СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

1. ОБЗОР ИСТОЧНИКОВ

2. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

3. СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Изучение распространенности и особенностей патологии пародонта

3.2. Социально-демографическая и клиническая характеристика пациентов, страдающих заболеваниями пародонта

3.3. Значение профессиональной гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта

4. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время большинство пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, страдает различными формами заболеваний пародонта.

Современные эпидемиологические данные свидетельствуют не только о значительной распространенности патологии пародонта у детей и взрослых, но и о влиянии на частоту заболевания зубных отложений, гигиены полости рта, некачественных протезов и пломб, зубочелюстных деформаций, окклюзионной травмы, нарушение строения тканей преддверия полости рта, особенностей ротового дыхания; употребляемых лекарственных препаратов, перенесенных и сопутствующих заболеваний, экстремальных факторов, приводящих к нарушению компенсаторных механизмов естественного иммунитета и др.

Опыт, накопленный в последние годы, показывает, что нарастание патологии органов и тканей полости рта остановить лечебными мероприятиями невозможно. В связи с этим необходимы разработка и широкое внедрение в практику мероприятий по профилактике основных стоматологических заболеваний.

На сегодняшний день доказана взаимосвязь между состоянием пародонта и уровнем индивидуальной гигиены полости рта. Мягкий зубной налет, скапливаясь в области шеек зубов и в межзубных промежутках, способствует запуску механизма деструкции всего пародонтального комплекса, начиная с воспаления десны и разрушения зубодесневого прикрепления и заканчивая тяжелым деструктивным процессом в костной ткани альвеолярных отростков челюстей.

Несмотря на многочисленные публикации, посвященные гигиене полости рта, и наличие на современном рынке самых разнообразных гигиенических средств, состояние гигиены полости рта у подавляющего большинства населения остается неудовлетворительным.

Из вышесказанного следует необходимость профилактики стоматологических заболеваний общепризнанной, поэтому всем пациентам, первично обратившимся в стоматологическую поликлинику, необходимо проводить мотивацию к выполнению тщательной гигиены полости рта с использованием профилактических средств, обязательно показывать качество ухода за полостью рта, используя красящие растворы, рассказать о ведущей роли микробного фактора в возникновении и развитии воспалительных заболеваний пародонта.

Цель исследования:

Гигиена полости рта как метод профилактики заболеваний пародонта.

Задачи исследования:

1. Обзор литературных источников об исследованиях заболеваний пародонта.
2. Изучение распространенности и особенностей патологии пародонта среди пациентов, обратившихся в стоматологическую поликлинику.
3. Социально-демографическая и клиническая характеристика пациентов, страдающих заболеваниями пародонта.
4. Значение профессиональной гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта.
5. Анализ результатов и подведение итогов выполненной работы.

1. ОБЗОР ИСТОЧНИКОВ

Многочисленные исследования (Алимский А.В., 1989; 2000; Грудянов А.И., 1994; Барер Г.М., 1995; Борисова Е.Н., 2001; Иванов В.Ф., 1998, 2001; Beck J.D., Slade G.D., 1996; Gjermo P.E., 1998 и др.) показали, что лишь у 12% людей здоровый пародонт, у 53% отмечены начальные воспалительные изменения, у 23% – начальные деструктивные изменения, а у 12% имеются поражения средней и тяжелой степени: начальные воспалительные и деструктивные изменения очень часто (в 38% и 23% соответственно) встречаются у лиц в возрасте 25 – 34 лет, однако деструктивные изменения средней и тяжелой степеней у них встречаются более чем в 3 раза чаще, чем в предыдущей группе. В возрастных группах 35 – 44, 45 – 54, 55 лет и старше число лиц с начальными изменениями пародонта прогрессивно уменьшается 26 – 15% при одновременном росте изменений средней и тяжелой степени – до 75%. Распространенность заболеваний пародонта в России, в зависимости от возраста, колеблется от 48,2% (в 12 лет) до 86,2% (в 44 года), а к 60 – 65 годам достигает 100%. Согласно результатам многочисленных эпидемиологических исследований отечественных и зарубежных авторов, наиболее часто встречающейся патологией пародонта в молодом возрасте является гингивит (рис. 1), после 30 лет – пародонтит.



Рис. 1 – Распространенность различных форм гингивита у школьников.

По Самарской области состояние тканей пародонта у детей 3- и 6-летнего возраста изучалось при помощи пародонтального индекса КПИ, а в более старших возрастных группах – CPITN. Отмечается, что уже у 3-летних детей имеются признаки заболеваний пародонта, КПИ равен 1,6 – 1,8. Для детей дошкольного возраста характерен гингивит легкой степени тяжести, который обусловлен негигиеническим состоянием полости рта и отсутствием регулярного ухода за полостью рта у детей под контролем родителей. Во всех регионах у 12-летних детей распространенность заболеваний пародонта колеблется от 82,6 до 92,9%. К 15 годам у населения происходит нарастание клинических признаков: здоровый пародонт выявлен у 5 – 10% подростков, кровоточивость при зондировании – у 22%, отложение зубного камня – у 63%, пародонтальные карманы – у 6%. К 35 – 44 годам происходят значительные патологические изменения. Здоровый пародонт выявлен у 0,7%, у 68% – пародонтальные карманы различной глубины, появляются отсутствующие сектанты.

Все население 35 – 44- летнего возраста нуждается в гигиеническом обучении и профессиональной гигиене полости рта (Хамадеева А.М., 2001).

По результатам исследования П.А. Леуса (1990), состояние пародонта у подростков одной возрастной группы примерно одинаково во всех обследованных населенных пунктах. Зубные отложения и кровоточивость десен отмечаются уже у 5-летних детей (Борисенко Л.Г., 1992). В 14 – 17 лет обнаружена средняя интенсивность болезней пародонта (КПИ = 2,6), которая нарастает с возрастом.

Из приблизительно 15 – 20 зубов, которые человек теряет в возрасте 40 – 65 лет, в большинстве случаев причиной указанной потери является пародонтит (Леус П.А., 1990). На восстановление функции жевания при частичной или полной адентии тратятся огромные средства. Во всем мире ортопедическое лечение пациентов с заболеваниями пародонта является наиболее дорогостоящей стоматологической услугой. Сохранение стоматологического здоровья определяет не только нормальное функционирование зубочелюстной системы и всего организма человека, но и качество его жизни (Леонтьев В.К., 1999).

