

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ДАГЕСТАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Багатаева Патимат Расуловна

**Стоматологический статус и потребность в лечении
у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих
в различных климатогеографических зонах**

14.01.14 – стоматология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
кандидат медицинских наук
Абдурахманов А.И.

Махачкала -2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЛЕЧЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	10
1.1. Особенности состояния зубочелюстной системы у лиц пожилого и старческого возраста.....	11
1.2. Распространенность стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.....	13
1.3. Современные аспекты оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста.....	17
1.4. Особенности оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста, проживающим в сельской местности.....	19
1.5. Особенности стоматологического статуса лиц пожилого и старческого возраста в различных климатогеографических зонах.....	25
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	28
2.1. Дизайн исследования.....	31
2.2. Характеристика респондентов.....	31
2.3. Оценка стоматологического статуса пациентов.....	34
2.3.1. Внеротовое обследование.....	34
2.3.2. Внутриротовое обследование.....	35
2.4. Методы статистической обработки полученных данных.....	39
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	41
3.1. Соматический статус лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности	41
3.2. Особенности субъективной оценки стоматологического статуса лицами пожилого и старческого возраста, проживающими в различных климатогеографических зонах сельской местности	45
3.3. Состояние зубов у пациентов пожилого и старческого возраста с определением индекса интенсивности кариеса (КПУз).....	62
3.4. Состояние тканей пародонта и потеря эпителиального прикрепления..	67
3.5. Интенсивные показатели заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах.....	71

3.6. Распространенность некариозной патологии у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах.....	76
3.7. Обеспеченность стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в различных климатогеографических зонах.....	78
ГЛАВА 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	83
ВЫВОДЫ.....	107
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	109
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	111
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	112
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	132

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1980) человек, возрастом от 60 до 74 лет, рассматривается как пожилой; 75 лет и старше – старые люди; возраст 90 лет и старше – долгожители [157]. Эти периоды жизни приводятся без учета состояния здоровья и других биологических аспектов человека, а также не зависят от того, работает человек или нет [140]. Одной из наиболее актуальных проблем современного общества является старение населения. Увеличение доли пожилых и старых людей во всем мире, а также в России, является одной из важнейших проблем здравоохранения в начале XXI века [82].

Особенностями стоматологической патологии у пожилых лиц, вызванными самой природой старения, являются следующие: неспецифическое проявление болезней, множественные патологические состояния организма, быстрое и значительное ухудшение состояния здоровья, если не обеспечено адекватное лечение, высокая частота осложнений и необходимость реабилитации [72].

Различные эпидемиологические обследования, проводимые за рубежом и в нашей стране, выявили неудовлетворительное состояние органов и тканей рта у лиц старшего возраста. Среди стоматологической патологии значительное место занимает утрата зубов с последующими функциональными нарушениями. Выявлено, что от 21,4% до 64,2% респондентов были с полной потерей зубов [134], при этом от 33% до 50% обследованных имели проблемы с пережевыванием пищи, от 15% до 30,8% испытывали дискомфорт и не были удовлетворены состоянием стоматологического здоровья [146]. Для лиц пожилого возраста характерны значительная распространенность основных стоматологических заболеваний и высокая потребность в различных видах медицинской помощи. При этом неэффективность стоматологического лечения практические врачи часто объясняют возрастом пациентов, хотя на самом деле имеет место неправильная тактика или выбор нерационального метода лечения

[42]. Пожилые люди, имея свои особенности строения зубочелюстной системы, нуждаются в особых комплексных подходах к оказанию стоматологической помощи, направленных на максимальное сохранение зубов с минимальным риском для общего здоровья [62]. С увеличением количества жителей пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности (с наличием дефектов твердых тканей зубов, хронических очагов одонтогенной инфекции, болезней пародонта и др.), потребность в стоматологической помощи значительно возрастает [40, 51, 70, 125, 149].

В регионе имеются климатические условия, которые отрицательно влияют на распространенность стоматологической патологии, такие как резкие перемены атмосферного давления, низкая температура воздуха, дефицит ультрафиолетового облучения, высокая влажность [7, 71]. Среди комплекса повреждающих факторов, которые оказывают влияние на стоматологическое здоровье населения, присутствует один из важнейших факторов риска возникновения кариеса зубов – сниженное содержание фторида в питьевой воде [89]. Суровые климатические условия проживания и недостаток фторида в питьевой воде (менее 0,16 г/л) оказывают отрицательное действие на состоянии здоровья зубов и тканей рта жителей горной климато-географической зоны региона. [4, 72]. Кроме того, действие этих отрицательных факторов усиливается недостаточным уровнем стоматологической помощи, неудовлетворительной индивидуальной гигиеной рта и низкой мотивацией сохранения стоматологического здоровья [9].

В связи с этим, представляет определенный интерес изучение показателей стоматологического здоровья пожилого и старческого населения, родившегося и постоянно проживающего в основных климатогеографических зонах.

Степень разработанности темы исследования. Комплексные исследования состояния органов и тканей рта свидетельствуют об очень низком уровне стоматологического здоровья у сельских жителей, проживающих в различных областях и республиках Российской Федерации, а также и за рубежом [41, 80, 86, 132, 133, 144, 139]. Всемирная организация

здравоохранения рекомендует удовлетворение потребности в протезировании зубов и разработку специальных программ по сохранению стоматологического здоровья для жителей пожилого и старческого возраста [110, 143, 155].

Имеется незначительное число научных исследований, посвященных эпидемиологии основных стоматологических заболеваний у геронтологического населения юга России, в том числе и у детей [1, 5, 9, 39, 65, 71, 101]. В тоже время эти работы сыграли большую роль в развитии теории и практики стоматологической науки региона и явились основой для организации современной стоматологической помощи населению.

Таким образом, отсутствие объективных данных о структуре, уровне и распространенности стоматологической патологии в различных климато-географических регионах не позволяет достаточно обосновано прогнозировать, планировать и развивать специализированную стоматологическую помощь, а также внедрять программы профилактики стоматологической патологии у лиц пожилого и старческого возраста сельского населения региона.

Цель исследования. Оценить клинико-эпидемиологические данные стоматологического статуса лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности.

Задачи исследования

1. Оценить количество и особенность состояния постоянных зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки рта у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности.
2. Провести анализ субъективной оценки здоровья органов и тканей рта в пожилом и старческом возрасте респондентами, проживающими в различных климатогеографических зонах.
3. Провести анализ обращаемости за стоматологической помощью лицами пожилого и старческого возраста, проживающими в различных климато-географических зонах сельской местности.

4. Выяснить количество съемных протезов и нуждающихся в протезировании лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности.
5. Выявить обеспеченность врачами-стоматологами в различных административных районах и климатогеографических зонах сельской местности региона.

Научная новизна. Впервые оценено состояние постоянных зубов, тканей пародонта и потеря эпителиального прикрепления у лиц пожилого и старческого возраста в различных климатогеографических зонах. Впервые установлено, что с увеличением высоты над уровнем моря в сельской местности, особенно у лиц старческого возраста, значительно возрастает заболеваемость кариесом (96,6%), и пародонтитом (код 3-4 индекса CPI выявлен у 46,7%), при этом преобладающим элементом в структуре КПУ у жителей горной зоны являются удаленные зубы (94%), доля которых увеличивается с возрастом. Впервые выявлено, что с повышением возраста количество съемных протезов у населения резко увеличивается, так съемные протезы в пожилом возрасте выявлены у трети пациентов (32,7%), а в старческом возрасте этими конструкциями пользуются практически две трети респондентов (67,3%).

Практическая значимость работы. Результаты исследования позволяют выявить территории сельской местности региона с высоким риском поражения кариесом, некариозным поражением зубов, пародонтитом и болезнями слизистой оболочки рта у лиц пожилого и старческого возраста в различных климатогеографических зонах. Выявленные закономерности распространенности поражения зубов, пародонта и слизистой оболочки рта у сельских жителей различных климатогеографических зон целесообразно использовать врачам-стоматологам в практической работе для определения потребности в различных видах, технологиях и объемах лечения зубов с учетом тяжести клинического стоматологического статуса пациентов.

Методология и методы исследования. Проводили оценку факторов риска, влияющих на развитие стоматологической патологии при опросе респондентов и изучении медицинских карт взрослого населения; изучение уровня показателей стоматологического здоровья; анализ эффективности комплекса лечебно-профилактических мероприятий основных стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности. Проводили исследование состояния постоянных зубов, индекса интенсивности кариеса зубов (КПУз), модифицированного индекса CPI, потери эпителиального прикрепления, индекса уровня стоматологической помощи, статистической обработки полученных данных.

Диссертационное исследование проведено в соответствии с формулой специальности 14.01.14 – стоматология; изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики, диагностики и лечения болезней пародонта.

Научные положения, выносимые на защиту

1. Для пациентов пожилого и старческого возраста характерна высокая распространенность кариеса: у пациентов пожилого возраста кариес встречается в $83,7 \pm 0,11\%$ случаев, а в старческом возрасте - в $96,6 \pm 0,13\%$. У пациентов, проживающих в горных районах, показатель распространенности кариеса превышает таковой для пациентов, проживающих в равнинной местности.

2. Для пациентов горной климатогеографической зоны характерно недопустимо редкое посещение врача-стоматолога: 32,4% пациентов посещают стоматолога реже одного раза в пять лет, в результате чего 80,5% пациентов нуждаются в изготовлении зубных протезов, а у 67,6% пациентов полностью отсутствуют зубы.

3. Среди пациентов, проживающих в равнинной зоне, только 18,1% посещают стоматолога реже 1 раза в 5 лет, 23,9% пациентов нуждаются в

изготовлении зубных протезов, у 43,8% пациентов полностью отсутствуют зубы.

Степень достоверности и апробация результатов исследования.

Степень достоверности полученных результатов определяется репрезентативными и достаточными объемами выборки, наличием групп сравнения, адекватными методами клинического исследования и статистической обработкой полученных данных.

Основные материалы работы доложены на учебно-методической конференции кафедр стоматологии Дагестанского государственного медицинского университета (Махачкала, 2018); на расширенном заседании кафедр стоматологии Дагестанского государственного медицинского университета 27 июня 2019 года.

Адаптированные при выполнении данной работы карты ВОЗ для оценки здоровья органов и тканей рта и для оценки стоматологического статуса взрослых использовали в научно-исследовательской работе на кафедре стоматологии ФПК и ППС ИДПО Дагестанского государственного медицинского университета.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 6 печатных работ, из них 3 – в изданиях, рекомендованных ВАК РФ. Получено 2 акта о внедрении данных этой работы в практическое здравоохранение.

Личный вклад автора в выполнении исследования. Автором проведено клинико-эпидемиологическое обследование 612 респондентов с патологией зубов, пародонта и слизистой оболочки рта. Автор самостоятельно проводила все клинические методы обследования, адаптировала индивидуальные карты пациентов о здоровье органов и тканей рта и оценки стоматологического статуса лиц пожилого и старческого возраста, которые применяли в исследовании. Кроме того, проводила обработку представленных в работе результатов со статистической выборкой, подготовила текст работы и иллюстративную часть исследования.

ГЛАВА 1.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЛЕЧЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1980) возраст человека от 60 до 74 лет рассматривают как пожилой; 75 лет и старше – старые люди; возраст 90 лет и старше – долгожители [157]. Эти периоды жизни приводятся без учета состояния здоровья и других биологических аспектов человека, а также не зависят от того, работает человек или нет [140]. Одной из наиболее актуальных проблем современного общества является старение населения. Увеличение доли пожилых и старых людей во всем мире, а также в России является одной из важнейших проблем здравоохранения в начале XXI века [82]. Так в 2013 году доля людей старших возрастных групп во всем мире составила 20% и к 2055 году она может увеличиться до 40-55% от всего населения, при этом к 2025 году в мире будет проживать 1100 млн. человек старше 60 лет, то есть численность пожилых людей возрастет практически в два раза по сравнению с 2000 годом (590 млн. человек) [12, 141]. В нашей стране демографическая ситуация отражает общемировую тенденцию увеличения среднего возраста населения, так удельный вес людей в возрасте 60 лет и старше в России превышает 25-30%, а ежегодный прирост этого контингента составляет 1-1,8% [48, 81]. Количество населения старше 60 лет достигает в нашей стране более 30 млн. человек, или практически пятую часть от всего населения России, при этом более 3,2 млн. человек достигает возраста 80 лет и старше. В Европейской части России процесс постарения населения более выражен, при этом доля людей пенсионного возраста превышает 23% [98].

Проблема постарения человечества актуальна для многих областей медицины, поэтому имеются важные факторы, которые влияют на развитие

стоматологии: так как население старше 60 лет составляет наиболее динамично растущую группу, поэтому будет расти и обращаемость их за стоматологической помощью; распространенность стоматологических заболеваний в этой возрастной группе приближается к максимуму в 100%, при этом лица пожилого возраста имеют ряд анатомо-физиологических и социально-психологических особенностей (в том числе и в челюстно-лицевой области) [63].

1.1. Особенности состояния зубочелюстной системы у лиц пожилого и старческого возраста

Стоматологическая патология у пожилых людей проявляется неспецифическим течением болезней, множественным сочетанием различных болезней, быстрым ухудшением состояния здоровья, если не обеспечено лечение, высокой частотой осложнений и необходимостью длительной реабилитации [72]. В связи с изменениями строения зубов в целом и степенью минерализации твердых тканей у людей пожилого и старческого возраста лечение зубов у этой категории населения имеют свои особенности [33]. Обычно происходит снижение высоты альвеолярного гребня, что наиболее характерно при потере зубов, хотя бывает даже при наличии зубов и это сопровождается перестройкой височно-нижнечелюстного сустава. Одним из внешних признаков старения является изменение окраски эмали от белого цвета к желто-коричневому, что объясняют изменениями со стороны пульпы, уменьшением слоя эмали и образованием значительного количества вторичного дентина [32]. В пульпе увеличивается количество фиброзных волокон, сужается полость зуба, что приводит к склерозированию и превращению ее в плотную фиброзную ткань, кроме того происходит разрушение ферментов и уменьшается количество клеточных элементов. В возрасте 60-70 лет слой одонтобластов еще состоит из 2-3 рядов клеток, но с повышением возраста в этом слое выявляют вакуольную дистрофию и замещение его грубоволокнистой тканью [68]. При изучении морфологического строения

дентина в полости зуба при сканировании на электронном микроскопе у лиц пожилого и старческого возраста была выявлена более высокая степень минерализации дентина, что подтверждено показателями спектрального анализа и микротвердости [34, 91]. Установлено, что у людей этого возраста в пульпе зубов много петрификатов различной величины и у людей после 70 лет в пульпе зубов уменьшается число сосудов, развивается атеросклероз, появляются варикозные вены и флебиты. При старении происходит накопление метаболитов и снижение потенциальной активности ферментов, что приводит к постепенному снижению способности пульпы к дифференциации клеточных элементов, уменьшению количества несультатированных гликозаминогликанов, при этом одновременно происходит увеличение содержания гликопротеидов [43, 156].

Происходит изменения цемента, проявляющиеся в виде его утолщения, который постепенно наслаивается и количество слоев зависит от нагрузки на зуб. У пожилых людей он в несколько раз толще, чем у молодых пациентов в возрасте до 17 лет, а у стариков верхушечный цемент утолщается и срастается с альвеолой. Пародонтальная щель у стариков суживается, что является следствием накапливания цемента, который проникает через верхушечное отверстие в канал корня, что может приводить даже к увеличению длины канала [96]. Прочность пародонта зависит от возраста, соотношения длины коронки и корня зуба, сопутствующей патологии, при этом выносливость пародонта с возрастом снижается, круговая связка дегенерирует и резко уменьшается ее связь с цементом. Деструкция пародонта с увеличением возраста чаще всего характеризуется уменьшением глубины карманов, прогрессирующей потерей зубов и кости или усадкой десны, а также влиянием развивающегося с возрастом остеопороза и болезней пародонта [36, 148].

Стираемость зубов является физиологическим процессом и с возрастом стираются прежде всего их окклюзионные поверхности зубов, что приводит к снижению высоты анатомических коронок, кроме того стираются контактные поверхности и происходит укорочение зубной дуги [43]. Происходит

деформирование зубов при повышенной стираемости, коронки нередко приобретают разнообразную форму, при этом острые края травмируют слизистую оболочку языка, щек и губ [94]. В обычных условиях чувствительные ткани зубов изолированы от внешней среды, но когда же эти ткани оголяются, при действии различных химических и физических факторов, возникает болевая чувствительность дентина, поэтому гиперестезия зубов особенно часто встречается в пожилом возрасте [49]. У пожилых людей чаще, чем у молодых, наблюдают клиновидные дефекты, что связывают с предшествующим изменением органической субстанции твердых тканей зубов, но нельзя сбрасывать со счета механический фактор как важный источник стирания эмали [43]. Помимо механических факторов, большую роль играет воздействие на эмаль пищевых кислот, лекарственных препаратов и различных производственных вредностей [96].

1.2. Распространенность стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста

Неудовлетворительное состояние здоровья органов и тканей рта у лиц старших возрастных групп выявили различные эпидемиологические исследования, проводимые за рубежом. На первом местесреди стоматологической патологии в этой группе населения находится утрата зубов с последующими функциональными нарушениями, при этом от 21,4% до 64,2% обследованных были с полной потерей зубов [134], от 33% до 50% обследованных сталкивались с проблемами пережевывания пищи, от 15% до 30,8% испытывали дискомфорт и не были удовлетворены состоянием здоровья органов и тканей рта [146]. В другом исследовании более 62% пожилых людей имели один или более патологических стоматологических симптомов, до 30% – чувствовали в некоторой степени социальную изолированность из-за патологии во рту [138]. Практически около 15% обследованных с сохранившимися зубами требовалась срочная стоматологическая помощь, нуждались в пародонтологическом лечении от 69% до 90% и в удалении зубов по поводу

болезней пародонта нуждались от 29% до 81,8% [151]. Нуждались в лечении зубов, пораженных кариозным процессом, только от 26% до 37% пациентов, однако чаще всего в пломбировании одной полости [150].

В Российской Федерации в возрасте 60-69 лет выявлено 9,1% случаев полной потери зубов, а в возрастной группе старше 80 лет – уже 29,7%. При обследовании геронтологических групп пациентов-москвичей выявлено, что в возрасте 60-74 лет доля сохранившихся зубов составила 49,5%; в 75-89 лет – 33,4%; в 90 лет и старше – 25,5%, а доля полностью беззубых – 11,3%, 31,9% и 41,5%, соответственно [77]. Количество случаев нетрудоспособности на терапевтическом стоматологическом приеме составляло 0,04% от общего числа обращений (средняя продолжительность больничного листа – 9,85 дней). Основную долю в этом составляла нетрудоспособность пациентов по поводу одонтогенных осложнений (75% всех случаев нетрудоспособности, средняя продолжительность нетрудоспособности – 4,02 дня) [46].

