиена;

70-100% - плохая гигиена.

**Определение уровня полученной стоматологической помощи (П.А. Леус, 2000)**

Оценку уровня стоматологической помощи осуществляли с помощью группового индекса УСП, который вычисляется по следующей формуле:

$$\text{УСП} = 100\% - \left( \frac{K+A}{\text{КПУ}} \times 100\% \right), \text{ где}$$

КПУ- средняя интенсивность кариеса зубов обследованной группы населения;

К среднее количество нелеченных кариозных поражений, включая кариес пломбированного зуба;

А- среднее количество удаленных зубов, не восстановленных протезами.

Интерпретацию полученных значений УСП осуществляли по последующим критериям:

<i>Значение индекса</i>	<i>Критерии</i>
менее 10%	плохой
от 10 до 49%	недостаточный
от 50 до 74%	удовлетворительный
75% и более	Хороший

**Оценка эффективности мероприятий, направленных на устранение местных патогенных факторов**

Для оценки эффективности рекомендованных вмешательств нами проведено исследование состояния тканей пародонта по ряду

показателей – напряжению кислорода и состоянию капилляров тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, некоторым иммунологическим показателям слюны.

#### **Определение стойкости капилляров (проба Кулаженко)**

Проба основана на учете времени образования гематомы слизистой оболочки под влиянием дозированного вакуума, который создается при помощи аппарата АЛП-02.

Изогнутую стеклянную трубочку диаметром 6мм, соединенную с вакуумным аппаратом прикладывали к слизистой оболочке в области подвижной части десны. После присасывания трубочки динамику образования гематомы контролировали визуально.

#### **Иммунологические методы исследования**

Для определения фагоцитарной активности нейтрофилов в слюне, забор и обработка слюны проводились по методу М.А Темурбаева (1984) в модификации Антонову А.В (1996). Для этого отобранную слюну очищали, промывали забуференным раствором и центрифугировали при 100 об/мин в течение 10 минут: надосадочную жидкость сливали, а к осадку добавляли 0,5 мл физиологического раствора. К 0,2 мл полученной смеси в пробирке добавляли по 0,1 мл взвеси частиц латекса (5x10 в 1 мл) диаметром 0,8 мкм. Смесь инкубировали во влажной камере 30 мин, при 37 С, периодически встряхивая. Из этой смеси готовили мазки и окрашивали их по Романовскому-Гимзе. Подсчитывали не менее 100 нейтрофилов с латексом и без него в каждом препарате, определяли фагоцитарный индекс, т.е. % фагоцитировавших лейкоцитов из числа сосчитанных, и фагоцитарное числосреднее количество поглощенных частиц латекса на одну фагоцитировавшую клетку.

Активность лизоцима в слюне определялась нами при помощи способа, предложенного Ш.Р Алиевым (1996). Забор слюны производили натошак в стерильные пробирки, брали пинцетом бумажные диски (схожие с антибиотиковыми дисками) и тщательно их пропитывали в слюне, затем эти диски укладывали на

поверхность питательного агара (агар Диффко) в чашках Петри, засеянных газоном суточной культурой *Micrococcus lisodenticus* (штами 2665 ГКИ им. Тарасовича); посевы инкубировали в ткрмостате при температуре 37 С; активность лизоцима в слюне определяли по методу диффузии в агаре.

Определение иммуноглобулинов класса А-секреторной фракции. В основу метода положен метод Манчини (1964), которой основан на измерении диаметра кольца преципитации, образующегося при внесении ротовой жидкости в лунки, вырезанные в слое агара, в котором предварительно диспергирована моноспецифическая сыворотка. В стандартных условиях опыта диаметр кольца преципитации прямо пропорционален концентрации иммуноглобулина.

Для определения уровня иммуноглобулина в испытуемой слюне на оси абсцисс откладывали диаметр кольца преципитации испытуемой ротовой жидкости, восстанавливали до пресечения с калибровочной кривой, затем прямую проецировали на ось ординат. Полученное значение соответствовало уровню иммуноглобулина, которое выражали в МЕ/мл.

#### **Оценка эффективности профилактических и диспансерных мероприятий**

Оценка эффективности профилактических и диспансерных мероприятий осуществлялась по формуле Байеса:

$$P_2 - P_1 / P_1 + P_2 \times 100\%, \text{ где}$$

$P_2$  – эффективность после внедрении программы, процент от общего числа;

$P_1$  – эффективность до внедрении программы;

$P_1 + P_2$  - суммарная эффективность.

#### **Характеристика природно-климатических и эколого-гигиенических факторов исследуемых территорий**

По природно-географическим условиям Узбекистан является одним из наиболее благоприятных регионов в Центральной Азии. Территория Узбекистана представляет собой своеобразное



сочетание равнинного и горного рельефа. Большую часть территории Узбекистана занимают равнины (около четырех пятых территории).

Узбекистан включает 12 административных регионов (областей), автономную республику Каракалпакстан и город Ташкент, расположенных в 4-х регионах: западный, центральный, восточно-центральный и восточный (Назаров Ф.Г., Семенова Г., 2002).

*Ташкент* (узб. Tashkent, Тошкент) — столица Республики Узбекистан, административный центр Ташкентской области. Крупнейший по численности населения город Узбекистана и Центральной Азии, центр Ташкентской городской агломерации, важнейший авиационный, железнодорожный и автомобильный узел, а также политический, экономический, культурный и научный центр страны. Административно Ташкент делится на 11 районов.

Ташкент располагается в восточном регионе на границе субтропического и умеренно-континентального климатических поясов. Но количество осадков, в сравнении с низменными полупустынными и пустынными областями, вследствие близости гор здесь более значительно. Минимальная температура - 29,5 °С (20 декабря 1930 года), максимальная - +44,6°С (18 июля 1997 года). Иногда в Ташкенте складывается неблагоприятная экологическая обстановка, тогда в городе отмечается сильная задымлённость, в результате которой видимость достигает не более 1,5 - 3 км.

Ташкент сохраняет статус четвёртого города по населению на пространстве стран СНГ и Балтии. Численность постоянного населения Ташкента на 1 января 2012года составила 2 300,4 тыс. человек.

*Андижан* (узб. Andijon) — город в Узбекистане, административный центр Андижанской области. Население — 380 тыс. жителей (2012).

Андижан расположен в восточной части Ферганской долины (центрально-восточный регион), в 260 км к юго-востоку от Ташкента.

Зима обычно умеренная, средняя температура января составляет:  $-3^{\circ}\text{C}$ , короткая, ветры в среднем 3 метра в секунду, а среднегодовое количество осадков составляет 226 мм в год.

*Янгиер* (узб. Yangiyeq, Янгиер) — город в Сырдарьинской области Узбекистана, при пересечении Большого Узбекского тракта и Южно-Голодностепского канала (центральный регион), численность населения – 32,6 тыс. (2012 г.).

Возник в 1957 году в связи с освоением Голодной степи.

В городе расположен ряд предприятий: ЖБИ, асфальтобитумный завод, предприятия пищевой промышленности, имеется железнодорожная станция.

Количество осадков колеблется от 130—360 мм в год на равнинах до 440—620 мм в предгорье. Климат типично континентальный и засушливый.

*Янгибазар* (узб. Yangibozor, Янгибозор) — городской посёлок в Хорезмской области Узбекистана (западный регион). Центр Янгибазарского района Хорезмской области. Население — 18,9 тыс. человек (2012 г.).

Расположен в низменной равнине, являющейся частью древней дельты Амударьи. Климат резко континентальный. Зима умеренно холодная, малоснежная, лето жаркое, сухое. Средняя температура января -  $5,0^{\circ}\text{C}$ , июля -  $27,3^{\circ}\text{C}$ . Осадков выпадает 80—90 мм в год (преимущественно в марте-апреле).

Таким образом, в исследование включено население, представляющее каждый регион Республики.

### **Интенсивность и распространенность заболеваний пародонта по CPITN индексу у взрослого населения**

Изучение частоты и интенсивности отдельных симптомов поражения пародонта по индексу CPITN показало, что у всего взрослого населения максимальная интенсивность поражения приходится на зубной камень: из 6 обследованных секстантов он

обнаруживался в  $2,22 \pm 0,01$  случаев, что составило  $37,00 \pm 0,74\%$  всех обследованных секстантов; симптом кровоточивости зарегистрирован в  $0,67 \pm 0,01$  ( $11,17 \pm 0,49\%$ ) секстанта; зубодесневые карманы глубиной 4-5 мм имели  $0,55 \pm 0,01$  ( $9,17 \pm 0,44\%$ ) секстантов, а карманы глубиной более 6 мм -  $0,33 \pm 0,01$  ( $5,50 \pm 0,35\%$ ) секстантов (таблица 11).

Количество неизменных секстантов у обследованного контингента составило  $0,85 \pm 0,0$  ( $14,17 \pm 0,54\%$ ). Среднее количество секстантов, не подлежащих учету -  $1,38 \pm 0,01$  ( $23,00 \pm 0,69\%$ ) достаточно велико и обусловлено, на наш взгляд, высокой утратой зубов взрослым населением.

С увеличением возраста обследованных отмечается утяжеление поражения пародонта по большинству показателей, что подтверждается повозрастными данными оценки его интенсивности по индексу CPITN (таблица 11).

Как видно из приведенных в таблице данных, интенсивность симптома зубного камня в возрастной группе 15-19 лет составила  $2,50 \pm 0,04$  пораженных секстанта, распространенность -  $41,67 \pm 1,86\%$ ; в возрастной группе 35-44 года соответствующие показатели симптома зубного камня составили уже  $2,83 \pm 0,04$  ( $47,17 \pm 1,88\%$ ); а в возрастной группе 45-54 года -  $3,00 \pm 0,04$  ( $50,00 \pm 1,88\%$ ).

Нарастание симптомов зубодесневых карманов с увеличением возраста обследованных происходит еще более интенсивно. Так, зубодесневой карман глубиной 4-5 мм в возрастной группе 15-19 года имели  $0,09 \pm 0,02$  секстанта, что составило  $1,50 \pm 0,46\%$  от всех исследованных секстантов; в следующей возрастной группе карман глубиной 4-5 мм имели уже  $0,27 \pm 0,02$  ( $4,50 \pm 0,78\%$ ) секстанта; в возрастной группе 35-44 года соответствующие величины составили  $0,65 \pm 0,04$  ( $10,83 \pm 1,17\%$ ). Максимальное количество секстантов с карманами 4-5 мм обнаружено в возрастной группе 55-64 года, что составило  $0,82 \pm 0,04$  ( $13,67 \pm 1,30\%$ ) пораженных секстанта.

**Интенсивность и распространенность поражения пародонта по индексу CRITN среди взрослого населения, абс/‰**

Возрастная группа, лет	Показатель	Среднее количество секстантов на одного обследованного с изменением по индексу CRITN							всего обследовано секстантов
		X не подлежит учету	0 здоровый	1 кровотоочивость	2 зубной камень	3 карман 4-5 мм	4 карман 6 мм		
15-19	абс	0,11±0,02	2,09±0,04	1,14±0,04	2,50±0,04	0,09±0,02	0,07±0,02	6	
	%	1,83±0,51	34,83±1,80	19,00±1,48	41,67±1,86	1,50±0,46	1,17±0,41	100,00	
20-24	абс	0,14±0,02	1,50±0,04	1,18±0,04	2,80±0,04	0,27±0,02	0,11±0,02	6	
	%	2,33±0,57	25,00±1,63	19,67±1,49	46,67±1,88	4,50±0,78	1,83±0,50	100,00	
35-44	абс	0,92±0,04	0,90±0,04	0,54±0,04	2,83±0,04	0,65±0,04	0,16±0,02	6	
	%	15,33±1,3	15,00±1,35	9,00±1,08	47,17±1,88	10,83±1,17	2,67±0,61	100,00	
45-54	абс	1,10±0,04	0,39±0,04	0,55±0,04	3,00±0,04	0,69±0,04	0,27±0,04	6	
	%	18,33±1,6	6,50±0,93	9,17±1,09	50,00±1,88	11,50±1,20	4,50±0,78	100,00	
55-64	абс	2,30±0,04	0,14±0,02	0,50±0,04	1,69±0,04	0,82±0,04	0,55±0,04	6	
	%	38,33±1,8	2,33±0,57	8,33±1,05	28,17±1,70	13,67±1,30	9,17±1,09	100,00	
65 лет и старше	абс	3,76±0,04	0,07±0,01	0,11±0,02	0,46±0,04	0,79±0,04	0,81±0,04	6	
	%	62,67±1,8	1,17±0,41	1,83±0,51	7,67±1,01	13,17±11,2	13,50±1,29	100,00	
Всего	абс	1,38±0,01	0,85±0,01	0,67±0,01	2,22±0,01	0,55±0,01	0,33±0,01	6	
	%	23,00±0,6	14,17±0,54	11,17±0,49	37,00±0,74	9,17±0,44	5,50±0,35	100,00	



Количество секстантов с зубодесневыми карманами 6,0 мм и более также увеличивается с возрастом обследованных: в возрастной группе 15-19 лет интенсивность показателя равнялась  $0,07 \pm 0,02$ , распространенность -  $1,17 \pm 0,41\%$ ; в возрастной группе 35-44 года соответственно -  $0,16 \pm 0,02$  и  $2,67 \pm 0,61\%$ ; максимальное количество карманов глубиной 6,0 мм и более обнаруживалось в возрастной группе 65 лет и старше -  $0,81 \pm 0,04$  ( $13,50 \pm 1,29\%$ ) секстант.

Одновременно с ростом тяжести поражения пародонта с увеличением возраста обследованных отмечается уменьшение интенсивности и частоты встречаемости таких симптомов, как здоровый пародонт и кровоточивость. Так, здоровый пародонт у лиц молодого возраста 15-19 лет зарегистрирован у  $2,09 \pm 0,04$  секстантов, распространенность -  $34,83 \pm 1,80\%$ ; в возрастной группе 35-44 года количество здоровых секстантов уменьшилось более чем в 2 раза, и было равно  $0,90 \pm 0,04$  ( $15,00 \pm 1,35\%$ ); а в возрастной группе 65 лет и старше здоровый пародонт обнаружен лишь у  $0,07 \pm 0,01$  ( $1,17 \pm 0,41\%$ ) секстантов.

Интенсивность и частота встречаемости симптома кровоточивости десен также уменьшается с увеличением возраста обследованных: в возрастной группе 15-19 лет кровоточивость обнаруживалась на  $1,14 \pm 0,04$  ( $19,00 \pm 1,48\%$ ) секстантов; интенсивность этого показателя в возрастной группе 35-44 года уменьшились более чем в 2 раза, и составила  $0,54 \pm 0,04$  ( $9,00 \pm 1,08\%$ ) секстанта, а в возрастной группе 65 лет и старше кровоточивость регистрируется лишь на  $0,11 \pm 0,02$  ( $1,83 \pm 0,51\%$ ) сегментах.

С увеличением возраста обследованных неуклонно увеличивается как интенсивность, так и распространенность секстантов, не подлежащих учету. В возрастной группе 15-19 лет не подлежал учету лишь  $0,11 \pm 0,02$  ( $1,83 \pm 0,51\%$ ) секстант, а в старшей возрастной группе 65 лет и старше не подлежали учету уже  $3,76 \pm 0,04$  секстантов, что составляло  $62,76 \pm 1,83\%$  всех обследованных в этой возрастной группе секстантов. Высокая интенсивность и распространенность секстантов, не подлежащих учету, обусловлена,



прежде всего, массовой утратой зубов населением в старших возрастных группах.

Показатель количества секстантов, не подлежащих учету, позволяет оценить истинную интенсивность и распространенность поражения пародонта по другим показателям, особенно у населения в старших возрастных группах, где количество утраченных зубов особенно велико.

Таким образом, с возрастом происходит нарастание воспалительного процесса по пораженности и глубине, что достаточно убедительно подтверждает прогрессирующий нисходящий характер воспаления, как сущность патологического процесса в пародонте у преобладающего количества больных.

Не выявлено достоверно значимых отличий в частоте симптомов в зависимости от пола, однако следует отметить, что для всего обследованного контингента женщин был характерен более высокий процент секстантов, не подлежащих учету -  $26,1 \pm 0,95\%$  (у мужчин -  $20,0 \pm 0,87\%$ ,  $P < 0,01$ ).

Нормализация окклюзионного звена - это важный фактор увеличения срока существования зубов, повышающий эффективность лечения заболеваний пародонта, дисфункций височно-нижнечелюстного сустава, нейромышечных болей лица.

Клинически окклюзионные нарушения проявляются в виде обнажения шеек и корней отдельных зубов, значительного углубления пародонтальных карманов, выраженной подвижности зубов в зоне окклюзионной травмы.

В наших исследованиях отсутствие стираемости эмалевых бугров у лиц с 15 до 44 лет встречается практически с одинаковой частотой, но в возрасте 45-64 лет - в полтора, а после 65 лет и старше - в два раза чаще.

Прогрессивное уменьшение указанных нарушений у лиц в возрасте старше 45 лет вызвано полной деструкцией кости. Это подтверждается и тем, что стираемость бугров отсутствует и на сохранившихся антагонистах. Несколько отличалась динамика

аномалий зубочелюстной системы и их нарушений: они определялись практически с одинаковой частотой у лиц до 65 лет, а после они уже не обнаруживались.

Таблица 12

**Величина показателей состояния пародонта у городского населения**

Возрастные группы, лет	ОИ-S, отн.ед	PMA, отн.ед	ГИ, отн.ед	Стираемость (степень)	Нуждаемость в пришлифовывании, %
15-19	1,90±0,16	4,08±0,34	1,86±0,11	0,86±0,06	21,54±0,19
20-24	2,00±0,14	4,36±0,33	2,03±0,16	1,07±0,12	29,13±0,34
35-44	2,05±0,16	6,56±0,46	2,51±0,17	1,25±0,13	33,70±0,27
45-64	2,00±0,11	3,12±0,29	2,80±0,13	1,61±0,11	24,84±0,19
65 лет и старше	1,95±0,16	2,79±0,19	3,24±0,27	2,19±0,18	11,07±0,16

Примечание: P<0,05 достоверность различий при сравнении с данными показателей.

Причиной этого явилась обширная потеря зубов в результате разрушения кости альвеолярных отростков, как и в предыдущих случаях.

Анализ полученных результатов свидетельствует о необходимости учета факторов риска, связанных с окклюзией, уже у детей и подростков в рамках семейной диспансеризации. К сожалению, большинство врачей не до оценивают значение этого риска и легкомысленно относятся к первым нарушениям окклюзионного рельефа, тем более, что они обычно хорошо переносятся больными, не придающими им значения.

**Результаты анкетирования пациентов с ХГП**

При проведении анкетирования пациентов с ХГП, мы ставили перед собой задачу получить сведения о причинах столь широкого распространения заболевания. Как известно, нараспространенность заболевания оказывают влияние не только известные этиологические

факторы и факторы риска, но и то, в каком качестве и объеме пациент получает квалифицированную медицинскую помощь. Анкетирование провели в городских стоматологических поликлиниках №1 и №3 в г.Ташкенте, областной стоматологической поликлинике г.Андижан, центральных многопрофильных поликлиниках городов Янгиер и Янгибазар.

На основании анализа ответов на вопрос о количестве посещений стоматолога в год, мы распределили всех пациентов на две основные группы. Первая группа представлена пациентами, посещавшими стоматолога 1 раз в год и чаще, во вторую мы отнесли пациентов, посещавших стоматолога один раз в 2-3 года. По результатам анализа было установлено, что только 59% пациентов посещают стоматолога 1 раз в год и чаще. Остальные (41%) посещают стоматолога 1 раз в 2-3 года.

#### **Знание больных о наличии у них заболеваний пародонта (по данным анкетирования).**

Из всех пациентов, заполнивших анкету, на вопрос “знали ли они о наличии у них заболеваний пародонта?” утвердительно ответили 537 (37,7%) человек, соответственно не знали о заболевании 885 (62,2%) человек.

В первой группе пациентов, посещавших стоматолога не реже одного раза в год, были информированы о наличии у них заболеваний пародонта 338 человек (38,0% от всех представителей первой группы). Не знали о заболевании 508 (62,0%) человек. Во второй группе ситуация складывалась следующим образом: знали о заболевании 116 (20,1%) человек, не знали 460 (79,9%) пациентов.

Таблица 13

#### **Информированность пациентов о наличии заболевания пародонта в группах (абс/%)**

Показатель	Первая группа, n=846		Вторая группа, n=576	
	Знали	Не знали	Знали	Не знали
абс	338	508	116	460
%	38,0	62,0	20,1	79,9

Анализ ответов на вопрос анкеты «от кого вы узнали о заболевании?» показал, что информацию о наличии у них ХГП узнали от врача-стоматолога 118 (26,0%) человек. Из других источников информацию о заболевании получили 336 (74%) пациентов.

Среди 338 пациентов первой группы 105 (31,0%) человек получили информацию от врача-стоматолога, из других источников узнали о болезни 233 (69,0%) пациента. Во второй группе из 116 пациентов 26 (22,4%) узнали о заболевании от врача-стоматолога, и 90 (77,6%) – из других источников.

Исходя из этих данных, можно сделать заключение, что количество случаев заболеваний пародонта, выявляемых врачом-стоматологом на общем стоматологическом приеме, мало зависит от частоты посещаемости пациентом стоматолога.

