

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

МАМЕДОВ РИЗВАН МОЙСУН ОГЛЫ

**СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
ВЗАИМОУСЛОВЛЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА, ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА И
ГАСТРИТА, ИНТЕГРАЦИЯ ПОДХОДОВ ПО ИХ
ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ**

3226.01 – Стоматология

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

БАКУ – 2013

Диссертационная работа выполнена на базе кафедры Терапевтической стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета

Научные консультанты:

Доктор медицинских наук, профессор

Ч.А.Пашаев

Доктор медицинских наук, профессор

Р.А.Чобанов

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор
заслуженный деятель науки

Р.Г.Алиева

Доктор медицинских наук, профессор

Л.А.Мамедова

Доктор медицинских наук, профессор

М.Т.Мамаладзе

Ведущая организация: Кафедра Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Азербайджанского Государственного Института Усовершенствования Врачей имени А.Алиева.

Защита диссертации состоится «_14_» _05_ 2013 г. в «___» часов на заседании диссертационного совета BD 03.015 при Азербайджанском Медицинском Университете

Адрес: AZ-1022, г. Баку, ул. А.Бакиханова, 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского Медицинского Университета.

Автореферат разослан «___» _____ 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного
совета BD 03.015

к.м.н., доцент

Н.А.Панахов

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ВЗП – воспалительные заболевания пародонта
ХГ – хронический гастрит
НрИ – *Helicobacter pylori*-инфекция
ЦБН – Центральная больница нефтяников
ЗСО – заболевания слизистой оболочки (полости рта)
ППР – простейшие полости рта
КМИ – кафедра микробиологии и иммунологии АМУ
ГПР – гигиена полости рта
ЗТК – зуботехнические конструкции
ЗЗК – заболевания зубов кариесом
ССН – стоматологический статус населения
ДЗР – дефекты зубных рядов (разрушенные, отсутствующие и пломбированные зубы)
СЗН – стоматологическое здоровье населения
КОЕ/см² – колониеобразующие единицы на 1 см² исследованной поверхности
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ГДЗ – гастродуоденальная заболеваемость
ПК – пародонтальные карманы
ЗОЖ – здоровый образ жизни
СК – стоматологическая клиника
БПП – биотопы полости рта

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Одними из массовых и повсеместных заболеваний являются воспалительные заболевания пародонта (ВЗП). Распространенность ВЗП среди взрослого населения в разных странах варьирует в пределах 67-92%, практически каждый взрослый человек на разных этапах жизни страдает от ВЗП, часто многократно, что существенно снижает параметры здоровья, трудоспособность и качество жизни (К.Л.Нистратов, 2006; Т.Р.Ерастов, 2005; Р.С.Полищук, К.Л.Мамаев, 2007; R.Mackolm, 2004; J.Simond, 2004).

В последние годы выдвинута системная концепция ВЗП, согласно которой ВЗП оказывают на организм системное воздействие, провоцируя развитие целого ряда сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, эндокринных и прочих заболеваний (П.О.Борцсоы с соавт., 2006; О.Р.Окушко, 2002; Л.Ф.Лучшева с соавт., 2007; S.Desham et al., 2003; WHO, 2002; Ч.А.Пашаев, 1984; Э.Э.Керимов, 1989).

Воспалительный очаг в пародонте – это депо, рассеивающее возбудителей разных инфекций в организме (М.Д.Перова, 2005; М.В.Бусыгина, 2004; R.Malholm, 2004; G.Laskaris, 2005).

Положение усугубляется тем, что ВЗП все чаще приобретают хроническое, затяжное течение, а традиционные лечебные меры прогрессивно снижают свою результативность. Поэтому выработка радикальных подходов лечения ВЗП приобрела наибольшую актуальность (Л.М.Цепов, 2006; С.И.Вырмаскин, 2008; M.Kiernicka et al., 2006; O.Wilson et al., 2006; З.И.Гараев 2001; Р.Т.Алиева, 2009).

Как бы не было эффективно лечение ВЗП, оно самостоятельно не может улучшить текущую ситуацию. В то же время проводимые меры по профилактике ВЗП не приводят к желаемому результату. Дело в том, что любая система профилактики должна базироваться на текущих социально-эпидемиологических реалиях, предусматривающих снижение активности доминирующих факторов риска (К.К.Гладилина, 2006; R.Malholm, 2004; S.Ockert et al., 2006).

Как видно, всестороннее изучение социально-эпидемиологических предпосылок распространения ВЗП также приобретает не меньшую актуальность, чем лечение, так как позволит выработать рациональную систему профилактики этих заболеваний (Т.С.Шатров с соавт., 2005; К.К.Гладилина, 2006; К.М.Правдин, Р.С.Голубев, 2005; С.А.Волошина с соавт., 2004; P.Schultz et al., 2007; O.Wilson et al., 2006).

Другим массовым и повсеместным заболеванием является ХГ, по оценочным данным, в той или иной степени им страдает каждый третий взрослый человек на планете (В.В.Чернин, 2006; T.Simpl, 2005). ВЗП и ХГ взаимообусловленные заболевания. Тесные анатомические, нервные и гуморальные взаимосвязи между желудочно-кишечным трактом и тканями пародонта создают предпосылки для вовлечения пародонта в патологический процесс при заболеваниях органов пищеварения (Л.Ю.Орехова с соавт., 2006; Г.Г.Борисенко с соавт., 2009; M.Correa et al., 2008). При сочетанном протекании обеих патологий эффективность лечения ВЗП достижимо только при излечении гастрита. И, наоборот, гастрит трудно поддается лечению на фоне хронических ВЗП (Н.В.Булкина, 2011; О.А.Гаврилова с соавт., 2009; H.Newman, 2008). Но до сих пор механизм этой взаимообусловленности не расшифрован и не предложена тактика интегрированного их лечения.

Многочисленными исследованиями установлено, что наиболее распространенной инфекцией населения планеты является НрИ, инфицированность ею варьирует от 47 до 80-90% (Я.С.Циммерман, 2009; Е.С.Бурдина, 2010; I.Sobhani, 2006). В Азербайджане – в среднем 57,2% (М.Н.Алиев, 2007). Данная инфекция играет доминирующую роль в этиологии ГДЗ. Поэтому предложенные схемы по эрадикации НрИ существенно повысили и ускорили эффективность лечения ГДЗ, в т.ч. и ХГ (Р.З.Уразова с соавт., 2006; M.G.Soucher, 2006; F.Suk et al., 2007).

В последние годы опубликованы сообщения об обсемененности полости рта *H.pylori*, особенно ПК и высказываются предположения о возможной этиологической роли бактерии и относительно ВЗП (Л.Ю.Орехова с соавт., 2006; Н.С.Робанидзе, 2005; C.Vicek et al., 2007).

ВЗП, ХГ и НрИ не только наиболее распространенные заболевания населения мира, в том числе и нашей республики, и в подавляющем большинстве случаев протекают совместно, но и во многом их циркуляция среди людей подвержена единым социально-эпидемиологическим механизмам. Выявление этих механизмов даст возможность выработать интегрированную систему мер по профилактике (А.В.Концевая, 2009; M.Zhang et al., 2009; WHO, 2008; A.Schalke et al., 2007; P.Kramer, O.Martins, 2007). В аспекте сказанного приобретает актуальность проведение исследований по разработке единых подходов диагностирования ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ и комплекса мер по консервативному комбинированному лечению этих

заболеваний (Е.В.Боровский, 2006; Г.М.Барер с соавт., 2006; В.Г.Ивашкин с соавт., 2009; A.Schalke et al., 2007; E.Nista et al., 2009).

Цель работы. Изучение социально-эпидемиологических закономерностей коморбидности ВЗП, ХГ и НрИ и выработка интегрированных подходов по их диагностике, лечению и профилактике.

Задачи работы:

- Спектр воздействия ВЗП на состояние стоматологического статуса взрослого населения г.Баку, на его здоровье, трудоспособность и качество жизни.

- Определение роли полости рта как среды обитания *H.pylori* и значимости бактерии в этиологии ВЗП.

- Выявление социально-эпидемиологических предпосылок распространенности ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ среди городского населения.

- Характер клинических проявлений коморбидности ВЗП, ХГ и НрИ и их диагностическая значимость.

- Составление современной «корзины» стоматологических услуг дифференцированно к разным клиническим формам ВЗП и мотивационный уровень потребительского спроса городского населения.

- Выработка системы мер по оптимизации комплексного консервативного лечения ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ.

- Разработка и опытная апробация подхода по интегрированной профилактике ВЗП и их сочетаний с ХГ и ВЗП.

Научная новизна:

- Количественно определено, что неблагоприятный ССН формируется высокими показателями его компонентов – ВЗП, ЗЗК, ППР и ЗСО, приводящих к массивным ДЗР и материальным затратам населения, связанных с их ортопедической реабилитацией.

- Установлено, что наиболее существенный ущерб трудоспособности и качеству жизни населения наносят ВЗП, при них учащаются визиты к стоматологу, удлиняется время каждого визита и увеличиваются дни нетрудоспособности.

- Подтверждена ведущая роль неудовлетворительной ГПП в формировании ВЗП, утяжелении клинического течения и снижении эффективности лечения этих заболеваний, что обусловлено слабыми профилактическими навыками населения и нестандартизированной чисткой им зубов.

– Установлена роль ПК как среды обитания *H.pylori* и простейших, их синергических взаимоотношений и отягощающее воздействие на клинику и лечение ВЗП.

– Выявлено, что НрИ является связующим звеном между ХГ и ВЗП, обуславливая высокий уровень их коморбидности. Коморбидность ВЗП, ХГ и НрИ формируется в результате активности факторов риска социально-поведенческого характера.

– Количественно рассчитано, что табако- и алкоголезависимость комбинаций с доминантными факторами риска создают реальные предпосылки для развития ВЗП, ХГ, НрИ в отдельности и сочетаниях друг с другом.

– В развитии этих заболеваний важное место занимают стрессовые нагрузки, формирующиеся под воздействием комплекса профессиональных и семейно-бытовых факторов.

– Выработаны схемы выставления диагнозов ВЗП, ХГ и НрИ и их сочетаний на основе поэтапного вычленения и количественной оценки доминантной клинико-диагностической симптоматики.

– Показана необходимость коррекции местной иммунной системы полости рта, на основе некомпетентности которой происходит формирование ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ.

– Разработана система мер по оптимизации интегрированного комплексного консервативного лечения ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ с дифференциацией их относительно клинических форм ВЗП.

– Показана ведущая значимость модификации изъязнов в социально-поведенческих навыках населения в достижении высокого лечебного эффекта и предотвращении заболеваемости ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ.

Практическая значимость работы. На основании проведенных исследований дана достоверная оценка роли ВЗП в неблагоприятном состоянии стоматологического статуса и здоровья взрослого городского населения, с учетом которого составлена современная «корзина» стоматологических услуг дифференцированно относительно клинических форм ВЗП. Выявлены клинико-иммунологические маркеры, позволяющие осуществлять первичный диагностический скрининг ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ, и выявлены общие доминирующие социально-поведенческие факторы риска, «обеспечивающие» коморбидность этих заболеваний. Разработана оптимизированная комплексная консервативная тактика лечения ВЗП,

предусматривающая местную и системную антибактериальную, антимикотическую и антипротозойную терапию, нормализацию микрофлоры полости рта и ее гемма- и иммунокоррекцию с обязательной эрадикацией НрИ и устранением отягочающих последствий ХГ. Выработан подход интегрированной профилактики ВЗП и их сочетаний с ВЗП, реализуемой посредством разъяснительной работы по модификации профилактического поведения населения.

Апробация работы. Основные итоги диссертационной работы обсуждены на конференции «Инфекционные болезни, современные проблемы лечения и диагностики», проведенной в Санкт-Петербурге (Санкт-Петербург, 2008), на научной конференции, посвященной 65-летию А.Т.Агаеву (Баку, 2009) на XIV Международном Конгрессе в Тель-Авиве (17-20 октябрь, 2009), на XIV Международной Научной Конференции «Здоровье семьи – XXI век» (Пермь, 28 апреля, 2010), на Международной Научной Конференции, посвященной 80 летию Азербайджанского Медицинского Университета (Баку, 2010).

Внедрение в практику и опубликованные работы. Материалы диссертации применяются в учебном процессе кафедры терапевтической стоматологии и в практической работе Стоматологической клиники АМУ и ЦБН.

По теме диссертации опубликовано 34 статей, из них 28 журнальных, в том числе 8 за рубежом.

Положения, выносимые на защиту:

- Влияние ВЗП на состояние стоматологического статуса и здоровья населения.
- Роль Н.руlogі в этиологии ВЗП.
- Коморбидность ВЗП, ХГ и НрИ и особенности их сочетанной клинической симптоматики.
- Социально-эпидемиологические особенности формирования ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ.
- Оптимизация комплексной консервативной терапии ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ.
- Интеграция подходов по рационализации профилактики ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ.

Структура диссертации. Структура диссертационной работы описана на 319 странице как компьютерный текст. Имеется ввод, обзор литературы, материалы и методы собственных исследований, 8 глав собственных исследований, заключение, выводы, практические

предложения и 482 библиографических источников. Работа представлена 51 таблицами и 37 фотографиями.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Материал и методика собственных исследований. Работу провели в 2005-2012 гг. в рамках научных исследований кафедры терапевтической стоматологии АМУ. Использовали базы Стоматологического Центра АМУ, КМИ и ЦБН.