Кариес зубов у людей пожилого и преклонного возраста имеет некоторые особенности происхождения и развития и характерные клинические проявления, что обуславливает специальный подход к его профилактике, диагностике и лечению [14,154]. У старых и пожилых людей эмаль подвержена значительному поражению, что подтверждают обследования пациентов от 50 до 94 лет в общественной стоматологической клинике Цюриха, выявившее поражение кариесом 26% сохранившихся зубов [147]. Эпидемиологические обследования населения 65 лет и старше выявили в Канаде, что у 37% людей, сохранивших зубы, имеются нелеченные кариозные полости. Однако, по данным других канадских авторов, компонент "К" в структуре индекса КПУ у обследованных пожилых людей (средний возраст 70,9 лет) составил 0,5, а компонент "П" – 8,9 [152]. По данным специальных исследований, в различных регионах России компонент "К" в структуре индекса КПУ у лиц в возрастной группе 65-74 года колебался от 0,4 до 1,0, в возрастной группе 75-84 года – от 0,6 до 1,0, а компонент "П" составлял 2,2-3,3 [26]. У пациентов, находящихся в геронтологических стационарах и нуждающихся в стоматологической помощи

была выявлена 100% пораженность кариесом зубов. Интенсивность поражения кариесом варьировала от $20,19 \pm 0,97$ пораженных зубов в возрастной группе 50-59 лет до $31,23 \pm 0,17$ – в 90 лет и старше [33]. Вместе с тем, у лиц старческого возраста могут появляться новые кариозные очаги, которым присущи все черты хронического процесса, который зачастую может диагностироваться как приостановившийся процесс [43].

Локализация кариеса в пришеечной области является характерной для пациентов преклонного возраста, при этом процесс распространяется не столько вглубь, сколько по поверхности и нередко приводит к образованию циркулярного дефекта. Кариес корня наиболее распространен среди людей старшего возраста, особенно у мужчин, у лиц с болезнями пародонта, сниженным слюноотделением, при недостатке фтора в питьевой воде [88]. Различаются значительно данные о локализации кариеса корня, так определена наибольшая частота поражения на молярах нижней челюсти, за ними следовали премоляры и клыки верхней челюсти. Основная часть повреждений корней локализовалась на апроксимальных поверхностях, при этом большинство зубов поражено только с одной стороны [47].

Следует отметить, что в структуре КПУ у лиц пожилого и старческого возраста преобладают удаленные зубы: в 50-59 лет 51,4 %, а в 90 лет и старше – 100,0%. Доля полностью беззубых людей составляла в возрасте 60-69 лет – 26,2%, 70-79 лет – 34,7% и 80-89 лет – 51,5%. С увеличением возраста повышается частота пользования различными конструкциями протезов, особенно съемными, при этом зубы, контактирующие с протезом, становятся нередко кариозными [95]. Значительное число пожилых людей пользуются негодными зубными протезами: в 60-69 лет – 11,9%; в 70-79 лет – 37,5 %; в 80-89 лет – 29,3%, при этом половина обследованных (50,7%) вообще не имела протезов. Средние сроки пользования негодными мостовидными зубными протезами составляют $5,7 \pm 0,3$ лет, частичными съемными – $9,3 \pm 0,4$ года, полными съемными – $8,8 \pm 0,3$ лет. Полученные данные свидетельствуют о

невысоком качестве оказываемой стоматологической ортопедической помощи лицам пожилого и старческого возраста. Практически все обследованные (96,9%) нуждаются в ней [57, 145]. Основным видом необходимого ортопедического лечения лицам пожилого и старческого возраста является съемное зубное протезирование (частичные съемные, бюгельные и полные съемные зубные протезы) [22, 104]. Потеря зубов, плохие съемные протезы, изменение слизистой оболочки рта, в сочетании с хроническими общесоматическими заболеваниями, существенно снижают адаптационные возможности организма [120].

Установлено, что состояние зубных рядов и функции жевания, зависят от пола, возраста, места и условий проживания пожилых. Стоматологическое здоровье населения старшего трудоспособного возраста статистически достоверно отличается в худшую сторону: в каждой последующей возрастной группе по градации ВОЗ, по сравнению с предыдущей; у сельских жителей, по сравнению с городскими; у мужчин, по сравнению с женщинами; у пенсионеров, находящихся в учреждениях социальной защиты, по сравнению с пенсионерами, проживающими в домашних условиях. При этом уровень стоматологической помощи недостаточен во всех группах пожилых, но самый худший – в сельских учреждениях социальной защиты (20,7%). Установлены статистически значимые прямые и обратные корреляционные связи между индексом состояния стоматологической помощи и показателями состояния зубных рядов («К», «П», «У», числом сохранившихся и интактных зубов) и жевательной функцией [20].

Как известно, важнейшим залогом сохранения здоровья любых групп населения и прежде всего лиц пожилого и старческого возраста является сохранение или восстановление их жевательного аппарата, обеспечивающего хорошее пережевывание пищи и отсюда нормальное функционирование всей пищеварительной системы. Это, в свою очередь, является профилактикой серьезных соматических заболеваний и прежде всего болезней органов пищеварительного тракта. В связи с этим совершенствование

стоматологической ортопедической помощи лицам пожилого и старческого возраста – важнейшая задача, которая стоит сегодня перед стоматологической службой [8].

В настоящее время особенности современной демографической ситуации в виде старения населения, состояние стоматологического здоровья старших групп населения и уровень различных видов стоматологической помощи приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и требует проведения структурных преобразований в здравоохранении, направленных на увеличение объемов и доступности стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста.

1.3. Современные аспекты оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста

С возрастом происходит изменение функций и структур различных органов и систем человека, в том числе изменения происходят и в полости рта. После организации в 1983 г. "Международной ассоциации по геронтологии" (IAG) возник термин "геронтостоматология", который рассматривают как часть стоматологии, а не составляющую часть геронтологии [8]. В геронтостоматологии необходимо учитывать отношение людей пожилого и старческого возраста к состоянию своих зубов и тканей рта, восприятие стоматологического обслуживания, страх перед высокой оплатой стоматологических услуг [49, 108].

Таким образом, геронтостоматология – это раздел стоматологии, изучающий возрастные изменения органов и тканей рта, профилактику болезней зубов, а также особенности клинического течения и терапии болезней пародонта, слизистой оболочки полости рта в пожилом и старческом возрасте, определяющий методы их лечения и реабилитации [76]. Для лиц пожилого возраста характерны значительная распространенность основных стоматологических заболеваний и высокая потребность в различных видах медицинской помощи. При этом неэффективность стоматологического лечения

практическими врачами часто объясняют возрастом пациентов, хотя на самом деле имеет место неправильная тактика или выбор нерационального метода лечения [42]. Пожилые люди, имея свои особенности строения зубочелюстной системы, нуждаются в особых комплексных подходах к оказанию стоматологической помощи, направленный на максимальное сохранение зубов с минимальным риском для общего здоровья [62]. Необходимо совершенствовать программы профилактики и улучшения стоматологического здоровья пожилого населения, которые должны обязательно затрагивать людей старших возрастных групп [50]. В настоящее время стоматологическая помощь лицам старших возрастных групп осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 декабря 2011 г. № 1496н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях». По данным различных исследований, объемы стоматологической амбулаторно-поликлинической помощи по ОМС, оказанной различным возрастнo-половым группам пожилого населения, уменьшаются и составляют около 22% в общей структуре посещений [73]. Зафиксированы гендерные особенности посещений, так преобладание в динамике по годам пожилых женщин находится на уровне 68% против 32% у мужчин. Установлено, что профилактическая работа среди пожилых людей находится на минимальном уровне, так, по результатам профилактических осмотров, санировано только 27,5% из числа нуждавшихся и это самый низкий показатель по сравнению с другими возрастными группами. В исследованиях Е.С. Балугево́й (2013) показано, что доступность бюджетного ортопедического лечения в последнее время снизилась – в городах с 24,5‰ до 18,2‰, а в селах – с 30,8‰ до 22,4‰ во всех возрастных группах пожилых. Фактические объемы по бюджету снизились с 281281 до 213965 протезных УЕТ. Увеличилась доступность платного ортопедического лечения только для городского населения (с 15,3‰ до 23,2‰), для сельского населения хотя и выросла, но не сравнялась с доступностью как у городского (с 6,0‰ до 13,1‰) [20].

Удовлетворенность населения различными аспектами амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи, по данным социологического исследования, в значительной степени низкая [44]. Более 18% пациентов считают, что врачи не заинтересованы в оказании качественной медицинской помощи пожилым пациентам по ОМС, хотя существует положительное отношение врачей и пациентов к возможности выбора разных организационных форм оказания стоматологической помощи лицам пожилого возраста. Организацию геронтостоматологического отделения или приема одобряют 53% врачей-стоматологов и 25% пациентов, 41% врачей готовы работать при условии наличия платных услуг и 12% врачей-стоматологов готовы работать только с пожилыми пациентами без дополнительных условий [12]. Другое направление – это введение в прейскуронт по ОМС тарифа для стационарозамещающей формы оказания медицинской помощи в виде стационара дневного пребывания по профилю койки «стоматология для взрослых» [19]. Внедрение подобного новшества позволит врачу-стоматологу направлять пациентов пожилого и старческого возраста с различной соматической патологией для обследования, а также стоматологического терапевтического и хирургического лечения в стационар дневного пребывания на базе многопрофильного стационара с меньшим риском для больного [81].

1.4. Особенности оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста, проживающим в сельской местности

Важными факторами риска развития стоматологических заболеваний являются климатические условия, характер питания со снижением употребления наиболее ценных в биологическом отношении пищевых продуктов, а также содержание микроэлементов в воде и почве данной местности [24, 56, 102]. На распространенность стоматологических заболеваний и их осложнений оказывают значительное влияние различные факторы риска окружающей среды, условия жизнедеятельности и образ жизни сельских жителей [5, 55, 126]. Особенно важное значение для них имеют

медико-социальные характеристики возрастного состава; гигиенические и специфические условия жизнедеятельности и производственной деятельности, а также особенности минерализации питьевой воды с концентрацией фторидов и ее жесткости; воздействие пестицидов, ядохимикатов и пыли при сезонных работах; частые контакты с животными; длительная работа на открытом воздухе, часто при пониженной температуре; воздействие неблагоприятных климатических, экологических и производственных условий (часто с комплексным воздействием запыленности, загазованности, микробной обсемененностью и при неблагоприятных микроклиматических условиях); неблагоприятные и тяжелые условия при напряженной физической трудовой деятельности и отсутствие необходимых бытовых гигиенических условий; высокий уровень травматизма зубочелюстной системы и др. [24, 29, 78, 90, 131].

Результаты проведенных комплексных исследований состояния здоровья органов и тканей рта свидетельствуют о достаточно высоком уровне стоматологической патологии у сельских жителей, проживающих в различных субъектах России и в зарубежных странах [41, 80, 86, 132, 133, 144, 139]. В сельской местности Российской Федерации проживает более 35% населения, из которых значительная часть (до 40%) проживает в малых сельских поселениях (до 100 человек), с небольшим числом жителей (50-200 человек), удаленных от административных центров (от 20 до 60 и более км) и с ограниченной доступностью к современной стоматологической помощи. В России, по данным статистики, уменьшается количество сельских жителей (особенно в отдаленных пунктах), происходит увеличение удельного веса жителей пожилого и старческого возраста, у которых высокий уровень хронических стоматологических заболеваний, зубочелюстной патологии и высокая потребность в лечении зубов [72, 79, 83, 106, 108, 135, 137, 144]. Значительное сокращение сельскохозяйственной производственной базы, ослабленные социально-экономические связи и не очень продуманная реорганизация медицинской помощи сельским жителям существенно ухудшили социально-

гигиенические условия сельских жителей, что неблагоприятно повлияло на доступность медицинской помощи. Однако в последние годы современная социально-ориентированная политика России направлена на активную государственную поддержку и развитие сельскохозяйственного производства с улучшением медицинской и социальной помощи [11, 61, 111, 113, 116, 127].

В результате клинико-статистических и эпидемиологических исследований в различных регионах Российской Федерации выявлена необходимость обеспечения доступности стоматологической медицинской помощи сельским жителям, особенно проживающим в малых населенных пунктах, которые удалены от административных центров [28, 52, 123, 124]. С увеличением на селе людей пожилого и старческого возраста (с наличием дефектов твердых тканей зубов различной этиологии, хронических очагов одонтогенной инфекции, болезней пародонта и др.) значительно возрастает потребность в реальной стоматологической помощи [40, 51, 70, 125, 149]. Разработку специальных программ по сохранению стоматологического здоровья и удовлетворению потребности в протезировании зубов для жителей пожилого и старческого возраста рекомендует для всех стран Всемирная организация здравоохранения [110, 143, 155]. В связи с увеличением количества утраченных зубов в старших возрастных группах сельских жителей (старше 70 лет), основной потребностью является необходимость хирургического (до 20,0%) и ортопедического (более 50,0% на 100 обследованных) лечения [121, 124, 136].

Важной особенностью у сельских жителей пожилого и старческого возраста со сниженной мобильностью является наличие множественных соматических заболеваний, неспецифическое проявление болезней, особенно желудочно-кишечного тракта, что определяет необходимость качественного и быстрого протезирования в основном съёмными видами зубных протезов с приближением стоматологической помощи к месту жительства. Кроме того, доказано влияние низкой медико-профилактической активности и отсутствия необходимых гигиенических навыков на увеличение стоматологических

заболеваний у сельских жителей с низким гигиеническим индексом [6, 66, 112, 128, 136, 142]. Уровень медицинской профилактической информированности, наличие знаний, умений и навыков регулярного гигиенического ухода за ртом, степень мотивированности жителей к своему стоматологическому здоровью оказывают влияние на состояние стоматологического здоровья [33]. В тоже время, с целью профилактических осмотров рта к врачам-стоматологам обращаются не более 7% сельских жителей, проживающих далеко от административного центра и медицинских организаций [37, 78, 112, 126]. Приоритетными критериями стоматологической деятельности являются такие, как: системное профилактическое информирование о влиянии факторов риска условий жизнедеятельности; продолжительность и кратность регулярного гигиенического ухода за ртом (с оценкой гигиенического индекса); повышение профилактической и медико-социальной активности с увеличением регулярности и кратности посещений врачей-стоматологов [23, 54, 60, 67, 87, 109, 153, 158].

В соответствии с проведенными результатами медико-социологических исследований (Москва, Санкт-Петербург, Астрахань, Тюмень, Иркутск, Рязань и др.) жители с полностью удовлетворенной потребностью в стоматологическом обслуживании составляют не более 40% обследованных жителей, а с частичной удовлетворенной потребностью до 35% городских жителей (в сельской местности степени удовлетворенности гораздо ниже) [25, 52, 85, 129]. В структуре потребности сельского населения преобладают хирургические и ортопедические виды стоматологической помощи, хотя при этом у городских жителей на первом месте находятся услуги врачей-стоматологов-терапевтов. При этом установлено, что, несмотря на высокую степень потребности в стоматологической помощи, 50% сельских жителей вообще не обращаются к врачам-стоматологам [115, 122].

Все показатели стоматологической заболеваемости хуже у жителей, проживающих в отдаленных от центра районах, особенно неблагоприятная ситуация складывается у жителей труднодоступных районов республики, где

помимо климатогеографических особенностей имеется большой недостаток в квалифицированных кадрах врачей-стоматологов [10, 118]. В сельской местности не проводят широкомасштабные профилактические осмотры, практически не реализуют медико-образовательные программы по проблемам гигиены рта. Переход на платные стоматологические (особенно ортопедические) услуги значительно ухудшил условия своевременности и доступности оказания профилактической и консультативно-диагностической помощи сельским жителям (среди которых очень высокий удельный вес пенсионеров и стариков) [35, 105]. В настоящее время, еще недостаточно научных и организационно-методических обоснований для совершенствования системы управления и контроля качества медицинской стоматологической и, особенно, ортопедической помощи сельским жителям [52, 124].

В сельском здравоохранении среди современных организационных проблем медицинские работники отмечают важную роль кадрового обеспечения специалистами стоматологического профиля. Во многих регионах Российской Федерации имеется явный дефицит врачебных кадров стоматологического профиля (терапевтов, хирургов, ортопедов, ортодонтотв и др.). В сельских регионах не осуществляют мониторинг кадрового медицинского состава, а существующая методика, утвержденная приказом Министерства здравоохранения РФ № 322 от 26 июня 2014 г. «Методика расчета потребности во врачебных кадрах» носит рекомендательный характер [25, 45, 117]. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 № 1496н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» направлен на оптимизацию системы кадрового обеспечения врачами стоматологического профиля. При этом, среднероссийский показатель обеспеченности врачами-стоматологами-ортопедами (при нормативе 1,5 ставки на 10000 взрослого городского населения, а 0,7 ставки на 10000 сельского) значительно ниже существующих нормативов [74, 130]. Поэтому необходимы аналитические оценки деятельности врачей стоматологического профиля с анализом и

рекомендациями по улучшению профессиональных условий деятельности, по совершенствованию системы учета и контроля качества при обеспечении своевременной, доступной и качественной медицинской помощи жителям сельской местности [31, 100, 159].

Важной проблемой в сельской местности является отсутствие специализированных отделений, их неполная укомплектованность (70-80%) и высокая текучесть кадров врачей-стоматологов-ортопедов и специалистов среднего медицинского персонала, что не позволяет обеспечить ортопедический врачебный прием, а периодические приемы проводят только врачи-совместители или специалисты со средним образованием. Существует проблема привлечения молодых специалистов в государственные сельские медицинские организации из-за низкого уровня оплаты труда, имеется недостаточное материально-техническое обеспечение врачебной деятельности, которая слабо развита в сельской местности, отсутствует мотивация медицинских работников в повышении квалификационного уровня и др. [114, 119]. Современное состояние и реформирование сельского здравоохранения и стоматологической помощи помогает обеспечить своевременность и доступность получения профилактической и лечебно-диагностической стоматологической помощи сельским жителям населенных пунктов, удаленных от административных центров. При этом современными медико-организационными исследованиями (Самарской, Пензенской, Рязанской, Нижегородской, Астраханской области, Красноярский, Ставропольский край и другие территории) доказана практическая польза при внедрении мобильных форм работы врачебных бригад сельских межрайонных центров, которые способствуют улучшению доступности и качества различных видов медицинской помощи (особенно жителям малых сельских территорий с недостаточной подвижностью и социальными льготами) [30, 58, 59, 64, 75, 97, 99, 107]. Все это указывает на необходимость исследования мобильных (выездных) форм стоматологической и ортопедической помощи (что обосновано в приказе Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 № 1496н) для

обеспечения: «медицинской помощи при стоматологических заболеваниях вне стационарных помещений медицинской организации, в том числе в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах». Однако, до настоящего времени во многих регионах России не определена штатно-организационная структура выездных бригад и их техническая комплектация для оказания стоматологической помощи [41, 75]. Одним из основных условий работы мобильных стоматологических кабинетов является обеспечение современным оборудованием и расходными материалами, с использованием их на базе мобильных видов транспорта, особенно у сельских жителей, которые редко обращаются по поводу стоматологической помощи и имеют высокий уровень потребности в протезировании зубов [53, 69, 92, 103]. Таким образом, существует необходимость совершенствования организационного и функционального взаимодействия различных специалистов при оказании стоматологической медицинской помощи сельским жителям [58, 97].