Несмотря на широкую распространенность патологии пародонта, обращаемость пациентов за медицинской помощью в связи с этим видом патологии остается сравнительно невысокой (Солнцев А.С. и соавт., 1991). Это определяется как низкой медицинской грамотностью и активностью населения, так и недостатками в организации стоматологической помощи, что связано с рядом объективных факторов социального и экономического характера (Леонтьев В.К., 1995). Потребность взрослого населения в стоматологической помощи в 90 раз превышает возможности лечебных стоматологических учреждений.

Основным этиологическим фактором следует признать микрофлору полости рта. Другими словами, отсутствие гигиены полости рта либо плохое её качество как основной фактор риска, несомненно, приведет к гингивиту и кариесу. Педиатры, воспитатели, родители имеют неадекватные современным представлениям знания по вопросом профилактики заболеваний полости рта, поэтому они не могут полноценно участвовать в гигиеническом обучении и воспитании детей по предупреждению основных стоматологических заболеваний (Хамадеева А.М., 2000).

По данным ВОЗ (2002), около 95% взрослого населения планеты и 80% детского населения имеют те или иные признаки пародонтопатий. Высокий уровень заболеваний пародонта, по докладу научной группы ВОЗ, выпадает на возраст 20 – 44 года (от 65 – 95%) и 15 – 19 лет (от 55 – 89%).

Для предупреждения заболеваний пародонта уже на первых этапах, наиболее действенной является профессиональная гигиена полости рта, включающая обучение правилам гигиены полости рта, контроль, за их выполнением, постоянную мотивацию пациента в ходе, как первого, так и последующих курсов лечения (В.Г. Бокая, 1993; Е.В.Боровский, 1987, 1988; А.И. Грудянов, 1995; Е.Н. Жажков, 2000; S.Cripps, 1984).

И.Д. Ушницкий (1996) занимался изучением влияния гигиенического воспитания детей на состояние тканей пародонта и уровень гигиены полости рта и доказал, что уже 1 год показатель распространенности гингивита снизился с 43,6 ± 2,3% до 26,7 ± 1,7%, т.е. в 2,1 раза, что подтверждено исследованиями.

Следовательно, особое внимание следует уделить внедрению, обучению гигиене полости рта и её контролю в раннем детском возрасте и на этапах взросления ребенка. Только оптимизация и интенсификация гигиены полости рта позволит разрешить проблемы кариеса как кариозной болезни и гингивита как стартовой площадки пародонтита, поскольку зубной налет и зубная бляшка отрицательно влияют и на твердые ткани зуба, и на пародонт.

2. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Профилактика – это система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение заболеваний полости рта и организма в целом. Основной целью профилактики является устранение причин и условий возникновения и развития заболеваний, а также повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды.

Согласно классификации ВОЗ, профилактику принято разделять на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика – использование методов и средств для предупреждения возникновения стоматологических заболеваний.

Если начальные признаки поражения появились, то в результате проведения профилактических мероприятий они могут стабилизироваться или подвергнуться обратному развитию.

К методам первичной профилактике относятся:

– индивидуальная гигиена полости рта;

– профессиональная гигиена полости рта;

– эндогенное использование препаратов фтора;

– применение средств местной профилактики;

– стоматологическое просвещение населения.

Индивидуальная гигиена предусматривает тщательное и регулярное удаление зубных отложений с поверхностей зубов и десен самим пациентом с помощью различных средств гигиены (зубные щетки, зубные пасты и гели, жевательные резинки, эликсиры, ополаскиватели, интердентальные средства гигиены полости рта).

Наилучший способ предотвращения развития заболеваний пародонта заключается в полном удалении зубного налета посредством гигиенической обработки полости рта при помощи зубной щетки.

Многолетние клинические исследования показали, что при прекращении чистки зубов уже через 7 дней у пациентов отмечаются выраженные воспалительные процессы в тканях пародонта (Asikainen S. et al., 1984).

В настоящие время известны различные методики удаления зубного налета (круговой метод Fones, метод Leonard, Bass, Charters, Stillman, Пахомова Г.Н.), учитывая индивидуальные особенности полости рта пациента, рекомендуют оптимальный метод.

Для выявления зубного налета, зубного камня и оценки гигиены полости рта, а также эффективности гигиенических мероприятий применяют различные метода, которые позволяют определить площадь окрашенной поверхности зубов и объективно охарактеризовать состояние полости рта. Существуют много методов-индексов выявления налета на поверхности зубов, но наиболее распространенными являются: индекс Ю.А. Федорова – В.В. Володкиной (1982); упрощенный индекс гигиены полости рта – ИГР-У (OHI-S) J.C. Green, J.K. Vermillion (1964); индекс эффективности гигиены полости рта (PHP) A.G. Podshadley, P. Haley (1968).

*Индекс Федорова – Володкиной.* В основу положена балльная оценка площади окрашивания вестибулярных поверхностей шести передних зубов нижней челюсти (43,42,41,31,32,33) раствором Шиллера – Писарева. Присутствие налета оценивается с помощью кодов-баллов:

1 – зубной налет не выявлен;

2 – окрашивание ¼ поверхности коронки зуба;

3 – окрашивание ½ поверхности коронки зуба;

4 – окрашивание ¾ поверхности коронки зуба;

5 – окрашивание всей поверхности коронки зуба.

Для оценки зубного налета складывают коды-баллы и полученную сумму делят на количество зубов (6).

Модифицированный гигиенический индекс предложен Л.В. Федоровой (1982). Этот индекс оценивает наличии зубного налета на 16 зубах (верхней и нижней челюстей) – 16, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 26, 36, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 46. Сумма баллов, полученных при исследовании каждого зуба, делят на количество зубов (16). Расчет по формуле:

Kср = ,

где Кср – индекс гигиены,

 – суммарный показатель гигиенического индекса для каждого обследованного зуба,

n – количество зубов.

Оценочные критерии

1,1 – 1,5 – хороший;

1,6 – 2,0 – удовлетворительный;

2,1 – 2,5 – неудовлетворительный;

2,6 – 3,4 – плохой;

3,5 – 5,0 – очень плохой.

Качественная оценка проводится по трехбалльной системе:

1 – окрашивания нет;

2 – умеренное окрашивание;

3 – интенсивное окрашивание.

Более объективным методом определения уровня гигиены полости рта является *упрощенный индекс гигиены полости рта – ИГР-У (OHI-S) J.C. Green, J.K. Vermillion* *(Oral Hygiene Indices Simplified).* Он позволяет определить отдельно наличие зубного налета и зубного камня. Для определения индекса обследуют 6 зубов: 16, 11, 26, 31 – вестибулярные поверхности, 36, 46 – язычные поверхности.