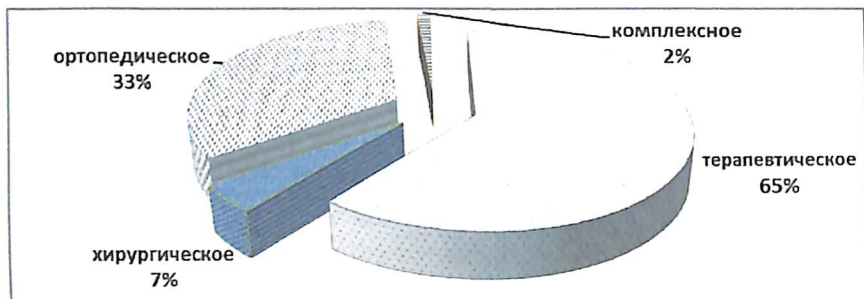
На вопрос — «предлагалось ли вам лечение заболевания пародонта?», среди 338 пациентов первой группы положительно ответили 78 (23,0%) человек. Не предлагалось никакого лечения 260 (77,0%) пациентам. Из 116 пациентов второй группы 21(18,1%) больному предложили лечение, а 95 (81,9%) пациентам на стоматологическом приеме лечение не было предложено. Во всех случаях для различий относительных показателей  $P > 0,05$ .

Отсюда можно сделать заключение, что лечение заболеваний пародонта предлагалось с одинаковой долей вероятности пациентам обеих групп; низкий процент «предлагаемости» лечения не зависел от частоты посещаемости пациентом врача-стоматолога.

На вопрос «проводилось ли лечение заболевания пародонта?» среди пациентов первой группы положительно ответили 65 (19,2%) человек, а 273 (80,8%) человека отрицали предыдущее лечение. Во второй группе пациенты, знавшие о своем заболевании, в 18 (15,5%) случаях подтвердили проводимое ранее лечение, а 98 (84,5%) человек не получали лечебные процедуры.

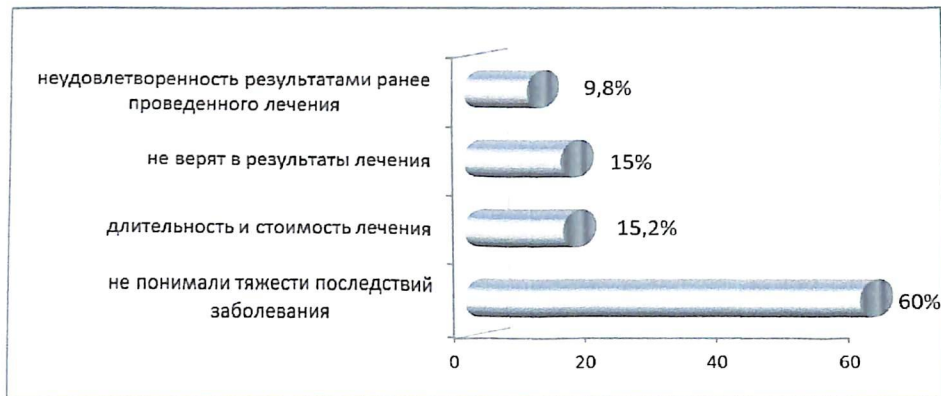
В связи с этим и количество случаев проводимого лечения заболеваний пародонта не зависит от показателя частоты посещаемости пациентом врача-стоматолога.

Результат подсчета ответов на вопрос «какое лечение вам проводилось?» показал, что среди лиц, участвующих в анкетировании 99 (65%) человек получали терапевтическое лечение; хирургическое лечение из 99 человек было проведено семерым (7,1%); ортопедическое лечение (включая протезирование) получили 54 (33,0%) человека; комплексное лечение (с участием не менее трех специалистов) проводилось лишь трем пациентам, т.е. в 2,0%.



**Виды лечения, проводимые анкетированным пациентам с выявленными заболеваниями пародонта, %.**

Значительное число пациентов, зная о своем заболевании от врачей стоматологов или из других источников (чаще медицинская популярная литература или просветительские программы телевидения), отказывались от лечения, даже если это лечение им предлагалось (426 человек - 30,0%).





### Причины отказа пациентов от лечения, %.

Выясняя причины отказа пациентов от лечения, мы определили четыре основные причины отказа от лечения:

1. Пациент не осознавал тяжесть заболевания, его возможные последствия. Таких пациентов в двух группах было 256, т.е. 60,0%.
2. Пациенты не верили в успех лечения – 64 (15%) человека.
3. Из-за неудовлетворенности результатами предыдущего лечения от него отказались 41 (9,6%) человек.
4. Отказались по причине длительности и высокой стоимости лечения 65 (15,2%) пациентов. (Рис).

Основной причиной посещения стоматолога является «частичная потеря зубов» — 47,4%, на втором месте причиной посещения стоматолога является «дефект твердых тканей зубов» — 30%. С жалобами на симптомы воспалительного заболевания пародонта обращается всего 12,7%, а с профилактической целью только 4,2%. При этом знали о наличии у них заболеваний пародонта только 37%, а не знали соответственно 63%. Причем информацию о наличии ХГП, пациенты, посещавшие стоматолога 1 раз в год и чаще, получали от врача-стоматолога в 31% случаев, остальные узнавали о заболевании из других источников.

Пациенты, посещавшие стоматологический кабинет реже одного раза в год, знали о своем заболевании от врача в 21% случаев. Предлагалось какое – либо лечение пациентам первой группы всего в 22% случаев, а пациентам второй группы - в 16% случаев. Проводилось какое – либо лечение у пациентов первой группы в 18,3% случаев, а во второй группе - в 11,6% случаев. И только 3,8% пациентов получали комплексное лечение, включающее работу не менее трех специалистов.

Из анализа анкет мы выяснили, что основной причиной отказа от лечения являлось то, что пациенты не осознавали тяжесть заболевания и возможные его последствия, их было 60,5%; 15% пациентов не верили в успех предлагаемого лечения; неудовлетворенность предыдущим лечением назвали причиной

отказа 9.7% пациентов; а длительность и высокая стоимость лечения явились причиной отказа у 15.2% пациентов.

### Результаты анализа амбулаторных карт пациентов стоматологических клиник

Нами было проанализировано 1000 амбулаторных карт пациентов, лечившихся в стоматологических клиниках и отделениях более одного года. Изучение амбулаторных карт пациентов провели в 1-ой и 3-ей городских стоматологических поликлиниках г.Ташкента и в областной стоматологической поликлинике г.Андижана. Первой и главной задачей данного исследования было определение числа диагнозов, связанных с заболеванием пародонта. В 281(28%) амбулаторной карте был обнаружен диагноз «Пародонтит»; из них было выбрано 250 карт, с которыми проводились дальнейшие исследования. Проводя анализ выбранных 250 историй болезни, где диагноз «пародонтит» был указан впервые, мы ставили перед собой задачу получить ответы на следующие основные вопросы:

1. В какой степени полно поставлен диагноз?
2. В какой степени обоснованно поставлен диагноз?
3. Какие методы исследования были проведены?
4. Какое лечение было назначено?

Полнота формулировки диагноза оценивалась по следующим критериям:

1. Имеется ли в диагнозе указание о локализации патологического процесса (генерализованный или локализованный)?

2. Имеется ли в диагнозе определение степени тяжести заболевания? Результаты анализа показали: локализация патологического процесса была указана в 121(48%) амбулаторной карте, а степень тяжести заболевания была указана только в 19 (7,6%) случаях.

Обоснованность диагноза оценивалась нами по следующим критериям:

1. Наличие объективных данных клинического состояния пародонта:

а) состояние слизистой оболочки; б) степень ретракции десны; в) подвижность зубов; г) наличие и глубина зубодесневых карманов.

## 2. Наличие результатов дополнительных методов исследования.

Результаты анализа были таковы: подробно описанного клинического состояния тканей пародонта не было ни в одной амбулаторной карте, в 136 (54,4%) случаях было описание подвижности зубов с указанием степени.

Дополнительные методы обследования были представлены следующим образом: в трех (1,2%) амбулаторных картах было направление на панорамную рентгенографию; в 178 (71,2%) случаях - направление на дентальные рентгенограммы области подвижных зубов).

Далее, по записям в амбулаторных картах нами проводился анализ планов лечения заболеваний пародонта у тех пациентов, кому этот диагноз был поставлен.

Таблица 14

### Обоснованность постановки диагноза больных пародонтитом по данным анализа амбулаторных карт

Записи в амбулаторных картах	Число имеющихся записей, %
Локализация патологического процесса	48
Степень тяжести заболевания	7,6
Полное описание клинической картины заболевания	0
Подвижность зубов	54,4
Дополнительные методы исследований (рентгенография) по наличию и степени подвижности зубов	72,4

Планирование и проведение лечения оценивалось нами по следующим показателям:

1. Наличие плана лечения;
2. Направление на консультацию в специализированное пародонтологическое отделение или кабинет;

3. Планирование и выполнение следующих лечебных мероприятий: снятие зубных отложений, удаление зубов по абсолютным показаниям, углубление преддверия полости рта, кюретаж (открытый или закрытый), лоскутные операции, шинирование, протезирование, избирательное шлифование. Анализ амбулаторных карт показал следующие результаты (таблица 15).

Таблица 15

**Число записей в амбулаторных картах по планам лечения и их выполнение, абс/%**

Планирование и проведение лечения	Число записей по планам лечения		Число записей проведенного лечения	
	абс	%	абс	%
Наличие плана лечения	39	15,6	0	0
Направление на консультацию к пародонтологу	55	22	0	0
Направление к другим специалистам	110	44	0	0
Снятие зубных отложений	62	24,8	41	16,4
Удаление зубов	134	53,6	102	40,8
Коррекция преддверия полости рта	0	0	0	0
Кюретаж	0	0	0	0
Лоскутные операции	0	0	0	0
Избирательное шлифование	0	0	0	0
Шинирование (различные виды)	64	25,6	13	5,2
Протезирование	186	74,4	160	64

В 39 (15,6%) историях болезни удалось обнаружить план лечения одним специалистом, как правило, терапевтом-стоматологом, который в большинстве случаев сводился к снятию зубных отложений и лечебным аппликациям и повязкам. В 112 (44,8%) историях болезни после диагноза «пародонтит» нет никакого комплексного плана лечения.

Лишь в 55 (22%) случаях из 250 имеется направление на лечение в пародонтологический кабинет; направление к врачам специалистам

другого профиля выявлено у 110 (44%) пациентов (только к стоматологу-ортопеду). Снятие зубных отложений рекомендовано в 62 (24,8%) случаях, описано выполнение этой манипуляции в 41 (16,4%) случае. Направлено на удаление зубов 134 (53,6%) человека, записей об удалении отмечены в амбулаторных картах только у 102 (40,8%) пациентов. Коррекция преддверия полости рта, кюретаж, лоскутные операции и избирательное пришлифовывание не проводилось ни в одном случае. Направление на шинирование встречалось в 64 (25,6%) амбулаторных картах, а описано выполнение шинирования в 13 (5,2%) случаях. На протезирование направлено 186 (74,4%) пациентов, выполнение данных процедур было только в 164 (64%) случаях.

Подводя итоги анализа амбулаторных карт пациентов стоматологических клиник, можно сделать следующее заключение. Из 1000 амбулаторных карт, только в 28% был обнаружен диагноз, связанный с заболеванием пародонта. При этом только в 48% этих карт была указана локализация заболевания, а степень тяжести была указана только в 7,6% случаев.

Обоснованность диагноза полностью не подтверждена ни в одном случае. Из клинических признаков упоминалось только о подвижности зубов (в 54,4% случаев). Дополнительные методы обследования были представлены лишь рентгенографическими исследованиями, при этом на панорамную рентгенографию направлено около 1,5% пациентов. План лечения присутствовал в 15,6% историй болезни, в 22% случаев обнаружено направление к пародонтологу и в 44% случаев – направление к врачам-стоматологам смежных специальностей. Самолечение, связанное с диагнозом ХГП, описано в 40,8% историй болезни – это удаление подвижных зубов и в 16,4% - снятие зубных отложений. Ни одного плана комплексного лечения ХГП и его исполнения обнаружено не было. Это говорит о том, что даже с педиатрическими стоматологами поверхностно относятся к заболеваниям пародонта и это усугубляет течение и утяжеляет осложнения.

## 2.2. ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОРОДОНТА

Лечение воспалительные заболеваний пародонта подразделяют на общее и местное (терапевтическое, хирургическое и ортопедическое). Общее лечение предусматривает воздействие на организм больного и включает прежде всего терапию тех общесоматических заболеваний, который способствуют возникновению гингивита, пародонтита, пародонтза или их прогрессированию. К задачам местного лечения ХЗП относятся:

- санация полости рта;
- удаление биопленки и зубного камня;
- уменьшение отрицательного влияния микрофлоры зубодесневых карманов;
- ликвидация или уменьшение микроциркуляторных нарушений и связанных с ними воспалительно - деструктивных изменений в пародонтальных тканях;
- устранение отека;
- нормализация тканевого обмена, окислительно - восстановительных процессов, способности тканей пародонта к регенерации.

Анализ существующих возможностей профилактики и лечения ВЗП показывает, что они не в полной мере удовлетворяют требованиям практики, в частности, по оперативности планирования и реализации лечебно - профилактических мероприятий, нерационального использования выделяемых ресурсов. При проведении таких мероприятий на крупных предприятиях и в учреждениях не принимается во внимание ряд существенных факторов (общесистемные закономерности и условия развития и течения ВЗП), реализуются не достаточно обоснованные способы профилактики и лечения.

К общим факторам риска развития ВЗП можно отнести: общесоматические заболевания, возраст, физиологические гормональные перестройки (пубертатный период, беременность, лактация, климакс), прием лекарственных препаратов, вредные привычки (курение), стрессовые воздействия, производственные



факторы, наследственность, состав питьевой воды, социальное положение, условия проживания, рацион питания и другие. Так, хронические соматические заболевания способствуют развитию аутосенсibiliзирующих механизмов и иммунопатологических процессов с резорбцией костной ткани альвеолярного отростка челюстей и создают условия для негативного воздействия на ткани пародонта патогенной микрофлоры.

С возрастом происходят изменения в тканях пародонта, связанные с процессами старения организма, сопровождающимися снижением защитных свойств и замедлением построения костной ткани. При беременности в тканях десны накапливаются гормоны эстроген и прогестерон, приводящие к нарушению обменных процессов, повышению сосудистой и клеточной реакции на обычные раздражители.

Никотин негативно влияет на хемотаксис и фагоцитарную активность полиморфно – ядерных лейкоцитов как в слюне, так и в крови. Курение оказывает неблагоприятное влияние на кровоснабжение тканей пародонта (ангиоспастический эффект, морфологические изменения микроциркуляторного русла, ишемизация тканей). Ухудшение репаративных процессов в тканях пародонта происходит не только за счет вышеперечисленных изменений, но также и из-за активного поглощения никотина фибробластами, что приводит к нарушению их способности синтезировать коллаген.

Хронический стресс, депрессия угнетают иммунную систему, обуславливают гормональный дисбаланс, приводят к нарушению обменных процессов в тканях и увеличивают риск возникновения и развития ВЗП. В реализации стрессовых факторов особую роль играют: неудовлетворительная гигиена у лиц с лабильной или нарушенной нервной системой, нарушение химического состава слюны, способствующего изменению количественного и качественного состава микрофлоры, парафункция жевательных мышц и другие.

Течение ВЗП может усугубляться приемом седативных препаратов и транквилизаторов (за счет увеличения количества зубного налета вследствие развития ксеростомии), противосудорожных, гипотензивных препаратов, цитостатиков (за счет гиперплазии десневого края, ухудшающего очищение придесневой области). Существенное влияние на развитие ВЗП оказывают термические (высокая температура в литейных цехах), химические (пестициды в теплицах, производство гербицидов), физические (виброопасные профессии, лица летнего состава, работники умственного труда, работа которых сопряжена с использованием компьютеров) и другие факторы. Влияние факторов профессиональной вредности зависит от продолжительности их действия (стажа работы), возраста пациента, исходного состояния гигиены и тканей пародонта.

Увеличению ВЗП способствуют неблагоприятные факторы внешней среды (загрязненность атмосферного воздуха, почвы, питьевой воды, растений различными промышленными и сельскохозяйственными токсическими препаратами). Неправильное и несбалансированное питание приводит к снижению реактивности организма и, следовательно, к недостаточной силе защитных и компенсаторных механизмов в тканях пародонт. Наличие одного или нескольких вышеперечисленных условий приводит к нарушениям гомеостатического равновесия в организме и создает условия для негативного воздействия на пародонт других факторов.

Местные факторы (экзогенные) - это низкий уровень гигиены полости рта, нерациональное протезирование, ортодонтическое лечение, дефекты пломбирования, аномалии прикуса и положения отдельных зубов, аномалии прикрепления уздечек языка и губ. Эти факторы, также как и общие, способствуют снижению защитно-приспособительных механизмов пародонта.

В целом комплекс общих (эндогенных) и местных (экзогенных) факторов создает своеобразный фон для активации пародонтотропной микрофлоры, которая, по мнению большинства исследователей, играет ведущую роль в развитии воспаления в пародонте. Известны

несколько представлений об основных воспалительных заболеваниях пародонта (теория зубной бляшки и биопленки, теория нарушения трофики тканей, аутоиммунная и цитокиновая теории).

Согласно теории зубной бляшки и биопленки, деструкция пародонтальных тканей является результатом прямого воздействия на пародонт протеолитических ферментов и эндотоксинов оболочки бактерий. Теория нарушения трофики тканей предусматривает, что наряду с оптимальными условиями для роста биопленки, предрасполагающую роль в развитии воспаления играет нарушение микроциркуляции с развитием тканевой гипоксии.

В соответствии с аутоиммунной теорией микроорганизмы реализуют свое патогенное действие через сложные взаимоотношения с аутореактивными клетками хозяина. Из цитокиновой теории следует, что пародонтопатогенная микрофлора выступает в роли пускового механизма в патологической активации макрофагов пародонта и в индукции ими каскада противовоспалительных цитокинов, вызывая повреждение и резорбцию костной ткани.

При изучении ВЗП большинство исследователей придерживаются основ теории зубной бляшки и биопленки. Зубная бляшка представляет собой мягкое аморфное гранулированное отложение, которое накапливается на поверхности зубов, пломб, протезов и зубном камне. Ее основу составляют пролиферирующие микроорганизмы, лейкоциты, макрофаги, эпителиальные клетки. Под термином биопленка понимают хорошо организованное, взаимодействующее сообщество. В составе зубной бляшки и биопленки содержится более 300 морфологически и биохимически различных групп и видов бактерий, включая пародонтопатогенные микроорганизмы, в основном относящиеся к грамотрицательным анаэробам, актиномицетам и группе *Bacterioides*.

Типы и виды микроорганизмов, составляющих зубную бляшку и биопленку, у различных индивидуумов бывают различными, в зависимости от среды обитания, особенностей питания, гигиены полости рта, от вязкости и количества слюны, от интенсивности

кариозного процесса в полости рта, наличия и вида ортопедических и ортодонтических конструкций, состояния желудочно-кишечного тракта и других факторов.

Хронический воспалительный процесс в тканях пародонта представляет очаг инфекции, способствующий сенсибилизации и алергизации организма, а также самым разнообразным заболеваниям внутренних органов. Причем, одонтогенные очаги хронической инфекции могут не только играть роль «пускового механизма» в развитии функциональных, а затем и органических изменений в жизненно важных системах организма, но и усугублять течение многих хронических заболеваний.

Болезни пародонта по-прежнему остаются актуальной проблемой стоматологии, несмотря на то, что пародонтология располагает широким набором лекарственных препаратов и методов лечения. По данным литературы только 5% людей в возрасте 25-44 лет не имеют воспаления пародонта, что подчеркивает необходимость разработки эффективных методов лечения.

Воспалительные и деструктивные процессы, возникающие в соединительнотканых и костных структурах пародонта, часто приводят к полной утрате зубов. Это связано с тем, что на ткани пародонта, наряду с микробным фактором, действует механический, то есть функциональная перегрузка или бездействие, что может провоцировать заболевание. Давно известно, что основой современного лечения пациентов с заболеваниями пародонта может быть только комплексная терапия. Это признает подавляющее большинство клиницистов, но на практике всё, как правило, сводится к паллиативной помощи в виде медикаментозной терапии, которая позволяет добиться только кратковременного эффекта.

Описывая симптом взаимного отягощения при пародонтозе, обращают внимание на тот факт, что стоматологи-ортопеды участвуют в проведении комплексного лечения уже при развившемся заболевании, то есть с явным опозданием, а Е.С. Смолина (2006) отмечает это же в отношении ортодонтического лечения. Необходимо на самых ранних стадиях заболевания начинать лечение с коррекции



окклюзии, которая надежно предупреждает или приостанавливает дальнейшее развитие патологического процесса. Констатируя факт постоянного обновления арсенала лекарственных средств при лечении болезней пародонта, автор замечал в то же время, что это не приведет к кардинальным переменам. Подлинными резервами в решении этой проблемы, по его мнению, являются ортопедические методы.

К сожалению, следует отметить, что в повседневной практике ортопедическая помощь в виде протезирования не является завершающим этапом комплексного лечения болезней пародонта и санации полости рта, особенно у подростков.

### **Изучение показателей лечебной работы пародонтологических кабинетов и отделений**

Данные литературы свидетельствуют о том, что изучение у населения частоты основных стоматологических заболеваний по материалам обращаемости за медицинской помощью не отражает в достаточной степени в силу ряда существующих в настоящее время причин, истинного уровня распространения и структуры стоматологических, в том числе, и пародонтологических заболеваний. К этим причинам, в первую очередь, может быть отнесена относительно неполная доступность стоматологической помощи, недостатки ее организации, слабая материальная обеспеченность, а также низкий уровень санитарной культуры населения.