1.5. Особенности стоматологического статуса лиц пожилого и старческого возраста в различных климатогеографических зонах

Нарушение экологического баланса в регионах, изменчивый климат, перенаселенность на юге России отрицательно сказывается на стоматологическом здоровье и на качестве жизни его жителей. [27]. Республика Дагестан расположена на юго-востоке Северного Кавказа и в зависимости от высоты территорий над уровнем моря и природных условий, выделяют три зоны –горную, предгорную и равнинную. Эти области отличаются друг от друга климатом, растительностью, степенью расчлененности рельефа и другими различными факторами природы, что создает большое разнообразие условий для хозяйственной деятельности и жизни населения в отдельных географических зонах [4].

Разнообразный климат Дагестана можно отнести в большинстве своем к умеренно-теплому, но в горах климат умеренно-холодный с более или менее выраженной континентальностью, которая проявляется в значительных

годовых амплитудах колебаний температуры в различных зонах, в недостаточном увлажнении и в резких суточных колебаниях. Также климат южного региона можно характеризовать как умеренно-континентальный, сухой и полусухой, хотя в республике имеются резкие контрасты погоды в различных районах [93]. На равнинной части климат континентальный, засушливый, зима малоснежная, умеренно-холодная. Январь является самым холодным месяцем года, когда средняя температура, хотя и не весь месяц, имеет минусовый режим (-0,5), выпавший снег держится недолго и не создает прочного снежного покрова. Обычно лето проходит с сильными ветрами, оно жаркое и сухое, так июльская среднемесячная температура воздуха +24,7°C. Наиболее благоприятное время года – это осень, в этот период сравнительно сухо и тепло, температура воздуха в среднем около +12°C [2]. В горной местности климат умеренный и полусухой, обычно в долинах бывает сухое и жаркое лето, мягкая зима; на горных хребтах климат умеренно-холодный, полувлажный (средняя температура января до -7°C, июля +17°C). Годовое количество осадков в среднем в горах по 500-600 мм и снежный покров держится с ноября-декабря по апрель [38].

Общеизвестно, что геохимические условия географической среды (химический состав воды, почвы, воздуха и т.д.) влияют на уровень различной патологии населения. Республику Дагестан относят к территориям с природным дефицитом фтора и йода, что повышает риск заболеваний щитовидной железы и связанных с этой патологией множеством психопатических заболеваний, а также кариесом. В горных зонах республики имеются территории с повышенным уровнем радиации, особенно опасными оказались извлекаемые на земную поверхность из глубоких недр при добыче нефти пластовые воды. Несмотря на это, 60% радиоактивной воды закачивают в пласты, но при этом 40% остается на поверхности и повышает естественный радиоактивный фон. Кроме того, радионуклиды проникают в грунтовые и поверхностные воды, затем поступают в городские водозаборы, тем самым влияя на здоровье населения [3].

Влияют на распространенность стоматологической патологии внешние климатические факторы, наибольший риск представляют резкие перемены атмосферного давления, высокая влажность, низкая температура воздуха, дефицит ультрафиолетового облучения [7, 71]. Особое влияние на стоматологическое здоровье населения республики оказывает пониженное содержание фторида в питьевой воде, что приводит к возникновению кариеса зубов [89]. Поэтому суровые климатические условия проживания и недостаток фторида в питьевой воде (менее 0,16 г/л) особенно тяжело сказываются на состоянии стоматологического здоровья жителей горной климато-географической зоны Республики Дагестан [4, 72]. Действие этих факторов усиливается на фоне низкой мотивации сохранения стоматологического здоровья среди населения, неудовлетворительной гигиены рта и недостаточного уровня стоматологической помощи в Республике Дагестан [9]. Статистические данные об уровне стоматологической патологии в различных районах республики разобщены, хотя потребность в квалифицированной стоматологической помощи крайне высока [39].

В этой связи, представляет определенный интерес изучение показателей стоматологического здоровья взрослого населения, родившегося и постоянно проживающего в основных климатогеографических зонах Республики Дагестан. Статистико-эпидемиологических исследований основных стоматологических заболеваний у населения Республики Дагестан, в том числе и у детей, проведено не очень много [1, 5, 9, 39, 65, 71, 101]. При этом данные работы явились основой для организации стоматологической помощи населению и сыграли большую роль в развитии теории и практики стоматологической науки в Республике Дагестан.

Таким образом, отсутствуют объективные данные о распространенности стоматологических заболеваний в различных климатогеографических регионах Республики Дагестан среди пожилого и старческого населения, что не позволяет научно обосновано планировать и прогнозировать потребность в различных видах стоматологической помощи.

ГЛАВА 2.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для изучения клинико-статистических и медико-социальных аспектов стоматологического здоровья лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности, был проведен мониторинг стоматологического статуса данного контингента в 3-х климатогеографических зонах Республики Дагестан, которые обычно разделяют на три зоны: равнинная (РКЗ), составляющая 44% общей площади республики, предгорная (ПКЗ) – 15,8% и горная (ГКЗ) – 40,2%.

На картограмме 1 представлены климатогеографические зоны Республики Дагестан, общая площадь которых составляет 50.270км². По классификации Хачирова Джабраила Галаовича выделяются три зоны: равнинная, предгорная и горная.

Равнинная зона входит в состав Прикаспийской низменности, и большая часть ее территорий представляет собой полупустыню. Климат сухой, средняя температура января держится на уровне -5°C, зима малоснежная без устойчивого снежного покрова. Лето сухое и жаркое, хотя зона находится у моря, средняя температура +25°C.

Для жизнедеятельности человека более подходящей является предгорная зона. В ней сосредоточен основной лесной массив края, при этом климат и почвы наиболее пригодны для земледелия. Климат влажный и умеренный, зимой снежный покров держится только 40-50 дней, а средняя температура июля составляет +21-24°C.

В горном Дагестане высота над уровнем моря достигает от 1500 до 4000 м, и он состоит из цепей хребтов. В котловинах, между хребтами, расположены на высоте 900-1800 м горные селения. Климат отличается длительной, холодной зимой и очень коротким летом, при этом средняя температура июля не

превышает +5 С. На высоте более 2000 м климат более суровый, но годовое количество осадков больше, чем в других зонах.



Рисунок 1. Климатогеографические зоны Республики Дагестан

Дагестан по численности населения занимает первое место среди республик Северного Кавказа. К началу нового века численность населения была 2387324 человека, из которых 42,4% городские жители, а 57,6% – сельские. В Дагестане сохраняется прирост численности населения, особенно сельского (2%) и средний возраст населения составляет 28,9 лет (по России – 36,5 лет). В связи с этим имеется трудноразрешимая проблема медицинского обслуживания из-за высокой плотности женского и детского населения, проживающего в горной и высокогорной части республики, отдаленной от медицинских центров.

Диссертационное исследование выполнено на кафедре стоматологии ФПК и ППС ИДПОФГБОУ ВО Дагестанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации за период с 2013 по 2018 годы включительно.

Проводили изучение данных о здоровье респондентов с помощью анкеты, заполняемой врачом-стоматологом или респондентом. Участники, заполняющие анкету, были проинформированы о целях исследования, при этом каждый из них был извещен об анонимности ответов и в том, что полученные данные будут использованы лишь для статистических целей. Каждый респондент давал информированное добровольное согласие на получение его личных данных, кроме того участников уведомляли о возможных публикациях полученных статистических результатов. Анкета о состоянии здоровья органов и тканей рта у взрослых (ВОЗ, 2013) была адаптирована для лиц пожилого и старческого возраста в соответствии с целью и задачами исследования (приложение №1). В нее были включены следующие вопросы: общая информация (индивидуальный номер, пол, место обследования); возраст; образование; сообщение о количестве присутствующих зубов; наличие боли/дискомфорта во рту; наличие съемных протезов; самооценка состояния зубов и десен; частота чистки зубов; использование дополнительных средств при выполнении гигиенического ухода за ртом; использование фторидсодержащей зубной пасты; частота посещения врача-стоматолога;

употребление продуктов питания; употребление алкоголя и курение, образование.

Оценку стоматологического статуса взрослых проводили с помощью анкеты, разработанной экспертами ВОЗ (2013), которая включала разделы по изучению состояния зубов, тканей пародонта, потери прикрепления, флюороза, эрозии и травмы зубов, поражения слизистой оболочки рта, наличия протезов и потребности в неотложной помощи (приложение №2).

Данные анкеты выверены на основании существующей нормативной базы медико-биологических исследований с участием человека в соответствии с этико-правовыми аспектами клинических исследований: приказом Минздравсоцразвития России №1664н от 27.12.2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» и Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отбор респондентов осуществляли методом рандомизации, то есть путем случайного распределения по результатам личного приема больных врачом-стоматологом.

2.1. Дизайн исследования

Исследование состояло из 2-х этапов:

1 этап – изучение уровня показателей стоматологического здоровья лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности путем использования клинических методов стоматологического обследования, а также их нуждаемость в стоматологической ортопедической помощи.

2 этап – путем стоматологического исследования изучалось субъективное мнение пациентов о состоянии их здоровья, частота обращаемости за стоматологической помощью, гигиенические навыки и характер питания.

2.2. Характеристика респондентов

Материалом исследования в соответствии с целью и задачами настоящей

работы послужили данные обследования 612 респондентов в возрасте от 60 до 89 лет (объем выборки определялся по формуле Полякова-Меркова). В соответствии с классификацией ВОЗ (1980) провели исследования в двух различных возрастных группах: 60-74 лет и 75-89 лет, родившихся и постоянно проживающих на территории РД. В эти группы были включены пациенты с кариесом, пародонтитом, флюорозом эмали, эрозией и травмой зубов, поражением слизистой оболочки рта, частичной и полной потерей зубов и с наличием или отсутствием протезов.

Критерием включения в исследование служили:

1. Средний возраст пожилых больных от 60 до 74 лет, пациентов старческого возраста от 75 до 89 лет.
2. Пациенты с кариесом, пародонтитом, флюорозом эмали, эрозией и травмой зубов, поражением слизистой оболочки рта, частичной и полной потерей зубов с наличием или без протезов.
3. Лица женского и мужского пола.
4. Наличие письменного информированного добровольного согласия пациента на участие в исследовании и возможной публикации статистических данных.

Критериями исключения из исследования являлись следующие:

1. Наличие у пациентов тяжелых системных болезней в виде рака, туберкулеза и эндокринных заболеваний, активных аутоиммунных процессов, которые могли бы оказать влияние на течение стоматологических заболеваний.
2. Эпилепсия, шизофрения.
3. Наличие острых или обострение хронических воспалительных заболеваний различных органов и систем, выраженная хроническая сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации или в стадии ремиссии менее 6-ти месяцев.

Применение лекарственных средств, влияющих на усугубление течения стоматологических заболеваний (иммуноподавляющие средства

1-ю группу составили лица в возрасте 60-74 года, т.е. люди пожилого возраста (341 человек – 55,7%).

2-ю группу составили лица в возрасте 75-89 лет, т.е. люди старческого возраста (271 человек – 44,3%).

Кроме того, эти исследования провели в различных климатогеографических зонах республики: в равнинной части обследовано 226 (36,9%) человек, в предгорной зоне – 201 (32,9%) и в горной зоне 185 (30,2%) респондентов (Таблица1).

Таблица 1. Распределение респондентов по климатогеографическим зонам и полу

Климато-географические зоны	Пол	1-я группа (60-74 лет)	2-я группа (75-89 лет)	Итого
Равнинная	Муж	59	48	107
	Жен	66	53	119
Предгорье	Муж	55	44	99
	Жен	57	45	102
Горы	Муж	53	41	94
	Жен	51	40	91
Всего		341 (55,7%)	271 (44,3%)	612 (100%)

Было взято примерно равное количество лиц мужского и женского пола различной национальности. В основе выборки данного исследования несколько преобладали лица в возрасте от 60 до 74 лет (55,7%).

Оценку особенностей образа жизни проводили при анкетировании, изучали субъективный стоматологический статус, наличие протезов, гигиену рта, посещение врача-стоматолога, питание, наличие вредных привычек, образование (приложение 1).

Оценку соматического статуса лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности,

проводили с помощью анализа первичной медицинской документации и результатов анкетирования обследуемого населения пожилого и старческого возраста, при этом выявлено, что все 100% респондентов отмечали наличие одного или нескольких соматических заболеваний.

2.3. Оценка стоматологического статуса пациентов

Стоматологическое обследование населения пожилого и старческого возраста, проживающего в различных климатогеографических зонах сельской местности, проводили в стандартных условиях, при искусственном освещении с использованием рекомендованного ВОЗ набора инструментов и материалов. Проводили идентификационную информацию обследования и общую информацию, включающую пол, возраст, этническую принадлежность, род занятий. Клиническое обследование каждого пациента проводили с использованием различных клинических методов, включающих внеротовое и внутриротовое обследование.

2.3.1. Внеротовое обследование

Обращали внимание при проведении внеротового обследования на состояние кожных покровов (руки, голова, шея), околоротную область (щеки, нос, подбородок), на состояние губ, выраженность носогубных и подбородочных складок. Обследовали область околоушной слюнной железы и височно-нижнечелюстного сустава.

Регистрировали различные виды патологии: эрозии, изъязвления, трещины, увеличение лимфатических узлов, доброкачественные новообразования, другие припухлости лица и челюстей.

Отмечали симптомы патологических изменений при оценке ВНЧС, выявленные при опросе пациента (затрудненное закрывание или открывание рта; щелканье, болезненность при открывании рта, ограничение подвижности), а также при объективном осмотре (болезненность при пальпации, щелканье, ограничение подвижности).

2.3.2. Внутриротовое обследование

Проводили изучение состояния зубов (коронки, корни), состояния тканей пародонта, потерю прикрепления, наличие флюороза эмали, эрозии и травмы зубов, поражение слизистой оболочки рта, наличие протезов на верхней и нижней челюстях, потребность в неотложной помощи.

Состояние постоянных зубов регистрировали по кодам, отдельно по коронкам и корням верхней и нижней челюстей, которые включали следующие обозначения: 0 = интактный; 1 = кариес; 2 = пломба с кариесом; 3 = пломба без кариеса; 4 = удаление из-за осложнений кариеса; 5 = удаление по другим причинам; 6 = герметизированная фиссура; 7 = несъемный протез/опорный зуб мостовидного протеза, винир, имплантат; 8 = непрорезавшийся зуб; 9 = не регистрируется.

Информацию о кариозных, пломбированных и удаленных зубах для расчета индекса КПУз получали в результате осмотра зубных рядов. Компонент «К» включал все зубы с кодами «1» – кариес или «2» – пломба с кариесом. Для компонента «П» суммировали зубы только с кодом «3» – наличие пломбы без кариеса. Компонент «У» – включал код «4» – удаление из-за осложнений кариеса и «5» – удаление по другим причинам, т.е. все зубы, удаленные вследствие осложнений кариеса или по любой другой причине. Основой для расчета величины индекса КПУз служили 32 зуба, т.е. все постоянные зубы, включая зубы «мудрости». Зубы с кодами «6» (герметик) или «7» (несъемные зубные протезы/опорный зуб мостовидного протеза, специальная коронка или винир/имплантат) не включали в расчет значения индекса КПУз. Также рассчитывали значение индекса КПз (для оценки кариеса корня), т.к. во время обследования регистрировали данные для каждого зуба.

Модифицированный индекс СРІ позволял определить интенсивность и распространенность признаков поражения пародонта (наличие над- и поддесневого зубного камня, кровоточивость десен при зондировании, пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм, а также 6 мм и более). Применяли

металлический зонд (рекомендованный ВОЗ) с шариком на конце диаметром 0.5 мм, с черным ободком, располагающимся между 3.5 и 5.5 мм, и кольцами на уровне 8.5 и 11.5 мм от кончика. Осматривали пародонт в области всех зубов, имеющих во рту, отмечали присутствие или отсутствие кровоточивости десен, а также наличие и глубину пародонтальных карманов.

Для регистрации использовали следующие коды при оценке кровоточивости и наличие зубного камня: 0 = отсутствие кровоточивости; 1 = присутствие кровоточивости; 2 = зубной камень; 9 = зуб исключен; X = зуб отсутствует. Также оценивали глубину карманов, регистрировали следующие коды: 0 = отсутствие поражения; 1 = карман глубиной 4-5 мм; 2 = карман глубиной 6 мм; 9 = зуб исключен; X = зуб отсутствует.

Информацию о потере прикрепления получали при обследовании индексных зубов. Для определения потери прикрепления зубные ряды условно делили на секстанты, включающие следующие зубы: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, 44-48. Самым приемлемым путем оценки потери прикрепления в каждом секстанте является его регистрация сразу после определения состояния десны и пародонтального кармана в этом же секстанте. Осматривали 10 индексных зубов: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47. Протяженность потери прикрепления регистрировали с помощью CPI зонда, использовали следующие коды: 0 = 0–3 мм; 1 = 4-5 мм (цементно-эмалевое соединение находится внутри черного ободка); 2 = 6-8 мм (цементно-эмалевое соединение находится между верхней границей черного ободка и кольцом 8,5 мм); 3 = 9-11 мм (цементно-эмалевое соединение находится между кольцами 8,5 мм и 11,5 мм); 4 = 12 мм или больше (цементно-эмалевое соединение находится за кольцом 11,5 мм); X = исключенный секстант; 9 = не регистрируется.

Флюорозные поражения обычно представлены горизонтальной исчерченностью, располагающейся на симметричных зубах с двух сторон. На резцах нижней челюсти флюороз проявляется в последнюю очередь. Чтобы облегчить отличие флюорозных пятен от другой пятнистости, не связанной с фторидом, важно помнить, что флюорозные поражения обычно располагаются

вблизи режущего края или вершушек бугров, однако, в зависимости от тяжести, поражения могут быть видны на других областях зуба. Пятнистость, не связанная с фторидом, может локализоваться в центре гладкой поверхности, хотя иногда поражает всю коронку. Флюорозные поражения в общем видны как четкие матовые линии, а нефлюорозные пятна – круглые или овальные по форме. Кодирование проводили на основе двух наиболее сильно пораженных зубов. Коды и критерии для оценки флюороза следующие: 0 = норма (поверхность эмали блестящая, гладкая, бледного кремово-белого цвета); 1 = сомнительный (незначительные нарушения полупрозрачности нормальной эмали, которая варьировала от нескольких белых точек до пятен); 2 = очень слабый (маленькие, непрозрачные, белые пятна, которые неравномерно разбросаны по поверхности зуба и занимают менее 25% его губной поверхности); 3 = слабый (участки с белыми пятнами эмали, вовлекающими более 25%, но менее 50% поверхности эмали); 4 = умеренный (поверхности зубов были подвержены заметному стиранию, встречаются коричневые пятна неправильной формы); 5 = тяжелый (при этом сильно выражена деструкция с изменением формы зуба, часто встречаются сливающиеся или отдельные ямки, а также коричневые пятна); 8 = исключенный (например, зуб покрыт коронкой); 9 = не регистрируется.