Оценка зубного налета проводится с помощью окрашивающих растворов или визуально зондом.

Значение индекса зубного налета:

0 – нет налета;

1 – налет покрывает не более 1/3 поверхности зуба;

2 – налет покрывает до 2/3 поверхности зуба;

3 – налет покрывает более 2/3 поверхности зуба.

Определение наддесневого и поддесневого камня проводят с помощью зонда.

Значение индекса зубного камня;

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.

Индекс определяется сложением кодов, полученных при выявлении налета и зубного камня:

Индекс зубного налета (ИЗН) = ,

Индекс зубного камня (ИЗК) = .

значение ИГР-У = ИЗН + ИЗК.

Оценочные критерии:

0 – 1,2 – хороший;

1,3 – 3,0 – удовлетворительный;

3,1 – 6,0 – плохой.

Значение показателей зубного налета или зубного камня:

0 – 0,6 – хороший;

0,7 – 1,8 – удовлетворительный;

1,9 – 3,0 – плохой.

*Индекс эффективности гигиены полости рта (PHP).* Для количественной оценки зубного налета окрашивают 6 зубов: 16, 26, 11,31 – вестибулярные поверхности; 36, 46 – язычные поверхности.

Обследуемая поверхность каждого зуба условно делится на 5 сегментов: медиальный, дистальный, срединно-окклюзионный, центральный, срединно-пришеечный.

Коды и критерии оценки зубного налета:

0 – окрашивания не выявлено;

1 – окрашивание выявлено.

Определив код (балл) каждого зуба, индекс вычисляют сложением баллов окрашенных сегментов. Полученные величины суммируют и делят на число обследованных зубов. Индекс рассчитывается по формуле:

PHP = .

Оценочные критерии:

0 – отличный;

0,1 – 0,6 – хороший;

0,7 – 1,6 – удовлетворительный;

1,7 и более – неудовлетворительный.

Наличие патологического процесса в тканях пародонта определяется по состоянию десны. Критериями здоровой десны являются розовый цвет, заостренные верхушки межзубных сосочков, плотность тканей, отсутствие кровоточивости. Воспалительные явления в десне характеризуются следующими признаками: гиперемией, цианозом, отечностью, кровоточивостью, изъязвлением, гипертрофией или атрофией. При различной степени тяжести воспаления захватывает маргинальную часть десны или распространяется на альвеолярную десну. Выраженность воспалительного процесса, его локализацию позволяет определить *проба Шиллера – Писарева*, которая основана на прижизненной окраске гликогена десны, содержание которого увеличивается при воспалении. Проба может служить объективным тестом оценки эффективности лечения. По интенсивности окрашивания различают отрицательную пробу (соломенно-желтое окрашивание), слабо выраженную (светло-коричневое) и положительную (темно-бурое).

Пробу Шиллера – Писарева для объективности можно выразить в баллах в виде йодного числа, которое зависит от окрашивания десны: бледно-желтая окраска – 0 баллов, коричневая окраска десневых сосочков – 2 балла, маргинальной десны – 4 балла, альвеолярной – 8 баллов.

Йодное число вычисляют по формуле:

.

Оценка значений:

до 2,3 балла – слабо выраженный процесс воспаления;

2,6 – 5,0 – умеренно выраженный процесс воспаления;

5,33 – 8,0 – интенсивный воспалительный процесс.

Количественную оценку и протяженность воспаления можно определить с помощью специального индекса гингивита (GI), предложенного Loe H., Silness J., (1963). Десну исследуют в области 11, 16, 24, 31, 36, 44 зубов.

Критерии оценки индекса:

0 – нет воспаления;

1 – легкое воспаление (небольшое изменение цвета);

2 – умеренное воспаление (отек, гиперемия, возможно гипертрофия);

3 – тяжелое воспаление (выраженная гиперемия, изъязвление).

Определяют состояние 4 поверхностей десны у каждого зуба, сумму оценок делят на 4.

GI = .

Интервал GI по степени тяжести гингивита:

0,1 – 1,0 – легкая;

1,1 – 2,0 – средняя;

2,1 – 3,0 – тяжелая.

Для оценки степени тяжести гингивита используют папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (PMA) в модификации С. Parma (1960).

Воспалительный процесс оценивают по степени окрашивания десны йодсодержащим раствором.

Критерии оценки:

0 – нет воспаления;

1 – воспаление десневого сосочка;

2 – воспаление маргинальной десны;

3 – воспаление альвеолярной десны.

Цифровое значение индекса PMA (сумма показателей состояния десны всех зубов) выражается всегда целым числом. С. Parma (1960) предложил модификацию индекса PMA для выражения его значения в процентах:

Индекс PMA = .

Сумму получают сложением наивысших оценок состояния десны каждого зуба. В возрасте 6 – 11 лет число зубов принимают равным 24, 12 – 14 лет – 28, с 15 лет – 28 –30.

Оценка значений PMA:

25 – 30% – ограниченная распространенность воспалительного процесса, гингивит легкой степени;

30 – 60% – значительная распространенность, гингивит средней степени;

более 60% – увеличение тяжести патологического процесса, гингивит тяжелой степени.

Ранние признаки воспаления (не видимые глазом) можно определить по наличию *симптома кровоточивости* при зондировании десневой борозды. Пуговчатый зонд вводят в десневые бороздки и через несколько секунд определяют наличие или отсутствие симптома кровоточивости.

Критерии оценки:

0 – нет кровоточивости;

1 – наличие кровоточивости.

Определить индекс кровоточивости можно по данным анамнеза (Kötzschke,1975):

I степень – кровоточивость появляется редко, главным образом при приеме твердой пищи;

II степень – кровоточивость во время чистки зубов;

III степень – спонтанная кровоточивость.

H. P. Mühlemann, S. Son (1971) предложил определять индекс кровоточивости в области 16, 12, 24, 44, 32, 36 зубов.

Критерии оценки:

0 – нет кровоточивости;

I степень – при зондировании десневой борозды обнаруживается только кровоизлияние в области свободного края десны;

II степень – появление пятна по краю десны при зондировании, пятно не растекается;

III степень – межзубной промежуток заполняется кровью сразу или вскоре после зондирования;

IV степень – сильное кровотечение, кровь заполняет десневую борозду сразу после зондирования и вытекает из борозды на переходную складку.