Вместе с тем, изучение уровня и структуры обращаемости населения за стоматологической помощью является необходимой частью научных исследований по разработке и обоснованию планов по дальнейшему развитию данного вида медицинской помощи населению. Следует отметить, что изучение уровня и структуры обращаемости населения по поводу заболеваний пародонта обеспечивает также широкие возможности сопоставления полученных данных с материалами массовых стоматологических осмотров и материалами анкетирования, выявления особенностей

возрастной структуры обращаемости населения, оценки объема полученной пародонтологической помощи и т.д.

По данным исследований Ш.Т. Адиловой (2005), Ж.А. Ризаева (2009) и др., в лечебные учреждения обращаются лишь 2,3–9,7% пациентов от общего числа лиц с заболеваниями пародонта. Этот факт можно расценивать как недостаточно активную работу врачей по пропаганде профилактических мероприятий, что необходимо учитывать и при разработке рекомендаций организационного характера.

### **Изучение материалов обращаемости по поводу заболеваний пародонта в стоматологические лечебно-профилактические учреждения.**

Болезни пародонта (различные формы гингивита, пародонтита и пародонтоза), наряду с кариесом зубов, во многом определяют стоматологический статус населения и его потребность в специализированной помощи. В связи с этим данные о них представляют интерес не только для клиницистов, но и организаторов здравоохранения, изучающих статистику стоматологических заболеваний.

Значительный интерес представляют сведения об уровне и структуре возрастных особенностей обращающихся за пародонтологической помощью, объеме полученной помощи, кратности посещений по поводу различных нозологий болезней пародонта, а также сопоставление полученных данных с материалами массовых стоматологических осмотров.

Исследования проведены нами в первой стоматологической поликлинике г. Ташкента. При анализе обращаемости в течение полного календарного года (2007 г.) использован метод сплошной выкопировки из первичных документов в специально разработанную карту.

На карту выкопировались данные из истории болезни всех случаев обращения и посещения по поводу заболеваний зубов и полости рта в течение полного календарного года (с 1 января по 31 декабря).



Статистическая разработка собранного нами материала позволила установить, что в течение года в условиях достаточной доступности, на 1000 жителей города приходится 345,01 обращений по поводу всех стоматологических заболеваний, из них огромное большинство - 83,81% - приходится на кариес зубов и его осложнений.

По поводу болезней пародонта в государственные лечебно-профилактические учреждения города Ташкента обратились 1086 человек в возрасте 16-60 лет и старше (31,29 на 1000 населения), из них 361 (33,3%) мужского и 725 (66,7%) женского пола. В 92,3% случаев у них установлены пародонтиты и пародонтоз и в 7,7% - различные формы гингивита.

Усредненный с учетом возраста показатель на всех обратившихся по всем нозологиям составляет 17,29%, на больных пародонтитом - 12,24%, пародонтоза - 2,66%, гингивита - 2,38%.

Как видно из таблицы, с возрастом обращаемость больных по поводу пародонтита и пародонтоза увеличивается, достигая максимума в возрасте 45-54 лет. Аналогичная тенденция отмечена и другими авторами. Снижение числа обратившихся больных 65 лет и старше по нашему мнению объясняется массивной утратой зубов в этом возрасте, что подтверждается данными отечественных исследований. Обращаемость по поводу гингивита наиболее высока у молодых лиц в возрасте 20-24 года.

Общая заболеваемость болезнями пародонта по обращаемости значительно ниже, чем установленная нами в ходе стоматологических осмотров в городах разного уровня, среди разных групп населения. Возможно, в значительной мере это обусловлено относительно низкой обеспеченностью населения стоматологической помощью, а также недостаточными санитарно-гигиеническими знаниями и неэффективной санитарно-просветительной работой среди населения даже в столице республики. Не исключена возможность обращений части взрослого населения в другие стоматологические учреждения, особенно негосударственные.

При изучении вопроса о том, в какие лечебно-профилактические учреждения обращаются пациенты за стоматологической помощью по данным ранее проведенного анкетирования установлено, что 42,9% респондентов посещают частные стоматологические учреждения; в государственные стоматологические поликлиники обращаются 38,8% анкетированных; 15,6% респондентов получают стоматологическую помощь в семейных поликлиниках и 2,7% обращаются в стоматологическую клинику ВУЗ об.

Следует отметить, что болезни пародонта как причина обращений за стоматологической помощью впервые зарегистрированы у ташкентцев в 15-19 лет. В возрастных группах 45-54 и 55-64-летних поводом для посещения стоматолога служат тяжелые стадии заболеваний, которые, как правило, при отсутствии терапевтического лечения.

Анализ обращаемости больных в пародонтологические кабинеты показал, что многие вопросы, касающиеся организации этого вида помощи, как и организация работы врачей, остаются недостаточно изученными.

При изучении обращаемости населения за пародонтологической помощью было определено, что в основном население обращается за неотложной пародонтологической помощью. Были только единичные случаи, когда пациенты пришли в ЛПУ для профилактических целей.

Установлено, что основная доля обращений на пародонтологическом приеме состоит из повторных обращений (83,71–86,54%), а первично обращался лишь каждый девятый пациент. Хирургическое лечение заболеваний пародонта осуществлялось примерно в 1,53 – 4,34% случаев. Достаточно большую долю на пародонтологическом приеме занимают удаление зубных отложений и другие гигиенические мероприятия (26,8 – 29,2%). Санирован на приеме в кабинете пародонтологии был каждый восьмой пациент.

Интересно, что анализируя структуру пародонтологического приема, мы установили неизменную долю хирургических

вмешательств, в основном, за счет удаления подвижных зубов (15,6% от общего числа принятых больных).

Обсуждая показатели обращаемости населения, отметим, что первично обращается к пародонтологу каждый 8-9 (9,07%) пациент, причем в течение года обнаружена отчетливая тенденция к снижению этого показателя. Так, в первом квартале года наблюдения доля первичных пациентов на приеме врача пародонтолога составила 20,15%, во II квартале - 16,71%, в III и четвертом соответственно 14,96 и 13,26%. Другими словами, основную долю приема врача-пародонтолога составляют повторные пациенты, обращающиеся в ЛПУ в течение года, что вполне понятно, поскольку заболевания пародонта отличаются хроническим течением, склонностью к рецидивам и нередко торпидностью к назначаемой терапии.

Сравнивая полученные показатели нагрузки и эффективности работы врачей на традиционном терапевтическом стоматологическом и на пародонтологическом приеме в условиях поликлиники г.Ташкента, отметим следующее: общие показатели нагрузки врачей на приеме были примерно одинаковыми (среднее число принятых пациентов в смену на 1 врача составило 12,9 – 13,3 человек). Доли принятых первичных пациентов на приеме у врачей пародонтологов были в 2 раза меньше, чем в отделениях терапевтической стоматологии. Также существенно различались и доли санированных на сравниваемых видах приема. Так, если на терапевтическом стоматологическом приеме она составляла 22,43 – 23,61% (то есть практически был санирован каждый четвертый обратившийся пациент), то на пародонтологическом приеме аналогичный показатель составил 12,54 – 17,15% (примерно каждый шестой-седьмой обратившийся пациент).

Основная доля пациентов на терапевтическом стоматологическом приеме обращается с целью лечения кариеса зубов и его осложнений; доля профилактических обращений составляет всего 14,61 – 21,33%, в то время как на пародонтологическом приеме доля лиц, обратившихся с целью профилактики, заметно выше и составляет в среднем 28,73%.

Вероятно это связано с тем, что довольно значительная часть пациентов врача-пародонтолога обращается с целью проведения профессиональной гигиены полости рта (чистка зубных отложений и отбеливание), консультаций по обучению гигиеническим навыкам, что традиционно относится к профилактическим мероприятиям.

Анализируя показатели выработки врачей, отметим, что на пародонтологическом приеме она была выше. Так, среднее значение выработанных УЕТ в день в течение полного календарного года наблюдения в поликлинике составило на терапевтическом приеме 31,8 УЕТ и 36,33 УЕТ в 1 день (при почти равных показателях обращаемости населения) на пародонтологическом приеме. Среднее число выработанных УЕТ, приходящихся на 1 пациента на пародонтологическом приеме, составило 3,32 – 3,43 УЕТ, на терапевтическом стоматологическом приеме – 2,71 – 2,94 УЕТ. Нам представляется, что полученные данные объясняются более трудозатратными манипуляциями и процедурами, выполняемыми при лечении заболеваний пародонта. Анализ возрастной структуры пациентов терапевтического стоматологического приема показал, что примерно в равных долях (каждый четвертый-пятый пациент) к врачу обращались пациенты наиболее зрелых и трудоспособных возрастов – 25-34 (22,0%), 45-54 (22,0%), но больше всего была доля пациентов в возрасте 35-44 года (25,0%).

Аналогичный анализ группы респондентов, обратившихся на пародонтологический прием, показал преимущественную обращаемость лиц зрелых и пожилых возрастов (лиц в возрасте 35-44 года – 27,56% в общей структуре обращений, 45-54 лет – 32,08%, 55 лет и старше – 29,17%).

С целью оценки уровня медицинской активности в период работы в поликлинике №1 г.Ташкента (1.01.2007 - 31.12.2007) проведен опрос всех пациентов, обратившихся за стоматологической помощью.

Установлено, что в порядке рекомендованной обращаемости (2 раза в год) посещало врача всего лишь 5,7% обследованных пациентов, а вообще в порядке плановой обращаемости – лишь 20,0 –



22,3% пациентов, в том числе 1 раз в год - 10,4%, 13,5% - один раз в два года.

Из числа лиц, обратившихся за терапевтической стоматологической помощью (кроме пародонтологии) в плановом порядке два раза в год, обращалось за стоматологической помощью всего 7,61% обследованных. Аналогичные данные получены и при анализе кратности обращений и на пародонтологическом приеме – в плановом порядке два раза в год обращалось всего 6,68% обследованных лиц, один раз в год - 9,54%, один раз в два года – 12,76%, а по острой боли – 36,15%.

В целом, профилактическая активность населения независимо от вида приема была очень низкой (6,3% и 4,7% соответственно), а основной целью обращений была острая боль или иная срочная необходимость лечения (соответственно 33,7% и 31,4% на обоих анализируемых видах приема).

Таким образом, полученные данные позволили продемонстрировать существенные различия в работе врачей на пародонтологическом и терапевтическом приемах при работе с населением города

По результатам опроса нами проанализирована также удовлетворенность населения оказанной стоматологической помощью. На пародонтологическом приеме треть населения (32,3%) оценили помощь на «отлично», в 2 раза меньше (18,4%) – на «удовлетворительно», а больше всего (44,0%) – на «хорошо». Всего 5,3% опрошенных респондентов были не удовлетворены оказанной помощью. Примерно такое же распределение оценок было получено при анализе удовлетворенности полученной помощью при лечении зубов, то есть существенных различий между двумя сравниваемыми видами приема не получено.

### **Временные затраты на лечение основных заболеваний пародонта**

К основным способам (мероприятиям) профилактики и лечения относятся способы проведения индивидуальной гигиены полости рта с использованием различных средств, способы контроля за

гигиеническим состоянием полости рта и способы проведения профессиональных гигиенических и лечебных процедур. К способам проведения индивидуальной гигиены полости рта с использованием различных средств гигиены относятся:

- чистка зубов с использованием зубной щетки и зубной пасты;
- флоссинг с помощью зубных нитей, зубных лент, флоссет, зубочисток;
- очищение полости рта лечебно-профилактическим жидким средством гигиены;
- комплекс мероприятий по очищению языка, включающий в себя ополаскивание и промывание языка, очищение поверхностей специальным скребком и /или щеткой.

Последовательность проводимых мероприятий, их продолжительность и периодичность определяются в ходе разработки индивидуальных программ профилактики и лечения ВЗП в зависимости от стоматологического статуса пациентов и других факторов.

Следует отметить, что наибольшее распространение и известность получил стандартный метод чистки зубов. Кроме него известны методы Леонарда, Рейте, Басс, Смита-Белла, Чартера, Стилманса и другие. Чистка зубов может проводиться с различной периодичностью. Для чистки зубов с учетом стоматологического статуса пациентов могут рекомендоваться различные зубные щетки и пасты. Так, при катаральных гингивитах рекомендуется применение двух типов зубных щеток: с мягкой щетиной в участках воспаления и со средней жесткостью щетины во всех других участках. При этом электрические зубные щетки используют для участков, лишенных воспаления. Считается, что наилучшими для использования в участках воспаления являются щетки типа «Sensitive». К современным зубным щеткам таких типов относят: Новый Жемчуг Оптима, Oral-B eXeed, Sensodyne sensitive soft и другие.

В состав зубных паст для профилактики и лечения хронического генерализованного катарального гингивита, как правило, входят экстракты трав и растений, фторид олова, триклозан, хлоргексидин



или цетилпиридиума хлорид. В зависимости от содержания и комбинации этих компонентов эффективность зубных паст может быть различной. К таким современным пастам относят «Новый Жемчуг Кедровый комплекс», «Новый Жемчуг Семь трав», «Лесная», «Lacalut Active», «Colgate Herbal», «Parodontax-classic», «Parodontax-F», R.O.C.S. и другие. При хроническом генерализованном пародонтите применяются зубные щетки мягкой и средней жесткости преимущественно с индикатором износа щетины (Новый Жемчуг Тотал, Oral-B eXceed, Aquafresh Whitening Toothbrush и др.), а также ультразвуковые щетки. При подборе зубных паст предпочтение отдается лечебно-профилактическим пастам умеренной степени абразивности и пенообразования с экстрактами трав и растений «Новый Жемчуг Эвкалипт», «Знахарь», «Пародонтол», «Parodontax-classic», «Sensodyne Total Care», «Кедровый бальзам». В период обострения процесса рекомендуются пасты с антисептиками (триклозаном и хлоргексидином). К таким пастам относят «Colgate Total», «Lacalut Active» и другие. Свойства этих паст продолжают оставаться объектами исследования.

В целом для лечения ВЗП могут применяться пасты комплексного действия, обладающие противоналетными, противомикробными, противовоспалительными, нормализующими микроциркуляцию свойствами. Для обеспечения этих свойств используют растительные экстракты, антисептики (хлоргексидин, триклозан, эфгенол); витамины (А, В, Е, С, D, Р) и другие вещества. Для придания противосенситивных свойств (при наличии симптома гиперестезии) применяют соли калия (нитрат, цитрат, хлорид), фториды, стронций.

Однако, следует заметить, что некоторые из вышеперечисленных компонентов могут приводить к побочным эффектам. Длительное и бесконтрольное использование хлоргексидина и триклозана может вызывать подавление не только патогенной, но и сапрофитной микрофлоры, что приводит к дисбактериозу полости рта и симптомам его сопровождающим, изменение цвета зубов и языка, раздражительность и сухость

слизистой оболочки полости рта. Дисбактериоз, в свою очередь может приводить к обострению воспалительного процесса в пародонте и к возникновению кандидоза. Фторид олова, способствующий obturации дентинных канальцев и имеющий противокариозный, противовоспалительный и антимикробный эффекты, способен окрашивать эмаль зубов и пломбы в желто-коричневый цвет. При наличии гидроксиапатита, обеспечивающего противосенситивные свойства, возможно окрашивание эмали в серый цвет. Содержание в пастах лаурилсульфата натрия, обладающего, как известно, поверхностно-активным и небольшим антибактериальным действием, нередко приводит к раздражению слизистой оболочки и учащает рецидивы афтозного стоматита у страдающих от него пациентов.

Кроме основных средств гигиены (СГ) (зубные щетки и пасты) в интересах качественной индивидуальной гигиены полости рта применяют дополнительные средства:

- интердентальные средства (зубочистки, флоссы, ленты, флоссеты, щетки-ершики);
- жидкие средства (ополаскиватели, эликсиры, вода для полости рта, аэрозоли, растворы, настои);
- средства для очистки языка (специальные щетки, скребки) и другие.

Интердентальные средства используют для очищения межзубных промежутков и контактных поверхностей, недоступных для очистки зубной щеткой и пастой. Жидкие средства гигиены полости рта предназначены для очищения труднодоступных участков и введения в них лечебно-профилактических средств. Средства для очистки языка позволяют снять с него налет, представляющий собой скопление микроорганизмов, слизи, лейкоцитов, эпителиальных клеток.

Дополнительные СГ рекомендуют применять пациентам с различным стоматологическим статусом. Для профилактики и лечения ВЗП в состав этих средств вводят специальные компоненты. Так, например, в интересах устранения неприятного запаха (галитоза)

флоссы ароматизируются мятным составом. Для более быстрого восстановления рН зубодесневой борозды после приема пищи до нейтральных показателей нити пропитываются фторидом натрия. В состав ополаскивателей могут входить противоналетные, антисептические, противовоспалительные, противомикробные и другие компоненты.

В зависимости от вида применяемого дополнительного средства и его состава достигаемый лечебно-профилактический эффект может быть различным. Несмотря на достигнутые успехи в области разработки как основных, так и дополнительных средств гигиены, вопросы их совершенствования продолжают оставаться в центре внимания специалистов.

Способы проведения профессиональных гигиенических процедур подразделяются на химические и механические. Химические способы предусматривают применение жидкостей и гелей, содержащих слабые концентрации кислот, размягчающих и частично растворяющих зубные отложения. Вследствие возможного вредного воздействия кислот на твердые ткани зуба эти способы не получили широкого применения. К механическим способам относятся мануальный и аппаратный. При проведении профессиональной гигиены мануальным способом применяют различные типы ручных инструментов (гладилки, экскаваторы, крючки, кюреты).

Среди аппаратных способов наибольшее признание получил способ проведения профессионально-гигиенических процедур с применением ультразвуковых скейлеров. Применение для этих целей порошкоструйных аппаратов не нашло широкого распространения. Это обусловлено высокой абразивностью порошка, возможным повреждением твердых тканей зуба и неполноценным удалением минерализованных зубных отложений.

Способы профессиональной гигиены полости рта всегда заканчиваются шлифованием и полированием зубов с использованием специальных щеток, мягких резиновых головок, полирующих паст и штрипсов.

К лечебным терапевтическим процедурам при ВЗП также относятся:

- медикаментозные (применение препаратов антибактериального, противовоспалительного, анаболического действия и др.);

- немедикаментозные (лечение кариеса и его осложнений, избирательное шлифование и шинирование зубов, гирудотерапия и др.);

- физиотерапевтические мероприятия с использованием естественных или искусственных природных факторов (электро-, свето-, магнито-, термо-, радио-, грязе- и другое лечение).

В комплексном лечении ВЗП применяют также хирургические, ортопедические и ортодонтические мероприятия.

В зависимости от сочетания рассмотренных вариантов реализации частных мероприятий профилактики и лечения ВЗП возможны различные способы проведения всей цепочки лечебно-профилактических мероприятий, отличающиеся своей эффективностью. Из анализа известных способов профилактики и лечения ВЗП можно сделать следующие выводы:

- существует высокая неопределенность в выборе целесообразных ЛПМ при ВЗП;

- способы профилактики и лечения ВЗП несовершенны из-за неполноты учета факторов риска ВЗП и результатов клинических исследований, а также недостатков применяемых методов оценки эффективности ЛПМ;

- ресурсоемкость способов профилактики и лечения ВЗП может существенно отличаться, что не всегда учитывается при планировании ЛПМ. Все это отрицательным образом сказывается на конечной эффективности лечебно-профилактических мероприятий. Необходим поиск новых способов профилактики и лечения ВЗП, предусматривающих наличие соответствующих методов их обоснования.

Анализ известных методов прогнозирования эффективности лечебно-профилактических мероприятий при воспалительных



заболеваниях пародонта может способствовать совершенствованию профилактики и лечения ВЗП. Прогнозированию в стоматологии посвящен ряд работ. При этом число публикаций, непосредственно отражающих методы прогнозирования ВЗП с учетом проводимых лечебно-профилактических мероприятий, не велико.

Для оценки развития, сдерживания и устранения ВЗП применяют методы однофакторного и многофакторного прогнозирования. При многофакторном прогнозировании оценки состояний исследуемого органа или ткани во времени осуществляют по совокупности нескольких параметров, а при однофакторном – по одному параметру.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТА**

На современном этапе развития стоматологии при лечении воспалительных заболеваний пародонта предусмотрен комплексный подход, цель которого - ликвидация воспалительных процессов в пародонте, восстановление структурных и функциональных свойств элементов пародонтального комплекса, повышение местных и общих факторов защиты, что достигается сочетанием этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

Общее лечение предусматривает использование нестероидных препаратов: салицилатов, препараты пиразолона, производных ряда органических кислот: индолуксусной (индометацин, сулиндак), фенилуксусной (вольтарен), пропионовой (мефенаминовая кислота, понстан, опири, клотам), которые оказывают сочетанное противовоспалительное, болеутоляющее и жаропонижающее действие.

В общем лечении воспалительных заболеваний пародонта для подавления стойких субгингивальных патогенов применяют антибиотики. Антибиотики применяют по строгим показаниям: гноетечение из пародонтальных карманов, абсцедирование, свищи, прогрессирующая деструкция костной ткани альвеолярного отростка, интоксикация, состояние до и после хирургического вмешательства. Доказано, что назначение антибактериальных препаратов изменяет



микрофлору над- и поддесневой зубной бляшки, меняет клиническую картину пародонтита в сторону стабилизации процесса, замедляет воспалительную резорбцию костной ткани, однако приводит к формированию устойчивых к ним форм микрофлоры полости рта.