Для решения задач работы разработали азербайджанскую версию международного опросника ОНП (Г.М.Барер с соавт., 2007), состоящего из 7 блоков вопросов и дополненного соответствующими блоками вопросов международного опросника CF-36 (М.Г.Гусейнзаде, 2006). Среди взрослого населения слепым методом раздали 5000 анкет, отклик 2146 анкет ($42,9 \pm 0,7\%$). Одновременно проводили стоматологическое исследование полости рта, а 1489 анкетированных (ан) пригласили в СЦ. Интенсивность зубного налета оценивали пробой Федорова-Володкиной, воспаления – пробой Писарева-Шиллера (С.Р.Замин с соавт., 2008).

На основании анализа результатов проспективного и стоматологического исследований оценили: ССН и СЗН; нозоструктуру стоматологической заболеваемости; типы ортопедических конструкций; ГПП простейшими (*E.gingivalis*) в зависимости от самооценок здоровья 1258 ан. с ВЗП разделили на клинические формы и оценили для каждой из них средние показатели визитов к стоматологу, продолжительности лечения и дней нетрудоспособности. В соответствии с рекомендациями ВОЗ качество жизни оценили среди 261 ан. с ВЗП и 183 ан. без ВЗП по 10 позициям в диапазоне 0-100 баллов (А.Х.Еникеев с соавт., 2009).

Параллельно в соответствии с визуально-аналоговой шкалой (Сиднейская классификация ГДЗ, 1999 г.) провели диагностирование ХГ, заболеваемость в отдельности и в сочетаниях с ВЗП и НрИ выявили среди 1001 ан., по показаниям на базе ЦБН проводили их лабораторно-инструментальное обследование.

Слепым добровольным способом провели серологическое обследование на НрИ 511 человек, сопровождающих или посещающих стационарных больных. У всех обследованных собирали анамнез и при необходимости проводили стоматологическое и гастрологическое обследование, а также анкетирование по поводу

социально-поведенческих факторов. Контрольную группу составили 98 человек, не имеющих в анамнезе ВЗП и ХГ. Пробы сыворотки крови исследовали иммуноферментным анализом (ИФА) на полуавтоматическом анализаторе «Stat Fax-303, Plus» с использованием тест-системы «Rio Check Inc 837 Cowan Rd. Burlingame, CA 94010». Помимо этого, у 274-х человек с диагностированными ВЗП, ХГ и НрИ в отдельности и в сочетаниях друг с другом брали биопробы из желудка и пародонтальных карманов и исследовали морфологическим цитологическим методом, выявленные колонии Нр пересчитывали на колониеобразующие единицы, приходящиеся на 1 см² исследованной поверхности (КОЕ/см²) (М.Г.Алиев, 2007).

Исследования пародонтальных карманов на высеваемость *H.pylori* провели бактериологическим культуральным методом по следующей схеме: транспортная среда – селективная среда – газогенераторный пакет (микроаэрофильные условия, pH=6,5-8,4 > культивирования в термостате при 37⁰С выход культур на 5 сутки > дифференциация *H.pylori* и подсчет колониеобразующих элементов (КОЕ/см²). Материал из пародонтальных карманов брали стерильными плотными, тонко накрученными ватными тампонами, которые сразу помещали в транспортные среды. Всего исследовали 161 пробу биоматериала, из них 87 проб из пародонтальных карманов: глубиной до 3 мм – 27 проб глубиной 3-5 мм – 31 проба и глубиной 6 мм – 29 проб. Контролем служили 36 проб биоматериалов, взятых у лиц со здоровой полостью рта (М.Г.Алиев, 2007). На одновременную заселенность разных биотопов полости рта *H.pylori*, *E.gingivalis* и *T.tenax* в общей сложности исследовали 285 проб биоматериалов. На простейшие биоматериал брали при помощи кососрезанной стерильной деревянной зубочистки, конец которой на предметном стекле замачивали и периодически встряхивали в капле физиологического раствора, накрывали покрывным стеклом и микроскопировали с увеличением 400 раз (микроскоп Olympus Motic SFC 18/20 series, Япония). При подогревании предметного стекла амёбы и трихомонады активизируются и перемещаются; подсчитывали количество простейших на 1 см² исследуемой площади покрывного стекла (экз/см²) (Р.Э.Чобанов, 2006).

Для изучения причин взаимоотношенности ВЗП, ХГ и НрИ сформировали группу из 609 ан., подвергнутых серологическому обследованию, и согласно международным стандартам распределили их по 4 степеням коморбидности (Ф.И.Белялов, 2009). Современные

клинико-диагностические проявления коморбидности этих заболеваний изучали на следующих группах пациентов: 308 – с ВЗП, 85 – с ХГ, 416 – с ВЗП и ХГ, 63 – с НрИ, 157 – с ВЗП, ХГ и НрИ. На основании количественных расчетов выявленной симптоматики разработали алгоритмы (схемы) диагностирования ВЗП, ХГ и НрИ и их сочетаний.

Для исследования состояния местного иммунитета полости рта у пациентов собирали зубодесневую жидкость. Использовали сухие диски круглой формы диаметром 6,0мм, изготовленные из хроматографической бумаги, помещали в пародонтальный карман. Средняя поглотительная емкость 1 фильтра, установленная по воде, составляла $21,0 \pm 1,1$ мг. После пропитывания жидким содержимым диски высушивали на воздухе при комнатной температуре и помещали в пластиковые стерильные пробирки ($V=1,5 \text{ см}^3$; «Медполимер», Санкт-Петербург), которые хранили при -18^0C . Содержимое фильтров экстрагировали в постоянном объеме фосфатного буферного раствора (рН 7,2). Концентрацию иммуноглобулинов определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Социально-эпидемиологические предпосылки распространенности ВЗП, ХГ и НрИ изучали поэтапно. На 1-ом этапе оценили роль табако- и алкоголезависимости в формировании заболеваний – соответственно 563 и 536 ан. На 2-ом этапе среди 609 ан., подвергнутых стоматологическому, гастроэнтерологическому и серологическому обследованию, выделили и рассчитали доминантность 22 социально-гигиенических факторов риска. На 3-м этапе проанализировали ответы во всех 2146 анкетах по профессиональной ориентации, семейно-бытовому статусу, численности и составу семей, условий жилья, его жилищной площади, стрессовым нагрузкам.

Составили «корзину» потребительного спроса на современные стоматологические услуги и в общей сложности апробировали разные схемы лечения среди 1258 пациентов с ВЗП и их сочетаниями с ХГ и НрИ (см. практические предложения).

Оценку эффективности лечения провели на основании следующих объективных исследований: индекс воспаления по Шиллеру-Писареву (баллы); динамика высеваемости доминантных представителей пародонтопатогенной микрофлоры *Porphyromonas gingivalis* и *Candida albicans* и нормальной микрофлоры *Lactobacillus acidophilus*, а также *H.pylori* (КОЕ/см^2) и простейших *S.gingivalis* и *T.tenax* (экз/см^2); иммуноглобулинов sIgA, IgA и IgG (мг/мл).

Эффективность разработанного комплекса по модификации социально-поведенческих навыков населения в профилактике ВЗП их сочетаний с ХГ и НрИ определили в 3 группах анкетированных, с которыми контактировали в течение 11-14 месяцев: 346 – с ВЗП, 167 – с ВЗП и ХГ, 244 – с ВЗП, ХГ и НрИ; на старте работы заболеваемость была эффективно излечена. Контрольную группу составили 125 ан. без заболеваний.

При статической обработке полученных результатов использовали методы: средняя арифметическая взвешенная ($M \pm m$), критерий Стьюдента (t), критерий Ван-дер-Вардена (X), критерий соответствия (χ^2) и коэффициент корреляции ($\pm r$) (С.Гланц, 1999).

В первой главе собственных исследований оценивается состояние стоматологического статуса населения (ССН) и влияние на него воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП). Как известно, нормальный ССН – это наиболее достоверный показатель, характеризующий здоровье населения. Современный уклад жизни, среда обитания и социально-поведенческие изъяны уже с ранних лет ухудшают ССН. Основными компонентами, формирующих ССН, являются ЗЗК, ВЗП, ЗСО, ППР.

Комбинированное проспективное и стоматологическое обследование выявило весьма неблагоприятное состояние ССН взрослого населения г.Баку (табл. 1).

Неблагополучное состояние ССН обусловлено, прежде всего, широкой распространенностью среди населения стоматологической заболеваемости. В частности, уровень ВЗП достигает в среднем $58,6 \pm 1,1\%$, ЗЗК соответственно $55,0 \pm 1,1\%$ ($t=2,31$; $P<0,05$), ППР – $45,3 \pm 1,1\%$ ($t=6,22$; $P<0,001$), ЗСО – $29,2 \pm 1,0\%$ ($t=10,81$; $P<0,001$).

Практически нет ни одного человека, который не страдал бы текущей или предшествующей стоматологической заболеваемостью, что лишний раз подчеркивает ее исключительную медико-социальную значимость в современном мире. Стоматологическая заболеваемость выявляется во всех возрастных группах, но при этом имеет выраженную возрастную приуроченность, т.е. чем старше возраст обследованных, тем с сильной положительной коррелятивной зависимостью повышается уровень их заболеваемости ($r=+0,96 \pm 0,03$). Например, если среди обследованных, возраст которых не достиг 20 лет, показатель ВЗП составляет $34,4 \pm 3,2\%$, то среди обследованных в возрасте 70 лет и старше он возрастает до $64,2 \pm 3,9\%$ ($t=5,91$; $P<0,001$). Также возрастает показатель уровня ППР – соответственно с $8,4 \pm 1,8$

до $75,5 \pm 3,5\%$ ($t=17,3$; $P<0,001$) и показатель уровня ЗСО – с $16,3 \pm 2,5$ до $37,7 \pm 4,0\%$ ($t=3,69$; $P<0,001$). Столь сильная возрастная приуроченность отмеченных групп заболеваний, этиологической основой которых является микробная и протозойная агрессия, связана с возрастным ослаблением физиологических и иммунологических возможностей тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Таблица 1.

Состояние ССН городских жителей

Возрастные группы, лет	Число обследованных	Частота компонентов ССН, в %			
		ЗЗК	ВЗП	ЗСО	ППР
< 20	227	$69,2 \pm 3,1$	$34,4 \pm 3,2$	$16,3 \pm 2,5$	$8,4 \pm 1,8$
20-29	324	$63,6 \pm 2,7$	$43,8 \pm 2,8$	$25,9 \pm 2,4$	$14,8 \pm 2,0$
30-39	346	$61,3 \pm 2,6$	$50,9 \pm 2,7$	$26,0 \pm 2,8$	$38,2 \pm 2,6$
40-49	406	$57,9 \pm 2,5$	$63,5 \pm 2,4$	$29,1 \pm 2,3$	$47,5 \pm 2,5$
50-59	427	$48,7 \pm 2,4$	$70,5 \pm 2,2$	$33,7 \pm 2,3$	$64,6 \pm 2,3$
60-69	265	$42,6 \pm 3,0$	$77,7 \pm 2,6$	$36,2 \pm 3,0$	$71,7 \pm 2,8$
≥ 70	151	$33,1 \pm 3,8$	$64,2 \pm 3,9$	$33,7 \pm 4,0$	$75,5 \pm 3,5$
Всего	2146	$55,0 \pm 1,1$	$58,6 \pm 1,1$	$29,2 \pm 1,0$	$45,3 \pm 1,1$

В то же время в уровне ЗЗК наблюдается сильная возрастная коррелятивная зависимость, но отрицательного характера ($r=-0,94 \pm 0,05$) – по мере повышения возраста обследованных уровень ЗЗК последовательно снижается с $69,2 \pm 3,1$ до $33,1 \pm 3,8\%$ ($t=7,37$; $P<0,001$). Данный факт совершенно не означает, что заболеваемость кариесом в старших возрастах снижается. Дело в том, что кариес уже в молодом возрасте начинает разрушать зубные ряды и с возрастом в них остается все меньше зубов. Подтверждается это следующими данными. Например, у каждого обследованного зафиксировано в среднем $6,48 \pm 1,0$ отсутствующих зубов (удаленных), $2,27 \pm 1,2$

пломбированных зубов ($t=2,69$; $P<0,01$) и $1,94\pm1,1$ разрушенных зубов ($t=0,33$; $P>0,05$). Суммарно, на одного обследованного в возрасте до 20 лет пришлось в среднем $2,99\pm1,2$ отсутствующих, пломбированных и разрушенных зубов, тогда как среди обследованных в возрасте 70 лет и старше число увеличивается до $28,75\pm3,7$ зубов ($t=6,66$; $P<0,001$).

Высокий уровень стоматологической заболеваемости и вызываемые ее массивные разрушения зубных рядов наносит населению, помимо вреда медицинского характера, и существенный материальный ущерб, так как повышает его обращаемость за ортопедической помощью. Различные типы ЗТК имелись у $76,2\pm1,1\%$, на одного обследованного в различных комбинациях приходилось от $10,4\pm0,7$ до $15,2\pm0,8$ экз. коронок, мостов, съемных и несъемных протезов ($t=3,45$; $P<0,001$); численность их также имеет возрастную приуроченность. Не трудно представить, что в условиях все возрастающей стоимости стоматологических услуг, каким материальным бременем становится для населения ортопедическая реставрация зубных рядов.