Ряд исследователей указывает на улучшение гигиенического состояния полости рта при регулярном употреблении жевательных резинок на основе сахарозаменителей (Steinberg LM, Odusola F, Mandel ID, 1992,; Tellefsen G, Larsen G, Kaligithi R, Zimmerman GJ, Wikesjo ME, 1996; Soderling E, Trahan L, Tammiala-Salonen T, Hakkinen L, 1997). По данным Mouton C и соавт. жевательные резинки с ксилитом приводило к снижению на 20 – 41% по весу зубной бляшки относительно лиц, не жующих резинку. В исследовании Steinberg LM и соавт. показано достоверное снижение индекса бляшки при 6-недельном жевании резинки на основе ксилита и сорбита по 3 раза в день в течение 15 минут после еды.

Изучение механизма влияния жевательной резинки на отложение зубного налета показывает следующие:

Жевание резинки не удаляет зрелый зубной налет в придесневой области, а проявляется скорее, сокращением скорости отложения новой зубной бляшки, вследствие стимуляции слюноотделения.

Влияние жевательной резинки на отложение зубного налета зависит от ряда факторов, например, характера питания или выполнения профессиональной гигиены перед исследованием. Так, показано, что при соблюдении диеты без сахара отложение бляшки у лиц, применявших резинку с ксилитом, оказалось значительно ниже, чем у лиц, употреблявших резинку с сахаром. После проведения профессиональной гигиены, употребление резинки с ксилитом и сорбитом, достоверно понижало скорость отложения зубной бляшки (Cronin M, Gordon J, Reardon R, Balbo F, 1994).

Следовательно, употребление жевательной резинки с сахарозаменителями может способствовать улучшению гигиенического состояния полости рта.

Лечебные антибактериальные добавки могут повышать противоналетную эффективность жевательной резинки. Имеются данные о противоналетном эффекте жевательной резинки с хлоргексидином.

Целью профессиональной гигиены полости рта является профилактика и лечение заболеваний твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта. Под термином "профессиональная гигиена полости рта" понимают тщательное удаление мягких и твердых зубных отложений со всех поверхностей зубов и последующая обработка зубов и десен профилактическими средствами.

Профессиональная гигиена полости рта включает в себя несколько последовательно осуществляемых мероприятий:

1. Проведение с пациентом беседы о необходимости профессиональной гигиены полости рта, о вреде зубной бляшки и зубных отложений для твердых тканей зуба и десны, и формирование у пациента правильного понимания важности этого вопроса.
2. Обучение пациента правилам личной гигиены полости рта. Проводиться в несколько посещений. Подбор пациенту соответствующие его стоматологическому статусу средства индивидуальной оральной гигиены и составление "Индивидуальной гигиенической программы профилактики стоматологических заболеваний", которая включает перечень последовательных этапов выполнения гигиенической процедуры. Показания к обучению технике чистки зубов является негигиеническое состояние полости рта: индекс Грина-Вермиллиона более 0,7 у взрослых людей.
3. Подготовка полости рта заключается в орошении слабым раствором антисептика.
4. Удаление зубных отложений. Удаление зубных отложений включает в себя удаление налета, зубного камня, шлифование и полирование зубов. Целесообразно проводить удаление зубного камня не сразу, а в несколько посещений, особенно в случае, если они занимают большие площади на различных поверхностях зубов.
5. Покрытие поверхности зубов фторсодержащими или реминерализирующими препаратами.

В первое посещение проводят осмотр полости рта и регистрируют состояние зубов и десен в медицинской карте. Пациенту объясняются цели и задачи проведения профессиональной гигиены полости рта, демонстрируют зубные отложения, имеющиеся у него в полости рта. На основании полученных данных врач дает рекомендации по правильному уходу за полостью рта. Далее врач приступает к удалению зубных отложений. В случае большого количества зубного камня, в первое посещение врачом проводится его удаление с группы зубов.

Во второе посещение пациент в присутствии врача чистит зубы, а врач контролирует его действия визуально. По завершению процедуры оценивает ее качество с помощью специальных красящих растворов (фуксин, эритрозин, Шиллера-Писерева) или индикаторных таблеток. Врач осматривает зубные ряды и проводит удаление зубных отложений там, где они еще остались.

Во время третьего посещения врач контролирует правильность соблюдения пациентом правил гигиены полости рта и еще раз осматривает зубные ряды пациента.

Вторичная профилактика – применение традиционных методов лечения для остановки развивающегося патологического процесса и сохранение тканей.

К этим методам относят лечение кариеса зубов (пломбирование, эндодонтические процедуры), терапевтическое и хирургическое лечение заболеваний пародонта, лечение других заболеваний полости рта.

Диспансеризация – составная часть вторичной профилактики; она представляет собой систему работы лечебно-профилактических учреждений, которая заключается в активном наблюдении за здоровьем определенных контингентов населения, в изучении условий труда, быта и позволяет лечить ранние стадии болезни, предупреждая переход заболевания в хроническую форму.

Третичная профилактика – восполнение утраченной функции с использованием средств, замещающих отсутствующие ткани, и проведение реабилитации пациентов, насколько возможно приближая их состояние к норме.

3. СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Изучение распространенности и особенностей патологии пародонта

При изучении пародонтологического статуса пациентов, обратившихся в стоматологическую поликлинику по причинам, не связанным с жалобами на состояние пародонта, было обследовано 100 человек. Среди них: 60 женщин, 40 мужчин. По возрасту осмотренные распределились следующим образом: 22 человека составили лица до 30 лет; 40 человек от 31– 45 лет; 28 человек от 46 до 59 лет; 10 человек от 60 лет и старше. Т.е. основную долю составили пациенты трудоспособного возраста.

Уровень гигиены полости рта оценивался по упрощенному индексу гигиены полости рта (ИГР-У). Выраженность тяжести гингивита вычислялся по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу (PMA). Для оценки распространенности и интенсивности заболеваний пародонта использовался индекс (CPITN).

Обследование показало, что уровень гигиены пациентов можно оценить как низкий. Так, значение индекса ИГР-У лишь у 1 пациента был равен 1, у 44 пациентов он колебался от 1,3 до 3,0; более же чем у половины пациентов (55 человек) превысил 6,0. При этом с увеличением возраста пациентов данное положение ухудшается; в возрасте до 30 лет лишь у 11 из 22 пациентов данный индекс превысил 1,3; в возрасте старше 60 лет – 10 пациентов, т.е. у всех обследованных в этой группе. Было установлено, что более высокой была оценка уровня гигиены женщин (по сравнению с мужчинами): число пациентов с индексом гигиены более 1,3 соответственно составил 47 и 31.