Антибиотики и другие противовоспалительные средства оказывают бактерицидное и бактериостатическое действие на микробное население пародонтальных карманов и полости рта. При этом происходит массовое недифференцированное и бесконтрольное уничтожение микрофлоры всего биотопа полости рта и, в первую очередь, сапрофитной микрофлоры. Кроме того, антибиотикотерапия приводит к селекции множественно устойчивых вариантов возбудителей, способствующих генерализации воспалительного процесса. Длительное назначение этих препаратов может привести к развитию дисбактериоза из-за подавления нормальной микрофлоры пациента. В связи с этим наиболее часто при пародонтите для подавления патогенных микроорганизмов субгингивальной бляшки применяют антибактериальные препараты местного действия - антисептики.

Широко известна высокая эффективность местного применения в качестве антисептика раствора хлоргексидина. Хлоргексидин, будучи катионом, вступает во взаимодействие с бактериями, притягивая отрицательно заряженные мембранные компоненты. К отрицательным свойствам хлоргексидина относят раздражающее и аллергезирующее действие, окрашивание зубов, пломб и языка, неприятный вкус, расстройство вкусовой чувствительности, десквамацию эпителия полости рта.

В комплексной терапии больных хроническим пародонтитом существенное значение отводится хирургическим методам. Главная цель пародонтальной хирургии заключается в создании оптимальных функциональных условий для тканей пародонта: ликвидация пародонтальных карманов на фоне оптимизации условий для регенерации тканей пародонта.

Для оптимизации условий остеорепарации в настоящее время используются различные остеопластические материалы: на основе

биологически активного стекла, гидроксиапатита, сульфата кальция, трикальций фосфата, костного коллагена и сульфатированных гликозаминогликанов. Каждый из перечисленных препаратов достаточно эффективен, но вероятность его отторжения все же высока.

К основным хирургическим вмешательствам при заболеваниях пародонта относят кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия, лоскутные операции и пластика десен. Вспомогательные хирургические вмешательства предполагают проведение по показаниям пластики уздечек губ, языка, вестибулопластики, рассечение мощных соединительнотканых тяжей.

В настоящее время общепринятыми методами местного лечения заболеваний пародонта являются профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса и его осложнений, удаление зубов, не подлежащих лечению, восстановление контактных пунктов, полировка пломб, удаление нерациональных ортопедических конструкций, индивидуальное шлифовывание, хирургические методы лечения.

На сегодняшний день не вызывает сомнений взаимосвязь между распространенностью воспалительных заболеваний пародонта, тяжестью их течения и уровнем гигиены полости рта. Из большого количества профилактических методов наиболее перспективными являются ультразвуковая обработка и чистка зубов методом пескоструйной обработки.

В литературе отмечена эффективность электроактивированных водных растворов. Исследователями разработана методика использования анолита и католита, заключающаяся в ирригации полости рта раствором анолита и затем католита (по 5 минут) с помощью ирригатора AQUAJETLD-A7 на протяжении семи визитов и прием католита внутрь два раза в день, что позволило получить быстрый противовоспалительный эффект, контролируемый клиническими и лабораторными методами исследования.

Сравнительный анализ эффективности стандартной терапии, комбинированного применения стандартной терапии и электроактивированных водных растворов и самостоятельного применения электроактивированных водных растворов, при хроническом генерализованном пародонтите легкой и средней степени выявил не только высокую эффективность электроактивированных водных растворов, как в отношении микробной флоры полости рта, так и процессов восстановления поврежденных тканей пародонта, но и преимущества перед традиционной терапией.

Исследованиями в области молекулярной биологии отечественными и зарубежными авторами установлена ведущая роль основных компонентов межклеточного матрикса - гликозаминогликанов в процессах метаболизма построения тканей пародонта. Многочисленные исследования установили их ведущую роль в репарации пародонтальных тканей. Сравнительная оценка результатов лечения с использованием традиционных методов и комплексного лечения с применением гелевого сорбента - сульфатированного гликозамингликана - «Гелевин», проведенная с учетом общей продолжительности лечения, стабилизации воспалительного процесса в пародонте, частоты и характера рецидивов, длительности ремиссий, изменений показателей цитограммы и перекисного окисления липидов, свидетельствует о положительном воздействии и высокой эффективности сорбента «Гелевин» в комплексной терапии больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести в фазе обострения.

Используемый в комплексном лечении пародонтита и предоперационной подготовке гель «Гликодент», участвуя в построении эпителия, образует границу между поврежденными и подлежащими слоями, препятствует обезвоживанию тканей раны, потере электролитов и белков, предупреждает инвазию микроорганизмов. К возможному механизму действия как эндогенных, так и экзогенных сульфатированных

гликозамингликанов, следует отнести то, что, связывая воду, они понижают отек ткани, способствуя локализации воспаления, препятствуя распространению процесса на окружающие ткани. Гель «Гликодент» обеспечивает формирование зубодесневого прикрепления за счет гликозамино-содержащих комплексов, участвующих в формировании гемидесмосом.

Одним из препаратов, которые нормализуют тканевой газообмен и метаболизм тканей пародонта, признан гепарин. Под влиянием гепарина происходит нормализация кислородного баланса тканей, улучшается микроциркуляция и транспорт веществ между тканью и кровью. Гепарин устраняет спазмы, ликвидирует микротромбы, повышает проницаемость сосудов, тканей и толерантность тканей к гипоксии, обладает антиаллергическим действием. Оказывая антикоагулирующее и противогипоксическое действие, Гепарин способствует реабилитации повреждённой ткани. Кроме того, Гепарин нормализует ток лимфы в очаге поражения. Нижник В.Г. (2000) доказала, что включение препарата Гепарин в комплексное лечение больных с воспалительными заболеваниями пародонта повышает терапевтический эффект: приводит к сокращению сроков лечения, увеличивает длительность ремиссии, способствует более быстрой ликвидации, наибольшая эффективность достигается при введении Гепарина в ткани пародонта с подогревом до 40 °С, при помощи приспособления для введения медикаментов в ткани пародонта.

В комплексном лечении заболеваний пародонта большое значение придается физиотерапевтическим методам лечения. Общеизвестны устройства для введения лекарственных веществ постоянным электрическим током, широко применяется переменное магнитное поле, лазеротерапия гелийнеоновым лазером, вакуум-электрофорез, комбинированная КВЧ-лазерная терапия и др.

Одним из современных методов лечения – это лазеротерапия. Применения диодного лазера в лечение пародонтита направлена на повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта. Применяется фотодинамическая терапия (ФДТ).



При лечении методом ФДТ применяется аппарат лазера «АЛОД-01» и особый гель-фотосенсибилизатор 1 % «Фотодитазин», созданный на основе зеленой водоросли спируллины и представляющий собой концентрат растительного пигмента хлорофилла, который оказывает избирательное воздействие на патогенные бактерии. При этом, после воздействия светом лазера, происходит фотохимическая реакция, в ходе которой хлорофилл распадается, выделяя активный кислород, под воздействием которого патологические клетки и бактерии погибают. При лечении методом ФДТ сначала на десну пациента методом аппликации наносится гель фотосенсибилизатор из расчета 0,1 мл на 1 см<sup>2</sup> поверхности слизистой оболочки десны, который через 7-10 минут смывается водой и вводится волновод в десневую борозду или пародонтальный карман до 6 мм и обрабатывается, перемещая по ней в пределах одного зуба одной поверхности в течение 1 минуты. В пародонтальном кармане более 6 мм обработку проводится в течение 2 минут. Плотность энергии составляет 24 Дж/см<sup>2</sup>, мощность на выходе — 0,2 Вт. Время экспозиции составляет в сумме 10-20 мин. Курс лечения — 4 сеанса.

При использовании диодного лазера для лечения гингивитов и легкой степени пародонтита не требуется дополнительного медикаментозного лечения, и этот метод может использоваться как монотерапия после профессиональной гигиены полости рта. У пациентов, проходивших лечение по поводу пародонтита средней и тяжелой степени тяжести, сеансы лазеротерапии позволяют купировать местный воспалительный процесс в 2,5 раза быстрее, традиционное лечение пародонтита. После операций, выполненных с помощью лазера, у пациентов с патологией развития мягких тканей, которая усугубляла течение заболеваний тканей пародонта, отсутствуют болевой синдром, кровотечение, нет необходимости снятия швов, что в некоторых случаях выполняется под местным обезболиванием, и сроки нетрудоспособности больных сокращаются до одних суток.

### **2.3. КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Профилактика - это система организационных и медицинских мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья населения, предупреждения болезней. Она является основным направлением здравоохранения. Как и общемедицинские, профилактические мероприятия заболеваний пародонта неразрывно связаны с профилактикой основных стоматологических заболеваний.

Профилактика заболеваний пародонта является весьма сложной задачей и является частью стоматологической профилактики, направленной на оздоровление организма в целом. Она представляет собой комплекс мероприятий, направленных на повышение устойчивости всего организма и тканей пародонта, в частности к действию неблагоприятных факторов и предупреждения возникновения неблагоприятной ситуации в полости рта

Известно, что профилактика эта система социальных, гигиенических и воспитательных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к действию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды, которые способны вызвать патологические изменения.

Профилактика болезней пародонта бывает:

I. По этапам:

- 1) первичная (преимущественно социальная);
- 2) вторичная (социально-медицинская);
- 3) третичная (преимущественно медицинская);

II. По способу действия:

- 1) эндогенная (общая);
- 2) экзогенная (местное).

Профилактические мероприятия условно делятся:

- 1) массовые социально-профилактические (государственные);
- 2) лечебно-профилактические (специальные);



3) индивидуальные профилактические.

**Методы профилактики делятся на три группы:**

- 1) коммунальные;
- 2) групповые;
- 3) индивидуальные.

Комплекс профилактических мероприятий является сложным. Он зависит от конкретных условий (возраста, общего состояния больного, характера поражения тканей зубов и пародонта, климатических условий, национальных традиций, обычаев и т.д.

Для предупреждения болезней пародонта применяют различные методы и средства, направленные, прежде всего на устранение причин и факторов риска этой патологии.

Внедрение программ профилактики состоит из следующих этапов:

- Предварительного планирования программы;
- Организационных мероприятий по внедрению;
- Выбора групп населения, среди которых будет внедряться программа;
- Оценки потребности в персонале и ресурсах.

Этот общий план основывается на результатах ситуационного анализа стоматологических проблем и имеющихся ресурсов. Подсчитав реальные возможности, можно составить детальный план.

Планирование программ осуществляется в соответствии с национальной политикой государства в области здравоохранения и образования. В задачи стоматологической службы должны входить: организация внедрения программы профилактики, обеспечения финансирования, обучения персонала, проверка внедрения, мониторинг (наблюдение) и оценка эффективности программы.

При выборе групп особое внимание должно быть уделено населению с высоким риском возникновения и развития заболеваний: детям, беременным, людям, живущим неблагоприятных климато-географических условиях и др.

Среди населения программы профилактики должны осуществляться стоматологическими службами на базе первичных лечебных учреждений.

Оценка эффективности программы должна быть предусмотрена на этапе ее планирования и исполнения.

Оценка эффективности программы должна проводиться не ранее, чем через 5 лет и с учетом следующих принципов:

- 1) обследованию в начале и в конце программы подлежат одни и те же возрастные группы населения;
- 2) при сравнении результатов должны использоваться адекватные контрольные группы;
- 3) обследование должно проводиться откалиброванной командой специалистов;
- 4) должны быть использованы одни и те же индексы для эпидемиологического обследования и оценки эффективности.

При профилактике отдельных заболеваний возможно проведение сопоставления результатов обследования населения, как тех участвовавших в программе, так и не получавших профилактических мероприятий, или с результатами обследования населения той же возрастной группы, полученными до начала внедрения.

Эффективность стоматологического образования состоит из количественных, качественных показателей и степени вовлечения людей в реализацию профилактической стратегии.

С целью совершенствования организации лечебно-профилактической помощи больным с заболеваниями пародонта разработаны следующие мероприятия:

- выделение в штате стоматологических поликлиник врача-гигиениста;
- стоматологическим учреждениям активно проводить профилактические мероприятия;
- всем стоматологическим учреждениям рекомендовать к применению комплекс мероприятий по профилактике заболеваний пародонта;

– рекомендовать при первичном обследовании пациентов в обязательном порядке определять уровень гигиены полости рта;

– в стоматологических учреждениях пациентам с неудовлетворительным уровнем гигиены проводить обучение гигиене полости рта с контролем уровня гигиены, мотивировать к правильному уходу за полостью рта;

– не допускать пациентов с неудовлетворительным уровнем гигиены полости рта к проведению терапевтического, хирургического, ортопедического, пародонтологического, ортопедического лечения (за исключением неотложных состояний);

– для количественной оценки уровня пародонтологической помощи в учреждениях рекомендуем использовать предложенный нами показатель «Объем пародонтологической помощи»;

– для количественной оценки уровня профилактики в стоматологических учреждениях рекомендуем использовать предложенный нами показатель «Объем профилактической работы».

Рекомендуемый комплекс профилактики заболеваний пародонта включает следующие мероприятия:

### *Меры первичной профилактики*

#### 1. Выявление факторов риска воспалительных и дистрофических заболеваний пародонта:

1) условий, способствующих образованию зубной бляшки: неудовлетворительной гигиены полости рта; скученности зубов; некачественных пломб, ортопедических и ортодонтических конструкций, затрудняющих гигиену полости рта;

2) непосредственных травмирующих факторов: наддесневого и поддесневого зубного камня; некачественных пломб, ортопедических и ортодонтических конструкций, оказывающих механическое давление на десну; отсутствие контактного пункта; формы коронок зубов с невыраженным экватором;

3) перегрузку тканей пародонта; зубочелюстных аномалий; травматической окклюзии; частичной адентии; вредных привычек, приводящих к перегрузке тканей пародонта;

4) особенностей строения мягких тканей: мелкого преддверия полости рта; аномалий размера и уровня прикрепления уздечек; выраженных тяжей слизистой оболочки преддверия полости рта;

5) функциональных и парафункциональных факторов: бруксизма; ротового дыхания;

6) общесоматической патологии;

7) курения.

При выявлении факторов риска заболеваний пародонта рекомендуем проведение мероприятий по формированию условий здорового образа жизни.

## 2. Мероприятия по устранению выявленных факторов риска заболеваний пародонта:

1) обучение индивидуальной гигиене полости рта – мероприятия соответствуют уровню гигиены: хороший уровень гигиены полости рта – консультация гигиениста не требуется; удовлетворительный уровень гигиены полости рта – обучение гигиене полости рта с подбором средств и предметов гигиены полости рта, контроль уровня гигиены; критический уровень гигиены полости рта – обучение гигиене полости рта, подбор средств и предметов гигиены полости рта, контроль уровня гигиены, применение лечебно-профилактических средств, воздействующих на твердые ткани зуба и ткани пародонта.

2) профессиональная гигиена полости рта;

3) устранение местных раздражающих факторов: замена некачественных пломб и ортопедических конструкций; восстановление отсутствующих контактных пунктов;

4) лечение зубочелюстных аномалий и деформаций;

5) устранение аномалий прикрепления мягких тканей (укороченных уздечек, тяжей, мелкого преддверия полости рта);

6) избирательное пришлифовывание зубов;

- 7) применение при различных формах бруксизма шины, разобщающей прикус на величину межжюклизонного пространства;
- 8) отказ от курения;
- 9) направление на лечение сопутствующей патологии;
- 10) комплекс мероприятий, предупреждающих развитие склеротических изменений в пародонте: аутомассаж, гидромассаж;
- 11) профилактические осмотры не реже 2 раз в год.

### ***II. Меры вторичной профилактики заболеваний пародонта***

- 1) санация полости рта;
- 2) комплексные курсы лечения воспалительных заболеваний пародонта на ранних стадиях;
- 3) диспансерное наблюдение лиц с заболеваниями пародонта 3-4 раза в год.

### ***III. Меры третичной профилактики заболеваний пародонта – полноценное и своевременное ортопедическое лечение***

#### **Профилактические мероприятия при выявлении факторов риска заболеваний пародонта**

Факторы риска заболеваний пародонта	Мероприятия, формирующие здоровый образ жизни
Неудовлетворительная гигиена полости рта	<ul style="list-style-type: none"> <li>– гигиеническое воспитание по вопросам ухода за полостью рта;</li> <li>– обучение гигиене полости рта;</li> <li>– индивидуальный подбор средств и предметов гигиены полости рта;</li> <li>– контролируемая чистка зубов.</li> </ul>
Некачественные пломбы, ортопедические конструкции, затрудняющие гигиену полости рта и оказывающие чрезмерное давление на десну	<ul style="list-style-type: none"> <li>– гигиеническое воспитание по вопросам нормального функционирования зубочелюстной системы, о последствиях некачественного стоматологического вмешательства;</li> <li>– информация о требованиях к качественной стоматологической помощи.</li> </ul>



Над- и поддесневые зубные отложения	<ul style="list-style-type: none"> <li>– гигиеническое воспитание по вопросам ухода за полостью рта;</li> <li>– обучение гигиене полости рта;</li> <li>– индивидуальный подбор средств и предметов гигиены полости рта.</li> </ul>
Патология прикуса, травматическая окклюзия	<ul style="list-style-type: none"> <li>– гигиеническое воспитание по вопросам анатомо-физиологического строения зубочелюстной системы, условий правильного формирования прикуса, необходимости своевременного лечения патологии прикуса;</li> <li>– своевременное обращение за ортодонтической помощью;</li> <li>– профилактические стоматологические осмотры с направлением к ортодонту.</li> </ul>
Особенности строения мягких тканей полости рта: мелкое преддверье; короткие уздечки, тяжи слизистой оболочки	<ul style="list-style-type: none"> <li>– гигиеническое воспитание по вопросам анатомо-физиологического строения зубочелюстной системы;</li> <li>– профилактические стоматологические осмотры с направлением к хирургу-стоматологу.</li> </ul>
Частичная адентия	<ul style="list-style-type: none"> <li>– гигиеническое воспитание по вопросам анатомо-физиологического строения зубочелюстной системы, необходимости своевременного протезирования.</li> </ul>
Курение	<ul style="list-style-type: none"> <li>– гигиеническое воспитание по вопросам здорового образа жизни, влияния курения на развитие патологии пародонта.</li> </ul>
Сопутствующие заболевания	<ul style="list-style-type: none"> <li>– гигиеническое воспитание по вопросам здорового образа жизни, необходимости профилактики и своевременного лечения сопутствующих заболеваний.</li> </ul>

Программа профилактики заболеваний пародонта и принципы организации пародонтологической помощи

## ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

### 1. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ФАЗА

- 1.1. Изучение стоматологического и общеклинического статуса
- 1.2. Выделение групп клинического и генетического риска
- 1.3. Определение функционального состояния пародонта
- 1.4. Выделение диспансерных групп.

### 2. ГИГИЕНЧЕСКАЯ ФАЗА

- 2.1. Определение индекса гигиены
- 2.2. Стоматологическая пропаганда
- 2.3. Гигиеническое обучение
- 2.4. Профессиональная обработка полости рта каждые 10-12 недель
- 2.5. Санация полости рта
- 2.6. Выделение диспансерных групп

## ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

### 1. КОРРЕКТИРУЮЩАЯ ФАЗА

- 1.1. Местная патогенети ческая медикаментозная терапия
- 1.2. Общая патогенетическая терапия
- 1.3. Физиотерапия
- 1.4. Устранение зубочелюстных аномалий и деформаций
- 1.5. Устранение вредных привычек
- 1.6. Нормализация нагрузки на пародонт
- 1.7. Рациональное протезирование
- 1.8. Хирургической лечение
- 1.9. Диспансеризация 3-4 раза в год

## ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

### 1. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ФАЗА

- 1.1. Лечение общих системных заболеваний
- 1.2. Иммубилизация подвижны зубов
- 1.3. Иммедиаг-протезы по показаниям с применением остеиндуктивных препаратов
- 1.4. Отсроченное и отдаленное протезирование
- 1.5. Имплантация в сочетании с шинированием
- 1.6. Диспансеризация с кратностью не реже 2-х раз в год

## Этапы и методы профилактики заболеваний пародонта (все этапы на фоне контролируемой гигиены полости рта) первичная профилактика

### Диагностическая фаза

1. Изучение стоматологического и общесоматического статуса.
2. Выявление общих системных заболеваний.
3. Диагностика гормональных нарушений, особенно в пре- и пубертатный периоды, период беременности и менопаузы.
4. Выявление состояния хронического эмоционального стресса  
\_беспищевое (мнимое) жевание и скрежетание зубами (дневной и ночной бруксизми или их сочетание);  
-гипертрофия жевательных мышц, их гипертония или гипертонус, отсутствие состояния относительного покоя жевательных мышц.  
-прикусывание губ, щек, посторонних предметов, употребление жевательной резинки, нарушение акта глотания;  
-определение типа жевания и дыхания, то есть выявление функциональных нарушений-снижение (отсутствие окклюзии, небрежное жевание, дряблость мышц) или повышение (неравномерная нагпузка, высокий мышечный тонус) функций, высыхание десны при ротовом дыхании.
5. Выделение групп клинического и генетического риска (имеется в виду величина повторного риска аномалий прикуса, наиболее часто предрасполагающих к болезням пародонта: глубокое резцовое перекрытие и глубокие прикус); мелкое преддверие рта; наличие не устраненных дефектов зубного ряда, патологической подвижности зубов; профессиональные вредности. Определение высоты клинической коронки зубов, степени биомеханических нарушений зуба и зубного ряда.
6. Оценка размеров и типов мягких и твердых зубных отложений.
7. Выявление дисфункции височно-нижнечелюстных суставов.
8. Тщательный анализ центральной, передней, боковой, задней окклюзии и артикуляции.
9. Определение функционального состояния пародонта с помощью ркопародонтографии, лазерной доплеровской флуометрии и др.

10. Диагностические окклюзионные каппы.

11. Выделение на основании обследования диспансерных групп.