Особенно серьезный вклад в ухудшение ССН вносят ВЗП, среди которых по удельному весу превалирует пародонтит – $86,9\pm1,0\%$, тогда как удельные веса гингивита, пародонтоза и периостита очень низкие и варьируют от $2,5\pm0,4$ до $7,5\pm0,7\%$. Несмотря на прилагаемые огромные усилия «обуздать» ВЗП пока не удастся, заболевания приобретают хронический характер, охватывают все новые участки пародонта, а эффективность лечения прогрессивно снижается и только радикальными мерами удастся восстановить здоровье пациентов. профилактика же ВЗП пока практически бездейственна. Поэтому ВЗП по частоте стоматологической обращаемости, продолжительности времени, затрачиваемого на лечебные процедуры, и потерям дней нетрудоспособности, первенствует среди других групп стоматологических заболеваний.

Произведенные количественные расчеты показывают, что пациенты с ВЗП совершают в среднем $3,87\pm0,11$ визитов к стоматологу, и это при общей очень низкой стоматологической обращаемости. При этом на частоту визитов оказывает влияние степень тяжести клинического течения ВЗП: при легких формах совершается в среднем $1,31\pm0,32$ визита, при тяжелых продолжительных генерализованных формах соответственно $8,86\pm0,25$ визитов ($t=26,96$; $P<0,001$). Продолжительность визита у стоматолога занимает достаточно много времени, составляющее в среднем $17,37\pm0,26$ минут. За это время

стоматологи диагностируют заболевание, проводят в зависимости от его клинического течения соответствующие лечебные меры, разъясняют пациентам необходимые меры для проведения в домашних условиях, производят записи в амбулаторную карту, назначают время повторного визита. Продолжительность каждого визита в зависимости от тяжести клинического течения ВЗП возрастает с $7,82 \pm 0,51$ до $28,70 \pm 0,53$ минут ($t=28,22$; $P<0,001$).

Вопросам влияния стоматологической заболеваемости вообще, и ВЗП в частности, на трудоспособность населения до сих пор не уделено недостаточно внимания, хотя стоматологический статус, наряду с качеством жизни, предусматривает и обеспечение трудоспособности населения. В стоматологическом отношении трудоспособность складывается по следующим позициям: по частоте визитов к стоматологу, продолжительности лечебных процедур при каждом визите (минуты), потерянной трудоспособности (дни). В зависимости от клинических форм ВЗП, значения отмеченных показателей неравнозначны. Не трудно догадаться, что чем тяжелее клиническое течение ВЗП, тем больше совершается стоматологических визитов, продолжительным становится лечение ВЗП и увеличивается число дней, затрачиваемые на визиты и лечение, т.е. обуславливаются трудопотери. Наши расчеты по трудопотерям показывают, что каждый пациент в случаях ВЗП теряет в среднем $6,02 \pm 0,21$ дней нетрудоспособности. Вполне понятно, что не все пациенты в период заболевания освобождались от работы, но, тем не менее, многие из них совершали визиты к стоматологу в течение рабочего дня. Были пациенты, у которых лечебные меры занимали даже 90 и более минут. При этом, чем тяжелее клиническое течение ВЗП, тем больше трудопотери, возрастающие с $0,76 \pm 0,12$ до $11,3 \pm 0,64$ дней ($t=16,29$; $P<0,001$).

Анкетирование позволило также определить насколько сильно ВЗП отражаются на стоматологическом здоровье населения (СЗН). Анализ ответов по самооценкам СЗН показал, что здоровье хорошим оценили только $6,2 \pm 0,7\%$ анкетированных с разными формами ВЗП, причем в основном у них наблюдались начальные, еще очень легко протекающие стадии заболеваний, тогда как $36,4 \pm 1,4\%$ анкетированных самооценили его как сниженное ($t=19,24$; $P<0,001$), а $58,4 \pm 1,7\%$ анкетированных сочли свое стоматологическое здоровье плохим ($t=10,00$; $P<0,001$). Чем тяжелее протекает ВЗП, тем более худшим анкетированные считают свое здоровье. Например, плохим самооценили свое

здоровье $35,9 \pm 4,5\%$ анкетированных с очень легкими формами ВЗП, тогда как их число при очень тяжелых формах ВЗП возросло до $81,9 \pm 3,2\%$ ($t=8,33$; $P<0,001$).

Весьма интересны данные по анкетированным, у которых при проведении настоящей работы ВЗП отсутствовали (здоровые). Хотя $66,4 \pm 1,6\%$ анкетированных сочли свое здоровье хорошим, но $27,4 \pm 1,5\%$ считали его сниженным ($t=15,07$; $P<0,001$), а $12,3 \pm 1,1\%$ - даже плохим ($t=8,12$; $P<0,001$). Неудовлетворенность своим стоматологическим здоровьем была связана с тем, что многие из них испытывали дискомфорт, который был обусловлен техническими погрешностями ортопедических конструкций. Кроме того, некоторые из этой группы анкетированных ранее были подвержены ВЗП и в настоящее время находились в напряженности от повторного развития болезни, т.е. даже среди здоровых нет максимальной удовлетворенности стоматологическим здоровьем.

Основное предназначение стоматологического здоровья – это обеспечение высокого уровня качества жизни населения. Анализ качества жизни при планировании программы лечения – важный компонент индивидуального подхода к пациенту; он помогает стоматологу следовать принципу клинической медицины «лечить не болезнь, а больного» (О.Е.Симановская, 2008).

Важно отметить, что наиболее интенсивно заселены простейшими пародонтальные карманы, в которых протекает хронический воспалительный процесс. Поэтому при комплексной терапии необходимо предусматривать и антипротозойные меры.

При комплексной терапии ВЗП необходимо также учитывать и то, что они часто протекают в сочетании с ЗСО, не леченные случаи которых могут способствовать внедрению новых партий микробов в ткани пародонта в процессе лечения ВЗП. Возможно, такая ситуация является одной из причин как утяжеления клиники ВЗП, так и снижения эффективности его лечения. при этом необходимо учитывать большую роль в формировании ВЗП различных типов ЗТК. Например, среди 1344 из 2146 анкетированных, имеющих ЗТК, уровень ЗСО составил $35,0 \pm 1,3\%$, тогда как среди 802 анкетированных, не имеющих ЗТК, этот уровень был намного меньше – $19,3 \pm 1,4\%$ ($t=8,22$; $P<0,001$). Скорее всего, ЗТК при технологических погрешностях травмируют слизистую оболочку и тем самым создаются условия для проникновения патогенных микробов и развития ЗСО.

Уровень собственного знания по профилактике ВЗП $6,2 \pm 0,5\%$ анкетированных оценили низким, $32,2 \pm 1,0\%$ анкетированных соответственно недостаточным ($t=23,21$; $P<0,01$) и $37,0 \pm 1,0\%$ анкетированных – удовлетворительным, что также следует признать нежелательным показателем ($t=3,40$; $P<0,001$). Всего $17,2 \pm 0,8\%$ анкетированных уровень знаний оценили достаточным ($t=15,47$; $P<0,001$). Обращает внимание, что состояние стоматологических знаний среди женщин более благополучное, чем среди мужчин. Возможно с этим связана более меньшая среди них распространенность ВЗП – соответственно $52,1 \pm 1,6$ и $64,4 \pm 1,4\%$ ($t=5,77$; $P<0,001$).

Общепризнанным стандартом соблюдения ГПР в удовлетворительном состоянии является регулярная чистка зубов 2 раза в день. Данный режим усиливается при дополнении его полосканием полости рта или использования жевательных резинок после приемом пищи. Согласно анкетированию, в нашем случае подобную чистку зубов осуществляли 1099 городских жителей ($51,2 \pm 1,1\%$), из них 508 мужчин ($44,6 \pm 1,5\%$) и 591 женщина ($58,7 \pm 1,6\%$; $t=6,44$; $P<0,001$). В то же время, регулярную чистку зубов, но один раз в день, что не достаточно в гигиенических целях, осуществляли 476 мужчин ($41,8 \pm 1,5\%$) и 352 женщины ($35,0 \pm 1,5\%$; $t=3,21$; $P<0,001$), а 156 мужчин ($13,7 \pm 1,0\%$) и 63 женщины подобный режим осуществляли еще реже ($6,3 \pm 0,8\%$; $t=5,78$; $P<0,001$). Более лучшие показатели среди женщин объясняются тем, что по эстетическим понятиям они, по сравнению с мужчинами, более внимательно относятся к ГПР (белизна зубов, запах изо рта и пр.). В целом, столь неприглядную картину с соблюдением ГПР следует признать одной из ведущих причин широкой распространенности стоматологической заболеваемости, и, в первую очередь ВЗП, среди городских жителей.

Подытоживая итоги настоящего блока исследований можно заключить, что насколько трудной и продолжительной не была бы реабилитация ССН, ее реализация вполне возможна путем налаживания действенного мониторинга за стоматологической заболеваемостью (и ВЗП), повышение своевременной стоматологической обращаемости населения и приверженности его к лечению, оптимизация корзины стоматологических услуг, внедрение современных комплексных лечебных технологий и распространение среди населения стоматологических профилактических знаний.

Вторая глава собственных исследований была посвящена оценке полости рта как среды обитания *N.pylogi* и значимости

бактерии в этиологии ВЗП и ХГ. Исследования показали заселенность биотопов полости рта *H.pylori*. Даже среди здоровых лиц экстенсивность высеваемости составила $33,3 \pm 8,0\%$, интенсивность – $7,9 \pm 1,8$ КОЕ/см². Почти таковы показатели при острых ВЗП – соответственно $47,4 \pm 8,2\%$ ($\chi^2=1,51$; $P>0,05$) и $14,6 \pm 2,3$ КОЕ/см² ($t=2,29$; $P<0,05$). существенно показатели возрастают при хронических ВЗП – $82,85 \pm 4,1\%$ ($\chi^2=16,43$; $P<0,001$) и $30,3 \pm 7,6$ КОЕ/см² ($t=14,57$; $P<0,001$).

На экстенсивные и интенсивные показатели высеваемости *H.pylori* сильное влияние оказывает глубина ПК. Так, при глубине ПК, не превышающей 3 мм, первый показатель равен $55,6 \pm 9,7\%$, второй показатель – $23,8 \pm 3,8$ КОЕ/см². При глубине ПК в пределах 3-6 мм высеваемость *H.pylori* возрастает соответственно до $90,3 \pm 5,4\%$ ($\chi^2=9,096$; $P<0,01$) и $86,2 \pm 6,4$ КОЕ/см² ($t=6,49$; $P<0,001$). И особенно возрастает высеваемость *H.pylori* при глубине ПК, превышающей 6 мм (100%), интенсивность которой достигает $227,3 \pm 12,5$ КОЕ/см² ($t=10,05$; $P<0,001$). По всей вероятности, в более глубоких ПК создаются благоприятные условия для размножения и жизнедеятельности *H.pylori*. Необходимо отметить, что параллельно ухудшается и состояние ГПП, в частности, при глубине ПК<3мм ее показатель составляет в среднем $2,7 \pm 0,5$ баллов, при глубине 3-6 мм – $3,5 \pm 0,6$ баллов, при глубине >6 мм – $4,3 \pm 0,8$ баллов, хотя из-за небольшого размаха границ оценок разницы не достоверны ($t=1,70$; $P>0,05$). При глубине ПК более 6 мм ВЗП носило продолжительный характер с периодическими обострениями, а пациенты подвергались неоднократному безуспешному лечению. Т.е. значимость *H.pylori* в хронизации, утяжелении ВЗП и снижении эффективности их лечения очевидна.

Как указывалось ранее, биотопы полости рта являются средой обитания и простейших. Наиболее высока их выделяемость из ПК. Так, экстенсивность выделяемости *E.gingivalis* и *T.tenax* из ПК составляет в среднем $92,0 \pm 2,9$ и $81,6 \pm 4,2\%$ ($t=2,04$; $P<0,05$), интенсивность – $99,1 \pm 4,2$ и $61,7 \pm 0,2$ экз/см² ($t=3,99$; $P<0,001$). Выделяемость *H.pylori* из ПК в среднем почти такая же – $82,8 \pm 4,1\%$ и $130,3 \pm 7,6$ КОЕ/см², при этом сочетанная выявляемость всех трех возбудителей равна $46,0 \pm 3,0\%$. Т.е. ПК являются общей средой обитания *H.pylori*, *E.gingivalis* и *T.tenax*, в присутствии друг с другом наблюдается наиболее интенсивное их размножение (синергические взаимоотношения), а клиническое течение ВЗП приобретает еще более тяжелый характер, а достижение эффективного лечения ВЗП без эрадикации этих возбудителей практически не достигается.

Согласно современным исследованиям, ВЗП все чаще рассматривают как сочетанную патологию полости рта и ЖКТ. Особенно часты сочетания ВЗП с ХГ, которым в текущих условиях страдает более 30%. В свою очередь, ВЗП и ХГ являются социально обусловленными заболеваниями, их формирование происходит под воздействием социально-поведенческих факторов, зачастую единых для обоих заболеваний. Многие неудачи лечения ВЗП наблюдаются при сочетаниях с ХГ, что актуализирует необходимость изучения характера взаимообусловленности ВЗП и ХГ. Одновременно с этим многочисленными исследованиями, последовавшими после открытия *H.pylori* была доказана роль бактерии в этиологии ХГ, хотя в последнее время появились сообщения, подвергающие эту роль сомнению. *H.pylori*, обитая также в полости рта, согласно нашим данным, является одной из причин осложнения клинического течения ВЗП и их лечения. в связи с этим назрела необходимость проведения комплексного исследования по решению вопросов по причинам и закономерностям сочетаний ВЗП, ХГ и НрИ. Сперва остановимся на распространенности (таб. 2).