Важно отметить, что у 17 осмотренных пациентов индекс PMA превышал 68%, что свидетельствует об интенсивности и распространенности воспалительной реакции пародонта. С увеличением возраста пациентов увеличивается как число пациентов с наличием воспалительных изменений пародонта (с 20 пациентов в возрасте до 30 лет до более 68 пациентов в возрасте старше 40 лет), так и тяжесть гингивита.

У большинства 76 обследованных пациентов имела место кровоточивость десен, в т.ч. у 43 пациентов незначительная; у 31 –умеренная; у 2-х – выраженная. Если среди мужчин кровоточивость десен имела место у 43 пациентов, то среди женщин – у 33-х. Следовательно, на наличие и выраженность явлений кровоточивости десен влияет состояние гигиены полости рта.

Следует отметить также взаимосвязь выраженности кровоточивости десен и степени патологических изменений пародонта. Так, при незначительных изменениях пародонта кровоточивость десен имела место у 74 пациентах и ни у кого из них она не была значительно выраженной. В случае же наиболее тяжелых изменений кровоточивость отмечалась у всех больных, в т.ч. у двоих из них она была значительной.

Следующим критерием, является индекс CPITN. Можно отметить, что при наличии изменений пародонта они преимущественно носят генерализированный характер. В основном – это изменения первой и второй степеней. Из общего числа пациентов у двоих наиболее тяжелые поражения пародонта, CPITN = 4. В целом среди изученной совокупности больных, у 17 пациентов отсутствовали поражения пародонта во всех секстантах; у 2 пациентов был поражен один; у 2-х – два; у 4-х – три; у 6 пациентов – четыре; у 7 пациентов – пять; у большинства же (62 пациента) – шесть секстантов.

При индексе гигиены, равном 1,1 – 1,5, отсутствовали случаи поражения четырех и более секстантов; при максимальном же значении индекса, число случаев поражения шести секстантов увеличивалось, что доказывает взаимосвязь уровня гигиены и наличия поражений пародонта генерализированного характера. Следовательно, проведенный анализ свидетельствует о значительной распространенности патологии пародонта среди пациентов, уровень которой увеличивается с увеличением их возраста и низким показателем гигиены полости рта. Чаще встречается и более выражена данная патология среди мужчин. Патология пародонта в основном носит генерализированный характер. Нередко она проявляется кровоточивостью десен и воспалительным процессом в области десен. Наличие и степень выраженности патологии пародонта, в значительной степени определяются уровнем гигиены полости рта.

3.2. Социально-демографическая и клиническая характеристика пациентов, страдающих заболеваниями пародонта

Социально-демографический состав пациентов с пародонтальной патологией выглядит следующим образом: 31% приходится на женщин, 69% – на мужчин. Большинство пациентов (84%) составляют лица, находящиеся в возрасте максимальной трудоспособности (24% пришлось на долю лиц 20–29 лет; 26% – 30 – 39 лет; 35% – 40 – 49 лет; 12% – на долю лиц 50 – 59 лет). Доля пациентов до 20-ти и старше 60-ти лет составила соответственно 2% и 1%. В социальном составе преобладают служащие (58%); на втором месте 21% – рабочие; на третьем – учащиеся (13%). Значительно ниже удельный вес представителей других социальных категорий – предпринимателей (1%), пенсионеров (4%), инвалидов (2%), неработающих (1%).

Важно отметить, что у 13% пациентов профессиональная деятельность связана с наличием вредностей и что более чем у половины пациентов (56%) имелась хроническая соматическая патология.

Среднемесячный доход на одного члена семьи у большинства (63%) пациентов составлял от 3000 до 5000 рублей; у 21% – менее 3000 рублей, у 1% – менее 1000 рублей, и у 15% он превышал 5000 рублей.

Изучение анамнеза больных показало, что довольно значительная часть из них посещает врача-стоматолога редко (один раз в два года – 40%, реже – 31%) и только 24% - ежегодно, а 5% - чаще одного раза в год. Определенные различия имеются также среди лиц разного возраста. Наименьшая активность в плане посещения врача-стоматолога присуща пациентам в возрасте до 20 лет и старше 60 лет, наибольшая – пациентам 40 – 49 лет. Отличалась кратность посещения стоматолога и у лиц с разным уровнем дохода. Так, при доходе до 1000 рублей все респонденты отметили, что посещают стоматолога редко. Доля посещающих его не реже 1 раза в год составила 27% среди лиц с доходами до 5000 рублей и 41% при доходе более 5000 рублей.

Подавляющее большинство (96%) среди обследованной группы пациентов преимущественно обращается в стоматологическую поликлинику по месту жительства; 4% - в коммерческие структуры. Доля обращавшихся в коммерческие структуры была наибольшей (20%) среди предпринимателей и среди лиц с доходами свыше 5000 рублей (10%).

Причиной последнего обращения к врачу стоматологу в 33% случаев являлась острая боль; в 59% – санация полости рта; в 6% – лечение тканей пародонта; в 2% – осмотр.

Изучался уровень гигиенической грамотности пациентов. На вопрос о том, считают ли пациенты необходимым постоянно чистить зубы для поддержания их должного состояния, положительно ответили 78% респондентов, отрицательно – 3%, a 19% не смогли четко определиться в своем ответе. Отрицательные ответы отсутствовали среди респондентов в возрасте до 20 лет, наибольшей (25%) была их доля среди лиц старше 60 лет. Большинство (68%) респондентов чистили зубы 2 раза в день; 26% – один раз в день; 5% – не каждый день; 1% ответили, что вообще не чистят зубы.

Анализировался вопрос о том, какими средствами гигиены полости рта пользуются опрошенные. Если обычной зубной щеткой пользовались все пациенты, то электрической – только 1% из них. Зубной нитью пользовались 13% пациентов; флостиком – 1%; ополаскивателем – 6%; отварами трав – 5%. Никто из опрошенных пациентов не пользовался специальными ершиками. Особых предпочтений респондентов в отношении отечественных и импортных паст не отмечалось (доля пользующихся ими соответственно составила 44% и 41%), и только 15% пациентов (6% мужчин и 9% женщин) пользовались специальной пастой, предназначенной для профилактики и лечения заболеваний пародонта.