### **Гигиеническая фаза:**

1. Определение индекса гигиены.

2. Стоматологическая пропаганда (не реклама, а доступная и квалифицированная консультация через различные средства СМИ и разъяснение с наглядной демонстрацией окрашивания налета и его удаления).

3. Правильный и рациональный уход за полостью рта, особенно тщательный-в группах генетического и клинического риска. Гигиеническое и валеологическое обучение пациента и его семьи.

4. Разумное (организованное) использование жевательной резинки (5-10 минут после еды или 2 раза по 15-20 минут у детей с ленивым жеванием).

5. Профессиональная гигиеническая обработка полости рта через регулярные промежутки (10-12 недель).

6. Устранение местных раздражающих факторов  
-обратить внимание на глубокие кариозные полости, подвижные зубы, плохо сконструированные протезы, бактериальные ниши-капюшоны при трудно прорезывающихся зубах, обнаженные би-и трифуркации.

-снятие зубных отложений, приведение в порядок имеющихся пломб и протезов.

-сохранение молочных зубов до их физиологической смены.

7. Различные формы массажа десны, бальнеотерапия, особенно после удаления отложений, для нормализации гемодинамических процессов.

8. Лечение кариеса и его осложнений.

9. Диспансеризация с посещением стоматолога не реже одного раза в год.

### **Вторичная профилактика**

**Корректирующая фаза:** Эта фаза, прежде всего, заключается в борьбе с воспалением, коррекции тканевых изменений, которые сами могут быть фактором, способствующим развитию заболевания:



1. Местная и общая медикаментозная терапия по показаниям.
2. Применение средств и препаратов, нормализующих иммунологическую реактивность, обменные процессы, микроциркуляцию, стимулирующих препаративную регенерацию костной ткани.
3. Применение различных физиопроцедур.
4. Лечение зубочелюстных аномалий и деформаций с максимальным вниманием к группам пациента, имеющих:
  - 1) ортогнатический прикус и целостные зубные ряды;
  - 2) ортогнатическое соотношение в сочетании с дефектами и деформациями зубных рядов;
  - 3) зубочелюстные аномалии и целостные зубные ряды;
  - 4) третья группа+дефекты и деформации зубных рядов.
5. Устранение вредных привычек (прокладывание языка между зубами, инфантильное глотание, прикусывание губ, карандашей, ручек и др.)
6. Нормализация нагрузки на пародонт:
  - пришлифовка зубов, временные окклюзионные каппы при сложных нарушениях окклюзии.
  - временное или постоянное шинирование, особенно в период активного хирургического лечения.
  - применение при различных формах бруксизма шины, разобщающий прикус на величину межокклюзионного пространства.
7. Профилактика травматических повреждений десневого края путем более широкого применения препарирования зубов с уступом.
8. Непосредственное протезирование.
9. Хирургическое лечение.
10. Диспансеризация с кратностью посещения стоматолога не реже 3-4 раз в год.

### **Третичная профилактика**

#### ***Реабилитационная фаза:***

1. Лечение общих, особенно системных заболеваний.
2. Постоянное шинирование (несъемные, съемные и комбинированные шины и шины-протезы).



3. При одновременном удалении большого количества зубов-иммедиат-протезы по показаниям, в том числе с применением остеоиндуктивных препаратов.

4. Отсроченное отдаленное протезирование:

-использование для несъемных шин и протезов преимущественно материалов с минимальной адгезией микрофлоры (керамика, металл и их сочетание);

-сохранение по возможности витальности опорных зубов, для чего необходимо знание зон безопасности их твердых тканей;

-строгий учет показаний к депульпированию опорных зубов:

. подростковый и молодой возраст;

. аномально расположенные зубы при невозможности ортодонтического лечения;

. значительные дефекты коронок;

5. Эндодонто-эндооссальная имплантация в сочетании с шинированием.

6. Диспансеризация с кратностью посещения стоматолога не реже двух раз в год.

**Диспансеризация больных с заболеваниями тканей пародонта**

Основой стоматологической профилактики является диспансеризация населения. Диспансеризация - это метод медицинского обслуживания, который включает комплексные оздоровительные, лечебные и профилактические мероприятия. Диспансеризация является ведущим направлением в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, включающим комплекс мер по раннему выявлению заболеваний, постановке на учет и лечению больных, предупреждению возникновения и распространения заболеваний, формированию здорового образа жизни.

Для раннего выявления заболеваний и проведения необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий проводятся профилактические медицинские осмотры населения, по результатам которых все осмотренные разделяются на три группы диспансерного наблюдения:

1-группа - здоровые - лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы;

2-группа - практически здоровые — лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность;

3-группа - больные с хроническими заболеваниями — подразделяются на лиц:

- с компенсированным течением заболевания, редкими и непродолжительными потерями трудоспособности;
- с субкомпенсированным течением заболевания, частыми обострениями и продолжительными потерями трудоспособности;
- с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

Научным обоснованием необходимости обязательной диспансеризации населения с заболеваниями пародонта являются:

- 1) высокая распространенность болезней пародонта населения;
- 2) потенциальная возможность развития дистрофически-воспалительных изменений пародонта, зубов, ведущих к преждевременной потере зубов и развитию зубочелюстной патологии;
- 3) хроническое течение большинства воспалительных, дистрофически-воспалительных заболеваний пародонта, требует длительного активного наблюдения;
- 4) взаимосвязь многих заболеваний пародонта с хроническими заболеваниями внутренних органов и систем организма, их взаимное отягощение;
- 5) взаимосвязь воспалительных, а нередко и дистрофически-воспалительных изменений пародонта с аномалиями положения зубов, прикуса.

Диспансеризация с патологическими изменениями пародонта состоит из организационных, лечебных и профилактических мероприятий.

Основные организационные задачи диспансеризации: активное выявление больных с заболеваниями пародонта и лиц с повышенным риском заболевания; взятия на диспансерный учет, определения групп, участие врачей основных и вспомогательных специальностей в проведении диспансеризации, определение взаимосвязи и преемственности в их работе; пропаганда здорового образа жизни.

Отбор на диспансерный учет проводится при профилактических осмотрах, плановой санации, приема больных по обращению. При этом решаются следующие вопросы:

- 1) наиболее раннее выявление факторов риска у здоровых людей;
- 2) диагностика ранних, начальных форм заболеваний пародонта;
- 3) планирование и проведение комплексных лечебно-профилактических мероприятий индивидуальное с учетом формы заболевания, характера течения и глубины поражения;
- 4) определение врачебной тактики, динамического наблюдения, рекомендации по реабилитации с назначением оптимальных повторных курсов терапии;

**Из числа больных пародонтитом обязательному диспансерному наблюдению подлежат:**

1. Дети в возрасте до 18 лет
2. Лица, связанные с профессиональными вредностями
3. Беременные
4. Больные, обремененные соматическими и системными заболеваниями (желудочно-кишечными, сердечно-сосудистыми эндокринными).

**На диспансерный учет больных принимают при таких болезнях пародонта:**

1. Больные хроническим гингивитом и пародонтитом легкой степеней тяжести.
2. Больные пародонтитом средней степени тяжести без выраженной вторичной адентии (до 50 лет)

3. Больные молодого возраста (до 30 лет) с пародонтитом тяжелой степени.

4. Больные с идиопатическими заболеваниями независимо от степени тяжести (до 30 лет).

5. Больные с генерализованным пародонтитом тяжелой степени тяжести берутся на краткосрочный диспансерный осмотр (от 6 мес. до 1 года) с целью осуществления комплексного лечения.

**Из числа лиц, имеющих повышенный риск развития пародонтита, берут на учет:**

1. Молодые лица с патологией прикуса и аномалиями размещения зубов;
2. Лица, имеющие острые воспалительные заболевания пародонта;
3. Беременные;
4. Лица, связанные с профессиональными вредностями, которые могут привести к пародонтиту;
5. Подростков периода полового созревания с нарушениями его и отягощенным общим статусом;
6. Больные с общими заболеваниями (желудочно-кишечными, эндокринными и др.), при которых возможно развитие пародонтита.

**На первом этапе диспансеризации** осуществляют отбор больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении, оформляют документацию: заполняют амбулаторную карту больного и контрольную карту диспансерного наблюдения составляют план лечения, эпикризы за каждый календарный год.

**На втором этапе диспансерного наблюдения:**

1. Осуществляют лечебно-профилактические мероприятия;
2. Определяют очередные сроки осмотров и повторных лечебно-профилактических мероприятий;
3. Осуществляют санитарное просвещение.

**Сроки наблюдений:**

1. Гингивиты - 2-4 раза в год;
2. Пародонтит легкой степени тяжести с нечастыми обострениями - 2 раза в год;



3. Пародонтит средней степени тяжести при субкомпенсированном течении с частыми обострениями - 2-3 раза в год;

4. Пародонтит средней степени тяжести при декомпенсированном течении - 3-4 раза в год;

5. Пародонтоз - 2-4 раза в год (в зависимости от степени тяжести);

6. Пародонтит тяжелой степени - 2 раза: непосредственно перед протезированием и через год;

7. Идиопатические заболевания пародонта - 3-4 раза в год;

8. Пародонтит в стадии стабилизации - 1 раз в год.

**Оценка первого этапа диспансеризации состоит из:**

1. Полноты охвата диспансеризацией;

2. Своевременности выявления болезни;

3. Своевременности постановки на диспансерный учет

**Критериями оценки второго этапа являются:**

1. Полнота осуществления лечебных и оздоровительных мероприятий;

2. Соблюдение сроков осмотров;

3. Процент лиц, переведенных из группы активного лечения в группу наблюдения.

**Количественные показатели эффективности диспансеризации:**

1. Удельный вес впервые взятых на учет;

2. Процент лиц, снятых с диспансерного учета в течение года;

3. Средняя кратность осмотров одного больного в год;

4. Удельный вес больных, появившихся для профилактического осмотра.

**К качественной оценке диспансеризации принадлежит:**

1. Частота рецидивов болезни;

2. Продолжительность ремиссии;

3. Процент больных с клиническим благополучием и клинко-рентгенологической стабилизацией заболевания.



### Снимают с учета таких лиц:

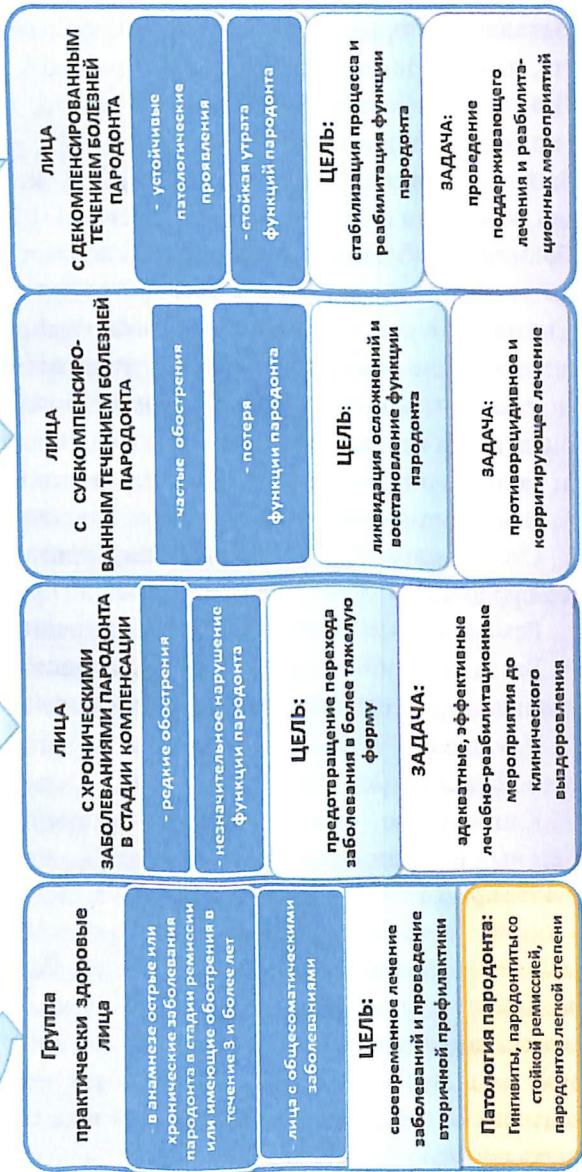
1. Больных, которые имели острые воспалительные заболевания пародонта, при отсутствии последствий в течение 6 месяцев;
2. Лиц с хроническими формами гингивита, у которых после лечения не было рецидива в течение года;
3. Здоровых лиц с предрасполагающими факторами, в которых изменения пародонта не наблюдается в течение 1-1,5 года;
4. Больных с общесоматическими болезнями, при отсутствии изменений пародонта течение 1,5-2 лет;
5. Снятие с учета больных генерализованным пародонтитом осуществляется при устойчивой стабилизации в течение 3 лет, что подтверждено клиническими, рентгенологическими и функциональными исследованиями.

При экспертной оценке состояния пародонта каждого больного используются такие сроки:

1. Стабилизация - состояние пародонта без признаков активного процесса в течение 2-3 лет;
2. Ремиссия - кратковременная стабилизация течение 1 года;
3. Без изменений - состояние, когда процесс не приводит к стабилизации или ухудшения развития заболевания;
4. Ухудшение - состояние, когда процесс прогрессирует, отмечаются частые рецидивы и осложнения;
5. Клиническое благополучие - состояние, когда после лечения десны становятся розовыми, плотными, умеренно влажными, отсутствуют кровоточивость и отложения зубного камня, индекс гигиены по Федорову-Володкиной - 1,5, проба Шиллера-Писарева отрицательная; рентгенологически это состояние может не подтверждаться; - улучшение - состояние, которое оценивается по субъективным ощущениям больного и врача.

Результаты диспансеризации оцениваются через 1,5-2 года, а затем ежегодно. Эти данные в виде эпикриза вносят в амбулаторную и диспансерной карту больного.

## ВЫДЕЛЕНИЕ ГРУПП ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ



## ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

$$D = \frac{CD}{ON} \cdot 100, \text{ где}$$

D –доля здоровых (I группа), практически здоровых (II группа) и больных (III группа), состоящих на диспансерном наблюдении от общей численности населения на участке (%);

CD – число здоровых лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;

ON – Общая численность населения, проживающего на участке (в районе обслуживания поликлиники).

1. Для анализа диспансерной работы используют три группы показателей:

Показатели охвата (частоты) диспансерным наблюдением:

- показатели частоты охвата диспансерным наблюдением;

- показатели структуры охвата диспансерным наблюдением;

2. Показатели качества диспансерного наблюдения;

3. Показатели эффективности диспансерного наблюдения.

### Показатели частоты и структуры охвата диспансерным наблюдением

Показатель полноты охвата населения диспансерным наблюдением дает общее представление об уровне организации динамического наблюдения за состоянием здоровья населения

Более точно оценить организационный уровень работы по диспансеризации населения можно, рассчитав показатель доли больных (здоровых, практически здоровых), состоящих на диспансерном учете, который представляет собой процентное отношение числа больных, состоящих на диспансерном учете по поводу конкретного заболевания, к общему числу зарегистрированных больных с данным заболеванием. Показатель определяется раздельно по группе диспансерного наблюдения

Показатель структуры больных, состоящих на диспансерном наблюдении, также дает представление об уровне организации

работы по диспансеризации населения. Представляет собой процентное отношение больных, состоящих на диспансерном учете по поводу конкретного заболевания, к общему числу зарегистрированных больных с данным заболеванием.

Показатель доли больных (здоровых, практически здоровых), состоящих на диспансерном учете и показатель структуры больных, состоящих на диспансерном наблюдении целесообразно рассчитывать для взрослых, подростков и детей, а также по нозологическим формам – раздельно.

$$DN = \frac{ZB}{SG} \times 100, \text{ где}$$

где:

DN - полнота охвата населения диспансерным наблюдением

ZB - число лиц (здоровых, практически здоровых, больных), состоявших на диспансерном учете на конец отчетного года

SG - среднегодовая численность прикрепленного населения

$$DB = \frac{DU}{OB} \times 100, \text{ где}$$

DB - доля больных, состоящих на диспансерном учете

DU - число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года

OB - общее число зарегистрированных больных с данным заболеванием на конец отчетного года

$$SD = \frac{BU}{UD} \times 100, \text{ где}$$

SD - своевременность взятия больных на диспансерный учет

BU - число больных, взятых на диспансерный учет в течение года из числа лиц с впервые установленным диагнозом

UD - число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом

$$*SB = \frac{DZ}{BG} \times 100, \text{ где}$$

SB - структура больных, состоящих на диспансерном учете

DZ - число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года

BG - общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года

\* - Показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам, возрастно-половым группам.

### Показатели качества диспансерного наблюдения

Под показателями качества диспансерного наблюдения следует понимать такие показатели, как охват диспансерным наблюдением не наблюдавшихся в течение года, охват различными социально-оздоровительными и лечебно-профилактическими мероприятиями: санаторно-курортное лечение, диетпитание, рациональное трудоустройство и др.

Эти показатели вычисляются на основании подсчета соответствующих данных по "Контрольной карте диспансерного наблюдения".

$$ON = \frac{VD}{OV} \times 100, \text{ где}$$

ON - охват диспансерным наблюдением впервые выявленных больных по нозологическим формам (%)

VD - число больных, впервые выявленных и взятых под диспансерное наблюдение



OV - общее число вновь выявленных больных данным заболеванием.

$$PO = \frac{NG+NY}{RB} \times 100, \text{ где}$$

PO - полнота охвата диспансерным наблюдением больных  
NG - число больных данной нозологической формой, состоящих на учете на начало года

NY - вновь взятые под диспансерное наблюдение - ни разу не явившиеся

RB - число зарегистрированных больных данным заболеванием

$$SD = \frac{YB}{OZ} \times 100, \text{ где}$$

SD - соблюдение сроков диспансерных осмотров

YB - число диспансеризированных, соблюдавших сроки явки на диспансерное наблюдение

OZ - общее число диспансеризированных

$$LOM = \frac{DV}{NL} \times 100, \text{ где}$$

LOM - полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий (%)

DV - Прошли за год данный вид лечения (оздоровления)

NL - Нуждались в данном виде лечения (оздоровления)

$$HR = \frac{PR}{PN} \times 100, \text{ где}$$

HR - Изменение характера работы диспансеризированных больных (в процентах к нуждающимся в этом)

PR - Переведено на другую работу

PN - Нуждалось в таком переводе

### **Показатели эффективности диспансерного наблюдения**

Под показателями эффективности диспансерного наблюдения следует понимать показатели, оценивающие достижение поставленной цели диспансеризации, конечных результатов. К показателям эффективности диспансеризации можно отнести динамика заболеваемости и болезненности; общей заболеваемости по основной и сопутствующей патологии; исходы диспансеризации по данным годовых эпикризов выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение.

Оценку эффективности диспансеризации следует проводить раздельно по группам:

- здоровые, больные лица, перенесшие острые заболевания;
- больные хроническими заболеваниями

Критерием эффективности диспансеризации здоровых (I группа диспансерного наблюдения) является отсутствие заболеваний, сохранение здоровья и трудоспособности (отсутствие перевода в группу больных).

Критерием эффективности диспансеризации лиц, перенесших острые заболевания (II группа диспансерного наблюдения), является полное выздоровление и перевод в группу здоровых.

Критерием эффективности диспансеризации лиц, страдающих хронической патологией (III группа диспансерного наблюдения) является стойкая ремиссия (отсутствие обострений заболевания).

Кроме этого эффективность диспансеризации подтверждается показателем заболеваемости с временной утратой трудоспособности (случаях и днях) по конкретным нозологическим формам, по поводу которых больные были взяты на диспансерное наблюдение, если наблюдается его снижение. Показатель сравнивают с показателем за предыдущий год или за несколько лет (наиболее полное представление об эффективности диспансеризации дает сравнение за

3 - 5 лет); показатель доли больных, состояние которых улучшилось в течение года (III группа диспансерного наблюдения).

$$ED = \frac{PZ}{DK} \times 100, \text{ где}$$

ED - Эффективность диспансеризации;

PZ - Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания с улучшением (переведен в группу практически здоровых, ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года;

DK - Общее число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года.

### Результаты эффективности профилактических программ и диспансеризации

В течение года осуществлена сравнительная оценка эффективности профилактики и диспансеризации заболеваний пародонта при внедрении разработанной программы (342 больных) и без нее (313 больных).

Сравнительный анализ осуществлен по формуле Байеса:

$$(P_2 - P_1)/(P_1 + P_2) \times 100\%, \text{ где}$$

$P_1$  и  $P_2$  - эффективность лечения и профилактики в сравниваемых группах.

Подсчитывался средний суммарный показатель эффективности отдельных фаз профилактики и диспансеризации, а также средняя суммарная эффективность всех внедренных мероприятий.

Как видно из таблиц установлена высокая эффективность профилактических мероприятий и высокая эффективность диспансеризации.

В результате практического использования и внедрения предложенной системы профилактики эффективность первичной профилактики повысилась более чем на 28,12%; вторичная профилактика - на 30,47% и третичная - на 26,45%. Средняя

эффективность всех профилактических мероприятий повысилась на 29,82%, а эффективность диспансеризации повысилась на 38,30%.