Таблица 2.

Распространенность хронического гастрита среди
городских жителей

Возрастные группы, лет	Число обследованных	Заболеваемость, %		
		Всего	Мужчины	Женщины
<20	227	30,0±3,0	32,2±4,3	27,5±4,3
20-29	324	34,6±2,6	32,7±3,6	36,6±3,9
30-39	346	42,3±2,7	41,2±3,6	43,9±3,9
40-49	406	46,1±2,5	49,3±3,4	43,3±3,6
50-59	427	52,0±2,4	59,3±4,0	43,8±3,5
60-69	265	63,4±3,0	69,7±3,8	55,8±4,6
≥70	151	64,2±3,9	71,1±5,0	55,9±6,1
Всего	2146	46,6±1,1	49,9±1,5	42,9±1,6

На основании специфичных клинических проявлений ХГ был выявлен у 1001 из 2146 анкетированных ($46,6 \pm 1,1\%$), причем только 541 из них обращались за медицинской помощью и получали соответствующее лечение ($54,0 \pm 1,6\%$). Как и ВЗП, ХГ имеет выраженную возрастную зависимость ($r = +0,93 \pm 0,05$), его показатели по мере повышения возраста в интервале 30-70 лет последовательно возрастают с $30,0 \pm 3,0$ до $64,2 \pm 3,9\%$ ($t = 6,87$; $P < 0,001$). Наряду с «омоложением» ХГ, его возрастная приуроченность связана с длительным течением заболевания. В результате ХГ «накапливается» в более старших возрастных группах. Например, в $18,3 \pm 1,2\%$ случаев продолжительность ХГ не превышала 3 лет, в $26,1 \pm 1,4\%$ случаев она была в пределах 3-7 лет, в $47,6 \pm 1,6\%$ случаев – в пределах 7-10 лет, а в $7,7 \pm 0,8\%$ случаев превышала даже 10 лет. Средняя продолжительность течения ХГ равна $5,7 \pm 0,8$ лет.

Уровень заболеваемости мужчин оказался выше, чем женщин – $49,9 \pm 1,5$ и $42,9 \pm 1,6\%$ ($t = 3,20$; $P < 0,01$). Особенно сильно разница в показателях усиливается с 40-летнего возраста, что связано, скорее всего, с напряженным продолжительным рабочим днем, их нерациональным питанием, большей стрессовой напряженностью, злоупотреблением табака и алкоголя и прочими факторами. Кроме того, мужчины менее внимательно относятся к своему здоровью, чем женщины.

Низкая медицинская обращаемость связана с легким клиническим течением ХГ и продолжительными перерывами между обострениями, которые также не причиняли излишних беспокойств анкетированным. Наиболее часто наблюдались тягучие боли в области желудка и диспептические расстройства, которые устранялись самостоятельным приемом симптоматических средств. Причинами отсутствия мотивации и медицинской обращаемости указывались нехватка времени, недоверие к квалификации врачей, дороговизна медицинских услуг.

Сопоставление уровней заболеваемости ВЗП и ХГ, составляющих в среднем $58,6 \pm 1,1$ и $46,6 \pm 1,1\%$ ($t = 7,69$; $P < 0,001$), показывает, что в $72,8 \pm 1,3\%$ они протекали одновременно, т.е. сочетались. Связующим звеном между ВЗП и ХГ, по нашему предположению, могла быть НрИ. Распространенность инфекции приобрела на планете массовый характер и до сих пор специалисты не пришли к единому мнению о характере действий относительно НрИ. С этой целью нами проведено на базе ЦБН серологическое обследование 511 пациентов,

обратившихся за медицинской помощью по поводу заболеваний ЖКТ; у них обследована полость рта на наличие ВЗП. Серопозитивными на НрИ оказались 59,3±2,2% пациентов. Менее всего серопозитивными оказались пациенты, возраст которых не превышал 20 лет – 39,6±6,8%. С повышением возраста с коррелятивной зависимостью ($r=+0,91\pm0,06$) серопозитивность возрастает и достигает 76,8±5,7% ($t=4,19$; $P<0,001$) в возрастной группе 70 лет и старше. Т.е. возрастная приуроченность присуща и НрИ (таб. 3).

Наиболее высок показатель одновременной сочетанности ХГ, ВЗП и НрИ, составляющий 80,9±3,0%, почти таков же показатель сочетаний ХГ и НрИ – 83,0±3,2% ($t=0,48$; $P>0,05$), тогда как показатель сочетаний ВЗП и НрИ намного меньше – 27,6±3,3% ($t=11,95$; $P<0,001$).

Таблица 3

Серопозитивность пациентов с ХГ и ВЗП и их сочетаниями

Возрастные группы, лет	Число серологически обследованных	Серопозитивность, %	Серопозитивность пациентов, %		
			ХГ	ВЗП	Сочетания ХГ и ВЗП
<20	53	39,6±6,8	57,1±13,7	22,1±10,1	50,0±12,1
20-29	66	48,5±6,8	80,0±10,7	26,9±8,9	59,1±10,7
30-39	72	50,0±5,9	73,7±10,4	21,4±7,9	84,2±8,6
40-49	89	55,1±5,3	90,5±6,6	20,7±7,7	77,4±7,6
50-59	91	65,9±5,0	88,9±5,9	16,7±6,9	91,2±4,9
60-69	84	73,8±4,8	88,9±5,9	41,9±9,0	100,0±0,0
≥70	56	76,8±5,7	88,9±7,6	47,4±11,8	94,7±5,3
Всего	511	59,3±2,2	83,0±3,2	27,6±3,3	80,9±3,0

Коморбидность ВЗП, ХГ и Нр-инфекции, помимо случайности, может формироваться общими факторами риска, чаще всего они обуславливаются неадекватным профилактическим поведением населения. Выявление общих закономерностей коморбидности имеет важное значение в диагностике, лечении и профилактике заболеваний.

Оценке влияния особенностей профилактического поведения населения на формирование сочетанной заболеваемости ВЗП, ХГ и Нр-инфекцией посвящено настоящее исследование. Оно базируется на 511 пациентах с ХГ и ВЗП в отдельности и сочетаниях друг с другом, серологически обследованных на базе ЦБН. Для получения сопоставимых результатов провели дополнительное серологическое обследование также 98 пациентов, на данный момент не имеющих ХГ и ВЗП. Серопозитивными оказались 34 пациента ($34,7 \pm 4,7\%$). В зависимости от степени коморбидности сформировали 4 группы обследованных (таб. 4).

Таблица 4.

Степень коморбидности ВЗП, ХГ и Нр-инфекции

Заболеваемость	Частота степеней коморбидности							
	Высокая		Средняя		Низкая		Отсутствует	
	1-я группа		2-я группа		3-я группа		4-я группа	
	n=303		n=208		n=34		n=64	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
НрИ	303	$100,0 \pm 0,0$	–	–	3,4	$34,7 \pm 4,7$	–	–
ВЗП	154	$50,8 \pm 2,9$	59	$28,4 \pm 3,1$	–	–	–	–
ХГ	149	$49,2 \pm 2,9$	24	$11,5 \pm 2,2$	–	–	–	–
В том числе:								
НрИ, ВЗП	154	$50,8 \pm 2,9$	–	–	–	–	–	–
НрИ, ХГ	149	$49,2 \pm 2,9$	–	–	–	–	–	–
ВЗП, ХГ	–	–	8	$3,8 \pm 1,3$	–	–	–	–
В том числе:								
НрИ, ВЗП, ХГ	128	$42,2 \pm 2,8$	–	–	–	–	–	–

Анкетирование показывает, что обследованные подвержены воздействию многочисленных социально-поведенческих факторов, способных созданию риска формирования ВЗП, ХГ и НрИ и их

коморбидности. Например, от $4,0 \pm 1,3$ до $19,8 \pm 2,3\%$ пациентов с высокой степенью коморбидности имели материальные затруднения, большую численность семьи, стесненное жилье, не соблюдали гигиену, нежелательную профессию, и в то же время злоупотребляли алкоголем, семейные отношения характеризовали напряженными, предпочитали самолечение, отличались недостаточной физической активностью. Еще чаще – от $21,1 \pm 2,3$ до $32,0 \pm 2,7\%$ обследованным были присущи и такие социально-поведенческие факторы, как несвоевременная медицинская обращаемость и низкая приверженность к лечению, избыточная масса тела, стрессовые нагрузки, нерациональное питание, питание всухомятку, табакозависимость, несоблюдение гигиены полости рта, общее пользование предметами быта. Неадекватное профилактическое поведение было отмечено у $43,9 \pm 2,9\%$, недостаточный уровень медицинских знаний – $41,9 \pm 2,8\%$ обследованных. Нами рассчитано, что на всю группу обследованных с высокой коморбидностью приходится в среднем $4,3 \pm 0,12$ социально-поведенческих факторов риска, реально способных формировать среди них ВЗП, ХГ и НрИ.

Высокая заболеваемость и коморбидность ВЗП, ХГ и НрИ формируются под воздействием более 4 социально-поведенческих факторов риска. При коморбидности ухудшаются самооценка здоровья, снижается уровень ответственности по медицинской обращаемости и приверженности к лечению. Для повышения эффективности профилактики ВЗП, ХГ и НрИ важное значение имеет работа по повышению готовности населения по модификации профилактического поведения.

Подводя итоги настоящей главы можно отметить, что ПК, как и желудок, являются средой обитания *H. pylori*. Благоприятные условия способствуют активной жизнедеятельности бактерии, особенно в присутствии Protozoa, что отягочающе воздействует на клиническое течение ВЗП и их лечение. Столь частую встречаемость ВЗП и ХГ мы связываем как раз с данным фактом. ПК служат источником постоянной передачи бактерии в желудок, что и приводит к развитию ХГ. Основной итог – эрадикация НрИ важна не только при ХГ, но и при ВЗП.

Социально-эпидемиологическим предпосылкам распространенности среди городского населения ВЗП, ХГ и НрИ. Столетиями население мира охвачено пандемией табако- и алкоголезависимости. Никотин и алкоголь наносят огромный социально-экономический ущерб странам, вызывают широкий спектр заболеваний, являются причинами

преждевременной смертности, потери трудоспособности и инвалидности. Борьба с этими социально обусловленными вредными привычками приняла беспрецедентный характер, но видимых успехов пока не достигнуто. В этом аспекте важно было всесторонне оценить значимость табако- и алкоголезависимости в качестве факторов риска формирования ВЗП, ХГ и НрИ. В общей сложности, курящими оказались 737 из 2146 анкетированных ($34,3 \pm 1,0\%$), с разной интенсивностью употребляли алкоголь 871 анкетированный ($40,6 \pm 1,1\%$).

Наиболее высок удельный вес табакозависимых среди анкетированных с самостоятельными ВЗП и их сочетаниями с ХГ – $45,0 \pm 2,7$ и $44,7 \pm 1,6\%$ ($t=0,10$; $P>0,05$), тогда как их удельный вес среди анкетированных с самостоятельными ХГ намного меньше – $20,0 \pm 4,4\%$ ($t=5,28$; $P<0,001$) и соответствует показателю контрольной группы – $19,6 \pm 1,4\%$ ($t=0,14$; $P>0,05$). Если анкетированные с ВЗП выкуривают в среднем $14,2 \pm 1,4$ сигарет/день, а с сочетаниями с ХГ – $13,6 \pm 1,2$ сигарет/день ($t=0,33$; $P>0,05$), то анкетированные с ХГ выкуривают $4,8 \pm 1,1$ сигарету/день ($t=5,40$; $P<0,001$), в контроле – $3,5 \pm 0,8$ сигарет/день ($t=0,96$; $P>0,05$).

В то же время, алкоголь таким воздействием на полость рта, скорее всего, не обладает, так как удельный вес алкоголезависимых анкетированных с самостоятельными ВЗП мало отличается от таковой контрольной группы – $31,0 \pm 2,5$ и $35,5 \pm 1,7\%$ ($t=1,49$; $P>0,05$). По расчетам употребляемость алкоголя среди них составляет в среднем $9,8 \pm 1,2$ и $7,5 \pm 1,3$ г/сутки ($t=1,30$; $P>0,05$), алкоголезависимость же развивается при употреблении более 25 г алкоголя в сутки (S.Ammar, 2006). Алкоголь обладает раздражающим действием на желудок, что провоцирует развитие ХГ. Поэтому удельный вес анкетированных с самостоятельным ХГ намного выше – $58,8 \pm 5,4\%$ ($t=4,12$; $P<0,001$), а на каждого из них приходится в среднем $20,3 \pm 1,8$ г алкоголя в сутки ($t=4,86$; $P<0,001$). И, как следствие, эти показатели так же высокие у анкетированных, у которых ХГ сочетались с ВЗП – соответственно $46,9 \pm 1,6\%$ ($t=2,11$; $P<0,05$) и $22,7 \pm 1,4$ г/сутки ($t=1,05$; $P>0,05$).

Одновременно с этим никотин и алкоголь не создают видимых предпосылок в формировании НрИ. Например, среди серологически обследованных табакозависимость в контрольной группе составила $12,5 \pm 4,2\%$, а среди серопозитивных анкетированных – $14,7 \pm 6,3\%$ ($t=0,29$; $P>0,05$), а употребляющих алкоголь среди них не выявлено.