Эрозия зубов обычно вызвана прогрессирующей потерей кальцифицированных тканей зуба вследствие химического процесса, который не связан с действием бактерий. Эмаль теряется от воздействия кислот, которые могут содержаться в пище или быть эндогенными, например, у лиц, страдающих от булимии, гастро-эзофагального рефлюкса, сильного алкогольного отравления, хронической рвоты. Использовали следующие коды: 0 = нет признаков эрозии; 1 = поражение эмали; 2 = поражение дентина; 3 = вовлечение пульпы. Тяжесть эрозии зуба регистрировали, выявляя зуб с самым высоким кодом, при этом регистрировали количество пораженных зубов.

Зубы с травматическими повреждениями кодировали следующим способом: 0 = нет признаков поражения; 1 = леченное поражение; 2 = скол

эмали; 3 = скол эмали и дентина; 4 = вовлечение пульпы; 5 = зуб, удаленный вследствие травмы; 6 = другое поражение; 9 = исключенный зуб. В добавление к степени травмы измеряли ее тяжесть путем регистрации количества пораженных зубов.

Производили тщательный осмотр слизистой оболочки рта в следующей последовательности: слизистая оболочка губ и уздечек (верхней и нижней); губная часть переходных складок и слизистая оболочка щек (справа и слева); язык (дорзальная и вентральная поверхности, края); дно рта; твердое и мягкое небо; альвеолярные гребни/десна (на верхней и нижней челюстях). Использовали следующие коды: 0 = нет признаков поражения; 1 = злокачественная опухоль (рак); 2 = лейкоплакия; 3 = красный плоский лишай; 4 = стоматит (протезный, афтозный, герпетический, травматический); 5 = острый язвенно-некротический гингивит (ANUG); 6 = кандидоз; 7 = абсцесс; 8 = другие заболевания; 9 = не регистрируется. Кроме того, все основные локализации поражений слизистой оболочки рта регистрировали по следующим кодам: 0 = красная кайма губ; 1 = переходные складки; 2 = губы; 3 = уздечки губ; 4 = слизистая оболочка щек; 5 = дно полости рта; 6 = язык; 7 = твердое и/или мягкое небо; 8 = альвеолярные гребни/десна; 9 = не регистрируется.

Наличие съемных зубных протезов регистрировали для каждой челюсти, применяя следующие коды: 0 = нет протезов; 1 = при частичной потере зубов; 2 = при полной потере зубов; 9 = не регистрируется.

Потребность в неотложной помощи и направлении к специалистам изучали по ситуации, когда при отсутствии лечения развивался болевой синдром, воспалительный процесс или другое серьезное заболевание. К таким состояниям, требующим немедленной помощи, относятся периапикальный процесс или острый язвенно-некротический гингивит. Использовали следующие коды для неотложных состояний: 0 = лечение не требуется; 1 = требуется профилактическое или обычное лечение; 2 = требуется быстрое лечение (включая кюретаж); 3 = требуется срочное (неотложное) лечение из-за боли или инфекции, вызванных поражением зубов и/или тканей рта; 4 =

требуется направление к специалистам для полной диагностики и/или медицинского/стоматологического лечения (системное поражение).

Для оценки качества лечебно-профилактических мероприятий, проводимых населению пожилого и старческого возраста, проживающему в различных экологических зонах сельской местности РД, нами использован индекс уровня стоматологической помощи (УСП) по методике П.А. Леуса (1987). Его расчет проводили по формуле:

$$\text{УСП} = 100\% - 100 \times \frac{K + A}{\text{КПУ}}$$

где:

К – не леченные кариозные зубы;

А – не восстановленные, отсутствующие, протезированные зубы;

КПУ – индекс интенсивности кариеса зубов;

100% – условный максимальный уровень обеспеченности населения стоматологической помощью.

Интерпретация показателя УСП (уровень):

<9% – плохой,

10-49% – недостаточный,

50-74% – удовлетворительный,

>75% – хороший.

2.4. Методы статистической обработки полученных данных

Показатели заболеваемости населения рассчитывали, как число случаев заболеваний на 10 000 взрослого населения (интенсивные показатели – ИП). Данные о количестве взрослого населения получены в Госкомстате РД. Показатели заболеваемости пародонтитом и кариесом лиц пожилого и старческого возрастов в исследуемых населенных пунктах различных экологических зон сельской местности РД рассчитывали, как среднегодовые за период с 2016 по 2018 гг. Статистическая обработка полученных результатов исследования проведена с использованием пакетов компьютерных программ

“Biostat”, “MicrosoftExcel” - 2000; “StatPlusProfessional 2009”. С целью анализа полученных результатов использовали методы описательной статистики с вычислением средней арифметического ряда (М). Использовали методы непараметрической статистики для оценки достоверности различий между исследованными показателями. В двух независимых выборках для оценки достоверности различий применялись критерии Манна-Уитни и тест серий Вальда-Вальфовица, а для трех и более выборок – критерий Крускала-Уоллиса (H). В зависимых выборках были использованы метод знаков (2) для 2-х зависимых выборок, тест Уилкоксона (T), а также коэффициент конкордации Кендалла (τ), для трех и более выборок. Степень корреляционной связи между изучаемыми параметрами стоматологического здоровья лиц пожилого и старческого возрастов и инвалидов, проживающих постоянно в различных климатоэкологических зонах сельской местности РД, рассчитана с помощью непараметрического коэффициента корреляции Фехнера. Для упрощения отдельных конечных точек критической области принятия нулевой гипотезы использовали Z– оценку (Z– score, Z). Z– мера отклонения от среднего, была выражена в единицах стандартного отклонения. Преимущество нормирования (стандартизации) несравнимых распределений заключается в том, что они приводятся к одному масштабу, что в свою очередь позволяет напрямую сравнивать ранее не сопоставленные переменные. Фрагмент нормальной кривой, заключенный между $Z = - 1,96$ и $Z = + 1,96$ (95% всех случаев), а участок между $Z = 2,576$ и оценивалась по девиате (Z) в соответствии с таблицей распределения функции Стьюдента. При $Z > 1,96$ достоверно на 5% ($p < 0,05$), при $Z > 2,58$ – $p < 0,01$.

ГЛАВА 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Известно, что в сельской местности 85-90% жителей заняты в сельскохозяйственном производстве. Установлено, что преимущественно в равнинной климатической зоне интенсивно использовались ранее и используются в настоящее время ядохимикаты и минеральные удобрения, которые в предгорье и горах применяются менее интенсивно. Причем ядохимикаты применяются не только в фермерских хозяйствах, но и в личном подсобном хозяйстве.

3.1. Соматический статус лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах

С помощью анализа первичной медицинской документации и результатов анкетирования обследуемого населения пожилого и старческого возраста, проживающего в различных климатогеографических зонах сельской местности РД выявлено, что все респонденты отмечали наличие у них нескольких заболеваний.

Наиболее часто пациенты страдали от болезней системы кровообращения – 112 (18,3%) человек, болезней органов пищеварения и костно-мышечной системы – по 92 (15,03%) человека в каждой системе, болезней органов зрения – 73 (11,9%) человека, болезней органов дыхания и мочеполовой системы – по 57 (9,3%) человек, соответственно, болезней нервной системы – 50 (8,2%) человек, болезней органов слуха – 45 (7,4%) человек, наименьшее количество встречалось болезням эндокринной системы – у 33 (5,4%) человек (Таблица 2).

Исследована зависимость нозологических единиц болезней от места проживания респондентов, т.е. в зависимости от климатогеографических зон сельской местности. Так, в горной климатической зоне среди соматических заболеваний у обследованных лиц пожилого и старческого возраста

наибольший процент составляли болезни системы кровообращения – 23,8%, в то время, как в предгорной зоне и на равнине они составляли 18,4% и 13,7%, соответственно. Разница между болезнями системы кровообращения в горной и равнинной зонах была статистически достоверной ($p<0,05$), также статистически достоверной была разница между этой группой заболеваний в горной и предгорной климатогеографических зонах ($p<0,05$).

Таблица 2. Структура соматических болезней у респондентов пожилого и старческого возраста в различных климатогеографических зонах сельской местности

№ п/п	Болезни по системам организма	Прожи- вающие в РКЗ (%)	Прожи- вающие в ПКЗ (%)	Прожи- вающие в ГКЗ (%)	Всего
1	Кровообращения	31 (13,7%)	37 (18,4%)	44 (23,8%)	112 (18,3%)
2	Дыхательная	18 (7,9%)	19 (9,5%)	20 (10,8%)	57 (9,3%)
3	Пищеварительная	27 (11,9%)	32 (15,9%)	33 (17,8%)	92 (15,03%)
4	Костно-мышечная	52 (23,0%)	27 (13,4%)	13 (7,0%)	92 (15,03%)
5	Зрительная	33 (14,6%)	23 (11,4%)	17 (9,2%)	73 (11,9%)
6	Слуховая	16 (7,1%)	14 (6,9%)	15 (8,1%)	45 (7,4%)
7	Нервная	17 (7,5%)	19 (9,5%)	14 (7,6%)	50 (8,2%)
8	Эндокринная	13 (5,8%)	12 (5,9%)	8 (4,3%)	33 (5,4%)
9	Мочеполовая	20 (8,8%)	18 (8,9%)	19 (10,3%)	57 (9,3%)

Также высокий процент в горной климатической зоне составляли болезни органов пищеварения– 17,8%, которые в предгорной и равнинной климатической зоне выявлены у 15,9% и 11,9% респондентов, соответственно. Имеется статистически достоверная разница в количестве заболеваний этой системы в горной и равнинной зонах 17,8% и 11,9%, соответственно ($p<0,05$), в

тоже время разница между этими заболеваниями в горной и предгорной зонах была статистически не достоверна ($p>0,05$), 17,8% и 15,9%, соответственно. Интересно, что болезнями костно-мышечной системы страдают чаще жители равнинной части республики (23%), в предгорной зоне 13,4% и в горной зоне только 7% жителей. По сравнению с количеством болезней костно-мышечной системы в равнинной зоне с количеством болезней в предгорной и горной местности существует статистически достоверная разница ($p<0,05$). Также по сравнению с количеством болезней органов зрения в равнинной зоне с их количеством в предгорной и горной местности существует статистически достоверная разница ($p<0,05$), 14,6% против 11,4% и 9,2%, соответственно (Рисунок 2).

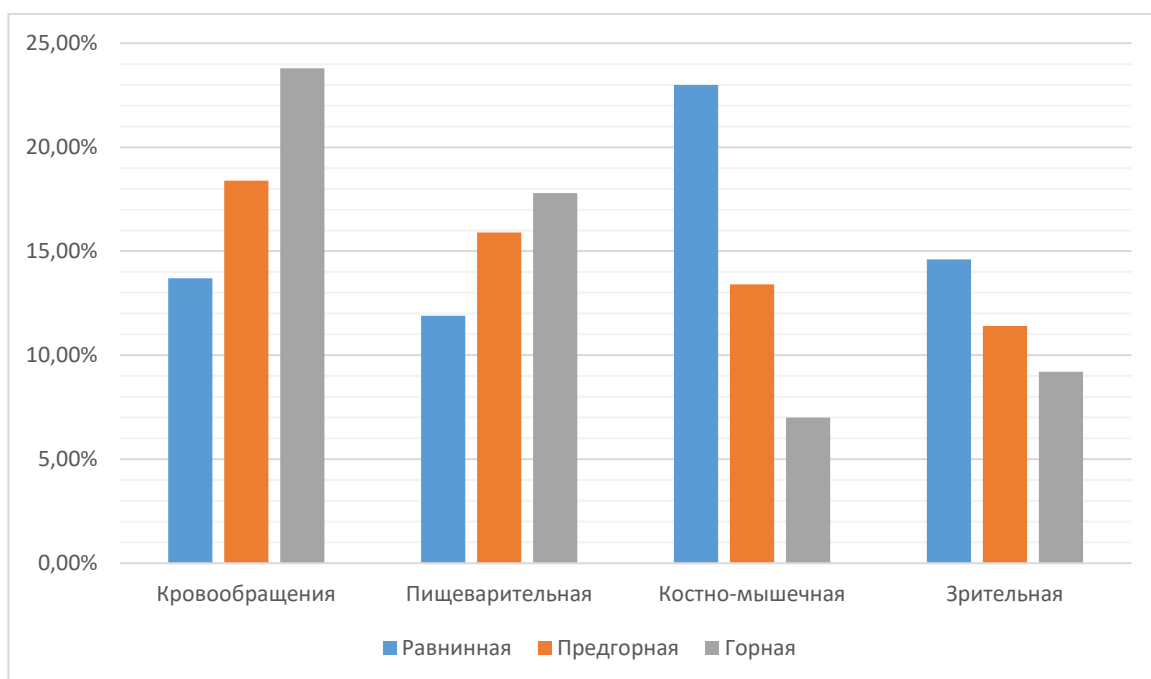


Рисунок 2. Структура соматических болезней у респондентов пожилого и старческого возраста в различных климатогеографических зонах сельской местности.

При анализе болезней по нозологическим формам центральной нервной системы, слуховой, эндокринной, мочеполовой систем, органов слуха статистически достоверной разницы в различных климатогеографических зонах не выявлено ($p>0,05$).

У большинства респондентов, проживающих в сельской местности, длительность общесоматических болезней составляет 20-25 лет, а их начало приходилось обычно на возраст 40-50 лет. У лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в горной и предгорной климатической зоне с наиболее высоким процентом выявляли болезни системы кровообращения, так постоянную форму аритмии встречали в 25,9% случаях, постинфарктный кардиосклероз – в 39,1% случаях, гипертоническую болезнь 1 и 2 стадии – в 58,8% случаях. Такие тяжелые болезни, по-видимому, приводили к ограничению мобильности данной возрастной группы, что в свою очередь также уменьшало доступность оказания стоматологической помощи этим пациентам. Среди болезней органов пищеварения наиболее часто (практически в 30% случаев) у респондентов, проживающих в сельской местности, выявляли хронический гастрит и хронический колит.

Большинство респондентов пожилого и старческого возраста страдали значительным количеством соматических заболеваний, которые в существенной мере оказывали влияние на заболеваемость кариесом и пародонтитом, усугубляли тяжесть течения стоматологических болезней. Высокая степень сопутствующих заболеваний в предгорной и, особенно, горной климатогеографических зонах сельской местности РД свидетельствует о низкой доступности профилактической и лечебной медицинской помощи для данного контингента сельского населения. С другой стороны, хронические соматические заболевания снижали мобильность пациентов пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности, особенно в предгорной и горной климатогеографических зонах, что в свою очередь дополнительно уменьшало возможность получения квалифицированной медицинской помощи из-за ее удаленности, в том числе стоматологической. Снижение мобильности пациентов также способствовало уменьшению их способности адекватного гигиенического ухода (за ртом в том числе), что, по-видимому, влияло на состояние стоматологического статуса пациентов.

Таким образом, учитывая, что стоматологические заболевания у лиц пожилого и старческого возраста протекали на фоне хронических соматических болезней, оказываемая стоматологическая помощь должна быть составной частью комплексного лечения пациентов с ведущей соматической патологией с привлечением врачей терапевтов, кардиологов, невропатологов, геронтологов и других специалистов.

3.2. Особенности субъективной оценки стоматологического статуса лицами пожилого и старческого возраста, проживающими в различных климатогеографических зонах

С целью оценки навыков гигиены рта, питания, информированности и мотивации в вопросах стоматологического здоровья лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности Республики Дагестан, была использована несколько адаптированная под возраст респондентов анкета ВОЗ (2013)(приложение 2). Ответы респондентов были объединены по следующим группам: количество естественных зубов у респондентов; исследование боли или дискомфорта, связанного с зубами или тканями рта за последний год; наличие любых съемных протезов; субъективный стоматологический статус; частота чистки зубов; применение различных средств для чистки зубов; использование зубной пасты при чистке зубов, в том числе фторидсодержащей; последнее посещение и причина визита к врачу-стоматологу; питание и вредные привычки респондентов, а также их образование.

Количество естественных зубов у респондентов значительно снижалось с увеличением возраста, особенно это уменьшение естественных зубов наблюдали в старческом возрасте (2-я группа). У большого количества пациентов зафиксировано полное отсутствие зубов, причем в 1-й группе отсутствовали зубы у 112 (32,8%) пациентов, а во 2-й группе уже у 208 (76,8%) человек (Таблица 3).

Таблица 3.Наличие естественных зубов у лиц пожилого и старческого возраста сельского населения

Возраст	Количество естественных зубов				
	Отсутствуют	1 - 9	10 - 19	20 и более	Всего
1 группа (60-74 лет)	112 (32,8%)	127 (37,2%)	58 (17,1%)	44 (12,9%)	341 (100%)
2 группа (75-90 лет)	208 (76,8%)	36 (13,3%)	17 (6,3%)	10 (3,6%)	271 (100%)
Итого	320 (52,3%)	163 (26,6%)	75 (12,2%)	54 (8,9%)	612 (100%)

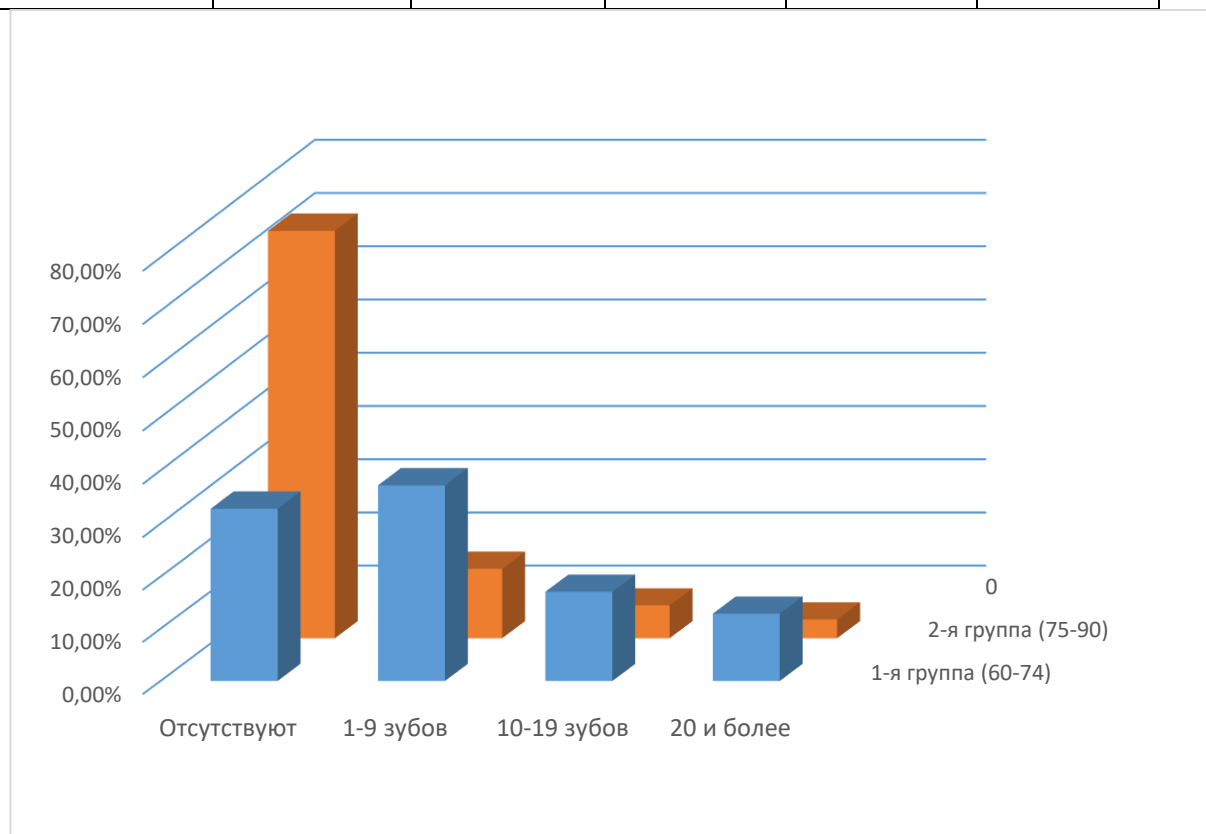


Рисунок 3. Процентное соотношение естественных зубов у лиц пожилого и старческого возраста сельского населения

Естественные зубы в количестве от 1 до 9 в 1-й группе были у 127 (37,2%), а во 2-й группе этой категории выявлены у 36 (13,3%) человек (Рисунок 3), статистическая разница между количеством естественных зубов между этими

группами была достоверной ($p < 0,05$). В категории наличия 10-19 зубов также выявлена статистически значимая разница между 1-й и 2-й группами ($p < 0,05$), соответственно, 17,1% и 6,3%. Также при анализе количества зубов в подгруппе 20 и более зубов разница между 1-й и 2-й группами была статистически достоверной ($p < 0,001$), 44 (12,9%) против 10 (3,6%) пациентов, соответственно.