### Сравнительная оценка профилактических мероприятий врача-пародонтолога

Наименование лечения		Врач – пародонтолог	Гигиенист
<i>Первичная профилактика</i>			
1. Диагностическая фаза			
1.1.	Изучение стоматологического и общеклинического статуса	1	94(30,03)      212(61,99)
		2	>34,73
		3	2                      1
1.2.	Выделение групп риска	1	62(19,80)      184(53,80)
		2	>45,83
		3	2                      1
1.3.	Функциональное состояние пародонта	1	93(29,71)      279(81,58)
		2	>46,61
		3	2                      1
1.4.	Выделение диспансерных групп	1	156(49,84)      280(81,87)
		2	>26,32
		3	2                      1
2. Гигиеническая фаза			
2.1.	Определение индекса гигиены	1	92 (29,39)      141 (41,22)
		2	>16,75
		3	2                      1
2.2.	Стоматологическая пропаганда	1	120 (38,34)      215 (62,87)
		2	>24,24
		3	2                      1
2.3.	Гигиеническое обучение	1	142 (45,37)      181 (52,92)
		2	>7,18
		3	2                      1
2.4.	Профессиональная обработка полости рта каждые 10-12 недель	1	77 (24,60)      123 (35,96)
		2	>18,76
		3	2                      1
2.5.	Санация полости рта	1	65 (20,77)      179 (52,34)
		2	>43,18
		3	2                      1
2.6.	Выделение диспансерных групп	1	123 (39,30)      192 (56,14)
		2	>17,64
		3	2                      1
Средняя эффективность ПЕРВИЧНОЙ профилактики $\sum_{ср.} = 281,24$ Ср. = 28,12%			

**Вторичная профилактика**  
**3 корректирующая фаза**

Наименование мероприятий		Без внедрения	С внедрением	
3.1.	Местная патогенетическая терапия	1	171(54,6%)	302(88,30%)
		2	>23,56	
		3	2	1
3.2.	Общая патогенетическая терапия	1	31(9,90)	152(15,20)
		2	>21,12	
		3	2	1
3.3.	Устранение зубочелюстных аномалий и деформаций	1	11 (3,51)	231 (67,3)
		2	>31,14	
		3	2	1
3.4.	Физиотерапия	1	62 (19,81)	138 (40,35)
		2	>34,14	
		3	2	1
3.5.	Устранение вредных привычек	1	22 (7,03)	53 (15,50)
		2	>37,60	
		3	2	1
3.6.	Нормализация нагрузки на пародонт	1	24 (7,67)	57 (16,67)
		2	>36,72	
		3	2	1
3.7.	Рациональное протезирование	1	39 (12,46)	87 (25,44)
		2	>34,19	
		3	2	1
3.8.	Хирургическое лечение	1	6 (1,92)	12(3,51)
		2	>29,28	
		3	2	1
3.9.	Диспансеризация 3-4 раза в год	1	67 (21,41)	126 (36,84)
		2	>26,50	
		3	2	1
Средняя эффективность вторичной профилактики		$\Sigma_{\text{ср.}} >274,25$	$\text{Ср.}=30,47\%$	



#### 4 Реабилитационная фаза

Наименование мероприятий			Без внедрения	С внедрением
4.1.	Местная патогенетическая терапия	1	21 (6,71)	52 (15,20)
		2	>38,75	
		3	2	1
4.2.	Общая патогенетическая терапия	1	95 (30,35)	147 (42,98)
		2	>17,22	
		3	2	1
4.3.	Устранение зубочелюстных аномалий и деформаций	1	72 (23,0)	171 (50,0)
		2	>36,99	
		3	2	1
4.4.	Физиотерапия	1	125(39,4)	205(59,94)
		2	>20,02	
		3	2	1
4.5.	Устранение вредных привычек	1	12(3,83)	47(13,74)
		2	>6,18	
		3	2	1
4.6.	Нормализация нагрузки на пародонт	1	94(30,03)	240(70,18)
		2	>39,54	
		3	2	1
Средняя эффективность реабилитации			$\sum_{\text{ф}} = 158,69$ $\text{Ср.} = 26,45$	
Средняя суммарная эффективность всех профилактических мероприятий			>29,82%	

*Примечание: в числителе – число случаев; в скобках – в % от общего числа; в знаменателе – эффективность в % по сравнению с величиной до внедрения профилактических мероприятий.*

*1 – эффективность в %;*

*2 – сравнительная эффективность.*

### Сравнительная оценка эффективности диспансеризации

Наименование показателя		Без внедрения	С внедрением	
1.	Динамика перевода больных из одной группы в другую	% изменений	10(3,19%)	40(11,69)
		Эффект	>57,24	
		Место	2	1
2	Удельный вес больных, у которых наблюдается стойкая ремиссия или клинико-морфологическая стабилизация процесса	% изменений	28(8,45)	57(16,67)
		Эффект	>30,13	
		Место	2	1
3	Удельный вес больных с рецидивами	% изменений	63(20,13)	38(11,11)
		Эффект	>28,87	
		Место	2	1
4	Своевременность взятия на диспансерный учет выявленных больных (норматив-в течение месяца с момента выявления заболевания)	% изменений	23(7,35)	63(18,42)
		Эффект	>42,79	
		Место	2	1
5	Соблюдение сроков периодических осмотров	% изменений	17(5,43)	47(13,74)
		Эффект	>43,35	
		Место	2	1
6	Качество диагностики	% изменений	52(16,61)	102(29,82)
		Эффект	>28,45	
		Место	2	1
7	Полнота и качество лечебно-профилактических мероприятий	% изменений	48(15,43)	127(35,67)
		Эффект	>39,60	
		Место	2	1
8	Удельный вес диспансерных больных, не наблюдавшихся данным учреждением в течение года	% изменений	218(69,65)	112(32,75)
		Эффект	>36,04	
		Место	2	1
Средняя суммарная эффективность диспансеризации		$\Sigma_{\text{ср}} = 306,47$ >38,30%		

- внедрение программы профилактики заболеваний пародонта показало, что ее высокую эффективность.

- В результате практического использования и внедрения предложенной системы профилактики эффективность первичной профилактики повысилась более чем на 28,12%; вторичная профилактика – на 30,47% и третичная - на 26,45%.

- Средняя эффективность всех профилактических мероприятий повысилась на 29,82%, а эффективность диспансеризации повысилась на 38,30%.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ данных литературы и собственных наблюдений показывает, что клиническая пародонтология располагает огромным арсеналом лекарственных препаратов и способов их введения для консервативного лечения заболеваний пародонта. Тем не менее, положительные результаты даже при длительном лечении, по данным нашего анализа - от 2 до 55 посещений, достигаются далеко не всегда.

Проведенный нами ретроспективный анализ объема и структуры лечебных манипуляций при заболеваниях пародонта в трех разных поликлиниках показал, что больные получают только паллиативную помощь в виде медикаментозной местной терапии, которая обеспечивает временный эффект, сменяющийся вскоре обострением и прогрессированием процесса. При такой тактике лечения пациенты становятся, по выражению А.И.Калинина и соавт. «заложниками» пародонтологических кабинетов.

Неэффективность оказываемой специализированной помощи, отсутствие проведения комплексного лечения в полном объеме приводят к увеличению больных с тяжелой степенью патологии пародонта. В то же время обращает на себя внимание малое количество лиц молодого возраста и пациентов с легкой степенью заболевания.

Заболевания пародонта уже у подростков и в возрасте 20-24 лет нередко сопровождаются частичной потерей зубов. По нашим данным она встречается в этих популяциях с частотой от 12% до 24%, причем чаще на нижней челюсти, в боковых отделах.

При появлении дефектов зубных рядов нарушается окклюзионная поверхность, появляется неравномерная нагрузка зубов, возникают наклонно действующие силы и всё это приводит к уменьшению кровообращения в пародонте, вызывая резорбцию костной ткани и патологическую подвижность зубов. Как правило, таких пациентов лечат мостовидными протезами, часто с односторонней опорой, устраняющими отдельные дефекты, в то

время как лечение должно включать в себя этап специальной подготовки (устранение деформаций, избирательное пришифывание, непосредственное протезирование).

Результаты исследования показали, что профилактика и лечение всех форм пародонтита могут быть эффективными только при комплексном подходе, и начинать терапию следует как можно раньше, особенно в группах риска. Лечебная тактика должна меняться в зависимости от клинической картины и возраста. При наличии дефектов зубных рядов основную роль в комплексном лечении мы отводим протезированию и шинированию.

Одним из условий снижения распространенности и интенсивности заболеваний пародонта является диспансерное наблюдение. Основная задача диспансеризации в данном случае - выявление и учет лиц с начальными проявлениями патологии пародонта, наличием предрасполагающих факторов.

Ведущая роль при диспансеризации должна отводиться врачу-стоматологу общей практики, работающему в СВП (ГВП и семейных поликлиниках), который обязан участвовать в диспансеризации по показаниям. Врач общей практики должен осуществлять динамическое наблюдение за лицами с выявленными заболеваниями пародонта, проводить лечебно-оздоровительные мероприятия для больных и лиц с факторами риска, оценивать качество диспансеризации, приводить санитарно-гигиеническую работу среди населения и обеспечивать преемственность с территориальными стоматологическими лечебно-профилактическими учреждениями путём направления больных к специалисту - пародонтологу.

Детализация целей и характера работы стоматологов при диспансеризации позволила нам выделить два различных вида их деятельности:

- а) диспансеризацию больных с заболеваниями пародонта;
- б) участие стоматологов общей практики в диспансеризации больных с общесоматическими заболеваниями с выраженными группами риска заболеваний пародонта.



Основными функциональными обязанностями стоматологов общей практики являются проведение стоматологического просвещения населения и формировании здорового образа жизни; осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм основных стоматологических заболеваний и факторов риска; своевременная диагностика, оказание экстренной помощи при неотложных стоматологических состояниях; своевременная диагностика и госпитализация больных для оказания специализированной помощи, диспансеризация больных со стоматологическими и пародонтологическими патологиями и др.

В результате ежегодной диспансеризации и последующего до - обследования выделяются группы диспансерного наблюдения.

Всех больных со стоматологическими заболеваниями целесообразно разделить на 2 группы диспансерного наблюдения (Д<sub>II</sub> и Д<sub>III</sub>). К группе практически здоровых (Д<sub>II</sub>) относятся лица, имеющие в анамнезе острые или хронические заболевания в стадии ремиссии или стабилизации и не имеющие обострений в течение трёх и более лет, а также лица с общесоматическими заболеваниями. Целью диспансерного наблюдения данной группы является своевременное лечение имеющегося заболевания и проведение целенаправленной вторичной профилактики. Из нозологических форм патологии пародонта в эту группу мы отнесли две латентные формы – гингивиты и пародонтиты со стойкой ремиссией, а также пародонтоз лёгкой степени. Группа Д<sub>III</sub> включает в себя:

а) лиц с хроническими заболеваниями пародонта в стадии компенсации с редкими обострениями и незначительными нарушениями функции пародонта. Цель: предотвращение перехода заболевания в более тяжёлые формы. Задача – проведение адекватных эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий до клинического выздоровления;

б) лиц с субкомпенсированным течением болезней пародонта, частыми обострениями и потерями функций пародонта, в периоде

напряжения адаптации. Цель: ликвидация осложнений и восстановление функции пародонта. Задача – своевременное проведение противорецидивного и корригирующего лечения;

в) лиц с декомпенсированным течением заболеваний, устойчивыми патологическими проявлениями, ведущими к стойкой утрате функций пародонта. Задача – проведение поддерживающего лечения и реабилитационных мероприятий.

Распределение больных с патологией пародонта на группы и примерная схема динамического наблюдения изложена ниже в таблице.

Нами разработана также схема диспансерного наблюдения за лицами с основными факторами риска патологии пародонта и с конкретным перечнем лечебно-диагностических мероприятий.

На всех диспансерных больных заполнялась разработанная нами «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

Через 3 года после лечения, при отсутствии обострения (абсцедирование, гноетечение из карманов и т.д.) дальнейшее наблюдение за этими больными осуществляют врачи-стоматологи СВП (ГВП, семейных поликлиник).

## Примерная схема диспансерного наблюдения больных с заболеваниями пародонта

Нозологическая форма	Частота наблюдения (в год)	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации
	2	3	4	5	6
Гингивит (Ш) - легкая - средняя - тяжелая	1 2 3	Терапевт гематолог по показаниям	Клинический анализ крови, мочи. Рентгенологическое исследование, определение проф. вредностей, Проба Шиллера-Писарева, гигиенический индекс	Профессиональная гигиена полости рта местная противовоспалительная терапия, поливитамины, щадящая диета. Избирательное припильфывание зубов, физиотерапия, ортопедическая и хирургическая коррекция аномалий прикуса и преддверия, адаптогены	Стойкая ремиссия, снижение гигиенического индекса. Перевод в группу Дл
Гингивит (стойкая ремиссия) (Дл)	I	Терапевт по показаниям	Проба Шиллера-Писарева, рентгенологические исследования, гигиенический индекс	Профессиональная и личная гигиена полости рта, курс адаптогенов	Отсутствие рецидивов
Пародонтит - легкая - средняя - тяжелая	2-3 3-4 4-6	Стоматолог-хирург и ортопед, эндокринолог	Клинический и биохимический анализ крови и мочи. Рентгенологическое исследование, функциональные методы:	Профессиональная гигиена полости рта, местная противовоспалительная терапия, физиотерапия, витаминотерапия, десенсибилизирующая терапия,	Клинико-рентгенологическая стабилизация процесса. Перевод в группу Дл

			спектроскопия, капиллярскопия, гигиенический и пародонтальный индексы, иммунологические исследования по показаниям	лечение гиперестезии, избирательное шлифование зубов, ортопедическая и хирургическая коррекция прикуса и мягких тканей, шинирование зубов, кюретаж, лоскутные операции, иммунотерапия по показаниям энтеросорбция	
Пародонтит стойкая ремиссия Дп	1-2	Ортопед	Анализ мочи на сахар, анализ крови, рентгенологическое исследование. Проба Шиллера-Писарева	Санация, профгигиена полости рта и пришлифовывание зубов, ортопедическое лечение по показаниям	Клинико-рентгенологическая стабилизация, низкий гигиенический индекс
Пародонтоз (Дп) - легкая - средняя - тяжелая	2 3 4	Терапевт эндокринолог, стоматолог-хирург и ортопед	Как при пародонтите Дп	Преимущественно общее лечение. Местное как при пародонтите Дп, физиотерапия	Клинико-рентгенологическая стабилизация. Перевод в группу Дп

## Примерная схема динамического наблюдения за лицами с основными факторами риска

Факторы риска	Риск поражения	Осмотр специалистов (в год)	Лабораторные и другие диагностические исследования	Лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6
Производственные факторы: -пыль -газы -химические вещества -вибрация -ионизирующая радиация -резкие перепады температуры- влажности режима	Зубы, пародонт, верхние дыхательные пути, соединительная ткань	Стоматолог 2 раза, терапевт-отоларинголог – 1 раз. По показаниям - чаще	Осмотр полости рта, анализ крови, мочи, сплюрграфия, проба Шиллера-Писарева, гигиенический и пародонтальный индексы	Питание с повышенным содержанием витаминов А, С, Е и ограничением углеводов, занятия физкультурой, закаливание, гигиена полости рта и дыхательных путей, оздоровление в домах отдыха, пансионатах, профилакториях. Санитарно-просветительная работа по борьбе с вредными привычками, санация полости рта и других очагов инфекции, прием адаптогенов	Отсутствие заболеваний и нетрудоспособности
Работа в условиях нервно-психического напряжения, ночные дежурства, операторская деятельность и др.	Пародонт нервная система	Стоматолог -1 раз, терапевт – 1 раз, невропатолог – 1 раз	Осмотр полости рта, анализ крови и мочи. Проба Шиллера-Писарева гигиенический индекс, профиль личности	Санация полости рта, профессиональная гигиена полости рта, пенхокорригирующая терапия, общеоздоровительные мероприятия, ЛФК, массаж, закаливание	Отсутствие заболеваний



Отягощенная наследственность по заболеваниям зубочелюстной системы	Органы зубо-челюстной системы	Стоматолог – 2 раза, другие по показаниям	Осмотр полости рта, анализ крови, мочи, проба Шиллера-Писарева, гигиенический индекс, рентгенография челюстей	Санация и профессиональная гигиена полости рта, рациональное питание, здоровый образ жизни, устранение аномалий и дефектов	Отсутствие заболеваний
Повышенное отложение зубного камня при нормальной гигиене полости рта	Пародонт	Стоматолог – 2 раза, терапевт, эндокринолог – по показаниям	Осмотр полости рта, проба Шиллера-Писарева, гигиенический индекс, рентгенография челюстей	Санация полости рта, профессиональная гигиена полости рта, обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта	Снижение заболеваний пародонта
Аномалии мягких тканей преддверия рта	Пародонт	Стоматолог-терапевт – 1 раз, хирург – 2, ортопед - по показаниям	Осмотр полости рта, проба Шиллера-Писарева, гигиенический индекс, рентгенография челюстей	Санация полости рта, оперативное устранение аномалий, рациональное питание	Снижение заболеваний пародонта
Нарушение прикуса	Пародонт	Стоматолог-терапевт – 1 раз, ортопед – 2 раза	Осмотр полости рта, проба Шиллера-Писарева, гигиенический индекс, рентгенография челюстей	Ортопедическое лечение, гигиена полости рта, рациональный образ жизни и питание	Снижение заболеваний пародонта

Курение	Органы полости рта и дыхания	Стоматолог – 1 раз, терапевт, ЛОР, пульмонолог, психотерапевт по показаниям	Осмотр полости рта, спиртография, рентгенография легких и челюстей, проба Шиллера-Писарева, гигиенический индекс	Санация полости рта, рекомендации по ведению здорового образа жизни, полноценной гигиене полости рта; рефлексотерапия, санпроектработа по борьбе с курением	Отказ от курения, отсутствие развития заболеваний
Злоупотребление алкоголем	Все органы	Стоматолог, терапевт, нарколог - по показаниям	Осмотр полости рта, другие – по показаниям	То же. Санитарно-просветительная работа по борьбе с употреблением алкоголя	Отказ от алкоголя
Нарушение режима и рациональности питания	Органы полости рта, пищеварения	Стоматолог – 2 раза, терапевт – 1 раз	Осмотр полости рта, другие – по показаниям	Санация полости рта, профессиональная гигиена, регулирование режима и рациона питания	Отсутствие заболеваний, снижение факторов риска
Сочетание факторов риска (2 и более)		Стоматолог, терапевт – 2 раза, другие – по показаниям	Осмотр полости рта, другие исследования – по показаниям	В зависимости от выявленных факторов риска, гигиена полости рта, санация очагов инфекции	Отсутствие заболеваний

Качество и эффективность диспансерной работы врачей и учреждений определяются с помощью экспертной оценки. Кроме того, вычисляются суммарные показатели, характеризующие объём и эффективность диспансеризации и качество лечебно-профилактического процесса. Среди них мы предлагаем выделять следующие показатели:

- полнота охвата профилактическими осмотрами определённых контингентов населения участка, учреждения, территории обслуживания;

- патологическая поражённость (количество больных с патологией пародонта, выявленных на 1000 осмотренных);

- распространённость патологии пародонта по отдельным нозологическим единицам;

- интенсивность патологии пародонта;

- объём диспансерного наблюдения (количество больных с заболеваниями пародонта, находящихся под наблюдением на 1000 обследованного населения);

- возрастно-половой и профессиональный состав диспансерной группы;

- среднее количество диспансеризованных пациентов у одного врача.

Для оценки эффективности диспансеризации предлагается использовать следующие показатели:

- динамика перевода больных из одной группы в другую;

- удельный вес больных, у которых наблюдается стойкая ремиссия или клинико-морфологическая стабилизация процесса;

- удельный вес больных с рецидивами;

- своевременность взятия на диспансерный учёт выявленных больных (норматив – в течение месяца с момента выявления заболевания);

- соблюдение сроков периодических осмотров;

- качество диагностики;

— полнота и качество лечебно-профилактических мероприятий;

— удельный вес диспансерных больных, не наблюдавшихся данным учреждением в течение года.