На основании всестороннего анализа результатов анкетирования выделены 12 доминантных социально-гигиенических (эпидемиоло-

гических) факторов риска, создающих реальные предпосылки для формирования ВЗП, ХГ, НрИ и их сочетаний. Особенно среди них выделяются такие факторы риска, как периодические стрессовые нагрузки, вредные социальные привычки, низкая самооценка здоровья, запоздалая медицинская обращаемость и недостаточная приверженность к лечению. Выявляемость этих факторов варьирует в пределах от $47,7 \pm 1,7$ до $54,8 \pm 1,4\%$ ($t=3,23$; $P<0,01$). Достаточно высока выявляемость и таких факторов, как нерегулярное соблюдение гигиенических процедур, недостаточный уровень профилактических знаний, неудовлетворительные условия проживания, материальные затруднения, нерациональное питание, большая численность семей, неудовлетворенность профессиональной ориентацией – от $17,8 \pm 1,2$ до $39,3 \pm 1,6\%$ ($t=10,75$; $P<0,001$).

Неудовлетворенность профессиональной ориентацией и соответственно материальным достатком, устройством семьи и жилищными условиями, бездетностью или многодетностью, недостаточной площадью жилья, в нуле и с другими выделенными доминантными социально-поведенческими факторами риска приводят к стрессовым нагрузкам. А стресс, как известно, является модификатором многих заболеваний. Проведенное нами по упрощенной и доступной для городского населения форме анкетирование дало следующие результаты (таб. 5).

Таблица 5.

Уровень стрессовых нагрузок среди анкетированных

Уровни стрессовых нагрузок	Уровень стрессовых нагрузок среди анкетированных				
	ВЗП	ХГ	В т.ч. ВЗП+ХГ	ВЗП+ХГ+НрИ	Контроль
	n=1258	n=1001	n=916	n=303	n=888
Высокий	$39,1 \pm 1,8$	$42,3 \pm 2,0$	$44,2 \pm 2,1$	$40,1 \pm 3,3$	$30,6 \pm 2,3$
Средний	$33,2 \pm 1,7$	$31,4 \pm 1,8$	$32,2 \pm 2,0$	$35,5 \pm 3,3$	$33,4 \pm 2,4$
Низкий	$27,7 \pm 1,6$	$26,3 \pm 1,8$	$23,6 \pm 1,8$	$24,4 \pm 2,9$	$36,0 \pm 2,4$
Всего	$61,4 \pm 1,4$	$50,2 \pm 1,6$	$62,0 \pm 1,6$	$71,6 \pm 2,6$	$43,5 \pm 1,7$
Отсутствует	$28,4 \pm 1,3$	$21,3 \pm 1,3$	$25,8 \pm 1,4$	$18,8 \pm 2,2$	$39,2 \pm 1,6$
Не оценен	$10,2 \pm 0,9$	$15,7 \pm 1,2$	$12,2 \pm 1,1$	$2,6 \pm 1,7$	$17,3 \pm 1,3$

Несмотря на упрощенный вариант работы, от $9,6 \pm 1,7$ до $17,3 \pm 1,3\%$ анкетированных не смогли оценить свой уровень стрессовых нагрузок. Остальные данные таблицы лишней раз убеждают, насколько важна значимость стрессовых нагрузок в формировании ВЗП, ХГ, НрИ и их сочетаний. В частности, проявления стрессовых нагрузок отметили от $50,2 \pm 1,6$ до $62,0 \pm 1,6\%$ анкетированных с заболеваемостью ($t=5,22$; $P<0,001$), в контроле – $43,5 \pm 1,7\%$ ($t=2,88$; $P<0,01$). Если высокий уровень стрессовых нагрузок среди первых варьировал от $39,1 \pm 1,8$ до $44,2 \pm 2,1\%$ ($t=1,84$; $P>0,05$), то в контроле он был меньше – $30,6 \pm 2,3\%$ ($t=2,91$; $P<0,01$).

Произведенные итоговые количественные расчеты показывают, что формирование ВЗП, ХГ, НрИ в отдельности и в сочетаниях друг с другом происходит в результате комбинированного воздействия на организм от $4,48 \pm 0,5$ до $4,52 \pm 0,4$ доминантных социально-поведенческих факторов риска. Эти факторы присущи и всему городскому населению, но их активность слабее, а их комбинация не превышает $2,14 \pm 0,6$ факторов ($t=3,00$; $P<0,01$), что и предотвращает их от формирования заболеваемости. Поэтому при осуществлении лечебно-профилактических мер, модификация представленных факторов риска приобретает обязательный характер.

«Современные клинко-диагностические проявления ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ». В результате сравнительного наблюдения за фиксированными группами пациентов выявлена характерная клинко-диагностическая симптоматика ВЗП, ХГ и НрИ в отдельности и сочетаниях друг с другом. Характер и частота выявленной симптоматики суммарно отражены в таблице 10.

Наиболее высока выявляемость симптоматики среди пациентов с ХГ и сочетаниями ВЗП и ХГ, а также сочетаниями ВЗП, ХГ и НрИ – от $10,96 \pm 1,1$ до $14,72 \pm 0,8$ единиц симптомов в пересчете на одного пациента ($t=2,76$; $P<0,01$). Частота симптоматики среди пациентов с сочетаниями ВЗП и НрИ снижается до $4,97 \pm 1,0$ единиц ($t=4,02$; $P<0,001$), еще больше она снижается среди пациентов с самостоятельными ВЗП – $1,86 \pm 0,4$ единиц ($t=2,88$; $P<0,01$). Как видно, наиболее клинически-диагностическая симптоматика присуща ХГ, что связано с более широкими и системными патологическими проявлениями этого заболевания.

Помимо перечисленных симптомов, для этих заболеваний характерна собственная специфика, диагностически значимая, симптоматика. При ВЗП, несмотря на перестройку клинического течения, до сих пор доминантным симптомом остается болевой синдром, причиняемый причинным зубам, наличие которого фиксировалось у $98,7 \pm 0,6\%$ пациентов. Однако только у $19,5 \pm 0,9\%$ пациента наблюдалась сильная боль, но она носила редкий, прерывистый характер.

Доминантным симптомом является и субфебрилитет. Хотя наличие субфебрилитета отметили $94,8 \pm 1,3\%$ пациентов, но только у $21,8 \pm 2,4\%$ он появлялся при обострениях ВЗП и всего в $4,2 \pm 1,1\%$ случаев носил постоянный характер. В $85,7 \pm 2,0\%$ случаев ВЗП сопровождаются образованием ПК, причем чем тяжелее клиническая картина ВЗП, тем больше глубина ПК, превышающая 6 мм. Как правило, ВЗП сопровождается отеком и гиперемией воспаленного участка, данные симптомы наблюдались у $83,1 \pm 2,1\%$ пациентов. Образование ПК у $80,5 \pm 2,3\%$ пациентов сопровождается гноеотделением, в результате которого у $27,6 \pm 2,6\%$ пациентов образуются свищи. Ведущим симптомом ВЗП остается и кровоточивость десен – у $76,6 \pm 2,4\%$ пациентов. Кроме того, у $51,3 \pm 2,9\%$ пациентов зафиксировано оголение корней причинного зуба, а у $39,0 \pm 2,8\%$ пациентов – его подвижность. Еще $50,3 \pm 2,9\%$ пациентов предъявили жалобы на затрудненное жевание пищи. Необходимо отметить, что частота и интенсивность проявлений вышеотмеченных доминантных симптомов прогрессивно возрастают по мере утяжеления клинического течения ВЗП. В целом, при легких формах ВЗП на каждого пациента приходится в среднем $3,77 \pm 0,5$ единиц симптомов, при средних формах соответственно $5,05 \pm 0,4$ единиц ($t=2,00$; $P<0,05$), при тяжелых формах – $6,25 \pm 0,3$ единиц ($t=2,40$; $P<0,05$). На основании количественных расчетов разработана схема поэтапного выставления диагноза разных клинических форм ВЗП. Схема предусматривает оценку характера и интенсивности клинических симптомов в следующем алгоритме: доминантная симптоматика → вспомогательная симптоматика → общесоматическая симптоматика → дифференциация разных клинических форм ВЗП.

Наиболее представлена клиническая симптоматика среди пациентов ХГ. Доминантными, диагностически значимыми симптомами являются боли в животе разной интенсивности,

вздутие в животе, отрыжка, тошнота, рвота, изжога, раздражительность, утомляемость, вязкая и густая слюна, запах изо рта, обложенность и отечность языка. Выявляемость этих симптомов среди пациентов варьирует в пределах от $70,6 \pm 5,0$ до $97,6 \pm 1,7\%$ ($t=5,10$; $P<0,001$). Высока выявляемость и субфебрилитета, частота которого среди пациентов составляет $93,7 \pm 1,2\%$ ($t=1,88$; $P>0,05$). Несмотря на широкое представительство доминантных симптомов ХГ, они отличаются во многих случаях малой интенсивностью проявлений, носят непродолжительный характер. Поэтому многие пациенты самостоятельно принимают антибактериальные, противовоспалительные или болеутоляющие средства и лишь при серьезных обострениях заболевания обращаются за медицинской помощью. Для клинической картины характерна и симптоматика, имеющая вспомогательную диагностическую значимость, выявляемость которой среди пациентов не превышает $68,2 \pm 5,1\%$.

В основе воспалительно-иммунологических процессов лежит некомпетентность иммунологического статуса организма. Современные стоматологические иммунологические исследования показывают, что развитие ВЗП преимущественно происходит на фоне ослабления местного иммунитета полости рта. Учитывая анатомо-физиологическую взаимосвязь полости рта и желудка и высокую сочетанность ВЗП и ХГ, включая и НрИ, мы сочли целесообразным оценить значимость иммунологического статуса полости рта в формировании коморбидности этих заболеваний. Оптимальными маркерами состояния местного иммунитета полости рта считаются иммуноглобулины классов sIgA, IgA и IgG, их количественное определение в полости рта приведено в таблице 6.

В норме количество sIgA превышает 60,0 мг/мл, меньшее его количество свидетельствует о некомпетентности местной иммунной системы полости рта. Во всех группах пациентов количество sIgA оказалось меньше нормы, а при ВЗП оно в зависимости от тяжести клинического течения снижается с $0,43 \pm 0,05$ до $0,20 \pm 0,07$ мг/мл ($t=2,637$; $P<0,01$), в контроле – $0,71 \pm 0,09$ мг/мл ($t=2,80$; $P<0,01$). При воспалительных процессах активизируется выработка компенсаторных IgA и IgG (норма $<25,0$ мг/мл), их количество во всех группах пациентов варьировало в пределах от до $0,71 \pm 0,09$ мг/мл и оказался достоверно выше контроля – $0,21 \pm 0,04$ мг/мл ($t=2,22$; $P<0,05$). Как видно, снижение активности местной иммунной системы

полости рта, маркерами которой являются иммуноглобулины sIgA, IgA и IgG, создает необходимые предпосылки для развития ВЗП. Ослабление иммунологического статуса полости рта создает такие же предпосылки и для развития ХГ и НрИ. Поэтому для успешного лечения ВЗП – сопутствующих ХГ и НрИ необходима иммунокоррекция полости рта.

Таблица 6.

Количественные показатели иммуноглобулинов в полости рта
в разных группах пациентов

Группы пациентов	Число серологических исследований	Средние показатели иммуноглобулинов, мг/мл		
		SIgA	IgA	IgG
ВЗП:				
- легкая форма	65	0,43±0,05	0,37±0,06	0,40±0,06
- средняя форма	118	0,33±0,06	0,48±0,08	0,53±0,09
- тяжелая форма	63	0,20±0,07	0,64±0,09	0,63±0,11
- тяжелая, в ассоциации с НрИ	25	0,18±0,03	0,68±0,09	0,72±0,12
ХГ	28	0,24±0,05	0,75±0,09	0,62±0,12
Контроль	23	0,71±0,09	0,21±0,04	0,18±0,05

Пятая глава настоящих исследований посвящена системе мер по оптимизации комплексного консервативного лечения ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ. С целью оптимизации подходов по лечению ВЗП нами на основании вышеизложенных результатов на первом этапе в зависимости от клинических форм заболеваний сформирована современная «корзина» стоматологических услуг, состоящая из 6 вариантов.

Потребительский спрос на услуги варьирует в пределах от 3,0±0,5 до 39,2±1,4%, а их объем зависит от клинических форм ВЗП. Если при очень легких формах достаточно противовоспалительное полоскание полости рта и соблюдение ее гигиены, то при легких

формах необходимо применять местное антибактериальное средство (гель Метрогил Дента). При средних формах по показаниям дополнительно проводится обработка и кюретаж ПК, их промывание антибактериальным средством (0,15% раствор хлоргексидина). При тяжелых формах дополнительно проводится вскрытие и дренирование гноя из очага воспаления, назначаются препараты по нормализации микрофлоры полости рта (вакцины Имудон или ИРС-19), по показаниям – шинирование причинного зуба. При очень тяжелых формах ВЗП дополнительно проводится иммунокоррекция полости рта (вакцины Имудон или ИРС-19) и улучшение капиллярного кровообращения (гидро- или мануальный массаж), а при сочетании с НрИ – системный антибиотик (азитромицин). Во всех вариантах при сочетании ВЗП с кандидозом назначается антимикотическое средство (флуконазол). На последующих этапах оценена эффективность разных лечебных технологий.