Таким образом, с увеличением возраста количество естественных зубов у старческого населения в сельской местности значительно снижается, особенно это касается полного отсутствия зубов, которое выявлено у 76,8% респондентов этой группы.

При исследовании количества естественных зубов в различных климатогеографических зонах выявлено, что в равнинной и предгорной зонах у респондентов ситуация с естественными зубами более благоприятная, так 20 и более зубов имеют 30 (13,3%) человек в равнинной, 20 (9,9%) в предгорных областях (Таблица 4).

Таблица 4. Наличие естественных зубов у лиц пожилого и старческого возраста сельского населения в различных климатогеографических зонах

Климатогеографические зоны	Количество естественных зубов				
	Отсутствуют	1 - 9	10 - 19	20 и более	Всего
Равнинная	99 (43,8%)	66 (29,2%)	31 (13,7%)	30 (13,3%)	226 (100%)
Предгорная	96 (47,8%)	57 (28,4%)	28 (13,9%)	20 (9,9%)	201 (100%)
Горная	125 (67,6%)	40 (21,6%)	16 (8,6%)	4 (2,2%)	185 (100%)
Итого	320 (52,3%)	163 (26,6%)	75 (12,2%)	54 (8,9%)	612 (100%)

В тоже время в горной зоне (в категории 20 и более зубов) выявлены только 4 (2,2%) респондента, разница количества естественных зубов в этой

категории между равнинной и горной зонами была статистически достоверной ($p < 0,001$).

В целом же обстановка складывается далеко не благоприятная, так как у 320 (52,3%) пациентов пожилого и старческого возраста полностью отсутствуют зубы, особенно это выражено в горной зоне – у 125 (67,6%) человек, наименьшее количество людей с полным отсутствием зубов было на равнинной части республики – у 99 (43,8%) (Рисунок 4) респондентов, разница между этими показателями была статистически достоверной ($p < 0,05$).

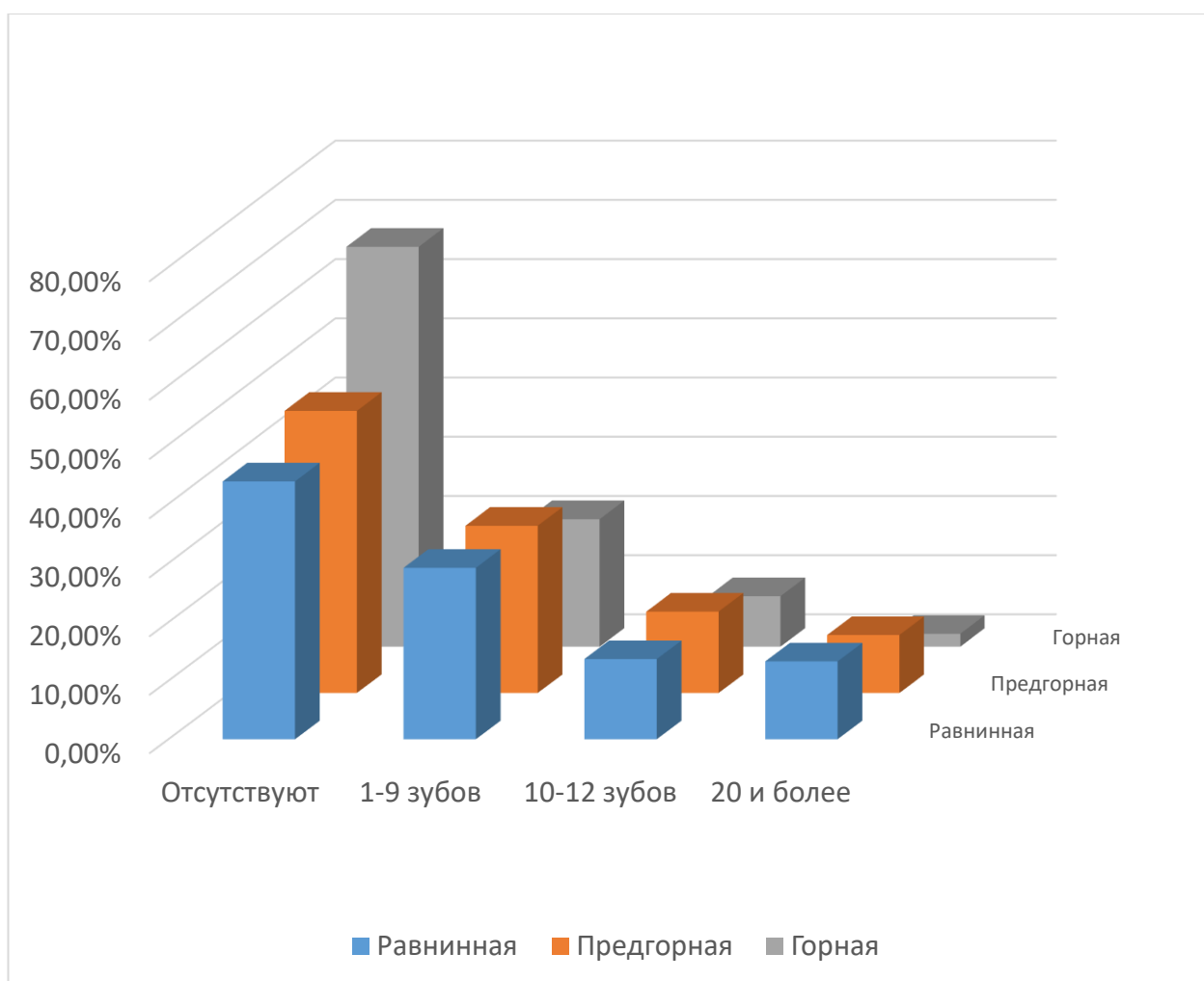


Рисунок 4. Количество естественных зубов у лиц пожилого и старческого возраста в разных климатогеографических зонах

Таким образом, в горной зоне республики сложилась наиболее неблагоприятная обстановка у населения пожилого и старческого возраста с

наличием естественных зубов, полное отсутствие зубов зафиксировано у 125 (67,6%), наличие 1-9 зубов у 40 (21,6%) пациентов, наличие 10-12 зубов у 16 (8,6%) и наличие 20 и более зубов только у 4 (2,2%) респондентов.

При исследовании боли или дискомфорта, связанного с зубами или ртом за последний год, выявлено, что большинство респондентов не испытывали боли и дискомфорта. Так в 1-й группе за последний год только 48 (14,1%) человек испытывали боль и дискомфорт, а во второй группе 31 (11,4%) респондент, т.е. у лиц пожилого возраста эти явления были чаще, но разница была статистически не достоверной ($p > 0,05$). При изучении вопроса о боли и дискомфорте в различных климатогеографических зонах достоверной статистической разницы между жителями равнинной и предгорной зонами не было выявлено ($p > 0,05$), в РКЗ – у 35 (15,5%) человек, в ПКЗ у 26 (12,9%). Но на равнинной зоне боль и дискомфорт во рту респонденты испытывали чаще, чем в горной области. Так в РКЗ такие явления были у 35 (15,5%) человек, в ПКЗ у 26 (12,9%) и в ГКЗ у 18 (9,7%) пациентов. Разница этих параметров между жителями равнинной и горной зон была статистически достоверной ($p < 0,05$).

При изучении количества съемных протезов установлено, что они занимают большую часть стоматологических конструкций у пожилого и старческого населения РД. Стоматологические ортопедические конструкции были выявлены у 553 (90,4%) человек, при этом количество съемных протезов (бюгельные, пластиночные протезы при частичной и полной потере зубов)увеличивалось с возрастом. При сравнении количества съемных протезов на общее количество респондентов они выявлены у 394 (64,4%) из 612 обследованных лиц, при этом в 1-й группе съемные протезы выявлены у 129 (32,7%) человек, во второй группе количество съемных протезов увеличивалось, этими конструкциями пользовались 265 (67,3%) респондентов. Таким образом, с повышением возраста количество пациентов со съемными протезами резко увеличивается и разница между количеством респондентов со

съемными протезами в группах у лиц пожилого (1-я группа) и старческого возраста (2-я группа) была статистически значимой ($p < 0,05$).

При изучении количества пациентов со съемными протезами в различных климатогеографических зонах выявлено, что в равнинной части их количество достигало 108 (27,4%) человек, в предгорной 121 (30,7%) и в горной 165 (41,9%) респондентов (Рисунок 5).

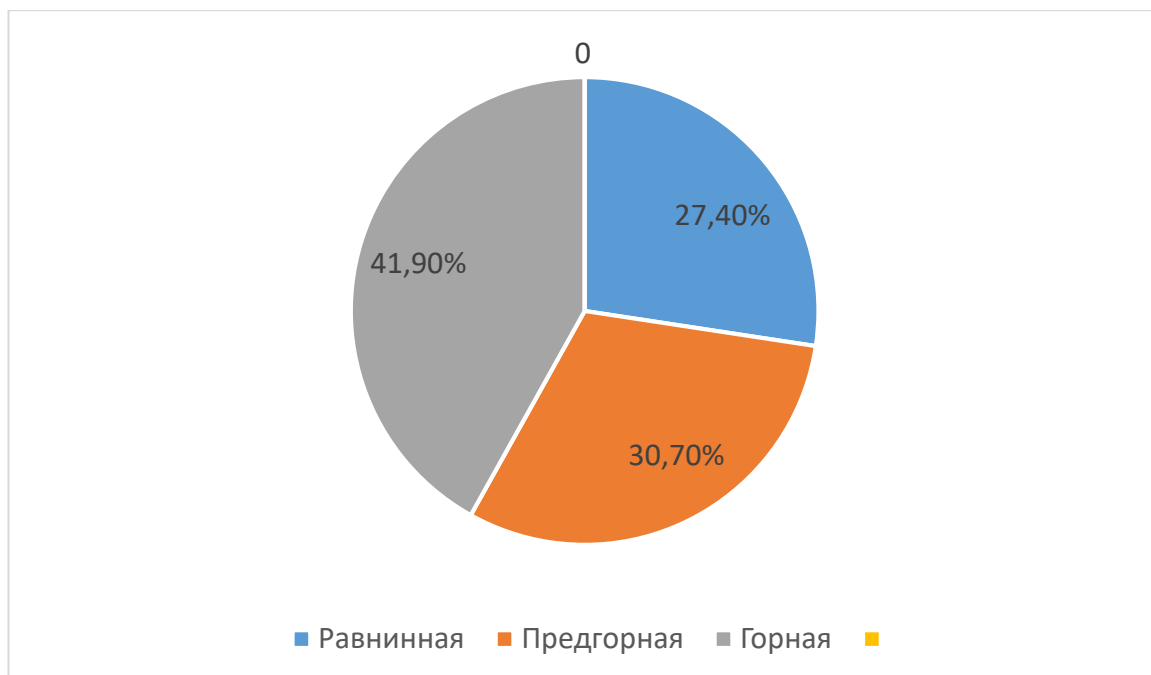


Рисунок 5. Процентное соотношение пациентов со съемными протезами в различных климатогеографических зонах

Разница между количеством респондентов со съемными протезами в горной зоне по сравнению с предгорной и равнинной частями республики была статистически значимой ($p < 0,05$).

Субъективное определение состояния зубов и десен респондентами показало следующие результаты: в 1-й группе состояние зубов и десен оценили, как «хорошее» – 146 (42,8%) человек, «удовлетворительное» 158 (46,3%) и «плохое» 37 (10,9%) респондентов. Во 2-й группе состояние зубов и десен оценили, как «хорошее» – 72 (26,6%) человека, «удовлетворительное» 129 (47,6%) и «плохое» – 70 (25,8%) респондентов. Таким образом, в

старческом возрасте (группа 2) по всем вопросам состояние зубов и десен оценивали значительно хуже, чем в 1-й группе (60-74 лет), разница была статистически достоверна по всем параметрам ($p < 0,05$). Основные жалобы в пожилом и старческом возрасте были на подвижность и отсутствие зубов, проблемы с протезами, а также наличие кариеса.

При оценке респондентами по климатогеографическим зонам в РКЗ состояние зубов и десен оценили, как «хорошее» – 115 (50,9%) человек, «удовлетворительное» 81 (35,8%) и «плохое» 30 (13,3%) респондентов. В ПКЗ состояние зубов и десен оценили, как «хорошее» – 68 (33,8%) человек, «удовлетворительное» 97 (48,3%) и «плохое» 36 (17,9%) респондентов. В ГКЗ состояние зубов и десен оценили, как «хорошее» лишь 35 (18,9%) человек, «удовлетворительное» 109 (58,9%) и «плохое» 41 (22,2%) респондентов (Рисунок 6).

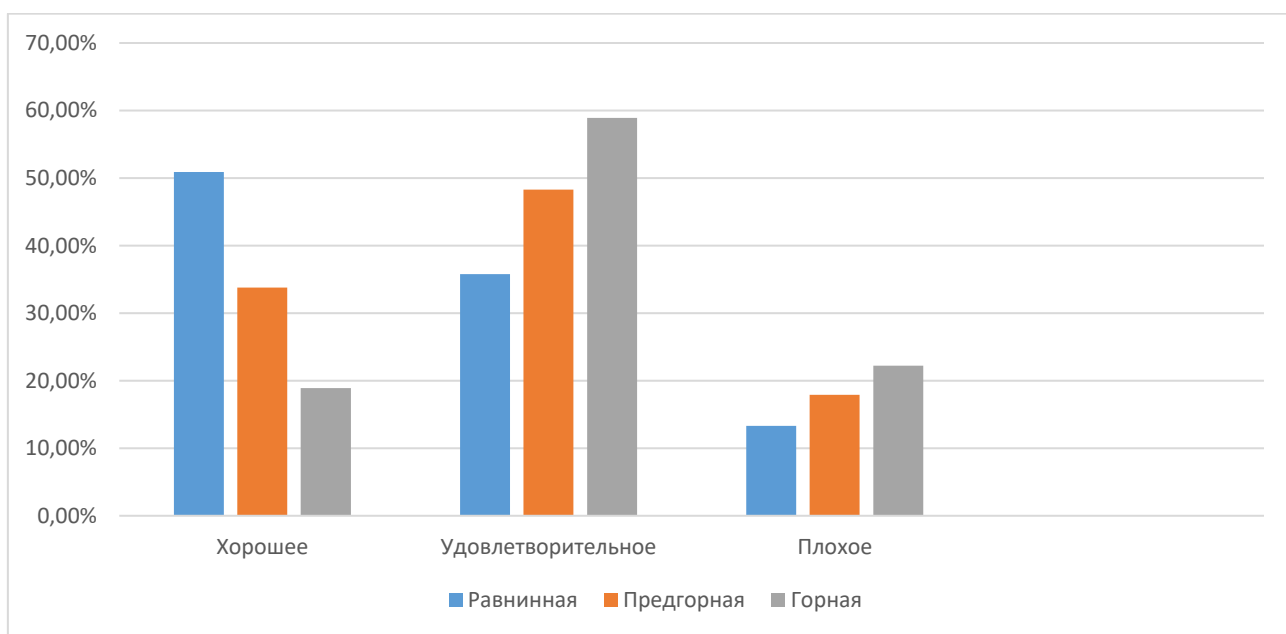


Рисунок 6. Субъективная оценка состояния зубов и десен респондентами различных климатогеографических зон сельской местности

При анализе состояния зубов и десен по жалобам жителей различных климатогеографических зон выявлено, что наиболее худшая оценка этого состояния исходила от жителей горной зоны и по сравнению с оценкой

респондентов равнинной зоны разница была статистически достоверной ($p<0,05$), но и в предгорной зоне разница оценки состояния в худшую сторону, по сравнению с жителями равнинной области была также статистически достоверной ($p<0,05$).

Установлено, что в среднем только 179 (61,3%) из 292 респондентов, имеющих зубы и проживающих в сельской местности, регулярно чистят зубы. В сельской равнинной местности среди лиц пожилого и старческого возраста вообще не чистят зубы 47 (37%) из 127 респондентов, имеющих зубы; в предгорной 41 (39,1%) из 105 респондентов, имеющих зубы; а в горной климатической зоне – 25 (41,6%) из 60 респондентов, имеющих зубы. При исследовании гигиенического ухода за ртом в 1-й и 2-й группах выявлено, что в 1-й группе количество регулярно чистящих зубы достигало 161 (70,3%) из 229 респондентов, имеющих зубы, что превышало количество во 2-й группе – 18 (28,6%) из 63 респондентов, имеющих зубы, статистическая разница была достоверной ($p<0,001$).

Выявлено, что 2 раза в сутки зубы чистят только 10 (7,9%) из 127 респондентов, имеющих зубы и проживающих в равнинной зоне; 7 (6,7%) человек из 105 респондентов, имеющих зубы – в предгорной зоне; в горной зоне чистят зубы только 2 (3,3%) из 60 респондентов, имеющих зубы и то «нерегулярно». При исследовании навыков по гигиене рта выявлены различия в 1-й и 2-й группах, так в 1-й группе количество дважды чистящих зубы достигало 17 (7,4%) из 229 респондентов, имеющих зубы, что превышало количество во 2-й группе – 2 (3,2%) из 63 респондентов, имеющих зубы, статистическая разница была достоверной ($p<0,05$).