Важно подчеркнуть, что в почти половине случаев (45%) заболевания пародонта имелись у ближайших родственников обследованных пациентов. Нечетким было представление пациентов в отношении наличия патологии пародонта у самих себя. 52% из них затруднялись ответить на данный вопрос, положительно же ответили 48% респондентов. Среди пациентов, признавших наличие у себя заболеваний пародонта, только 1% указали, что его длительность не превышает 1 года. В 51% случаев длительность заболеваний пародонта составляла от года до 5 лет, в 48% она превышала 5 лет.

Десневой край лишь у 10% пациентов был бледно-розовым. В большинстве случаев (90%) имела место его гиперемия; у 2% пациентов (только у женщин) – гипертрофия и у 1% – атрофия. У 66% пациентов имела место рецессия десны: у 42% - менее 3 мм, у 20% - 3-5 мм, у 4% - более 5 мм.

Зубные отложения имелись у 88% пациентов, в том числе у 26% - мягкий налет; у 50% - над- и поддесневые зубные отложения; у 12% – поддесневые зубные отложения.

У 23% пациентов был диагностирован катаральный гингивит; у 1% пациентов имелся язвенный гингивит. В 1% случаев имел место гипертрофический гингивит. Т.е., в целом гингивит был диагностирован у 25% больных. Пародонтит легкой степени тяжести имелся у 24% больных; средняя степень тяжести пародонтита отмечалась у 33% пациентов; у 16% пациентов был выявлен пародонтит тяжелой степени. В целом явления пародонтита имели место у 72% больных. Пародонтоз легкой степени отмечался у 1% пациентов; средней степени тяжести - у 1% больных; тяжелой – у 1% пациентов. В целом пародонтоз отмечался у 3% пациентов. Распространенность и тяжесть указанных патологических процессов достоверно не отличались среди мужчин и женщин. Пациентам до 30 лет в большой степени был свойственен гингивит, лицам более старшего возраста (30 – 59 лет, а особенно 40 – 49 лет) – пародонтит; пародонтоз (в том числе, в тяжелой степени) отмечался только среди пациентов старше 60 лет, что связано с возрастными изменениями организма.

Анализ потребности пациентов в различных видах лечебно-диагностической помощи показал, что практически все (96%) нуждались в консультативной и лечебной помощи.

Нуждаемость в лечении у врача-пародонтолога – среди лиц 40 – 49 лет.

Минимальной была потребность среди пациентов до 20 лет. В обучении навыкам гигиены полости рта и рентгенологическом обследовании в наибольшей мере нуждались пациенты старшей возрастной группы; в проведении профессиональной гигиены и противовоспалительной терапии – пациенты в возрасте 20 – 29 лет; в хирургических методах лечения – лица 30 – 59 лет (особенно 40 – 49 лет); в физиотерапевтическом лечении – лица 20 – 39 лет.

Отличался характер планируемой терапии и среди пациентов с разными формами заболеваний. В частности, лечение у пародонтолога в наибольшей степени требовалось пациентам с гипертрофическим гингивитом, средней и тяжелой степенью пародонтита, тяжелой степенью пародонтоза.

Профессиональная гигиена и противовоспалительная терапия требовалась всем пациентам с признаками гингивита и пародонтита.

В лоскутных операциях и кюретаже нуждалось большинство больных со средней и тяжелой степенью пародонтита; среди них максимальной была и потребность в других видах хирургических вмешательств. Физиотерапевтическое лечение в наибольшей степени было показано больным с легкой и средней тяжестью пародонтоза, при гингивите и легкой степени пародонтита.

3.3. Значение профессиональной гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта

Было проведено обследование 100 пациентов. Из них было взято 15 пациентов и сформировано три группы. В I группу (основную) вошли 7 пациентов с катаральным гингивитом и легкой степенью пародонтита. II группу (контрольную) составили 5 пациентов с начальными признаками гингивита (кровоточивость десен при чистке зубов). III группа (сравнения) состояла из 3 пациентов без патологии тканей пародонта.

Индекс ИГР-У в I группе составлял 1,5 – 2,1; во II группе – 3,1 – 4,2; в III группе – 0,8 – 1,1. Индекс PMA в I группе составлял 62%; во II группе –55%; в III группе – 27%.

Пациентам из I группы было проведено лечение, профессиональная гигиена полости рта, обучение чистки зубов даны рекомендации по уходу за полостью рта. Дома пациенты чистили зубы 2 раза в день и использовали дополнительные средства гигиены по уходу за полостью рта (жевательные резинки, эликсиры, ополаскиватели, интердентальные средства гигиены полости рта) после каждого приема пищи. Пациентам из II группы было проведено лечение, профессиональная гигиена полости рта. Пациенты этой группы не применяли дополнительные средства гигиены по уходу за полостью рта и чистили зубы время от времени. В III группе пациенты продолжали уход за полостью рта и проходили профилактические осмотры у врача-стоматолога.

Через месяц был проведен контрольный осмотр. Пациенты из I группы заметили значительное улучшение, признаков заболевания пародонта не было, индекс ИГР-У составил 0,9 – 1,2, индекс PMA – 29%. Во II группе пациенты заметили ухудшение, проведенное обследование выявило, что у 3 пациентов отмечается пародонтит легкой степени тяжести, а у 1 пациента – средней степени тяжести. Индекс ИГР-У составил 4,7 – 5,9, индекс PMA – 60%. На вопрос сколько раз чистили зубы, 4 ответили 1 раз в день или вообще не чистили и не использовали дополнительные средства по уходу за полостью рта. В III группе изменений не выявлено.

Следовательно, подтверждается факт о роли зубной бляшки в этиологии заболеваний пародонта. Пациенты, не чистившие зубы, заметили значительное ухудшение. Пациенты, которые чистили зубы 2 раза в день и использовали дополнительные средства по уходу за полостью рта, заметили улучшение и не отмечали прогрессирования заболевания.

4. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

Из вышесказанного следует, что среди пациентов с патологией пародонта преобладают мужчины трудоспособного возраста; служащие и рабочие. Более чем у половины больных имеется хроническая соматическая патология (в т.ч., у каждого пятого – органов пищеварения). Уровень медицинской грамотности и медицинской активности пациентов невысок: значительная их часть не умеет правильно чистить зубы и не пользуется никакими средствами гигиены полости рта, кроме зубной пасты и щетки (которую в большинстве случаев меняет по мере износа), редко посещает врача-стоматолога (только в единичных случаях – с целью осмотра).