Второй этап связан с необходимостью назначения антимикотического средства. Обсемененность полости рта *Candida albicans* варьирует от $61,7 \pm 2,2$ при легкой форме до $90,6 \pm 2,2\%$ при тяжелой форме ВЗП ($t=9,29$; $P<0,001$), интенсивность обсеменения – от $83,7 \pm 7,8$ до $562,4 \pm 32,6$ КОЕ/см² ($t=14,28$; $P<0,001$). При наличии кандидоза клиническая симптоматика ВЗП возрастает с $4,04 \pm 0,11$ до $5,74 \pm 0,24$ единиц ($t=6,54$; $P<0,001$), а эффективность лечения составила $63,9 \pm 4,0\%$. Дополнительное назначение пациентам флуконазола (однократно 150 мг) повысило эффективность лечения ВЗП до $87,0 \pm 1,5\%$ ($t=5,41$; $P<0,001$).

Учитывая высокую заселенность полости рта простейшими на третьем этапе апробировалась эффективность антипротозойных средств. Так, экстенсивность выделяемости из полости рта *Entamoeba gingivalis* составляет $44,0 \pm 1,4\%$, *Trichomonas tenax* – $29,3 \pm 1,3\%$, интенсивность – соответственно $45,1 \pm 3,4$ и $27,1 \pm 2,5$ экз/см². При тяжелых случаях ВЗП эти показатели существенно возрастают. Сочетанное назначение пациентам средств с антипротозойным действием – хлоргексидин и гель Метрогил Дента (2 раза в день) в течение 7-10 дней и азитромицина (0,5 г в первый день и по 0,25 г в последующие 4 дня) повышает эффективность лечения очень тяжелых форм ВЗП до $92,1 \pm 4,4\%$.

На четвертом этапе оценена значимость иммунокоррекции полости рта в повышении эффективности лечения ВЗП. В частности, без иммунокоррекции эффективность лечения ВЗП

составила $71,6 \pm 3,7\%$, при 5-кратном в день в течение 10 дней назначений вакцины ИРС-19 (аэрозоль) она повысилась до $90,6 \pm 2,5\%$ ($\chi^2=16,52$; $P<0,01$), а при такой же схеме назначения вакцины Имудон (таблетки) – соответственно до $93,7 \pm 1,7\%$ ($\chi^2=1,17$; $P>0,05$). Эти вакцины, ко всему, ускоряют темпы нормализации микрофлоры полости рта.

Установление высокой заселенности ПК бактерией *H. pylori* и ее роли в утяжелении клиники ВЗП и снижении эффективности их лечения, предопределили проведение на пятом этапе изыскания средств по эрадикации НрИ. Одной группе пациентов с сочетаниями ВЗП и НрИ провели весь комплекс консервативного лечения, другой группе назначали дополнительно азитромицин, эффективность лечения составила $71,2 \pm 6,3$ и $92,1 \pm 4,4\%$ ($\chi^2=5,73$; $P<0,02$).

На пятом этапе оценили эффективность комплексной терапии ВЗП с дополнительным включением ингибитора проточной помпы омеprozол (20 мг 2 раза в день в течение 7 дней) и азитромицина при лечении ХГ. При назначении международной эрадикационной терапии (кларитромицина и амоксициллина) излечилось $44,7 \pm 8,2\%$ пациентов с ХГ, при замене их азитромицином соответственно $87,7 \pm 4,4\%$ ($\chi^2=20,26$; $P<0,01$). Достижение столь высокого лечебного эффекта было связано не только с назначением азитромицина, но и с проводимой пациентам с сочетаниями ВЗП, ХГ и НрИ иммунокоррекции полости рта. Учитывая анатомо-физиологическую взаимосвязь полости рта и желудка, то подобная мера оказывает благотворное влияние на лечение ХГ.

Итоги апробации разных компонентов по включению в интегрированную комплексную терапию разных клинических форм ВЗП подведены на шестом этапе.

Наиболее эффективно лечение очень легкой формы ВЗП, составившей $98,3 \pm 1,85\%$, а также легкой формы – $91,4 \pm 1,9\%$ ($t=3,07$; $P<0,01$). Результативность этих форм ВЗП достигается использованием местных противовоспалительных и антибактериальных средств. Если бы стоматологическая обращаемость пациентов при начальных стадиях ВЗП была бы на должном уровне, то проблема ВЗП не приобрела бы столь неблагоприятной окраски.

Подобное лечение при средней форме ВЗП оказалось менее результативным, так как лечебный эффект был достигнут у $71,6 \pm 3,3\%$

пациентов ($t=4,76$; $P<0,001$). В то же время дополнительное назначение пациентам вакцин, способствующих ускоренной нормализации микрофлоры полости рта и активизации ее местной иммунной системы позволило достигнуть максимально возможный лечебный эффект. Относительно вакцины ИРС-19 (4-я группа) он составил $90,6\pm 2,5\%$ ($t=4,25$; $P<0,001$), вакцины Имудон (5-я группа) – $93,7\pm 1,7\%$ ($t=0,95$; $P>0,05$). Вакцины удобны в применении и представлены на аптечном рынке.

Несмотря на значительный перечень лечебных процедур, эффективность лечения тяжелой формы ВЗП оказалась заметно ниже (6-я группа), полное излечение наблюдалось у $77,6\pm 2,6\%$ пациентов ($t=3,61$; $P<0,001$). Еще более низкой она оказалась у пациентов с очень тяжелой формой ВЗП (7-я группа) – $72,2\pm 3,9\%$ ($t=1,15$; $P>0,05$). В то же время дополнительное назначение пациентам с тяжелыми формами ВЗП, ассоциированных с *H.pylori*-инфекцией, системного антибиотика азитромицина, существенно повысило эффективность лечения (8-я группа), составившей $92,1\pm 4,4\%$ ($t=3,38$; $P<0,001$). Учитывая высокую распространенность *H.pylori*-инфекции и ее этиологическую роль в утяжелении хронических форм ВЗП, то, скорее всего, причиной недостаточной эффективности лечения в отмеченных двух группах пациентов явилась как раз эта инфекция. Поэтому обосновывается необходимость дополнительного назначения всем пациентам с тяжелыми формами ВЗП и системных антибиотиков, в частности, азитромицина.

Стойкость лечебного эффекта подтверждается и показателями использованных маркеров (таб. 7).

Согласно данным, в показателях всех анализируемых маркеров эффективности лечения ВЗП произошла позитивная динамика. В частности, показатели индекса воспаления (гигиены) снизились в 3,01-3,88 раз, что свидетельствует о затухании воспалительного процесса и улучшении состояния гигиены полости рта.

Особенно разительные изменения произошли в количественных показателях маркерных доминирующих представителей пародонтопатогенной микрофлоры. Например, по сравнению с исходными показателями, высеваемость *P.gingivalis* после завершения лечения снизилась в 4,67-9,29 раз.

Таблица 7.
Количественные показатели маркеров эффективности лечения разных клинических форм ВЗП

Группы пациентов	Число пациентов	Средние количественные показатели маркеров							
		Индекс воспаления, баллы	Представители пародонтопатогенной и нормальной микрофлоры, КОЕ/см²			Иммуноглобулины, мг/мл			
			P. gingivalis	C. albicans	L. acidophilus	sIgA	IgA	IgG	
1-я: ДЛ ПЛ	28	3,63±0,21 1,14±0,08	581,2±19,6 63,4±4,4	428,8±21,7 133,3±15,6	71,6±12,3 648,3±38,5	0,42±0,05 0,87±0,12	0,35±0,05 <0,025	0,42±0,06 <0,025	
2-я: ДЛ ПЛ	33	3,58±0,19 1,19±0,07	613,6±27,3 66,7±7,5	376,2±16,3 147,1±15,8	104,3±14,7 849,2±44,2	0,43±0,05 0,97±0,13	0,38±0,06 <0,025	0,37±0,06 <0,025	
3-я: ДЛ ПЛ	39	4,11±0,13 1,06±0,06	573,4±22,5 81,3±11,2	391,1±19,4 22,1±6,3	41,2±8,7 533,1±31,2	0,32±0,08 0,71±0,09	0,43±0,08 <0,025	0,56±0,09 <0,025	
4-я: ДЛ ПЛ	36	3,77±0,17 1,25±0,08	721,5±31,4 137,2±16,8	480,6±22,3 -	32,3±9,6 450,4±26,3	0,35±0,08 0,75±0,09	0,54±0,09 <0,025	0,55±0,09 <0,025	
5-я: ДЛ ПЛ	43	4,05±0,19 1,12±0,07	770,6±32,6 120,1±15,2	463,1±28,7 22,4±4,1	30,7±5,5 480,0±27,7	0,31±0,06 0,75±0,06	0,48±0,08 <0,025	0,49±0,08 <0,025	
6-я: ДЛ ПЛ	31	4,42±0,22 1,35±0,07	883,7±42,7 169,4±21,8	511,5±33,3 -	325,1±21,6 -	0,22±0,09 0,63±0,05	0,57±0,09 <0,025	0,62±0,09 <0,025	
7-я: ДЛ ПЛ	32	4,79±0,18 1,44±0,08	859,2±40,1 283,7±20,2	573,0±32,8 -	287,0±19,6 -	0,19±0,04 0,68±0,06	0,73±0,11 <0,025	0,64±0,09 <0,025	
8-я: ДЛ ПЛ	25	4,66±0,15 1,48±0,09	914,7±44,4 279,9±16,8	554,6±36,1 32,7±5,2	- 331,4±2,8	0,18±0,03 0,65±0,08	0,68±0,09 <0,025	0,72±0,12 <0,025	

Условные обозначения: ДЛ – до лечения, ПЛ – после лечения.

Наряду с этим произошел разительный рост количества *L.acidophilus* – доминирующего представителя нормальной микрофлоры полости рта (в 8,14-15,64 раз). При этом данный вид среди пациентов с тяжелыми формами ВЗП до лечения вообще отсутствовал. Т.е. произошла нормализация микрофлоры полости рта.

Проведенное лечение активизировало и местную иммунную систему полости рта. Например, количество sIgA до лечения во всех группах было ниже нормы и варьировало от $0,18 \pm 0,03$ до $0,43 \pm 0,05$ мг/мл ($t=4,31$; $P<0,001$), то после лечения его количество возросло в 2,07-3,61 раз. На затухание воспалительного процесса указывает и снижение количества IgA и IgG, которые после лечения у всех пациентов соответствовали норме ($<25,0$ мг/мл).

Модификации социально-поведенческих навыков населения как основы оптимизации профилактики ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ посвящена шестая глава собственных исследований. В результате социально-эпидемиологических исследований выявлены следующие 7 блоков личностно-поведенческих факторов, преимущественно «обслуживающие» одновременно ВЗП, ХГ и НрИ, устранение которых способно снизить риск заболеваемости: активизация медицинской обращаемости и приверженности к максимальной выполняемости лечебно-профилактических предписаний врачей; предотвращение развития постоянных глубоких стрессовых нагрузок; устранение социально-обусловленных вредных привычек (табак, алкоголь); соблюдение гигиены полости рта; соблюдение бытовой гигиены; повышение культуры питания; изменение профилактического поведения. Модификация социально-поведенческих навыков, обусловленных изъятиями в образе жизни населения, проведение специализированной разъяснительной работы среди разных групп анкетированных, подкрепляемая на протяжении 11-14 месяцев личными и телефонными контактами с ними. Часть анкетированных реализовала предписанные меры максимально на протяжении этого срока, другая часть – частично, что отразилось на конечной эффективности профилактики (таб. 8).

Таблица 8.

Оценка разъяснительной работы в профилактике новых случаев
заболеваемости ВЗП и их сочетаний с ХГ и НРИ

Группы анкетиро- ванных	Частота новых случаев заболеваемости в зависимости от выполняемости профилактических мер							
	Максимально			Частично			Достоверност ь различия	
	Числ о ан- кети- ро- ванн ых	Новые случаи		Чис- ло ан- кети- ро- ван- ных	Новые случаи			
		абс .	%		абс .	%	χ ²	P
ВЗП	152	5	3,3±1, 5	55	6	10,9±4, 2	4,66	<0,05
ВЗП, ХГ	83			31				
в т.ч. ВЗП		2	2,4±1, 7		4	12,9±6, 1	4,98	<0,05
ХГ		3	3,6±2, 1		5	16,1±6, 7	5,09	<0,05
ВЗП, ХГ, НрИ	97			39				
в т.ч. ВЗП		3	3,1±1, 8		5	12,8±5, 4	4,75	<0,05
ХГ		3	3,1±1, 8		6	15,4±5, 9	6,80	<0,01
НрИ		4	4,1±2, 0		7	17,9±6, 2	6,61	<0,02
Контрольна я группа	125			125				
в т.ч. ВЗП		0	-		32	25,6±3, 9		
ХГ		0	-		24	19,2±3, 5		
НрИ		0	-		44	35,2±4, 3		

Несмотря на многолетнюю борьбу и профилактику с рядом социально значимых заболеваний, и, прежде всего, с инфекциями достигнуть их стойкого снижения, не говоря уже об их ликвидации, еще нигде не удавалось. Даже массовая вакцинация населения от ряда инфекций, проводимая на государственном уровне, не обеспечивает предотвращения населения от инфицирования. Поэтому достигнутые нами результаты следует признать высокоэффективными. Во-первых, выработанный нами интегрированный комплекс по консервативному лечению ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ оказался максимально результативным и стойким, так как в течение 11-14 месяцев посттерапевтического периода среди анкетированных не наблюдался ни один случай рецидивов заболеваний. Во-вторых, максимальная реализация мер по модификации профилактического поведения способствовала тому, что спустя 11-14 месяцев среди анкетированных с ВЗП и их сочетаниями с ХГ и НрИ наблюдались всего от $2,4 \pm 1,7$ до $4,1 \pm 2,0\%$ новых случаев заболеваний ($\chi^2=0,63$; $P>0,05$).