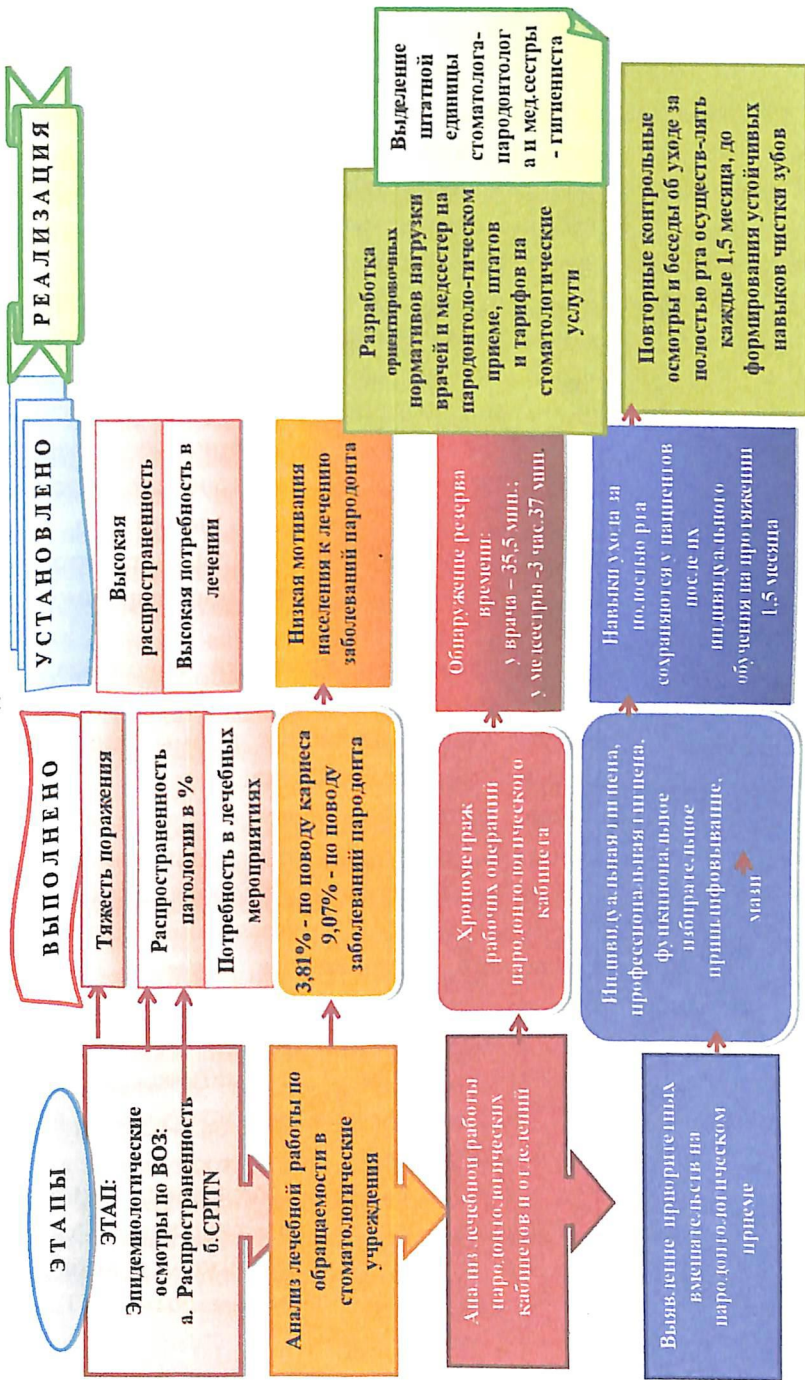
Полученные показатели диспансеризации по участку, стоматологическому учреждению следует анализировать, исходя из реальных возможностей учреждений. Большое значение имеет создание интегрированного банка данных по диспансеризации. Банк данных позволяет использовать информацию в следующих целях:

— для планирования и внесения коррекции в управление и технологию диспансеризации;

— для планирования и проведения профилактических осмотров;

— для анализа влияния комплекса социально-производственных, этнических, гигиенических и других факторов на заболеваемость контингента обследованных.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ И ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСНЫХ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ





## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевания пародонта описываются исследователями во всех странах мира, как у детей и подростков, так и у взрослых. Незначительная курабельность заболевания, особенно в запущенных хронических стадиях, свидетельствует о том, что заболевания пародонта по-прежнему остаются актуальной проблемой.

В настоящее время пути повышения эффективности профилактики и лечения болезней пародонта, как видно из многих публикаций, направлены в основном на разработку и применение средств и методов гигиены полости рта, новых лекарственных форм и способов их введения. Предлагаются различные «чудодейственные» препараты, якобы излечивающие за короткое время любой пародонтит. Однако такое лечение имеет в основном симптоматический характер, часто не дает эффекта, что выдвигает проблему помощи пациентам с заболеваниями пародонта в разряд социально значимых.

Кроме того, по поводу заболеваний пародонта пациенты обращаются за медицинской помощью чаще всего в запущенных случаях, несмотря на то, что различные формы этих заболеваний встречаются едва ли не у каждого человека.

Сравнительный анализ материалов пародонтологического обследования населения городов разного уровня обеспечил также возможность получения объективных научных данных о роли и значении локальных факторов ротовой полости, возможно существенно изменяющих клиническое течение процесса. Мы ограничили число изученных местных патогенных воздействий только наиболее распространенными факторами: микробным скоплением зубного налёта; травматическим действием супраконтрактов; нарушением прикуса; сопутствующими аномалиями отдельных зубов и зубных рядов.

При обследовании полости рта исследованных групп населения клинически выраженные проявления гингивита выявлены в диапазоне от 1,4 до 47,6%; частота гингивитов выше в городах Андижан, Янгиер по сравнению с обследованными в Ташкенте по

всем возрастным группам. У дошкольников и у младших школьников выявлена относительно меньшая частота гингивитов.

Патологические нарушения мягких тканей преддверия полости рта в среднем выявлены у 21,9 – 24,7% обследованных, наиболее часто проявляются в 15 лет, реже – в 12 лет. При их наличии значительно чаще обнаруживали и воспалительные изменения десневого края. Указанная закономерность представляет интерес в плане сопоставления частоты гингивита с зарегистрированной частотой аномалий зубочелюстной системы. На основе полученных данных можно предположить возможность саморегуляции архитектоники тканей преддверия полости рта в определенные возрастные периоды, тогда как в отношении прикуса о такой саморегуляции говорить нельзя, особенно при истинных аномалиях прикусов (открытый, глубокий, прогенический и прогнатический).

С другой стороны, если связь аномалий зубных рядов (прикуса) с гингивитами можно объяснить более благоприятными условиями для скопления зубного налета, то связь воспаления пародонта с патологией преддверия полости рта представляется более сложной. Можно предположить, что такая зависимость является результатом снижения интенсивности обменных процессов в краевом пародонте вследствие постоянного нарушения кровообращения (как показатель этого – анемизация десневого края при натяжении губ), усиления на этом фоне токсического действия продуктов метаболизма, микробных скоплений и их проникновения вглубь тканей.

Максимальная частота гингивитов у детей и подростков выявлена в 15 лет, с изменениями альвеолярных отростков. Это позволяет говорить о том, что детскими стоматологическими лечебно-профилактическими учреждениями недостаточно используются возможности планомерного проведения у школьников санитарно-просветительной работы, контроля гигиены полости рта, а также хирургической и ортопедической коррекции нарушений и адекватного противовоспалительного лечения. В итоге выпускники

школ уходят в колледжи и высшие учебные заведения с активным воспалительным процессом в пародонте, в их полости рта сохраняются местные условия, способствующие постоянному прогрессированию заболевания.

Таким образом, во взрослые стоматологические лечебно-профилактические учреждения ежегодно прибывают мощные потоки пациентов, требующих серьезных лечебных и гигиенических вмешательств, тогда как возможности этих учреждений в плане целенаправленного проведения эффективных профилактических мероприятий существенно меньше, чем в детских государственных стоматологических поликлиниках.

Полученные нами данные позволяют объяснить клиническое состояние пародонта, его возрастную динамику несколькими причинами.

Исходя из принятого отождествления зубного налета с микробным фактором, он является безусловной причиной широкого распространения воспалительных изменений пародонта. Это подтверждается наличием у всех обследованных значительных скоплений зубного налета. Однако количество его с возрастом практически не меняется, тогда как прогрессирование гингивита происходит от младшей к старшей возрастной группе. Это позволяет сделать два предположения:

1). Первично возникшее воспаление при отсутствии лечения или нерегулярном и малоэффективном лечении идет по нарастающей.

2). При идентичном патогенном эффекте микроорганизмов с возрастом у человека снижаются механизмы защиты от их действия.

Полученные данные показали значительные различия по времени, затрачиваемом врачом на лечебные мероприятия, а также отсутствие единых установок в отношении перечня манипуляций, выполняемых пародонтологом. Такая организация работы, конечно, не могла не сказаться на качестве лечебной помощи, её полноте и сроках лечения. Материалы исследований показали, что большая

часть пародонтологов не проводит хирургического лечения (кюретаж, лоскутные операции и т.д.), что свидетельствует о паллиативной помощи, обеспечивающей лишь преходящий эффект. Существенным недостатком работы пародонтологических отделений и кабинетов является отсутствие в их штате врача-ортопеда, подготовленного для этой категории больных.

При рассмотрении механизма болезней пародонта с позиций системного подхода, открываются новые возможности к проведению профилактических и лечебных мероприятий.

При разработке стратегии профилактики заболеваний пародонта необходимы, прежде всего, долговременный мониторинг и ранняя диагностика заболеваний.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ целесообразно выделять следующие ее составляющие: первичную профилактику - мероприятия, которые уменьшают вероятность возникновения заболевания; вторичную профилактику - мероприятия, которые прерывают, предотвращают или замедляют прогрессирование заболевания на ранней стадии; третичную профилактику - мероприятия, направленные на снижение прогрессирования осложнений заболевания или уже имеющихся нарушений.

Тщательно изучив данные специальной литературы, диспансерного наблюдения пациентов, а также с учетом результатов проведенного популяционного исследования большого числа пробандов различного возраста, мы предлагаем свою последовательность и структуру профилактических мероприятий.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аболмасов Н.Н. Избирательная пришлифовка зубов. – Смоленск, 2012. – 91 с.
2. Аверьянов С.В., Чуйкин С.В. Взаимосвязь стоматологической и соматической заболеваемости с неблагоприятными экологическими факторами // Ортодонтия. - 2009.- № 1. - С.38.
3. Адаева С.А. Медико – экспертная оценка стоматологического статуса детей Владимирской области: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – Москва, 2007. – 26 с.
4. Аджи Ю.А. Эффективность лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени на основе применения электроактивированных водных растворов: Дис... канд. мед. наук – Воронеж, 2009. – 157 с.
5. Адмакин О.И. Стоматологический статус детей 12-летнего возраста, страдающих аллергической патологией // Стоматология. - 2007. - №2.-С.80-85.
6. Акиншина А.О. Профилактика системных инфекционных осложнений при стоматологическом лечении больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М.,2009. - 23 с.
7. Алявия О.Т., Яковенко В.И. Анализ состояния полости рта и смешанной слюны при курении // Stomatologiya. – Ташкент, 2006. – № 3-4 (33-34). – С. 82-83.
8. Антонов А.Н. Социально-демографические и мотивационные аспекты удовлетворённости стоматологической помощью в современных условиях: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – М., 2008. – 22 с.
9. Артеменко Т.В., Сахарук Н.А. Анализ стоматологического здоровья у пациентов с эндокринной патологией (гипотиреоз) // Вестник ВГМУ. – Витебск, 2014. – Т. 13, №2. – С.124-128.
10. Бекжанова О.Е., Эгамбердиев У.А., Сагадиева Р. Интенсивность и структура кариеса зубов у взрослого населения различных



- административных территорий г.Ташкента // Stomatologiya. – 2013. - №1-2. – С.18-21.
11. Бобр И.С., Бабаниязов Х.Х., Дмитриева Л.А. Клиническая эффективность ацизола в комплексном лечении генерализованного пародонтита // Микроэлементы в медицине. – М., 2010. – Т.11, Вып.1.-С.47-52.
  12. Богомолов М.В. Пародонтит как неспецифическое осложнение сахарного диабета. Подходы к профилактике // Русский медицинский журнал. – 2011. - №13.
  13. Булкина Н.В. Взаимосвязь и взаимовлияние воспалительных заболеваний пародонта на сердечно-сосудистую систему и желудочно-кишечный тракт // Клиническая стоматология. - 2010. - №2. - С. 28-29.
  14. Булкина Н.В. Профессиональная гигиена полости рта: комфорт до и после процедуры // Клиническая стоматология. - 2010. - №3. - С. 13-15.
  15. Василенко Ф.И., Махаева Н.Ю. Взаимосвязь изменения функционального состояния пародонта с вегетативной регуляцией сердечного ритма больных пародонтитом // Вестник Южно-Уральского государственного университета. - 2014. - Том 14, №3. – С.79-83.
  16. Вишняков Н.И., Данилов Е.О., Прозорова Н.В. Изучение заболеваемости кариесом зубов по данным обращаемости населения за стоматологической помощью // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2007. - Серия 11, Выпуск 4. С. 133 – 142.
  17. ВОЗ опубликовала статистику распространения стоматологических заболеваний во всем мире в
  18. 2012г.//[http://стоматология.рф\\_novosti/voz\\_opublikovala\\_statistiku\\_rasprostraneniya\\_stomatologicheskikh\\_zabolevaniy\\_vo\\_vsem\\_mire](http://стоматология.рф_novosti/voz_opublikovala_statistiku_rasprostraneniya_stomatologicheskikh_zabolevaniy_vo_vsem_mire)

19. Гайбуллаева Ю.Х. Состояние и нуждаемость в оказании стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -Ташкент, 2008. – 20 с.
20. Гайдаров Г.М., Музыка Д.Ю. Оптимизация профилактической работы врачей терапевтов участковых на основе организационных методических подходов // Сибирский медицинский журнал–2007. - № 5.–С.71-73.
21. Гиниятуллин И.И., Блашкова С.Л., Макарова Н.А. Оценка результативности клинического применения протоколов диагностики и лечения хронического генерализованного пародонтита // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2009. – № 4. – С. 41–44.
22. Голубь А.А., Чемикосова Т.С., Гуляева О.А. Состояние микроциркуляции в тканях пародонта у студентов на фоне курения и наличия соматической патологии // Проблемы стоматологии. – 2012. - №3. – С.20-24.
23. Горбачева И.А., Орехова Л.Ю., Сычева Ю.А. Роль сердечно-сосудистой патологии в формировании воспалительно-дегенеративных заболеваний пародонта // Пародонтология. - 2008. - № 4(49). – С. 18-21.
24. Григорьян А.С., Фролова О.А. Морфофункциональные основы клинической стоматологии воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. - 2006. - № 3. — С. 11-17.
25. Гриценко Е.А., Суетенков Дмитрий Евгеньевич, Харитонов Т.Л., Лебедева С.Н. Основные аспекты этиологической профилактики пародонтопатий у детей и подростков // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7, № 1 (приложение). - С. 234-239.
26. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Воспалительные заболевания пародонта как фактор риска развития патологии сердечно-сосудистой системы (обзор литературы) // Стоматология. – 2007. – № 5. – С.76-78.

27. Грудянов А. И. Заболевания пародонта. - М.: МИА, 2009. - 336 с.
28. Грудянов А.И. Средства и методы профилактики воспалительных заболеваний пародонта. – Москва, 2012. - 96 с.
29. Гусева О.Ю., Булкина Н.В., Полосухина Е.Н. Обоснование дифференцированного подхода к антибиотикотерапии при обострении хронического генерализованного пародонтита // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7, № 1 - С. 287-288
30. Дзгоева М. Г. Состояние микрогемодинамики пародонта у пациентов с сосудистыми дистониями // Стоматология. – 2007. - №5.
31. Долгоаршинных А.Я. Разработка и реализация концепции оказания бесплатной стоматологической помощи детскому населению в условиях преимущественно негосударственного здравоохранения Казахстана: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. - 42 с.
32. Дубова Л.В. Нуждаемость пациентов с бронхиальной астмой в стоматологической помощи // Российский стоматологический журнал. - 2010. - №5. – С. 23-30.
33. Ерохина Н.И. Анализ распространенности патологии пародонта среди пациентов, обратившихся в муниципальную стоматологическую клинику // Пародонтология. - 2006. - № 3. - С. 6-9.
34. Исаева Е.Р., Антонова И.Н. Механизмы психологической адаптации спортсменов и их взаимосвязь с воспалительными заболеваниями пародонт // Ученые записки. – 2009. - № 4(50). – С.45-50.
35. Йулдашханова А.С., Даминова Ш.Б., Давлатова А.О. Глубокое фторирование – эффективный метод профилактики кариеса зубов у детей // Мед. журнал Узбекистана. – 2006. - №3. – С. 88-90.

36. Калининская А.А., Шляфер С.И., Мещеряков Д.Г., Трифонов Б.В. Нормативы труда стоматолога в новых условиях работы // Рос. стоматологический журнал. – 2007. - №6. – С. 38-41.
37. Камилов Х.П., Бекжанова О.Е., Касимова Г.Л. Распространенность кариеса и уровень стоматологической помощи взрослому населению г. Бухары // Stomatologiya. – 2011. - №1-2. – С.32-35.
38. Камилов Х.П., Бекжанова О.Е., Эгамбердиев У.А., Искандарова Д. Проведение мероприятий по индивидуальной гигиене полости рта и лечению заболеваний пародонта на амбулаторно-поликлиническом приеме у больных кариесом // Stomatologiya. – 2013. - №3-4. – С.21-25.
39. Каплан З.М. Медико-социальные основы формирования стоматологического здоровья молодежи: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – М., 2007. – 23 с.
40. Кицул И.С., Попова И.Н., Лошкарев В.П. Новая парадигма организационно-методического обеспечения деятельности стоматологической службы региона // Стоматолог. – 2006. - №4. - С. 11-13.
41. Ключникова М.О., Ключникова О.Н. Воспалительные заболевания пародонта – микробиологические аспекты // Современный взгляд на будущее науки: Сборник статей Международной научно-практической конференции. – Уфа, 2014. – Часть 3. – С.80-84.
42. Кисельникова Л. П. Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний у детей. - М.: МГМСУ. – 2008/
43. Коростылева Е.А. Медико-социальные аспекты совершенствования амбулаторной стоматологической помощи студенческой молодежи: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – Челябинск, 2009. – 23 с.

44. Косюга С.Ю., Киселева О.С., Богомолова Е.С. Стоматологическое здоровье школьников // Нижегородский медицинский журнал. - 2008. - №2. - С.82—84.
45. Кузьмина Д.А. Комплексное патогенетическое, фармако-экономическое и клиничко-организационное обоснование системы ранней диагностики, профилактики и этапного лечения карнеса у детей: Автореф.дис. ... д-ра мед.наук. – СПб, 2011. – 47 с.
46. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – Москва, 2009. - 234 с.
47. Кулаженко Т.В. Гигиеническое воспитание в структуре лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта // Стоматология. - 2007. - №6 (Спец. Выпуск). – С. 48-51.
48. Леонтьев В.К. Концепция развития стоматологии в России. Часть III// Посольство медицины. – 2009.- №7.
49. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М.: Медицина, 2007. – 430 с.
50. Лепёхина О.А., Сущенко А.В., Лепехина Л.И. О влиянии соматической патологии на развитие гингивитов у детей // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т.18, №2. – С.208-210.  
Лепилин А.В., Еремин О.В., Островская Л.Ю. Патология пародонта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (обзор литературы) // Пародонтология. – 2008. – № 4 (49). – С. 10-17.
51. Лепилин А.В., Козлова И.В., Каргин Д.В. Коморбидность болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. - Т.5, №3. – С.393-398.
52. Линник Л.Н. Лечение хронического генерализованного пародонтита у лиц пожилого и старческого возраста // Альманах



- «Геронтология и гериатрия». - Москва, 2010. - выпуск 9, № 10. - С.174-177. \
53. Лошкарёв В.П. Состояние и перспективы развития территориальных систем управления качеством стоматологической помощи (по данным социологических исследований) // Российский стоматологический журнал. - 2007. - №2. - С. 31-37.
  54. Лунева Н.А. Социальный смысл и медицинский эффект стоматологических образовательных программ для школьников: Дис... д-ра. мед.наук. – Волгоград, 2009. – 316 с.
  55. Маев И.В. Микрофлора полости рта с различной рН смешанной слюны у больных с кислотозависимыми заболеваниями // Медицина критических состояний. – 2008. – № 3. – С. 31–34.
  56. Макеева И.М., Булгаков В.С., Никольская И.А. Влияние психоэмоционального состояния пациента на течение заболевания пародонта // Здоровье и образование в XXI веке. – 2008. – Вып.1, №10.- С.140-141.
  57. Макеева И.М., Акимова И.В., Туркина А.Ю. Применение иммуномодулирующего препарата Имудон в комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки рта // Dental Tribune. - 2011- №1. – С.9.
  58. Макеева И.М., Дорошина В.Ю., Проценко А.С. Распространенность стоматологических заболеваний у студенческой молодежи Москвы и потребность в их лечении // Стоматология. – 2009. - №6. – С.4-8.
  59. Максимовский Ю.М., Бутова В.Г., Бачалова Э.И. Бинну С.И., Левина Л.В. Методические подходы к оценке нагрузки врача-стоматолога-терапевта // Институт стоматологии. – 2009. - №1. – С.22-23.
  60. Мамаева Е.В. Патология тканей пародонта и вегетативный гомеостаз у школьников подросткового возраста //

Стоматология детского возраста и профилактика. – 2006. - №3-4.  
– С. 3-7.

61. Мамаева Е.В. Пародонтологический статус и функциональное состояние организма у подростков: Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук. – Казань, 2007. - 36 с.
62. Медведева О.В., Киричук В.Ф., Кодочигова А.И., Халтурина В.Г., Кучеров М.Г., Никулина И.Н. Клинические, психофизиологические и психологические аспекты риска развития заболеваний пародонта у клинически здоровых лиц // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. - т. 5, № 4. - С. 516-520.
63. Мельничук Г.М. Генералізований пародонтит і пародонтоз: маркери спадкової схильності, патогенетичні механізми метаболічних порушень та їх комплексна корекція: Автореф.дис. ...д-ра наук.-Харків,2008.-41 с.
64. Мещеряков Д.Г. Теоретическое обоснование и разработка механизмов повышения эффективности стоматологической помощи населению: Автореф.дис...д-ра мед. наук – М., 2006. - 51 с.
65. Никурашина Н.А. Состояние вопросов диагностики заболеваний пародонта в крупных промышленных регионах Казахстана // Стоматология. – 2011. - №3. - С.21-22.
66. Образцов Ю.Л. Стоматологическое здоровье: сущность значения для качества жизни, критерии оценки //Стоматология.- 2006. -№ 4.-С.41-43.
67. Оксас Н.С. Оценка состояния микроциркуляции тканей пародонта у больных с воспалительными заболеваниями пародонта при использовании карбоната кальция // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. - 2007. - № 1(21).-С. 114-116.
68. Олейник Е.А. Изучение влияния социально-экономических факторов среды на состояние полости рта у детей //

- Стоматология детского возраста и профилактика. - 2008. - № 3. - С. 20-22.
69. Олесов Е.Е., Шаймиева Н.И., Олесов А.Е., Кононенко В.И., Юффа Е.П. Клинико-экономические аспекты профессиональной гигиены рта // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. - №2. – С.131-135.
70. Олесова В.Н., Сорокоумов Г.Л., Гадаев М.С., Макеев А.А. Стоматологический статус у старейших работников РНЦ «Курчатовский институт» с опасными и нормальными условиями труда // Стоматология. - 2009. - №2. - С.69-71.
71. Олесова В.Н., Хавкина Е.Ю., Берсанов Р.У., Бекижева Л.Р., Олесов А.Е. Новые организационные решения проблемы совершенствования стоматологической помощи вахтовым работникам // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2011. - №3 (35). - С. 87-88.
72. Опарин С.В. Применение мексидола в композиции лекарственных препаратов, иммобилизованных на желатиновых шинах, для местной активной патогенетической терапии начальных стадий воспалительных заболеваний пародонта // medi.ru, 2008.
73. Орехова Л.Ю., Долгодворов А.Ф., Крылов В.Ю. Особенность гемодинамики тканей пародонта у больных бронхиальной астмой // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. - 2007. - № 1(21). - С. 117-119.
74. Орехова Л.Ю., Осипова М.В. Прогнозирование состояния пародонта у курильщиков // Пародонтология. - 2012. - №1. - С. 42-47.
75. Островская Л.Ю. Клинико-диагностические критерии и оценка эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Волгоград, 2008. - 37с.