Следствием указанного являются низкие показатели уровня гигиены. Вместе с тем, как показали результаты исследования, соблюдение основных гигиенических требований и своевременное посещение врача-стоматолога являются главными факторами, определяющими состояние зубов и пародонта (причем указанные состояния, в свою очередь, тесно связаны между собой). Наряду с указанным имеет место влияние на развитие патологии пародонта генетической предрасположенности, наличия профессиональных вредностей, а также уровня жизни (определяемого и характеризуемого в данном случае уровнем среднемесячного дохода).

В клинической картине обследованной группы пациентов преобладает наличие зубных отложений (в т.ч., над- и поддесневых), кровоточивость десен и их гиперемия (которая носит в основном генерализованный характер). У значительной части пациентов имеет место также рецессия десен и зубодесневые карманы, а у каждого четвертого – гноетечение. У большинства больных диагностирован пародонтит, преимущественно средней и легкой степени тяжести (в основном, данный диагноз отмечался среди лиц трудоспособного возраста); у каждого четвертого – гингивит, преимущественно катаральный (что свойственно лицам более молодого возраста); у 4% - пародонтоз (в основном средней и легкой степени тяжести), более характерный для лиц старше 60 лет. Диагноз ставился на основании клинического и рентгенологического обследования.

Указанная совокупность пациентов нуждается в постоянном обследовании и комплексном лечении (включая санацию полости рта, протезирование, проведение профессиональной гигиены полости рта и, собственно, лечение у врача-пародонтолога). Большинство больных нуждается в проведении противовоспалительной терапии, рентгенологическом обследовании, тех или иных хирургических вмешательствах и чуть менее половины – в физиотерапевтическом лечении.

Это, с одной стороны, доказывает запущенность патологии пародонта у пациентов, связанную с их невниманием к состоянию полости рта, а с другой, необходимость их систематического и комплексного лечения. Причем, исследование доказывает, что анализируемая группа пациентов предпочитает лечиться в государственных поликлиниках. Указанное важно для рациональной маркетинговой стратегии государственных поликлиник, т.к. наличие устойчивого спроса при небольших маркетинговых усилиях создает возможность для планирования дальнейшего развития различных видов пародонтологических услуг, которые будут востребованы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из проделанной работы можно сделать вывод, что большинство пациентов, обратившихся в стоматологическую поликлинику, страдают различными формами заболевания пародонта (99%). Уровень гигиены оценивается как низкий. У 76 пациентов отмечается кровоточивость десен. Явления пародонтита различной степени тяжести наблюдаются у 71% пациентов, пародонтоз – у 4% пациентов. Очень низкая посещаемость врача-стоматолога: один раз в два года – 40%, реже – 31%. До сих пор пациенты обращаются в стоматологическую поликлинику из-за острой боли – 33%, санация полости рта – 59%, и лишь 2% за профилактическим осмотром. Выше сказанное свидетельствует, что население не просвещенно о профилактических мероприятиях, направленных на профилактику заболеваний пародонта.

Гигиеническое воспитание населения нуждается в оптимизации и интенсификации. Сегодня обучать гигиене полости рта следует не только детей, но и их родителей. Только всеобъемлющая стоматологическая просветительная работа позволит активизировать слуховую и зрительную мотивацию, улучшить гигиенические навыки и теоретические знания о стоматологическом уровне здоровья.

Оптимизации и интенсификации гигиены полости рта заключается в целенаправленном использовании мотивационных методов гигиенического воспитания, проведении профессиональной гигиены полости рта, применение клинически и экономически эффективных современных лекарственных препаратов. Важную роль в повышении функциональной грамотности, овладении мануальными навыками и умениями, теоретическими знаниями о здоровой полости рта и здоровом образе жизни играют мотивации.

Для оптимизации рационально использовать мотивационные методы гигиены полости рта. Прежде всего, необходимо создать теоретический фундамент, стремиться развить познавательную активность у населения, вызвать интерес и желание получать информацию, а также привить мануальные навыки, поддерживать и совершенствовать гигиенические знания и умения.

За последние 10 лет деятельности ЦНИИ стоматологии проведено и выполнено множество теоретических и экспериментально-теоретических исследований по этиологии, патогенезу, профилактике и лечению основных стоматологических заболеваний.

Разработана гипофункциональная теория этиологии и патогенеза заболеваний пародонта, открывающая новый подход в разработке средств и способов их профилактики и лечения.

Раскрыт механизм развития деструкции тканей пародонта на основе изучения метаболизма кислорода: небольшое увеличение содержания кислорода при жевании мягкой пищи.

Разработана модель развития воспалительного процесса в пародонте, наиболее приближенная к реальным клиническим условиям, что позволило изучить важные аспекты морфо- и патогенеза ранних фаз воспаления в пародонте.

Изучены механизмы этиопатогенеза быстропрогрессирующего пародонтита.

Уточнены патогенетические механизмы воспалительных заболеваний пародонта на основе результатов электронно-микроскопических, экспериментально-морфологических исследований, а также данных цитоморфометрического метода оценки состояния пародонта в клинике. Выявлена роль фибробластов как фактора оптимизации репаративных процессов в тканях пародонта (совместно с Институтом полиомиелита РАМН).

Изучены медико-биологические эффекты воздействия оксида азота на ткани пародонта (совместно с ММА им. Сеченова и Университета им. Н.Э. Баумана).

Создан метод гнатотренинга – с помощью жевательной резинки для укрепления тканей пародонта, что позволяет повысить плотность челюстной кости при пародонтите на 30 %. Метод внедрен в Томске, Ижевске.

Разработаны методы лечения воспалительных заболеваний пародонта с использованием 25 % метрагил-дента (производство фирмы “Unic Farmathutical”) и дипленовских пленок, содержащих кортикостероид (Дексазон), антисептик (хлоргексидин) и противомикробный препарат (трихопол). Сроки лечения сокращаются в 2 – 3 раза, сроки ремиссии увеличиваются в 2 – 2,5 раза. Методы внедрены в 19 регионах России. Получено 6 патентов.

Созданы методы лечения заболевания пародонта с использованием отечественных мембран при проведении операции направленной регенерации тканей (рассасывающиеся дипленовские и нерассасывающиеся силиконовые мембраны). Методы способствуют активной регенерации костной ткани, что увеличивает сроки ремиссии при болезнях пародонта в 2 раза. Методы внедрены в 20 регионах России.