В то же время частичная реализация предписанных мер снижает результативность работы. Так, несмотря на исходное высокоэффективное лечение заболеваний, спустя 11-14 месяцев среди анкетированных наблюдались от $10,9 \pm 4,2$ до $17,9 \pm 6,2\%$ новых случаев заболеваний ВЗП и их сочетаниями с ХГ и НрИ ($\chi^2=1,74$; $P>0,05$), что достоверно больше по сравнению с анкетированными, максимально реализовавшими профилактические меры ($\chi^2=4,75$; $P<0,05$). Т.е. в течение 11-14 месяцев риск новых заболеваний удалось снизить в $3,07$ - $5,77$ раз. Данное достижение позволяет прогнозировать следующее. Если выработанный комплекс внедрить в повседневную работу профилактической службы, вовлечь в его реализацию органы здравоохранения всех уровней, медицинскую, религиозную и информационные общественности, то ежегодное снижение заболеваемости в подобном темпе приведет в течение ближайших 5-7 лет к стоматологическому, гастроэнтерологическому и инфекционному благополучию.

В противовес к сказанному служат данные по контрольной группе. В начале работы среди них ВЗП и их сочетания с ХГ и НрИ не были выявлены. Однако слабая приверженность их к соблюдению профилактических мер привела к тому, что спустя 11-14 месяцев среди анкетированных данной группы были выявлены от $19,2 \pm 3,5$ до $35,2 \pm 4,3\%$ новых случаев заболеваний ($\chi^2=8,08$; $P<0,01$). Т.е. ежегодно такая численность городского населения заболевает ВЗП и их

сочетаниями с ХГ и НрИ, они обращаются за медицинской помощью, получают соответствующее лечение, зачастую мало эффективное и тем самым происходит накопление заболеваемости. Этим и объясняется высокий уровень заболеваемости городского населения ВЗП и их сочетаниями с ХГ и НрИ.

Таким образом, выявленные социально-эпидемиологические закономерности распространенности и факторы личностно-поведенческого характера, благоприятствующие формированию ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ, позволили впервые разработать интегрированный научно-обоснованный комплекс мер по профилактике этих заболеваний. Впервые путем разъяснительной работы, отличающейся доступностью, простотой и не требующей дополнительных материально-кадровых вложений, удастся активизировать население по модификации своего профилактического поведения и в целом образа жизни. Одновременно выработанный комплекс отличается высокой результативностью, при его максимальной реализации ежегодный риск заболеваемости ВЗП и их сочетаниями с ХГ и НрИ снижается в 3,07-5,77 раз, что в профилактическом отношении следует признать весовым достижением.

ВЫВОДЫ

1. Современный ССН комплексно оценивается как неблагоприятный и обуславливается широкой распространенностью стоматологической заболеваемости, показатели которой составляют в среднем: ВЗП – $58,6 \pm 1,1\%$, ЗЗК – $55,0 \pm 1,1\%$, ППР – $45,3 \pm 1,1\%$, ЗСО – $29,2 \pm 1,0\%$. Низкий уровень ССН отражается на здоровье населения и на его материальном благополучии, обусловленный необходимостью ортопедической реабилитации дефектов в зубных рядах: у каждого жителя отсутствует в среднем $6,48 \pm 1,0$ зубов, компенсированные от $10,4 \pm 0,7$ до $15,2 \pm 0,8$ экз. различного типа ЗТК.
2. Доминантным компонентом ССН является ВЗП. Количественно рассчитано, что каждый пациент совершает в среднем $3,87 \pm 0,11$ визитов к стоматологу, продолжительность каждого визита составляет $17,37 \pm 0,26$ минут, а трудопотери – $6,02 \pm 0,21$ дней. Чем старше возраст пациентов и тяжелее протекает ВЗП, тем выше значения отмеченных показателей. ВЗП существенно снижают качество жизни населения, показатель которого составляет в среднем $23,1 \pm 1,4$ баллов, среди здоровых – $62,8 \pm 3,8$ баллов. В

хронизации ВЗП и снижении эффективности его лечения высокую роль играют ППР, а также ЗСО.

3. Согласно анкетированию, всего у $37,0 \pm 1,0\%$ городских жителей уровень стоматологических знаний и в частности навыков профилактики ВЗП удовлетворительный и лишь у $17,2 \pm 0,8\%$ - недостаточный. В результате общепризнанную стандартизированную регулярную чистку зубов осуществляли только $51,2 \pm 1,1\%$ из них. На фоне неудовлетворительной ГПП лечение ВЗП осложняется, а высеваемость ППР из пародонтальных карманов достигает $105,5 \pm 3,1$ экз/см².
4. ПК являются средой обитания *H.pylori*, высеваемость бактерии из которых при ВЗП составляет в среднем $130,3 \pm 7,6$ КОЕ/см². Между *H.pylori* и простейшими выявлены синергические взаимоотношения, чем больше глубина ПК, тем интенсивнее происходит размножение этих микроорганизмов, что осложняет клиническое течение ВЗП и снижает эффективность их лечения.
5. Распространенность ХГ среди городских жителей $46,6 \pm 1,1\%$, из них только $54,0 \pm 1,6\%$ случаев находятся под врачебным контролем. В этиологии ХГ доминантную роль играет НрИ, их сочетанная заболеваемость составляет $83,0 \pm 3,2\%$ случаев. Столь же высока сочетанность ХГ и ВЗП – $72,8 \pm 1,3\%$. НрИ играет связующую роль между ХГ и ВЗП, что обуславливает высокий уровень коморбидности всех трех заболеваний, достигающий $80,9 \pm 3,0\%$ случаев.
6. Интенсивное табакокурение (в среднем $11,3 \pm 0,9$ сигарет/день) и употребление алкоголя (в среднем $20,3 \pm 1,8$ г/сутки) способствуют повышению уровней заболеваемости соответственно ВЗП и ХГ. Табако- и алкоголезависимость, наряду с выявленными 12 доминантными социально-поведенческими факторами риска, создают реальные предпосылки для формирования ВЗП, ХГ, НрИ в отдельности и сочетаниях друг с другом.
7. Неудовлетворенность профессиональной ориентацией и обусловленной ее материальным благополучием, устройством семьи, бездетностью или многодетностью, условиями жилья и недостаточной ее квадратурой приводит к накоплению стрессовых нагрузок, уровень которых среди анкетированных с ВЗП, Хг, НрИ и их сочетаниями варьирует в пределах от $50,2 \pm 1,6$ до $71,6 \pm 2,6\%$, в контроле $43,5 \pm 1,7\%$. Количественно рассчитано, что формирование этих заболеваний происходит при одновременном комбинирован-

- ном воздействии на организм от $4,48 \pm 0,5$ до $4,52 \pm 0,4$ социально-поведенческих факторов риска, в контроле $2,14 \pm 0,6$ факторов.
8. Современная клиническая картина ВЗП характеризуется обилием общесоматической симптоматики, обусловленной массовой их сочетанностью с ХГ и НрИ. В среднем КА каждого пациента с ВЗП приходится по $1,86 \pm 0,8$ единиц симптомов, с ХГ соответственно $10,96 \pm 1,1$ единиц, с ВЗП и ХГ – $14,72 \pm 0,8$ единиц, с ВЗП и НрИ – $4,97 \pm 1,0$ единиц, с ВЗП, ХГ и НрИ – $14,55 \pm 1,3$ единиц. помимо этого, каждому из заболеваний присущ узкий круг специфических симптомов (см. практические предложения).
 9. Взаимообусловленность ВЗП с ХГ и НрИ формируется на основе некомпетентности местной иммунной системы полости рта. Количественные показатели среди пациентов с этими заболеваниями: sIgA варьирует в низких пределах – от $0,18 \pm 0,03$ до $0,43 \pm 0,05$ мг/мл, IgA и IgG соответственно в высоких пределах – от $0,37 \pm 0,06$ до $0,75 \pm 0,09$ мг/8мл. В контрольной группе показатели иммуноглобулинов находились в норме.
 10. Выработаны оптимальные подходы по дифференцированному комплексному консервативному лечению разных клинических форм ВЗП, эффективность которых варьирует от $90,6 \pm 2,5$ до $98,3 \pm 1,2\%$. Включение в комплекс системного антибиотика (азитромицина) и ингибитора протонной помпы (омепразола) повышает эффективность лечения сопутствующих НрИ и ХГ соответственно до $92,1 \pm 4,4$ и $87,7 \pm 4,4\%$ (схемы и дозировки препаратов см в практических предложениях).
 11. Модификация изъязнов в социально-поведенческих навыках населения является ведущей мерой в эффективной профилактике ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ. В результате реализации выработанной системы профилактических мер, отраженных в практических предложениях, в фиксированной группе анкетированных в течение 11-14 месяцев удалось снизить риск заболеваемости ВЗП и их сочетаниями в $3,07-5,77$ раз.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Доминантной, диагностически значимой клинической симптоматикой являются: при ВЗП – ПК, болевой синдром, субфебрилитет, отечность и гиперемия воспаленного участка, гноеотделение, кровоточивость десен, свищи, оголение корней

причинного зуба, его подвижность, затрудненное жевание пищи; при ХГ – боли в животе, его вздутие и распирающие, отрыжка, рвота, тошнота, изжога, раздражительность, утомляемость, вязкая и густая слюна, запах изо рта, обложенность и отечность языка, субфебрилитет, нарушение сна, неприятные вкусовые ощущения, кислый вкус во рту, чувство голода, сухость в полости рта, запоры, иногда диарея и дегтеобразный стул, при сочетании с ВЗП данная симптоматика приобретает массовость; при НрИ – представлена симптоматика «диспептического синдрома невыясненной этиологии». При сочетаниях доминантная симптоматика каждого заболевания наслаивается друг на друга. Предложены схемы выставления диагноза разных клинических формах ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ.

Рекомендации по комплексному консервативному лечению ВЗП:

- острые и очень легкие формы – полоскание полости рта 0,15% раствором хлоргексидина 2 раза в день по 1,5 минуты в течение 5-7 дней, соблюдение гигиены полости рта;

- легкие формы – то же самое, дополнительно смазывание очагов воспаления гелем Метрогил Дента 2 раза в день в течение 5-7 дней;

- средние формы – то же самое, дополнительно курс ПК, промывание ПК 0,15% раствором хлоргексидина, при сочетании с кандидозом дополнительно флуконазол однократно 150 мг;

- тяжелые формы – то же самое, дополнительно вскрытие и дренирование гноя из очага воспаления, нормализация микрофлоры полости рта вакцинами ИРС-19 и Имудон. Вакцина ИРС-19 впрыскивается в полость рта 5 раз в день в течение 10 дней. Таблетки Имудона рассасываются в полости рта 5 раз в день в течение 10 дней. По показаниям – шинирование причинного зуба;

- очень тяжелые формы – то же самое, дополнительно иммунокоррекция полости рта вышеотмеченными вакцинами, улучшение капиллярного кровообращения мануальным или гидромассажем тканей пародонта 4 раза в день по 1,5-2,0 минуты в течение 10 дней, системный антибиотик азитромицин 0,5 г в первый день и по 0,25 г в последующие 4 дня. Крайняя мера – удаление причинного зуба;

- сочетания ВЗП и НрИ – включение в комплекс азитромицина обеспечивает максимальную эрадикацию *H.pylori* из полости рта и желудка;

- сочетание ВЗП и протозоозов – комбинация хлоргексидина, МетрогилДента и азитромицина обеспечивает максимальную эрадикацию простейших полости рта;

- сочетания ВЗП и ХГ – включение в комплекс ингибитора протонной помпы омепразола по 20 мг 2 раза в день в течение 10 дней и азитромицина повышает результативность лечения ХГ.

Для устранения посттерапевтических рецидивов и повышения результативности профилактики ВЗП и их сочетаний с ХГ и НрИ наиболее действенной, экономичной и доступной формой является активная, конкретизированная и на постоянной основе разъяснительная работа по модификации изъязнов в социально-поведенческих навыках населения, благоприятствующих формированию этих заболеваний. Модификации подлежат следующие блоки навыков: активизация медицинской обращаемости и приверженности к реализации лечебно-профилактических предписаний врачей; усвоение мер по предотвращению от развития частых глубоких стрессовых нагрузок; снижение интенсивности табакокурения и употребления алкоголя; соблюдение гигиены полости рта; постоянное внимание к личной и бытовой гигиене; проявление разборчивости в приеме пищи (грубая, трудно пережевываемая и перевариваемая, очень острая и соленая, слишком горячая или холодная пища); повышение мотивации по коррекции профилактического поведения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Ağız boşluğunun parazitləri və onların patogenetik mahiyyəti. Azərbaycan Tibb jurnalı, 2002, № 1, səh. 90-94. (Həmmüəlif: Çobanov R.Ə.)
2. Ağız boşluğunda ibtidailərin yayılması, stomatoloji xəstəliklərin yayılmasında onların rolu və profilaktikası. Sağlamlıq jurnalı 2004 № 9, səh.59-61.
3. Состояние изученности взаимообусловленности воспалительных заболеваний пародонта, хеликобактериоза и гастрита. Qafqazın stomatoloji yenilikləri, 2008, № 13/14, səh. 7-11.
4. Пародонтальные карманы как биотопы накопления и жизнедеятельности *Helicobacter pylori*. Сибирский медицинский журнал, Иркутск, 2008, № 7, стр. 72-73. (соавт.: Чобанов Р.А.)