Таким образом, выявлено, что в старческом возрасте респонденты, имеющие зубы, чистили их достаточно редко, по сравнению с группой пожилого возраста, что касается чистки зубов пациентами в различных климатогеографических зонах, то жители горной зоны реже проводили чистку зубов, чем жители равнинной зоны.

Среди 179 человек, которые чистят зубы, 118 респондентов (65,9%) использовали зубную щетку средней жесткости. Практически все респонденты сами выбирали щетку без консультации врача-стоматолога, что свидетельствует о недостатке профилактической работы местных врачей-стоматологов. В сельской равнинной местности, за исключением лиц, которые вообще не чистят зубы, среди лиц пожилого и старческого возраста чистят зубы щеткой с пастой 80 (100%) респондентов, в предгорной 62 из 64 (96,8%), а в горной климатической зоне – 32 из 35 (91,4%) человек. При анализе количества, чистящих зубы щеткой респондентов в различных климатогеографических зонах статистически значимой разницы не выявлено ($p > 0,05$). Деревянные зубочистки используют практически все респонденты, но применяют их не регулярно, поэтому анализ их применения был противоречив и не включен в исследование. Пластмассовые зубочистки, зубную нить и древесный уголь для чистки зубов используют только единицы респондентов среди анкетированного населения. Также в качестве средства гигиены полости рта респондентами всех климатогеографических зон был использован мисвак (сивак).

При анализе количества, чистящих зубы с помощью пасты респондентов в различных климатогеографических зонах статистически значимой разницы не выявлено ($p > 0,05$). На вопрос о методике чистки зубов 233 (79,8%) из 292 человек затруднились ответить, хотя большинство респондентов осведомлены в значении регулярной чистки зубов в предотвращении кариеса и пародонтита. При исследовании применения фторидной пасты при чистке зубов положительно ответили только 70 (55,1%) человек в равнинной части, 43 (40,9%) в предгорной зоне и 17 (28,3%) респондентов в горной зоне республики, из чего можно сделать вывод, что в горной части население менее информировано о недостаточности фтора в питьевой воде, разница между этими группами была статистически достоверна ($p < 0,05$).

На вопрос о нуждаемости респондентов в стоматологической помощи утвердительно ответили в РКЗ 54 (23,9%) человека, а в ПКЗ – 71 (35,3%) и ГКЗ

– 75 (40,5%) респондентов. При изучении последнего посещения врача-стоматолога в 1-й группе менее 1-го года назад посетило 174 (50,9%) человека, более 1-го года назад 123 (36,2%) и 5 лет назад и более 44 (12,9%) респондента. Выявлено, что последнее посещение врача-стоматолога во 2-й группе менее 1-го года назад было у 79 (29,2%) человек, более 1-го года назад у 89 (32,8%) и 5 лет назад и более у 103 (38%) респондентов (Таблица5).

Таблица5. Последнее посещение врача-стоматолога респондентами в зависимости от возраста

Возраст	Последнее посещение врача-стоматолога			
	Менее 1-го года назад	Более 1-го года назад	5 лет назад и более	Всего
1 группа (60-74 лет)	174 (50,9%)	123 (36,2%)	44 (12,9%)	341 (100%)
2 группа (75-90 лет)	79 (29,2%)	89 (32,8%)	103 (38%)	271 (100%)
Итого	253 (41,3%)	212 (34,6%)	147 (24,1%)	612 (100%)

При изучении сведений о последнем посещении врача-стоматолога в различных климатогеографических зонах (Таблица6), в равнинной части республики менее 1-го года назад посетили врача-стоматолога 108 (47,8%) человек, более 1-го года назад – 77 (34,1%) и 5 лет назад и более – 41 (18,1%) респондент. В предгорной части республики менее 1-го года назад посетило врача-стоматолога 85 (42,3%) человек, более 1-го года назад – 70 (34,8%) и 5 лет назад и более – 46 (22,9%) респондентов. В горной части республики менее 1-го года назад посетили врача-стоматолога 60 (32,4%) человек, более 1-го года назад – 65 (35,2%) и 5 лет назад и более – 60 (32,4%) респондентов.

Таблица 6. Последнее посещение врача-стоматолога респондентами в различных климатогеографических зонах

Климато-географические зоны	Последнее посещение стоматолога			
	Менее 1-го года назад	Более 1-го года назад	5 лет назад и более	Всего
Равнинная	108 (47,8%)	77 (34,1%)	41 (18,1%)	226 (100%)
Предгорная	85 (42,3%)	70 (34,8%)	46 (22,9%)	201 (100%)
Горная	60 (32,4%)	65 (35,2%)	60 (32,4%)	185 (100%)
Итого	253 (41,3%)	212 (34,6%)	147 (24,1%)	612 (100%)

В старшей возрастной группе (75-89 лет) 38% респондентов посещали врача-стоматолога более 5 лет назад, в отличие от них группа пожилых пациентов (60-74 лет) более ответственно относилась к своему стоматологическому здоровью, только 12,9% респондентов посещали врача-стоматолога более 5 лет назад (Рисунок 7), эта разница в посещениях врача-стоматолога была статистически значимой ($p < 0,001$). При анализе посещения врача-стоматолога в различных климатогеографических зонах выявили, что регулярное посещение в горной части республики очень низкое, так 5 лет и более не посещали врача-стоматолога 32,4% респондентов, при этом в равнинной части только 18,1%, а в предгорной – 22,9%, эта разница была статистически значимой ($p < 0,05$).

Среди причин, приведших пациента на прием к врачу-стоматологу, доминировала боль или проблемы с зубами, деснами, на втором месте находилась необходимость лечения или продолжение лечения и совсем незначительную часть занимало посещение врача-стоматолога с целью консультации. Статистически значимой разницы между причинами, приведшими к врачу-стоматологу жителей различных климатогеографических зон, не выявлено ($p > 0,05$).

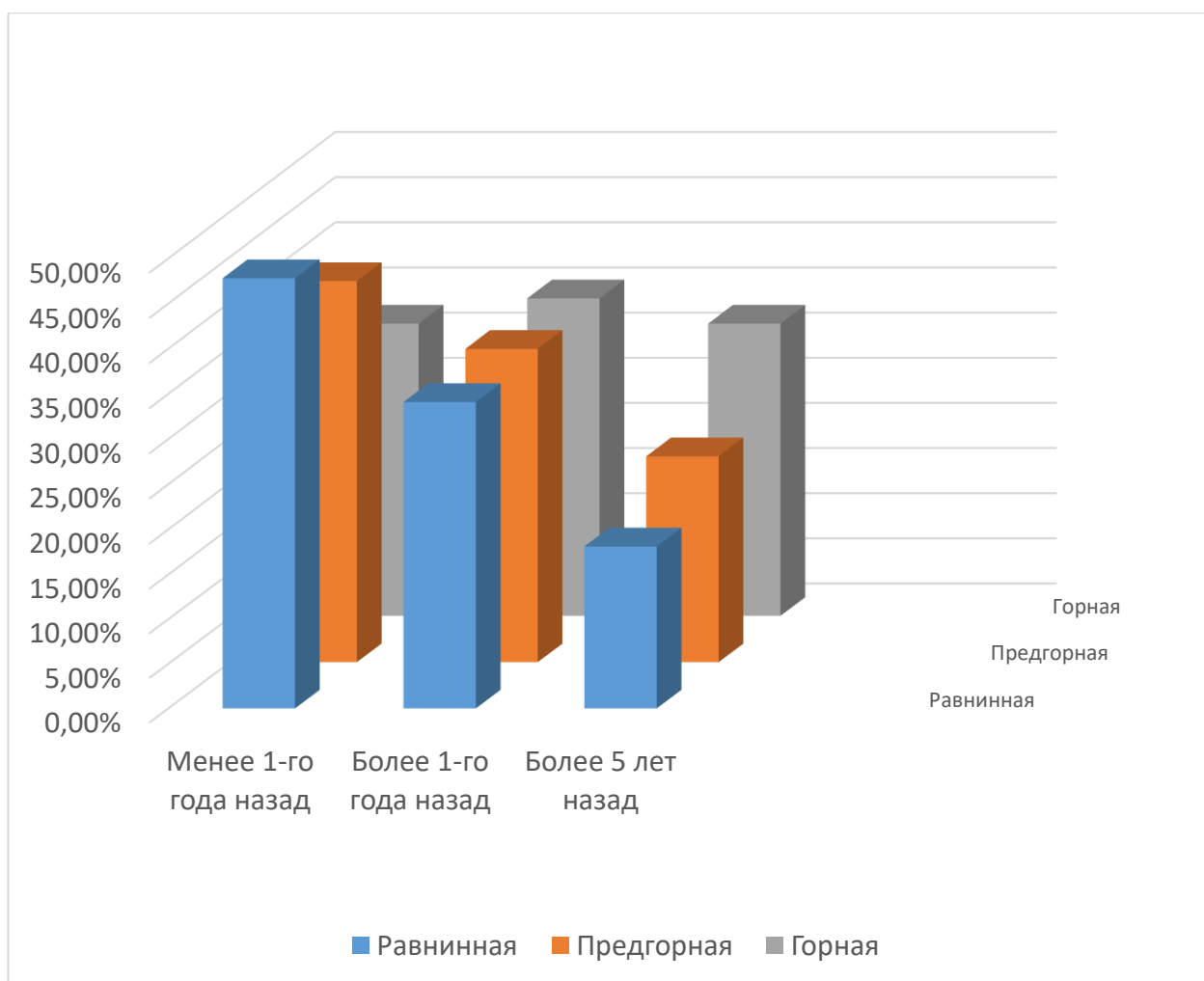


Рисунок 7. Последнее посещение врача-стоматолога жителями различных климатогеографических зон

При изучении питания респондентов анкетирование выявило, что респонденты, постоянно проживающие на равнинной сельской местности, в рационе питания имели большее разнообразие, чем жители предгорья и особенно гор. У жителей равнины и предгорной зоны в рационе питания преобладала пища растительного характера, а у жителей горной зоны в рационе преобладали мясные, молочные и мучные продукты. О влиянии характера питания на степень стоматологического здоровья утвердительно ответили 100% респондентов РКЗ, 172 (85,6%) – жителей ПКЗ и 133 (71,9%) жителя ГКЗ. Статистической разницы между 1-й и 2-й группами в особенностях питания практически не было ($p > 0,05$).

На вопрос об употреблении табака и алкогольных напитков практически все женщины давали отрицательные ответы, поэтому их ответы в выборку не включили. Мужчины при выборе типа табачных изделий в основной массе использовали сигареты, трубку и сигары используют крайне редко. На вопрос о курении положительный ответ дали 159 (53%) обследованных мужчин, живущих в сельской местности. Установлено, что в горной климатической зоне курят 61 (64,9%) мужчина, в предгорной – 50 (50,5%), на равнинной зоне число курильщиков составляет 48 (44,9%). Существует статистически достоверная разница между количеством курильщиков в равнинной и горных зонах республики, так в равнинной части при исследовании особенностей курения выявлено, что в 1-й группе количество курильщиков достигало 107 (67,3%) человек и превышало количество мужчин во 2-й группе – 52 (32,7%), разница была статистически достоверна ($p < 0,05$).

В отношении употребления алкоголя положительно ответили 248 (82,7%) обследованных респондентов пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности, причем утвердительно ответили 100% респондентов РКЗ, 83 (83,8%) – жителя ПКЗ и 57 (60,6%) жителей ГКЗ. При исследовании употребления алкоголя в группах пожилого и старческого возраста выявлено, что в 1-й группе количество мужчин достигало 139 (56,1%) человек и незначительно превышало количество мужчин во 2-й группе – 109 (43,9%), разница была статистически не достоверной ($p > 0,05$).

При изучении образования у респондентов различных возрастных групп выявлено, что в 1-й группе законченное среднее образование у 151 (44,3%) человека, законченное средне-специальное образование у 71 (20,8%) и законченное высшее образование у 119 (34,9%) респондентов. Во 2-й группе законченное среднее образование у 138 (50,9%) человек, законченное средне-специальное образование у 92 (33,9%) и законченное высшее образование у 41 (15,2%) респондента. Таким образом, имеется статистически значимая разница между наличием высшего образования в 1-й группе, по сравнению со второй ($p < 0,05$), соответственно, 34,9% и 15,2% респондентов. При

изучении образования у респондентов, проживающих в различных климато-географических зонах, выявлено, что в равнинной части республики законченное среднее образование у 75 (33,2%) человек, законченное среднеспециальное образование у 36 (15,9%) и законченное высшее образование у 115 (50,9%) респондента. В предгорной зоне законченное среднее образование у 76 (37,8%) человек, законченное среднеспециальное образование у 56 (27,9%) и законченное высшее образование у 69 (34,3%) респондентов. В горной части законченное среднее образование у 96 (51,9%) человек, законченное среднеспециальное образование у 68 (36,8%) и законченное высшее образование у 21 (11,3%) респондента. При изучении образования у жителей различных климатогеографических зон, наибольшее количество лиц с высшим образованием выявлено в равнинной зоне (50,9%), в остальных зонах их меньше, так в предгорной у 34,3%, а в горной у 11,3% респондентов и эта разница была статистически значимой ($p < 0,001$).

Таким образом, с увеличением возраста количество естественных зубов у старческого населения в сельской местности значительно снижается, если в возрасте 60-74 года зубы отсутствовали у 32,8%, то в возрасте 75-89 лет уже у 76,8% респондентов. Такая же неблагоприятная обстановка выявлена у респондентов различных климатогеографических зон, отсутствие зубов выявлено у большинства населения в горной зоне (67,6%), наименьшее количество людей с полным отсутствием зубов на равнинной части республики (43,8%).

При исследовании дискомфорта или боли, связанных с зубами за последний год выявлено, что большинство респондентов не испытывали дискомфорта и боли во рту. Так в 1-й группе за последний год только 14,1% респондентов испытывали боль и дискомфорт, а во второй группе только у 11,4% респондентов, т.е. у лиц пожилого возраста эти явления были несколько чаще.

При изучении количества съемных протезов выявлено, что они занимают большую часть зубных конструкций у пожилого и старческого населения РД.

Стоматологические ортопедические конструкции выявлены у 90,4% респондентов, при этом количество съемных протезов увеличивалось с возрастом и было выявлено у 64,4% пациентов, которые имеют различные зубные конструкции (бюгельные, частичные и полные съемные зубные протезы). При изучении количества пациентов со съемными протезами в различных климатогеографических зонах выявлено, что в равнинной части Дагестана их количество достигало 27,4%, в предгорной 30,7% и в горной 41,9% респондентов.

При изучении вопроса об уходе за ртом установлено, что в среднем только 61,3% респондентов, имеющих зубы и проживающих в сельской местности, регулярно чистят зубы. В сельской равнинной местности 37% лиц пожилого и старческого возраста вообще не чистят зубы, в предгорной 39,1%, а в горной климатической зоне 41,6% респондентов. Таким образом, выявлено, что в старческом возрасте респонденты, имеющие зубы, чистили их достаточно редко, по сравнению с группой пожилого возраста, что касается чистки зубов пациентов в различных климатогеографических зонах, то жители горной зоны реже проводили чистку зубов, чем жители равнинной зоны. Большинство респондентов использовали для чистки зубов щеткой различные пасты. В сельской равнинной местности за исключением лиц, которые вообще не чистят зубы, среди лиц пожилого и старческого возраста чистят зубы пастой 100% респондентов, в предгорной 96,8%, а в горной климатической зоне 91,4% человек.

При анализе посещения врача-стоматолога в различных климатогеографических зонах выявили, что регулярное посещение стоматолога в горной части республики очень низкое, так 5 лет и более не посещали врача-стоматолога 32,4% респондентов, при этом в равнинной части только 18,1%, а в предгорной 22,9%.

Жители, постоянно проживающие на равнинной сельской местности, в рационе питания имели большее разнообразие, чем жители предгорья и особенно гор. У жителей равнины и предгорной зоны в рационе питания

преобладала пища растительного характера, а у жителей горной зоны в рационе преобладали мясные, молочные и мучные продукты.

Существует разница между количеством курильщиков в равнинной и горных зонах, так в равнинной части при исследовании особенностей курения в 1 и 2-й группах выявлено, что в группе 60-74 лет количество курильщиков достигало 67,3% человек и превышало количество мужчин в группе 75-89 лет у 32,7% респондентов. В отношении употребления алкоголя положительно ответили 82,7% обследованных респондентов пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности, причем утвердительно ответили 100% респондентов РКЗ, 83,8% жителя ПКЗ и 60,6% жителей ГКЗ.

При исследовании образования у респондентов различных возрастных групп выявлено, что в 1-й группе законченное среднее образование у 151 (44,3%) человека, законченное средне-специальное образование у 71 (20,8%) и законченное высшее образование у 119 (34,9%) респондентов. Во 2-й группе законченное среднее образование у 138 (50,9%) человек, законченное средне-специальное образование у 92 (33,9%) и законченное высшее образование у 41 (15,2%) респондента. Таким образом, имеется статистически значимая разница между наличием высшего образования в 1-й группе, по сравнению со второй ($p < 0,05$), соответственно, 34,9% и 15,2% респондентов. При исследовании образования у респондентов, проживающих в различных климатогеографических зонах, выявлено, что в равнинной части законченное среднее образование у 75 (33,2%) человек, законченное средне-специальное образование у 36 (15,9%) и законченное высшее образование у 115 (50,9%) респондентов. В предгорной зоне законченное среднее образование было у 76 (37,8%) человек, законченное средне-специальное образование у 56 (27,9%) и законченное высшее образование у 69 (34,3%) респондентов. В горной части законченное среднее образование у 96 (51,9%) человек, законченное средне-специальное образование у 68 (36,8%) и законченное высшее образование у 21 (11,3%) респондента. При изучении образования у жителей различных климатогеографических зон, наибольшее количество лиц с высшим

образованием выявлено в равнинной зоне (50,9%), в остальных зонах их было меньше, так в предгорной у 34,3%, а в горной у 11,3% респондентов и эта разница была статистически значимой ($p < 0,001$).

Оценку стоматологического статуса взрослых, проводили с помощью анкеты, разработанной экспертами ВОЗ (2013). При регистрации результатов стоматологического обследования респондентов данные вносились в карту, включающую разделы по изучению состояния зубов, тканей пародонта, потери прикрепления, флюороза, эрозии и травмы зубов, поражения слизистой оболочки рта, наличия протезов и потребность в неотложной помощи (приложение №2). Обследовали 292 респондентов с постоянными зубами, в исследование не включали пациентов с отсутствием зубов.

1-ю группу составили лица в возрасте 60-74 года с постоянными зубами, т.е. люди пожилого возраста (229 человек – 78,4%).

2-ю группу составили лица с постоянными зубами в возрасте 75-89 лет, т.е. люди старческого возраста (63 человека – 21,6%).

Кроме того, обследовали респондентов в различных климатогеографических зонах: в равнинной части обследовано 127 (43,5%) человек, в предгорной зоне – 105 (36%) и в горной зоне 60 (20,5%) респондентов.