Но, к сожалению, пациенты не имеют представления о гигиене полости рта как основной профилактической и лечебной процедуре, а к реализации программ профилактики не готовы ни департамент здравоохранения, ни стоматологическая служба, ни население городов, несмотря на то, что эпидемиологическое обследование населения проведено, программы профилактики разработаны и утверждены департаментами здравоохранения. Однако в полной мере они не "работают", так как не во всех городах есть исполнители этого начинания.

В последние 20 – 30 лет внедрение профилактических программ в развитых странах мира привело к значительному (до 80%) снижению распространенности и интенсивности заболеваний пародонта.

Опыт многих стран показал, что простое количественное увеличение персонала, финансирования и материального обеспечения стоматологической службы является недостаточным, чтобы изменить сложившуюся ситуацию в снижении уровня стоматологической заболеваемости. Выход из создавшегося положения состоит в своевременном, преемственном и постоянном применении доступных, простых и эффективных мер профилактики в течение всей жизни каждым человеком.

Низкая санитарная культура и отсутствие мотивации населения на профилактику стоматологических заболеваний и гигиену полости рта характеризуют стоматологический статус современного человека. Очевидно, что повысить стоматологический уровень здоровья с минимальными экономическими затратами возможно только через массовую профилактическую работу, используя все доступные методы и средства стоматологической просветительной деятельности.

Активная стоматологическая просветительная работа, создание и внедрение комплексной программы профилактики могут и должны выполняться силами врачей-стоматологов и сестер-гигиенистов. Данное предложение, несомненно, требует пересмотра штатного расписания, полного разделения полномочий врачей-стоматологов, сестер-гигиенистов, занимающихся профилактической работой, и врачей-реставраторов. Это позволит оптимизировать и интенсифицировать этиопатогенетические лечебно-профилактические мероприятия, направленные на оздоровление ротовой полости.

Разрешить данную проблему поможет пересмотр расписания и введение в штат муниципальных поликлиник врачей-стоматологов и сестер-гигиенистов.

«Чтобы “улыбка XXI века” не стала полностью беззубой и не трансформировалась в ”адентию XXI века “, надо изучать оральную гигиену, учиться ей самим и учить своих пациентов, чтобы не стал такой момент, что лечить уже нечего и не у кого» (Улитовский С.Б., 2000).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Лукиных Л.М., Жулев Е.Н., Чупрунова И.Н. Болезни пародонта. Нижний - Новгород: Изд-во Нижегородская государственная медицинская академия, 2005.
2. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. Учебник / – М.: Медицина, 2001.
3. Под ред. Безрукова В.М. Справочник по стоматологии / – М.: Медицина, 1998.
4. Орехова Л.Ю., Кучумова Е.Д., Стюф Я.В., Киселев А.В. Основы профессиональной гигиены полости рта. Учебное пособие – СПб.: 2004.
5. Царинский М.М. Терапевтическая стоматология. – Кубань, 2004г.
6. Журнал стоматология 5'2005 Том 84, стр. 4 – 7. Экспериментально - теоретический раздел – Леонтьев В.К., Колпаков В.В., Брагин А.В. Концепция типовой вариабельности физиологической индивидуальности – фундаментальная основа системной профилактики и комплексной терапии в стоматологии.
7. Журнал стоматология 6'2005 Том 84, стр. 4 – 5. Передовая – Кулаков А.А. Основные результаты деятельности ЦНИИ стоматологии за последние 10 лет и задачи ФГУ ЦНИИС Росздрава в современных условиях.
8. Муравянникова Ж.Г. Профилактика стоматологических заболеваний. – Ростов, 2004.
9. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. М. – Медицина, 1982.
10. Цимбалистов А.В., Шторина Г.В., Михайлова В.С. Инструментальное обеспечение профессиональной гигиены полости рта. СПб. – 2004.
11. Журнал стоматология 1'1999, стр. 16-20. Экспериментально - теоретический раздел – Григорьян А.С. Роль и место феномена повреждения в патогенезе заболеваний пародонта.
12. Терехова Т.Н., Попруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний. – Минск, 2004.
13. Соловьева А.М., Матело С.К., Купец Т.В. Учебно-методическое пособие. – Лечебно-профилактические аспекты употребления жевательной резинки. СПб., 2002 – 2003.
14. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевания зубов и полости рта. – Ростов, 2002.
15. Яковлева В.И., Трофимова Е.К., Давидович Т.П., Просверяк Г.П. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. – Минск, 1994.
16. Под ред. Максимовского Ю.М. – Терапевтическая стоматология. – М.: Медицина, 2002.
17. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 2003.
18. Научно-практический журнал. Новое в стоматологии. №3\135\2006. стр. 56 – 58. Petrone D.M., Chaknis P., Devizio W., Volpe A.R. Сравнительная оценка клинического воздействия новой мануальной зубной щетки на удаление зубного налета и снижение интенсивности проявлений гингивита.
19. Научно-практический журнал. Новое в стоматологии. №7\139\2006. стр. 78 – 80. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта при заболеваниях пародонта.
20. Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А., Миликевич В.Ю. Заболевания пародонта. – М.: Медицина, 1993.
21. Хоменко Л. А., Биденко Н. В., Остапко Е. И., Шматко В. И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта. – Изд.: "Книга плюс", М., 2001.
22. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в пародонтологии. – М.: Медицинская книга, 2006.
23. Улитовский С.Б. Индивидуальная гигиена полости рта. – М.: МЕДпресс-информ, 2005.
24. Улитовский С.Б. Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003.
25. Улитовский С.Б. Энциклопедия профилактической стоматологии. – СПб, 2004.
26. Орехова Л.Ю., Улитовский С.Б., Кудрявцева Т.В., Кучумова Е.Д., Краснослободцева О.А. ,Порхун Т.В. Стоматология профилактическая. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005.
27. Курякина Н.В., Савельева Н.А. Стоматологическая профилактика. – М.: Мед. Книга Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2003.
28. Хамадеева А.М., Филина А.И., Ганжа И.Р. Гигиена полости рта – базовый метод профилактики стоматологических заболеваний. – Самара; СамГМУ, 2001.
29. Грудянов А.И., Овчиникова В.В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. – М., 2007
30. Под ред. Кузьминой Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М., 1999.
31. Хамадеева А.М., Архипов В.Д. Профилактика основных стоматологических заболеваний. Учебное пособие – Самара; СамГМУ, 2001.
32. Под. ред. проф. Федяева И.М. Актуальные вопросы в стоматологической практике. Межрегиональный сборник тезисов, докладов и статей, посвященный 35-летию создания стоматологического факультета. – Самара; СамГМУ, 2001.
33. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. – М.: "Тонга-Принт", 2001.