5. Значимость *Helicobacter pylori* в хронизации воспалительных процессов пародонта. Журнал инфекционной патологии. Иркутск. Том 15, 2008, № 1-4, стр. 105-106.
6. Протоозы полости рта и их роль в хронизации воспалительных процессов в пародонте. Инфекционные болезни: современные проблемы диагностики и лечения. Материалы конференции. С.-Петербург, 3-4 декабря 2008 г. стр. 251. . (соавт.: Чобанов Р.А.)
7. Paradontun iltihabi xəstəlikləri zamanı *H.pylori* infeksiyasının etiopatogenetik rolunun öyrənilməsinin vəziyyəti. Ə.T.Ağayevin anadan olmasının 65 illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları. Bakı, 2009, səh. 205-207.
8. Tütün məmulatlarının və alkoqollu içkilərin parodontun iltihabi xəstəliklərinə təsiri. Sağlamlıq jurnalı, 2009, № 3, səh. 136-141.
9. Bakı şəhərinin yaşlı əhalisi arasında ağız boşluğu protozoozlarının yayılmasının sosial-gigiyenik aspektləri. «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnal, 2009, № 6, səh. 79-82.
10. Влияние эрадикации *Helicobacter pylori* на эффективность лечения воспалительных заболеваний пародонта. Международный журнал по иммунореабилитации. Тель-Авив. XI. В международный конгресс 17-20 октября 2009 г. Том ЫЫІ, № 1, стр. 11
11. Особенности клинического течения и эффективность лечения воспалительных заболеваний пародонта, ассоциированных *Helicobacter pylori*. Международный медицинский журнал. Г. Харьков, том 15, № 4, 2009, стр. 80-83. . (соавт.: Чобанов Р.А.)
12. Влияние воспалительных заболеваний пародонта на стоматологические здоровье, трудоспособность и качество жизни населения. Экспериментальная и клиническая медицина. Тбилиси, 2009. №9, стр. 30-34
13. Bakı şəhəri əhalisinin stomatoloji statusunun qiymətləndirilməsi. Azərbaycan Tibb jurnalı, 2009, № 4, səh. 118-121.
14. Сравнительная оценка эффективности комплексного лечения разных форм течения воспалительных заболеваний пародонта. Клиническая стоматология. С-Петербург. 2009, №4, стр.84-86.
15. Подходы к формированию корзины стоматологических услуг относительно воспалительных заболеваний пародонта. Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2010, № 2, səh. 64-68.

16. Социально-гигиенические закономерности распространения среди взрослого населения воспалительных заболеваний пародонта и хронического гастрита ассоциированных *Helicobacter pylori* инфекцией. *Azərbaycan Tibb jurnalı*, 2010, № 2, səh. 122-126. (Həmmüəllif: H.Ş. Şaxmalıyev).
17. Рационализация подходов по комплексному консервативному лечению воспалительных заболеваний пародонта. Вестник стоматологии. Г.Одесса, 2010, №2 (71), стр. 67-71. (соавт.: Ч.А.Пашаев).
18. Parodontun müxtəlif iltihabi xəstəlikləri zamanı ağız boşluğunda immun sistemin vəziyyəti. *Sağlamlıq jurnalı*, 2010, № 3, səh. 146-150.
19. Влияние комплекса социально-поведенческих факторов на взаимосвязанную распространенность воспалительных заболеваний пародонта, хронического гастрита и *Helicobacter pylori* инфекции. Современная стоматология, г.Киев, 2010, №3 (52), стр. 48-51.
20. Обоснование необходимости включения в комплексную терапию воспалительных заболеваний пародонта вакцин ИРС-19 и Имудон. «Здоровье семьи -XXI век». Материалы XIV международной научн. Конференции. Римини, Италия, 2010 28 апреля – 05мая. Часть II стр. 274 (Пермь)
21. Особенности заселения разных суббитопов полости рта Протозоа и *Helicobacter pylori* при воспалительных заболеваниях пародонта. Пародонтология, С-Петербург, 2010, №3 (56) стр. 29-31 (соавт.: Чобанов Р.А.).
22. Характер клинических проявлений сочетанных воспалительных заболеваний пародонта и хронического гастрита, ассоциированных *Helicobacter pylori* инфекцией. Стоматология, г.Ташкент, 2010, №3-4 (43-44), стр. 281-284. (Соавт.: Г.Ш. Шахмалыев, Г.И. Юзбашев).
23. Оценка качества жизни пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. *Qafqazın stomatoloji yenilikləri*, 2010, № 16, səh. 87-88.
24. Значимость воспалительных заболеваний пародонта в разрушении целостности зубных рядов. *ATU-nun 80-illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları*. Bakı, 2010, səh. 383-384.

25. Профилактическое поведение групп населения с коморбидными заболеваниями пародонта, желудка и Helicobacter pylori инфекцией. Биомедицина 2010. №3, стр. 29-31. (Соавт.: Г.Ш. Шахмалыев).
26. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsində antimikotik vasitələrin tətbiqinin əsaslandırılması. Sağlamlıq jurnalı 2010. № 8. Səh.159-163
27. Диагностика простейших полости рта и влияние их эрадикации на эффективность комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Медицинские новости г. Минск №3 (198)2011 г. стр. 80-82.
28. Ağız boşluğunun gigiyenik statusu və stomatoloji xəstəliklərin yaranmasına onun təsiri. Sağlamlıq jurnalı, 2011. № 2, səh. 137-141.
29. Влияние пассивного курения на стоматологическое здоровье школьников. Современная стоматология 2011 № 3. (Соавт.: П.Н.Бабаев)
30. Спектр воздействия заболеваний слизистой оболочки полости рта на состояние стоматологического статуса взрослого населения. Биомедицина 2011 № 2 стр 36.
31. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində metrogil Dental və azitromisin antibiotiklərindən istifadə edilməsi. Səmərələşdirici təklif. Şəhadətnamə № 379.
32. Əhalinin sosial davranış vərdislərinin modifikasiyası parodontun iltihabi xəstəliklərinin, xronik qastritin və helicobacter pylori infeksiyasının optimal profilaktikasının əsasıdır. Qafqazın stomatoloji yenilikləri, № 17, 2011, s. 13-18
33. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin xroniki qastrit və helicobacter pylori infeksiyası ilə əlaqəsi, müalicə və profilaktika tədbirləri. Sağlamlıq jurnalı, 2012, № 2. səh. 154-161
34. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin xroniki qastrit və H.pylori infeksiyası ilə birgə gedişləri zamanı geniş spektrli antibiotiklərin tətbiqi. Ə.Əliyevin anadan olmasının 115 illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları. Bakı, 2012, səh. 92-93.

**PARODONTUN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN,
HELİKOBAKTERİOZ VƏ QASTRİTLƏ SOSIAL-EPİDEMİOLOJİ
ƏLAQƏSİ, ONLARIN DİAQNOSTİKASI, MÜALİCƏSİ VƏ
PROFİLAKTİKASINA MÜASİR YANAŞMA**

XÜLASƏ

Parodontun iltihabi xəstəlikləri (PİX) ən çox yayılmış xəstəliklərdən biri hesab edilir. Müxtəlif ölkələrdə yaşlı əhali arasında PİX-nin yayılması 67-92% təşkil edir. Praktiki olaraq hər bir şəxs həyatının müxtəlif anlarında PİX-dən əziyyət çəkir. Bir çox hallarda bu dəfələrlə təkrar olunduğuna görə insanların sağlamlığı, əmək qabiliyyəti və həyat keyfiyyəti aşağı düşmüş olur.

Məsələnin həlli üçün OHİP beynəlxalq sorğusunun Azərbaycan variantını işləyib hazırlanmışdır. Bu sorğu anketi 7 blok suallardan və ona müvafiq beynəlxalq GF-3G sorğusuna uyğun əlavə suallardan tərtib olunmuşdur. Bununla eyni vaxtda ağız boşluğunun müayinəsi aparılmış və rəyi soruşulanların 1489 nəfəri stomatoloji klinikaya dəvət olunmuşdur. Diş ərpinin intensivliyi Fyodorov- Volodkina sınağı, dişəti iltihabı, Şiller Pisarov sınağı ilə təyin edilmişdir.

Aparılmış müayinələr əsasında PİX xəstəliklərinin stomatoloji statusundakı qeyri-qənaətbəxş rolu, habelə yaşlı əhalinin sağlamlıq vəziyyəti dürüst qiymətləndirilmişdir. Bununla yanaşı PİX, XQ və H.pylorinin ilkin diaqnostikasında əhəmiyyətli rol oynayan kliniki, immunoloji markerlər aşkar edilmişdir. Bundan əlavə, həmin xəstəliklərin komorbidliyini «təmin edən» dominant sosial-mənəvi faktorlar müəyyən edilmişdir. PİX-nin optimal kompleks konservativ müalicə taktikası işlənib hazırlanmışdır. Bu tədbirlər planına yerli və sistem antibakterial, antimitotik, antiprotozozy terapiya, ağız boşluğu mikroflorasının normallaşması, onun Hpİ-nin mütləq eradikasiyası ilə immunokorreksiyası və XQ fəsadlarının aradan qaldırılması daxil edilmişdir. PİX-nin inteqrasiyalı profilaktikası, PİX və onların XQ və Hp infeksiyası ilə birgə təzahürlərinin yaranmasına səbəb olan sosial-epidemioloji qanunauyğunluqlara əsasən yaranmasına səbəb olan sosial-epidemioloji qanunauyğunluqlara əsasən elmi əsaslandırılmış tədbirlər kompleksi işlənib hazırlanmışdır. İlk dəfə olaraq təbliğat yolu ilə əhali arasında əlavə material-kadr ehtiyatı tələb etməyən, sərfəli, sadə profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi mümkün olunmuşdur. İşlənib hazırlanmış tədbirlər kompleksi yüksək səmərəliliyi ilə seçilir, onun reallaşması sayəsində, PİX, XQ və Hpİ-nin yayılmasının 3,07-5,77 dəfəyədək azalması müşahidə edilmiş, eyni zamanda profilaktika tədbirləri də uğurla nəticələnmişdir.

**SOCIALLY–EPIDEMIOLOGICAL DEPENDENCE OF INFLAMMATORY
PERIODONTAL DISEASES, CHELIOBACTERIOSIS AND GASTRITIS
INTEGRATION OF APPROACHES TO THEIR DIAGNOSIS,
TREATMENT AND PROPHYLAXIS**

SUMMARY

Periodontal inflammatory diseases (PID) are considered as the most spread occurring among the humans. An intensity of PID is altered between 67-92%, i.e. each person during different stages of his life is suffered by PID (frequently iteratively), and this one greatly decreases the parameters of healthy, labor activity and vital quality.

For the solving of appointed tasks we have used international standardized OHIP questioner in azerbaijani variant, and it consisted of 7 questions blocks completed by determined questions taken from international GF-3G questioner. 5000 forms were distributed, and 2146 (42.9±0.7%) taken back among the 20-70 age persons, and more contingent by use of blind-natural method. At the same time examination of oral cavity was rendered, 1489 persons were invited to the Dental Clinic for questioning.

The intensity of dental plaque was determined by Fedorov-Volodkina, and this one of inflammatory periodontal diseases was estimated according to Shiller-Pisarev test. Inadequate dental state, and the role of PID in healthy have correctly been determined among the urban population on the base of performed examinations, and special modern dental service appropriate to clinic types of PID was organized. For the realization of PID and their combinations with ChG, and HpI first diagnostic screening study, the clinic-immunological markers were determined, and common socially-behavior hazard agents “providing” the suffering of diseases are revealed.

An optimal complex conservative treatment policy means the systemic antibacterial, antimycotic and antiprotozoan treatment in PID, the normalization of microflora of oral cavity, and its hemo and immune-correction (without fail, removal of HpI and complications of ChG by use of proton pump inhibitor).

The relations concerning the PID and ChG and HpI combination action integration prophylaxis have been prepared, and these were performed by use of explanatory work related to modification of prophylactic conduction of the population.

The detection of influence of Socially -epidemiological and personal – conductive agents to PID and ChG and HpI combination action in the first place permits to prepare the measures of complex based on scientific- integration proves.

In the first place it was possible to activate the prophylactic conduction and modification of life by population itself, because of work performed, and it differs by usefulness, simplicity, and no requirement of additional human resources-material needs. Prepared complex also is different by its high effectiveness, its maximal successfulness in the decreasing of annual risk of contamination by PID, and ChG, HpI combination action per 3.07-5.77, and this is considered like good result concerning the prophylaxis.

Kağız formatı 60x84 $\frac{1}{16}$.
Sifariş 399. Tiraj 100.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI
SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

RİZVAN MÖHSÜN OĞLU MƏMMƏDOV

**PARODONTUN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN,
HELİKOBAKTERİOZ VƏ QASTRİTLƏ SOSİAL-EPİDEMİOLOJİ
ƏLAQƏSİ, ONLARIN DİAQNOSTİKASI, MÜALİCƏSİ VƏ
PROFİLAKTİKASINA MÜASİR YANAŞMA**

3226.01 – Stomatologiya

Tibb elmləri doktoru alimlik dərəcəsi
almaq üçün təqdim olunmuş dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

BAKİ – 2013