Стоматологическое обследование населения пожилого и старческого возраста, проживающего в различных климатогеографических зонах сельской местности, проводили в стандартных условиях, при искусственном освещении с использованием рекомендованным ВОЗ набором инструментов и материалов. Использовали идентификационную информацию обследования и общую информацию, включающую пол, возраст, этническую принадлежность, род занятий. Клиническое обследование каждого пациента проводили с использованием различных клинических методов, включающих внеротовое и внутриротовое обследование.

3.3. Состояние зубов у пациентов пожилого и старческого возраста с определением индекса интенсивности кариеса (КПУз)

Исследование состояния основных кариесологических показателей в ключевых возрастных группах у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности, показало довольно высокую их распространенность с уменьшением числа обследованных с интактными зубами.

Были обследованы 292 пациента с постоянными зубами по всем возрастным группам и климатическим зонам, при этом наблюдали уменьшение числа обследованных с интактными зубами в различных регионах, так, в группе пациентов, проживающих в равнинной зоне сельской местности, число респондентов с интактными зубами уменьшается с $18,3 \pm 0,11\%$ в возрасте 60-74 лет до $7,2 \pm 0,13\%$ в 75-89 лет и эта разница статистически достоверна ($p < 0,05$). Наименьшее количество интактных зубов наблюдали в группе обследованных лиц, которые проживают в горной климатогеографической зоне, особенно во 2-й группе, всего $3,4 \pm 0,15\%$ (Таблица 7).

Имеется статистическая достоверная разница ($p < 0,05$) между количеством интактных зубов у жителей равнинной и горной зон, в 1-й группе $18,3 \pm 0,11\%$ и $9,2 \pm 0,17\%$, соответственно, и во 2-й группе $7,2 \pm 0,13\%$ и $3,4 \pm 0,15\%$, соответственно.

Распространенность кариеса зубов в группе пожилых людей составила $83,7 \pm 0,11\%$, а в группе старческого возраста $96,6 \pm 0,13\%$. При изучении кариеса корня зуба выявлено, что эта патология распространена в 1-й группе у $36,7 \pm 0,15\%$ респондентов, а во второй группе практически в половине случаев – $47,6 \pm 0,11\%$.

Таблица 7. Состояние постоянных зубов у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах

Возрастные группы	Климатогеографические зоны	Количество лиц с интактными зубами (%)	Распространенность кариеса зубов (%)	Число лиц с осложнениями кариеса	Нуждаемость в санации, %;	Количество обследованных лиц
1 группа (60-74 лет) 229 (78,4%)	РКЗ	18,3±0,11	75,5±0,19	9,1±0,19	70,4±0,16	94 (32,2%)
	ПКЗ	15,4±0,16	83,3±0,17	10,3±0,11	74,3±0,13	82 (28,1%)
	ГКЗ	9,2±0,17	92,3±0,14	13,4±0,17	86,5±0,11	53 (18,2%)
2 группа (75-89 лет) 63 (21,6%)	РКЗ	7,2±0,13	94,5±0,16	12,7±0,14	81,8±0,18	26 (8,9%)
	ПКЗ	6,3±0,10	96,7±0,12	13,8±0,13	87,2±0,16	22 (7,5%)
	ГКЗ	3,4±0,15	98,7±0,18	14,2±0,17	93,1±0,15	15 (5,1%)
Итого		7,2±0,13	89,3±0,12	11,6±0,16	89,6±0,17	292 (100%)

У респондентов, проживающих в равнинной зоне сельской местности, имеется рост распространенности кариеса зубов от 75,5±0,19% в возрасте 60-74 лет до 94,5±0,16% в возрасте 75-89 лет и в среднем кариес составил 82,8±0,12% у жителей этой зоны. У обследованных лиц, проживающих в предгорной области, этот показатель увеличивается от 83,3±0,17% в группе пожилых пациентов до 96,7±0,12% – в возрасте 75-89 лет и это, по сравнению с жителями равнинной зоны, является статистически не достоверным ($p>0,05$).

В группе пациентов, проживающих в горной зоне, возрастает распространенность кариеса от $92,3 \pm 0,14\%$ в группе пожилых людей до $98,7 \pm 0,18\%$ в группе людей старческого возраста и в среднем в этой группе респондентов кариес составил $95,5 \pm 0,11\%$. При сравнительном анализе распространенности кариеса среди жителей равнинной и горной зон имеется статистически достоверная разница ($p < 0,05$) распространенности кариеса у лиц, проживающих в горной местности по сравнению с лицами, проживающими на равнине: $95,5 \pm 0,11\%$ и $82,8 \pm 0,12\%$, соответственно.

При обследовании пациентов с осложнениями кариеса выявлено их увеличение в ГКЗ по сравнению с лицами, проживающими в равнинной и предгорной зонах, но этот показатель был статистически не достоверным ($p > 0,05$). Так, в равнинной зоне в среднем эти данные в обеих группах составили $10,9 \pm 0,15\%$, в предгорной – $12,1 \pm 0,17\%$, в горной – $13,8 \pm 0,4\%$.

При исследовании показателя нуждаемости в санации у обследованных лиц выявили его рост по мере увеличения возраста пациентов. Нуждаемость в санации рта у респондентов обеих групп в равнинной зоне составила в среднем $76,1 \pm 0,13\%$; в предгорной зоне – $80,8 \pm 0,15\%$ и в горной – $89,9 \pm 0,11\%$.

При сравнительном анализе нуждаемости в санации жителей равнинной части республики и горной выявлена статистически достоверная разница ($p < 0,05$), нуждаемость в санации в горной части значительно выше, чем в равнинной.

Расчет индекса КПУ₃ и его компонентов у обследованных 292 лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности, показал, что наряду с увеличением процента показателей этого индекса с возрастом и проживанием обследованных в горной местности, происходит одновременный рост числа пломбированных и удаленных зубов (Таблица 8).

Таблица 8. Кариесологические показатели у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах

Возрастные группы	Климато-географические зоны	Индекс КПУ _з в %	Соотношение компонентов КПУ _з в %			Всего
			К	П	У	
1 группа (60-74 лет) 229 (78,4%)	РКЗ	5,4±0,16	3,3±0,14	0,69±0,18	81,3±0,12	94 (32,2%)
	ПКЗ	7,2±0,14	4,5±0,12	0,79±0,17	87,6±0,16	82 (28,1%)
	ГКЗ	8,1±0,15	4,9±0,19	3,1±0,13	90,5±0,18	53 (18,2%)
2 группа (75-89 лет) 63 (21,6%)	РКЗ	7,3±0,15	1,2±0,11	0,52±0,12	92,1±0,14	26 (8,9%)
	ПКЗ	9,1±0,11	2,1±0,12	0,61±0,18	93,4±0,13	22 (7,5%)
	ГКЗ	9,2±0,16	3,1±0,18	2,1±0,11	97,6±0,17	15 (5,1%)
Итого		7,8±0,12	3,2±0,16	1,3±0,17	90,4±0,14	292 (100%)

Так, индекс КПУ_з у обследованных в равнинной зоне сельской местности в возрасте 60-74 лет составил 5,4±0,16%, а в возрасте 75-89 лет – 7,3±0,15% и в среднем – 6,4±0,13%. В предгорной зоне индекс КПУ_з у лиц в возрасте 60-74 лет составил 7,2±0,14%, а в возрасте 75-89 лет – 9,1±0,11% и в среднем – 8,2±0,17%. В горной зоне индекс КПУ_з у обследованных в возрасте 60-74 лет составил 8,1±0,15%, а в возрасте 75-89 лет – 9,2±0,16% и в среднем – 8,7±0,13%.

При оценке соотношения составляющих индекса КПУ_з у обследованных пациентов обращает на себя внимание значительный рост удельного веса удаленных зубов (элемент «У»). Так, в среднем у обследованных лиц в РКЗ показатель «У» составляет 86,7±0,17%, при этом в возрасте 60-74 лет он составил 81,3±0,12%, а в возрасте 75-89 лет – 92,1±0,14% (Рисунок 8).

В предгорной местности у обследованных лиц показатель «У» в группе пожилых людей составил 87,6±0,16%, а в старческом возрасте – 93,4±0,13% и в

среднем в данной группе составил $90,5 \pm 0,11\%$. Элемент «У» в горной области в среднем достигает $94,1 \pm 0,13\%$, что больше, чем в равнинной климатической зоне на $7,4\%$ ($p < 0,05$).

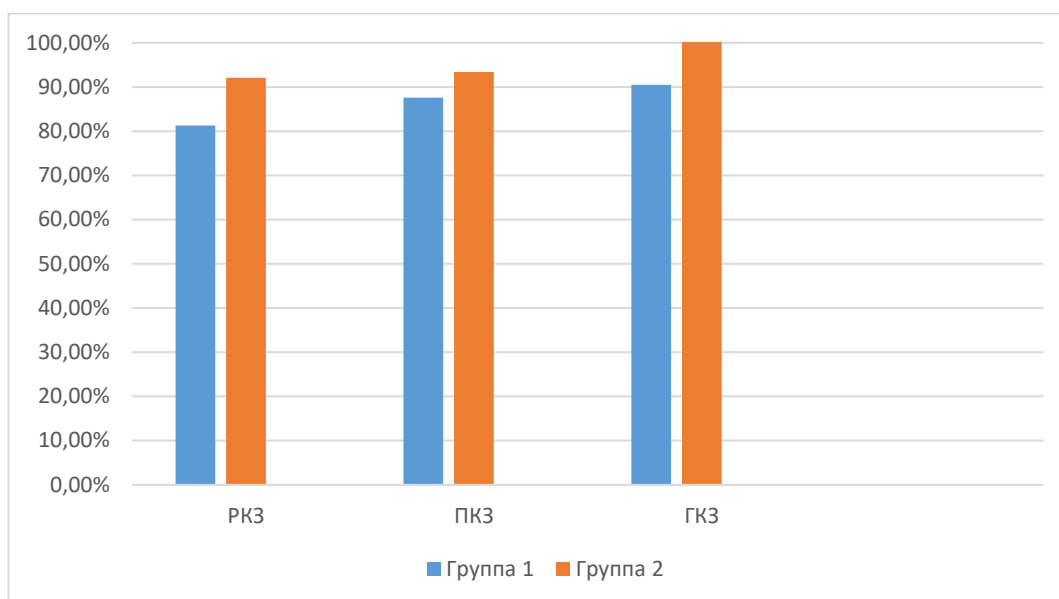


Рисунок 8. Процентное соотношение удаленных зубов у пациентов пожилого и старческого возраста в разных климатогеографических зонах

Таким образом, у лиц пожилого и старческого возраста структура КПУ₃ главным образом представлена удаленными зубами, удельный вес которых постоянно увеличивается с повышением возраста обследованных и места жительства от равнинной до горной местности. Сравнительно меньший удельный вес в структуре КПУ занимали запломбированные зубы (элемент «П») по всем климатическим зонам: в равнинной зоне в среднем $0,61 \pm 0,12\%$, в предгорной зоне в среднем $0,7 \pm 0,13\%$ и в горной зоне $0,3 \pm 0,17\%$, таким образом, запломбированных зубов было меньше в горной зоне.

Кариозные зубы, подлежащие лечению (элемент «К») составлял у всех обследованных в среднем от $2,1 \pm 0,11\%$ в равнинной местности, до $4,3 \pm 0,13\%$ – в горной. Данный показатель во всех климатогеографических зонах при анализе его по возрастным группам выявляет снижение по мере увеличения возраста, особенно в горной климатической зоне. Так, в равнинной климатической зоне показатель кариозных зубов, подлежащих лечению (элемент «К»), от $3,3 \pm 0,14\%$

в первой группе снижался до $1,2 \pm 0,11\%$ во второй группе. В предгорной зоне этот показатель снижался от $4,5 \pm 0,12\%$ до $2,1 \pm 0,12\%$, а в горной климатической зоне, соответственно, от $4,9 \pm 0,19\%$ до $3,1 \pm 0,18\%$.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о большой потере зубов во всех возрастных группах, максимально выраженной у лиц, проживающих в предгорной и горной климатогеографических зонах сельской местности.

3.4. Состояние тканей пародонта и потеря эпителиального прикрепления

Проведен анализ частоты кодов индекса CPI у 292 обследованных пациентов с сохранившимися постоянными зубами по различным возрастным группам (у 229 респондентов пожилого и 63 старческого возраста), а также в зависимости от климатогеографических зон проживания в сельской местности (РКЗ – 127 человек, ПКЗ – 105 и ГКЗ – 60 респондентов), при этом выявлена зависимость от возраста, места проживания и степени тяжести болезни.

Так, в равнинной климатогеографической зоне сельской местности одной из возрастных групп, обследованных явились пациенты в возрасте 60-74 лет, составившие 78,4% и второй группы в возрасте 75-89 лет, составившей 21,6% жителей различных климатогеографических зон. (Таблица 9).

При исследовании ни у одного из пациентов в обеих группах не выявлен код 0, что говорит о высоком распространении патологии пародонта у лиц пожилого и старческого возраста. Код 1 наиболее часто выявляли у пациентов в возрасте 60-74 лет (у 17,5%), у лиц старческого возраста он достигал только 7,9%, разница в кровоточивости десен у этих групп была статистически достоверной ($p < 0,05$).

Таблица 9. Состояние тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста в различных климатогеографических зонах

Группы по возрасту	Количество пациентов по зонам	Коды индекса CPI				
		Код 0	Код 1	Код 2	Код 3	Код 4
		Нет заболеваний	Кровоточивость	Зубной камень	ПК глубиной 4-5 мм	ПК глубиной 6 мм и более
1 группа (60-74 лет) 229 (78,4%)	РКЗ 94 (32,2%)	-	21 (22,3%)	33 (35,1%)	24 (25,5%)	17 (18,1%)
	ПКЗ 82 (28,1%)	-	15 (18,3%)	22 (26,8%)	23 (28,1%)	17 (20,7%)
	ГКЗ 53 (18,2%)	-	4 (7,5%)	11 (20,8%)	17 (32,1%)	20 (37,7%)
2 группа (75-90 лет) 63 (21,6%)	РКЗ 26 (8,9%)	-	2 (7,7%)	8 (30,8%)	7 (26,9%)	6 (23,1%)
	ПКЗ 22 (7,5%)	-	2 (9,1%)	7 (31,8%)	6 (27,3%)	5 (22,7%)
	ГКЗ 15 (5,1%)	-	-	4 (26,7%)	6 (40%)	7 (46,7%)
Итого	292 (100%)	0	23 (7,9%)	85 (29,1%)	83 (28,4%)	72 (24,7%)

Код 2 также достаточно часто выявляли у лиц пожилого возраста (28,8%), однако максимальное значение обнаруживали у стариков в возрасте 75-89 лет (30,2%), однако разница между респондентами 1-й и 2-й групп была статистически не достоверна ($p>0,05$). Частота кодов 3-4 возрастает с увеличением возраста обследованных, так код 4 имеет максимальное значение в возрасте 75-89 лет (28,6%), что указывает на степень тяжести пародонтита. Наименьшая частота кодов 3 и 4 отмечена у пациентов в возрасте 60-74 лет (27,9% и 23,6%, соответственно). Необходимо отметить, что степень тяжести пародонтита имеет прямую зависимость от возраста только при тяжелой форме

(код 4), а при средней степени тяжести воспаления эта зависимость не очевидна.

В возрастной группе пожилых людей 60-74 лет (Рисунок9), живущих на равнине, код 1 выявляли наиболее часто (22,3%), в предгорной несколько меньше (18,3%) и реже всего в горной зоне. (7,5%), разница в кровоточивости десен в этих группах была статистически достоверной ($p < 0,001$).

Код 2 (наличие зубного камня) выявляли в этой группе максимально у жителей равнинной зоны (35,1%), в предгорной и горной части этот код выявляли несколько реже (26,8% и 20,8%, соответственно), разница в наличии зубного камня в этих группах пациентов была статистически достоверной ($p < 0,05$). Но особенно существенной была разница в выявлении частоты кода 3 и 4, если в равнинной и предгорной зонах эта разница была не существенной, то при сравнении кодов 3 и 4 между жителями равнинной и горной зонами разница была статистически достоверной ($p < 0,05$), в равнинной соотношение кодов 3 и 4 было (25,5% и 18,1%), в горной (32,1% и 37,7%).

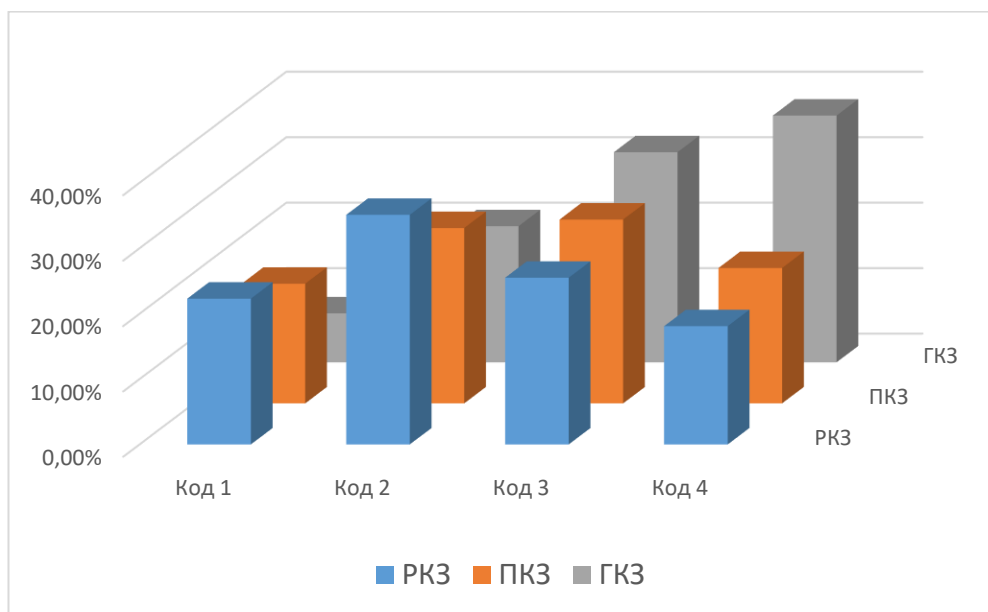


Рисунок 9. Состояние тканей пародонта у жителей пожилого возраста (60-74 года) в различных климатогеографических зонах

При изучении состояния тканей пародонта в группе пациентов старческого возраста (Рисунок10) выявили, что наибольшая часть пациентов, у которых была кровоточивость десен (код 1), проживают в предгорной зоне (9,1%), в

равнинной зоне она выявлена у 7,7% и в ГКЗ не обнаружена ни у одного респондента, разница количества кровоточивости пародонта у жителей горной зоны, по сравнению с предгорной и равнинной зонами, это статистически достоверно ($p < 0,05$). При изучении кода 2 (наличие зубного камня) выяснено, что практически треть больных во всех зонах имели зубной камень (30,8%, 31,8% и 26,7%), но разница в наличии зубного камня у пациентов в различных климатогеографических зонах не была статистически достоверной ($p > 0,05$).