76. Панчовска М., Фиркова Е. Ревматоидный артрит и хронический пародонтит. Хронические заболевания с общим патогенезом // Научно-практическая ревматология. – 2007. – Выпуск 1. – С.63-68.
77. Папапану П. Н. Связь пародонтита и атеросклероза сосудов: актуальные данные и значимость для специалистов и общества // Лечащий врач. – 2013. - № 7. – С. 44 – 48.
78. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо // ВОЗ: Доклад о состоянии здравоохранения в мире-Женева. - 2008. - 152 с.
79. Перова М.Д., Шубич М.Г., Козлов В.А. Новый взгляд на развитие и репарацию поврежденных тканей пародонта с позиций молекулярной медицины (аналитический обзор). Часть 1. Механизмы рецепции патогенов и передачи сигналов о функциональном состоянии //Стоматология- 2007-№3- С76-80.
80. Перова М.Д., Шубич М.Г., Козлов В.А. Новый взгляд на развитие и репарацию поврежденных тканей пародонта с позиций молекулярной медицины (аналитический обзор). Часть II. Особенности иммунопатогенеза пародонтита и репарации тканей пародонта // Стоматология. - 2007. - №5. - С.79-81.
81. Петраш Д.А. Сравнительный анализ клинических и организационных технологий при оценке качества в терапевтической стоматологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2009. - 29 с.
82. Пихур О.Л., Михайлова Г.С., Кузьмина Д.А., Цимбалистов А.В. Роль гигиены полости рта в профилактике основных стоматологических заболеваний: учебное пособие. – Санкт-Петербург, 2010. – 123 с.
83. Плюхин Д.В. Научное обоснование потребности населения города Челябинска в стоматологической помощи и управление качеством услуг: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2009. - 22 с.



84. Подгаецкая О.Е., Шнайдер С.А. Этиология и патогенез хронического генерализованного пародонтита // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Т.11., №1. – С.127-130.
85. Полевой П.В. Профилактика и диагностика заболеваний ротовой полости у беременных // Буковинський медичний вісник. – Черновцы, 2013. – Том 17, № 1 (65). – С.90-91.
86. Понукалина Е.В., Булкина Н.В., Карпенко И.Н. О роли нарушений сосудисто-тромбоцитарного механизма гемостаза в патогенезе микроциркуляторных расстройств при быстро прогрессирующем пародонтите // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – №1 (10). – С.51-54.
87. Попова Е.С., Писаревский Ю.Л., Намханов В.В. Определение степени микроциркуляторных нарушений в пародонте у детей с зубочелюстными аномалиями // Вестник Бурятского Государственного Университета. – 2013. – Выпуск № 12. – С.103-106.
88. Путин М.Е., Зубов С.В., Заславский Р.С. Роль рационального технического переоснащения и прогрессивной кадровой политики при реструктуризации стоматологической службы ОАО «Газпром» в целях повышения производительности труда и улучшения качества оказания стоматологической помощи // Стоматология для всех. – 2006. – №2. – С.52-54.
89. Романенко Е.Г., Ковач И.В., Руденко А.И., Кленина И.А. Роль метаболитов оксида азота в патогенезе воспалительных заболеваний тканей полости рта и желудочно-кишечного тракта // Вісник проблем біології і медицини. - 2010. - Вип. 3. – С.37-41.
90. Рошковский Е.В. Изучение нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах: Автореф. дис....канд. мед. наук. - М., 2008. - 25с.



91. Румянцев В.А., Галочкина А.Б., Закарян А.В., Жигулина В.В. Эффективность мексидола в лечении экспериментального гингивита (слепое контролируемое исследование) // Стоматолог-практик. – 2012. - №3. – С.60-61.
92. Румянцев В.А., Коротаев К.А., Битюкова Е.В. Изменение кислотно-основного равновесия в полости рта под влиянием местного лечения у больных пародонтитом и сопутствующим сахарным диабетом // // Стоматология для всех. – 2008. - №3. – С. 10-14.
93. Русакова Е.Ю., Бессонова С.И., Бевз А.А. Стоматологический статус у детей при различных соматических заболеваниях // Стоматология для всех. - 2008. - №3. - С.
94. Ряховский А.Н., Логинова Н.К., Котенко С.А. Периотестометрия и реопародонтография в оценке эффективности вантового шинирования при лечении пародонтита //Институт стоматологии. - 2007. - №4. - С.54.
95. Сабирзянова Э.К., Фархутдинова Л.В. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта с учетом функционального состояния организма у лиц, подвергающихся длительным психоэмоциональным нагрузкам // Вестник новых медицинских технологий. - 2009. - № 1. - С. 128-131.
96. Савина Е.А. Персонализация комплексного лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта: Дис. ... канд.мед.наук. – Саратов, 2014. – 144 с.
97. Садовский В.В., Гринин В.М., Фёдоров А.В., Петраш Д.А. Медико-социальные основы организации стоматологической службы в современных условиях функционирования рынка // Институт стоматологии. – 2007. - № 1 (34). - С.30-33.
98. Саидова Н.Б., Уралов А. Распространенность кариеса зубов у детей, проживающих в сельских районах республики Узбекистан // Stomatologiya. – 2013. - №3-4. – С.10-15.

99. Севбитов А.В., Макеева И.М., Зуева Т.Е. Особенности стоматологического статуса подростков и страдающих наркоманией // Стомато-логия детского возраста и профилактика. – 2008. - №2. – С. 19-21.
100. Симановская О.Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни // Стоматология. - 2008. - № 5. - С. 75-77.
101. Смолина Е. С., Гуnenкова И.В., Новикова Т.Н. Нормативно-правовое обеспечение ортодонтической службы //Ортодонтia. - 2006. -№1.- С.69.
102. Смолина Е. С. Гуnenкова И.В. Использование эстетического индекса ВОЗ для определения нуждаемости детей и подростков в ортодонтическом лечении // Институт стоматологии. – 2007. - №2. – С.24-26.
103. Соколова С.И. Применение лактобактерина, иммобилизованного на коллагене, в комплексном лечении хронического катарального гингивита у детей с гуморальными иммунодефицитнымисостояниями : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2007. - 26 с.
104. Тайлакова Д.И., Жуматов У.Д., Бекметов М.В., Касимов М.М. Характеристика анкетного опроса школьников, проживающих в различных условиях экологической среды // Stomatologiya. – 2011. - №3-4. – С.42-45.
105. Тё И.А. Роль аккредитации и сертификации в повышении качества стоматологической помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – Кемерово, 2009. - 47 с.
106. Тирская О.И., Пенсионерова О.В., Молоков В.Д. Сопутствующая патология у пациентов с пародонтитом // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. - №8. – С.20-24.
107. Тоткина Н.А., Малый А.Ю., Волков Е.Б. Региональные особенности оказания стоматологической помощи и их влияние

- на качество лечения зубов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2006. - №12. – С.10-14.
108. Трутень В.П. Методы лучевого исследования в диагностике воспалительных заболеваний зубов и челюстей // Российский стоматологический журнал– 2009. – №1. –С.50–52.
109. Фабрикант Е.Г., Гуревич К.Г. Возможности применения критериев качества жизни при экспертизе результатов стоматологического лечения // Медицинское право. – 2008. – № 2. – С. 19-22.
110. Хавкина Е.Ю., Олесова В.Н., Уйба В.В., Макеев А.А., Максюков С.Ю. Совершенствование оценки качества лечебно-профилактической помощи в ведомственной стоматологической клинике // Стоматология. – 2011.-№5.-С.4-9.
111. Халилов И.Х., Худанов Б.О., Гуломов С.С., Жураев Ш.Р. Мактабгача тарбия ва мактаб ёшидаги болалар муассасаларида огиз бушлиги шахсий гигиенаси турбиясини ташкил этиш // Stomatologiya. – 2012. - №1-2. – С.110-113.
112. Хетагурова Л.К. Распространенность зубочелюстных аномалий и организация ортодонтической помощи детскому населению республики Северная Осетия – Алания: Автореф. дис.канд.мед. наук. - М., 2006.- 22с.
113. Ходжиметов А.А. Клинико-функциональная оценка эффективности «эноксапарина» в пародонтологической практике: Дис. ... канд.мед.наук. – Ташкент, 2006. – 118 с.
114. Хубаев С-С.З. Нуждаемость населения г. Грозный в стоматологической помощи // Институт стоматологии. – 2009. - №1. – С.20.
115. Цапок П. И., Разумный В.А., Чучкова М.Р. Изучение влияния курения табака на показатели оксидантно-антиоксидантного баланса ротовой жидкости // Стоматология. - 2012. -№2. - С. 14-15.

116. Царев Н.М. Микробиологические и молекулярно-биологические аспекты кариеса зубов и современные методы исследования // *Стоматология*. – 2009. – №1-2. – С. 60-69.
117. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. - М.: МЕД пресс-информ, 2006. - 192 с.
118. Цепов Л.М. Лечение хронического генерализованного пародонтита: движение стоматологов по замкнутому кругу. Является ли оно эффективным? // *Пародонтология*. - 2006. - № 3. - С. 3-4.
119. Цыбин А.К., Запашнюк П.Е., Леус П.А. Новые показатели качества стоматологической помощи населению // *Здравоохранение*. - 2008. -№4. - С.20-24.
120. Шабашова Н.В., Новикова В.П., Кузьмина Д.А. Состояние полости рта при рефлюкс-эзофагите у детей // *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. – СПб, 2008. – № 2–3. – С. 450.
121. Шукурова Г.Р., Якубова Ф.Х., Каримов Д.М. Стоматологический статус детей в возрасте от 6 до 12 лет // *Stomatologiya*. – Ташкент, 2014. - №3-4. – С.65-67.
122. Янушевич, О.О., Бутова В.Г., Умарова К.В. Анализ динамики видов, структуры и объемов стоматологической помощи, оказываемой в соответствии с классификатором медицинских услуг по программе ОМС взрослому населению при лечении пародонтита // *Институт Стоматологии*. – 2012. – № 57. – С. 22-23.
123. Al-Haddad K.A., Al-Hebshi N.N., Al-Ak'hali M.S. Oral health status and treatment needs among school children in Sana'a City, Yemen // *Int. J. Dent. Hyg*. – 2010. – Vol.8, N2. – P.80-85.
124. Amato L.I., Colais P., Davoli M., Ferroni E., Fusco D., Minozzi S., Moirano F. Volume and health outcomes: evidence from systematic reviews and from evaluation of Italian hospital data // *Epidemiol. Prev.* – 2013. – Vol.37, (2-3 Suppl 2). – P.1-100.

125. Baginska J., Rodakowska E., Kierklo A. Status of occlusal surfaces of first permanent molars in 6-8-year-old children evaluated by the CAST and DMF indices // *Eur. J. Paediatr. Dent.* - 2014. - N15. - P.107–112.
126. Baginska J, Rodakowska E, Milewski R, Kierklo A. Dental caries in primary and permanent molars in 7-8-year-old schoolchildren evaluated with Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) index // *BMC Oral Health.* - 2014. - N14. - P.1–8.
127. Bernabé E., Suominen A.L., Nordblad A., Vehkalahti M.M., Hausen H., Knuuttila M. Education level and oral health in Finnish adults: Evidence from different lifecourse models // *J. Clin. Periodontol.* - 2011. – Vol.38. – P.25–32.
128. Bertoldi C., Lalla M., Pradelli J.M., Cortellini P., Lucchi A., Zaffe D. Risk factors and socioeconomic condition effects on periodontal and dental health: A pilot study among adults over fifty years of age // *Eur. J. Dent.* – 2013. - Vol.7, N3. – P.336–346.
129. Bogges K.A., Urlaub D.M., Massey K.E. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women // *J. Am. Dent. Assoc.* – 2010. – № 141. – P. 553-661.
130. Braga M.M., Oliveira L.B., Bonini GAVC, Bönecker M., Mendes F.M. Feasibility of the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS-II) in Epidemiological Surveys and Comparability with Standard World Health Organization Criteria // *Caries Res.* – 2009. – Vol.43. - 245–249.
131. Campos M.S., Marchini L., Bernardes L.A., Paulino L.C., Nobrega F.G. Biofilm microbial communities of denture stomatitis // *Oral Microbiol. Immunol.* – 2008. - Vol.23.-N5. – C.419-24.
132. Crossner C.G., Unell L. A longitudinal study of dental health from the age of 14 to 41 // *Swed Dent J.* - 2007. - 31 (2). - C.65-74.
133. deSouza A.L., Soraya C. L., Ewald M. Bronkhorst, Jo E. Frencken. Assessing caries status according to the CAST instrument and WHO



- criterion in epidemiological studies // *BMC Oral Health*. – 2014. – Vol.14, N1. – P. 119.
134. Ghiabi E., Weerasinghe S. The periodontal examination profile of general dentists in Nova Scotia, Canada // *J.Periodontol.* - 2011. - Vol.75. - P.33–40.
135. Gundala R., Chava V.K. Effect of lifestyle, education and socioeconomic status on periodontal health // *Contemp. Clin. Dent.* - 2010. – Vol.1, N1. – P.23-26.
136. Хааке S.K., Мейер D.H., Фивес-Тейлор Р.М., Шенкейн Н. Болезни пародонта. В кн.: Микробиология и иммунология для стоматологов / Под ред. Р. Дж. Ламант, М.С.Лантц, Р.А. Берне, Д.Дж Лебланк. - М.: Практическая медицина, 2010. – С. 297-340.
137. Heo S.-M., Choi R.-S., Latif A. Kazim, Molakala S. Reddy, Elaine M. Haase, Frank A. Scannapieco, Ruhl S. Host Defense Proteins Derived from Human Saliva Bind to *Staphylococcus aureus* // *Infect Immun.* – 2013. – Vol.81, N4. – P. 1364–1373.
138. Heo S.M., Ruhl S., Scannapieco F.A. Implications of salivary protein binding to commensal and pathogenic bacteria // *J. Oral Biosci.* 2013. – Vol.55, N4. –P.169-174.
139. Kim H.S., Son J.H., Yi H.Y., Hong H.K., Suh H.J., Bae K.H. Association between harmful alcohol use and periodontal status according to gender and smoking // *BMC Oral Health*. – 2014. - Vol.14. – P.73. do 10.1186/1472-6831-14-73.
140. King G.L. The role of inflammatory cytokines in diabetes and its complications // *J. Periodontol.* - 2008. – Vol.79. – P.1527–1534.
141. Kolenbrander P.E., Palmer R.J., Periasamy S., Jakubovics N.S. Oral multispecies biofilm development and the key role of cell-cell distance // *Nat. Rev. Microbiol.* – 2010. - N8. – P.471–480.
142. L'hirondel M., Soubeyrand J., L'hirondel L. Salivary nitrates. New perspectives concerning the physiological function of saliva // *Rev. Tomatol. Chir. Maxillofac*– 2007.– Vol. 108, № 2. — P.115 – 119.

143. Li H., Carter P. Salivary nitrate—an ecological factor in reducing oral acidity // *Oral Microbiol. Immunol.* - 2007. - Vol. 22, № 1. — P.67 – 71.
144. Liu Z., Liu Y., Song Y., Zhang X., Wang S., Wang Z. Systemic Oxidative Stress Biomarkers in Chronic Periodontitis: A Meta-Analysis // *Dis. Markers.* - 2014; 2014:931083. Epub 2014 Nov 16.
145. Marino R., Morgan M., Hopcraft M. Transcultural dental training: addressing the oral health care needs of people from culturally diverse backgrounds // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2012. – Vol. 40, Suppl 2.– P.134–140.
146. Miyaki K., Masaki K., Naito M. Periodontal disease and atherosclerosis from the viewpoint of the relationship between community periodontal index of treatment needs and brachial-ankle pulse wave velocity // *BMC Public Health.* - 2006. - Vol.14. - P.6-131.
147. Özçaka Ö., Becerik S., Bıçakçı N., Kiyak A.H. Periodontal disease and systemic diseases in an older population // *Arch. Gerontol Geriatr.* – 2014. – Vol.59, N2. - 474-479.
148. Paju S. Clarithromycin reduces recurrent cardiovascular events in subjects without periodontitis // *Atherosclerosis.* - 2006. - Vol. 188. - P. 412-419.
149. Palma P.V., Leite I. C. G. Epidemiology and Social Inequalities of Periodontal Disease in Brazil // *Front Public Health.* – 2014. - N 2. – P. 203.
150. Persson G.R., Persson R.E. Cardiovascular disease and periodontitis: An update on the associations and risk // *J. Clin. Periodontol.* – 2008. – Vol.35 (Suppl 8). – P.362–379.
151. Peruzzo D.C., Benatti B.B., Ambrosano G.M.B. A Systematic Review of Stress and Psychological Factors as Possible Risk Factors for Periodontal Disease // *Journal of Periodontology.* - 2007. - Vol.78, N8. - P.1491-1504.

152. Petersson J. Gastroprotective and blood pressure lowering effects of dietary nitrate are abolished by an antiseptic mouthwash // *Biol.Med.* - 2009. -Vol. 46, № 8. – P.1068 – 1075.
153. Pieper K., Weber K., Margraf-Stiksrud J., Heinzl-Gutenbrunner M., Stein S., Jablonski-Momeni A. Evaluation of a preventive program aiming at children with increased caries risk using ICDAS II criteria // *Clin. Oral Invest.* - 2012. – Vol.17. – P.2049–2055.
154. Poklepovic T., Worthington H.V., Johnson T.M., Sambunjak D, Imai P., Clarkson J.E., Tugwell P. Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults // *Cochrane Database Syst. Rev.*- 2013. - Dec 18;12:CD009857.doi:10.1002/14651858.CD009857.pub2.
155. Salvi G., Carollo-Bittel B., Lang N. Effects of diabetes mellitus on periodontal and peri-implant conditions update on associations and risks // *J. Clin. Periodontol.* – 2008. – Vol.35. – P.398–409.
156. Sato E.F., Choudhury T., Nishikawa T., Inoue M. Dynamic aspect of reactive oxygen and nitric oxide in oral cavity // *J. Clin. Biochem. Nutr.*– 2008.– Vol.42, № 6. - P. 8 - 13.
157. Slot D.E., Van der Weijden F. Insufficient evidence to determine the effects of routine scale and polish treatments // *Evid. Based Dent.* - 2014. – Vol.15, N3. – P.74-75.
158. Svoronosa Theodore, Matea Kedar S. Evaluating large-scale health programmes at a district level in resource-limited countries // *Bull. World Health Organ.* - 2011. – Vol.89. – P.831–837.
159. Tets G.V., Vikina D.S., Veчерkovskaia M.F., Domorad A.A., Kharlamova V.V., Tets V.V. New approaches to oral cavity opportunistic microbiota study // *Stomatologiiia (Mosk).* – 2013. – Vol.92, N1. – P.14-16.
160. World Health Organization. The liverpool declaration: promoting oral health in the 21st century // [http://www.who.int/oral\\_health/events/liverpool\\_ declaration/en/](http://www.who.int/oral_health/events/liverpool_declaration/en/) Date last accessed 18 February, 2013.

161. Worthington H.V., Clarkson J.E., Bryan G., Beirne P.V. Routine scale and polish for periodontal health in adults // Cochrane Database Syst. Rev. - 2013. - Vol.7, N11. CD004625. do 10.1002/14651858.CD004625.pub4.
162. Yaling L. Regulation of urease expression of *Actinomyces naeslundii* in biofilms in response to pH and carbohynol.- 2008.- Vol.23, № 4.- P.315 – 319.
163. Yang Y.-H., Jiang Y.-L., Zhang J., Wang L., Bai X.-H., Zhang Sh.-J., Ren Y.-M. et al. Structural Insights into SraP-Mediated *Staphylococcus aureus* Adhesion to Host Cells // PLoS Pathog. – 2014. – Vol.10, N6. –P.e1004 -1169.
164. Zhang Sh., Liu J., Lo E.C.M., Chu Ch.-H. Dental and periodontal status of 12-year-old Bulang children in China // BMC Oral Health. – 2014. – Vol. 14, 32. 10.1186/1472-6831-14-32.

**РИЗАЕВ Ж.А., БОЙМУРАДОВ Ш.А.**

**ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

**МОНОГРАФИЯ**

Заказ № 104

Объем 9.25 п.л. формат 60x84 1/16

Тираж 350 экз.

Отпечатано в 2019г.

---

Типография Ташкентской государственной  
стоматологической института  
Минздрава РУз.  
100048, Ташкент, ул Махтумкули-103.