Глубина пародонтальных карманов (код 3 и 4) была наиболее выражена у жителей горной зоны (40% и 46,7%, соответственно), у жителей равнинной зоны они выявлены у 26,9% и 23,1%, а у пациентов предгорной зоны – 27,3% и 22,7%, соответственно. Существует статистически достоверная разница между выявлением частоты кода 3 и 4 респондентов горной зоны по сравнению с жителями предгорья и равнины ($p < 0,05$).

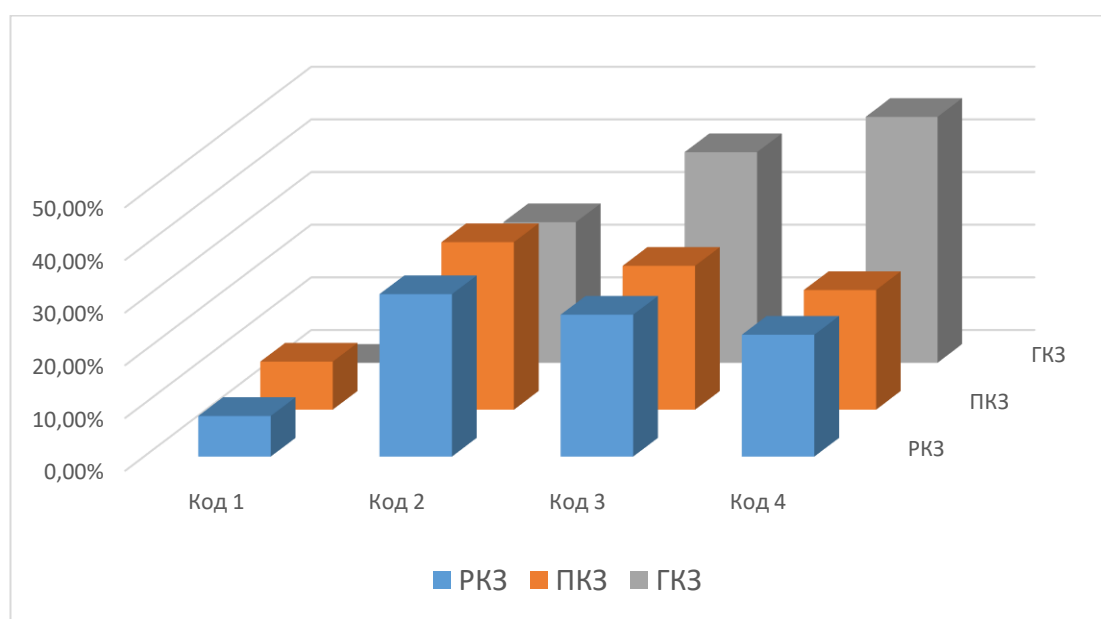


Рисунок 10. Состояние тканей пародонта у жителей старческого возраста в различных климатогеографических зонах

При изучении тяжести потери эпителиального прикрепления возникли значительные трудности, так как из-за значительной потери постоянных зубов у пациентов пожилого и старческого возраста выявить десять индексных зубов было достаточно сложно. Так, 20 и более постоянных зубов было в первой

группе у 44 (12,9%) пациентов, а у стариков только у 10 (3,6%) респондентов. По климатогеографическим зонам этот показатель составил в РКЗ у 30 (13,3%) человек, в ПКЗ у 20 (9,9%) и в равнинной зоне – у 4 (2,2%) респондентов. Поэтому это исследование провели у 54 пациентов, имеющих 20 и более зубов. Протяженность потери прикрепления регистрировали с помощью CPI зонда. Потеря эпителиального прикрепления в группе пожилых людей выявлена у 15 (34,1%) пациентов, причем тяжесть потери была следующая: 0-3 мм у 5 (11,4%) пациентов, 4-5 мм у 6 (13,6%), 6-8 мм у 1 (2,3%), 9-11 мм у 2 (4,5%) и 12 мм и более у 1 (2,3%) респондента. Потеря эпителиального прикрепления в группе людей старческого возраста выявлена у 4 (40%) пациентов, причем тяжесть потери была следующая: 0-3 мм у 1 (10%) пациента, 4-5 мм – у 2 (20%), 6-8 мм – у 1 (10%), тяжесть потери 9-11 мм и 12 мм не выявлена ни у одного респондента.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ распространенности кодов CPI у обследованных лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности, позволяет заключить, что значительную глубину пародонтальных карманов (код 3 и 4) чаще выявляли у лиц, проживающих в ГКЗ, в тоже время кровоточивость десен (код 1) была наиболее выражена у жителей равнинной и предгорной зон.

3.5. Интенсивные показатели заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста сельского населения, проживающих в различных климатогеографических зонах

Необходимо отметить, что во всей сельской местности проживает примерно 59,3% взрослого населения региона, на территории РКЗ – 11 районов, где проживает 43% населения; на территории ПКЗ, состоящей из 8 районов, проживает примерно 21,3% населения и в горной зоне, состоящей из 22 горных районов, проживает примерно 57,5% взрослого населения. Для проведения сравнительного анализа заболеваемости пародонтитом лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных КЗ сельской местности, нами

отобрано по пять сельских районов, относящихся к соответствующим климатическим зонам, в которых исследовали заболеваемость у пожилого и старческого населения в течении 5-летнего срока (по данным годовых отчетов медицинских организаций этих районов).

Проводили анализ интенсивного показателя (ИП) – число случаев на 10000 населения (за 5 лет, с 2014 по 2018 гг.), исследовали среднегодовые интенсивные показатели заболеваемости пародонтитом, их доверительные границы (ДГ), средний показатель годовой (СПГ) и тренд с ошибкой по климатогеографическим зонам, для сравнения. Выявили, что среднегодовые ИП заболеваемости пародонтитом лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в сельских районах и относящихся к различным климатогеографическим зонам, существенно колеблются и наиболее неблагоприятны в горных районах.

На территории горной зоны среднегодовые ИП заболеваемости пародонтитом довольно широко колеблются по исследуемым административным районам. Так, максимальные значения среднегодового ИП по Цунтинскому району (ИП – 184,2; ДГ – 68,5-95,0) в 2,2 раза достоверно превышают минимальные значения по Чародинскому району (ИП – 85,0; ДГ – 64,7-80,3). Максимальный ИП статистически достоверно превышает среднегодовые ИП по всем 5 исследованным сельским районам горной зоны на 71,3%. Среди населения предгорья максимальные значения ИП заболеваемости пародонтитом наблюдали в Кайтагском районе (ИП – 76,2; ДГ – 33,9-44,2). При этом максимальные значения ИП выявлены в Буйнакском районе (ИП – 33,4; ДГ – 50,2-73,1). Среднегодовые значения ИП по Кайтагскому району на 20,8 (в 1,5 раз) больше среднегодовых аналогичных показателей по предгорью в целом. В равнинной зоне среди 5 районов анализа, наибольший показатель заболеваемости пародонтитом выявили в Бабаюртовском районе (ИП – 123,8; ДГ – 32,5-20,6), а минимальные – в Карабудахкентском (ИП – 27,8; ДГ – 15,9-18,6).

Определение среднегодового прироста (СГП) из 5 районов на равнине – один отрицательный (Дербентский район – (-1,0), а в остальных 4 районах положительный и в среднем составил 2,6, тренд – 1,48. В предгорье среди 5 анализируемых районов в 3-х СГП отрицательный и составил в среднем 6,8, тренд – 3,5. В горной зоне среди 5 анализируемых районов в 1 – СГП отрицательный (Шамильский район – 20,5) и составил в среднем 6,8, тренд – 3,5; а в остальных 4-х районах положительный и в среднем по этой зоне СГП составил 5,7; тренд – 3,2.

Для годовых ИП населения пожилого и старческого возраста, проживающего в различных климатогеографических зонах сельской местности, характерны существенные колебания его между анализируемыми районами за один и тот же год и по одному и тому же району в течение 5 лет как на равнине, так в предгорье и горах.

Так, за пять лет максимальные годовые ИП в горной зоне по районам, которые превышали таковых минимальных в равнинной и предгорье в 2-2,5 раза. Показатели тренда заболеваемости пародонтитом подтверждают мнение о разнообразном характере динамики заболеваемости у лиц пожилого и старческого возраста в сельской местности.

Проведенное ранжирование по среднегодовым ИП заболеваемости пародонтитом населения пожилого и старческого возраста, проживающего в административных районах сельской местности различных климатогеографических зон, подтвердило большой размах колебаний годовых значений как по районам, так и по климатическим зонам. Колебания среднегодовых ИП по всем административным районам сельской местности у пациентов пожилого и старческого возраста с пародонтитом имеют довольно большой размах. Необходимо отметить, что из 15 сельских районов наиболее неблагополучными являются 5 из них, расположенных в горной зоне, хотя более неблагополучными по заболеваемости пародонтитом являются и отдельные районы предгорной и равнинной климатогеографических зон.

Проводили оценку риска заболеваемости пародонтитом взрослого населения сельских районов относительно общереспубликанского уровня (ОР-1). Так среди 5 районов равнинной зоны наибольший показатель ОР-1 выявлен в Тарумовском районе, который в 3 раза превышал минимальный показатель данной климатической зоны в Дербентском районе и в 2 раза больше средних значений данной климатической зоны (1,2). В предгорной зоне максимальное значение ОР-1 выявлено в Сергокалинском районе (1,75), которое в 2 раза превышает аналогичный минимальный показатель в Буйнакском районе (0,71) и средний показатель по климатической зоне. Среди районов горной зоны наибольшие значения показателя ОР-1 обнаружены в Тляртинском районе (2,5), которые превышают минимальные значения Гунибского района (0,40) в 4 раза и средние значения по ГКЗ в 2,5 раз.

В равнинной зоне сельской местности из исследованных пяти районов в 2-х из них (Каякентский и Дербентский районы) показатели относительного риска заболеваний пародонтитом составляют значения меньше, а в предгорной и горной климатических зонах таких районов по одному (в Буйнакском – 0,71 и в Гунибском – 0,40 соответственно).

Это обстоятельство позволяет судить о высокой заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста, которые проживают в горной и предгорной зонах по сравнению с равнинной зоной. Необходимо отметить, что в 5 сельских районах с низким риском ОР-1 в равнинной зоне проживает примерно 19,5% населения пожилого и старческого возраста, в предгорной – 13,5%, в горной – 13,0%, а всего в 15 исследуемых районах – 46% от населения сельской местности.

Полученные результаты анализа об относительном риске заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в исследуемых 15 сельских районах различных климатогеографических зонах позволяет определить районы повышенного риска заболеваемости пародонтитом. Риск заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста значительно колеблется не только по климатическим

зонам сельской местности, но и между населением районов в пределах одной и той же климатической зоны. Колебания ОР-1 в ГКЗ имеют существенно меньше выраженный размах, чем в ПКЗ и РКЗ сельской местности. В исследуемых районах горной зоны ОР-1 заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста имели максимальные цифровые значения по сравнению со всеми сельскими районами.

Среднегодовые интенсивные показатели, относительный риск заболеть, большая демографическая нагрузка и большая распространенность сопутствующих соматических заболеваний и кариеса свидетельствуют о высокой отягощенности проблем пародонтита у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в районах горной климатогеографической зоны сельской местности. Проведенный математический анализ обнаружил корреляционную связь заболеваемости пародонтитом и местностью проживания на территории равнинной, предгорной и горной климатогеографических зон сельской местности – средней силы, доля влияния –28,2%. На заболеваемость пародонтитом влияние места жительства было статистически значимо, по результатам дисперсного анализа, можно заключить, что место жительства пациентов можно рассматривать как реальный фактор риска заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста.

Таким образом, изучение показателей относительного риска и среднегодовых ИП заболеваемости пародонтитом свидетельствует о большей отягощенности данного заболевания у лиц пожилого и старческого возраста, которые постоянно проживают в горных и предгорных районах сельской местности.

3.6. Распространенность некариозной патологии и болезней слизистой оболочки рта у лиц пожилого и старческого возраста в сельских зонах

Частота флюороза постоянных зубов напрямую зависит от концентрации фтора в воде, но в регионе отмечают недостаток фтора в окружающей природной среде. Диагностика флюороза была значительно затруднена вследствие большого количества удаленных зубов, а также тем, что большая часть коронок оставшихся зубов была скрыта от осмотра под ортопедическими конструкциями и пломбами. Среди обследованного населения региона в группах пожилого и старческого возраста не было обнаружено поражений эмали зубов в виде такой патологии как флюороз, что объясняется недостатком фтора в данной местности.

Выявлено, что у лиц пожилого возраста (1-я группа) эрозии твердых тканей зубов выявлены у 27 (11,8%) человек из 229 осмотренных людей этого возраста, которые имеют постоянные зубы. Активную стадию эрозии у лиц пожилого возраста выявляли достаточно редко, всего у 2 (7,4%) человек этой возрастной группы. Стабилизированная стадия этой патологии была выявлена у 25 (92,6%) человек. В подавляющем большинстве случаев диагностировали эрозии средней степени, которые были выявлены у 13 (48,1%) человек пожилого возраста. Эрозии начальной степени у 1-й группы были диагностированы у 9 (33,4%) человек, при этом отмечено поражение лишь поверхностного слоя эмали зуба. Глубокие эрозии выявлены у остальных 5 (18,5%) человек 60-74 лет. Во 2-й группе из 63 осмотренных людей эрозии твердых тканей зуба были выявлены у 8 (12,7%) человек с постоянными зубами. Активную стадию эрозии в этом возрасте не выявили, а диагностировали стабилизированную стадию этой патологии. Исследования по глубине поражений твердых тканей зуба у людей старческого возраста выявили, что у 4 (50%) человек были эрозии средней степени. У людей старческого возраста эрозии начальной степени встречались достаточно редко, только у 2 (25%) человек этой возрастной группы. Выявлены эрозии глубокой степени только у 2 (25%) пациентов старческого возраста.

Таким образом, с возрастом увеличивается выявляемость стабилизированной формы и снижается частота активной клинической формы течения эрозии твердых тканей зуба, глубина поражения твердых тканей зуба с возрастом увеличивается, поэтому у пациентов старших возрастных групп требуются значительные лечебно-профилактические мероприятия, которые направлены путем терапевтических стоматологических мероприятий или зубного протезирования на устранение убыли твердых тканей зубов.

Травмы зубов у пациентов диагностировали в единичных случаях, по-видимому, в связи с отсутствием видимых повреждений и значительной патологией оставшихся зубов, как в группах пожилого и старческого возраста, так и у жителей различных климатогеографических зон.

Распространенность болезней слизистой оболочки рта, языка и губ у лиц пожилого возраста была у 16 (4,7%) респондентов из осмотренных 341 человека, у лиц старческого возраста эта патология встречалась у 27 (9,9%) из 271 осмотренных пациентов. Из болезней слизистой оболочки рта у лиц пожилого возраста чаще были выявлены протезный стоматит, красный плоский лишай, лейкоплакия, парестезия. Во второй группе чаще выявляли протезные стоматиты, трещины красной каймы нижней губы, метеорологические хейлиты).

О неудовлетворительных функциональных и эстетических свойствах протезов и необходимости зубопротезирования судили по числу пациентов с дефектами зубных рядов, имеющих зубные протезы и дефекты, ранее не замещенные протезами; а также нуждающихся в замене неполноценных зубных протезов. В пожилом возрасте в протезировании зубов пациенты нуждались в 65,7% случаев, уровень стоматологической помощи оценивали в этой группе как недостаточный и на уровне 44,6% находилось цифровое выражение индекса УСП. В старческом возрасте нуждались в протезировании зубов 72,3% пациентов, при этом цифровое выражение индекса УСП было в пределах 48,3% и его оценивали, как недостаточный. Разница между 1-й и 2-й группами была статистически достоверной ($p < 0,05$), что приводит к необходимости

совершенствования организации и оказания стоматологической помощи людям пожилого и старческого возраста. При анализе нуждаемости в протезировании зубов пациентов по различным климатогеографическим зонам, наиболее необходима стоматологическая помощь была в ГКЗ (80,5%), значительно ниже этот показатель был на равнине и предгорье (39,8% и 51,7%, соответственно) и эта разница была статистически достоверной ($p < 0,05$).

Из осложнений ношения протезов наиболее частым являлся протезный стоматит: от очаговой эритемы до воспалительной папиллярной гиперплазии. В 1-й группе протезный стоматит выявляли в 24,9% случаев, во 2-й группе выявляли уже в 41,6% случаев, что было связано с длительностью ношения протезов и недостаточной профилактической работой среди населения.

Потребность у людей пожилого и старческого возраста в неотложном лечении болезней зубов была не очень высокой и составляла 7,9% в 1-й группе и 6,3% во 2-й группе, статистически этот показатель незначительно отличался в обеих группах ($p > 0,05$).

3.7. Обеспеченность стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в различных климатогеографических зонах

Для оказания стоматологической помощи населению республики функционировали следующие стоматологические медицинские организации: стоматологические поликлиники – 10, из них республиканские – 2 (для взрослого и детского контингента) и одна хозрасчетная (г. Махачкала), семь городских стоматологических поликлиник (в городах Буйнакс, Кизляр, Хасавюрт, Избербаш Каспийск, Кизилюрт, Дербент); одно стоматологическое отделение в г. Дагестанские Огни; а также 48 стоматологических кабинетов при сельских районных поликлиниках и стационарах больниц; два в консультативных районных поликлиниках (Хасавюртовская и Дербентская ЦРБ); 220 стоматологических кабинетов при республиканских медицинских организациях, городов, участковых больниц, врачебных амбулаторий и ФАП. В районах зубопротезную помощь на местах не оказывали из-за отсутствия

зубных техников. Население 4-х районов получали зубопротезную помощь в городах Буйнакске, Кизилюрте, Хасавюрте, Кизляре.

По статистическим данным Минздрава РД количество штатных должностей врачей стоматологического профиля на 10000 населения составляет: по республике – 3,1; по селу – 2,3 (при норме 2,5); по городу – 4,3 (при норме 4,25). Количество врачей-стоматологов всех профилей составила 3,1 на 10000 населения, при этом обеспеченность врачами-стоматологами-терапевтами составила 2,8, врачами-стоматологами хирургического профиля – 0,38, врачами-стоматологами ортопедического профиля – 0,58 и врачами-ортодонтами – 0,2.

Не последнее место должна занимать и обеспеченность врачами-стоматологами в процессе формирования как интенсивных показателей, так и риска заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных зонах сельской местности. Доказано, что чем больше доступность оказания врачебной стоматологической помощи, тем больше выявляется различная патология, что увеличивает показатели заболеваемости и наоборот. Рассчитывали количество врачебных ставок врачей-стоматологов на 10000 населения в административных районах, входящих в эти зоны и определяли корреляционную связь между ИП заболеваемости и обеспеченностью врачами.

Выявлен значимый характер колебания показателей обеспеченности врачами-стоматологами населения включенных в исследование административных районов сельской местности по климатогеографическим зонам. Так, на равнинной зоне максимальная обеспеченность врачами-стоматологами (3,8 на 10000 взрослого населения) по Карабудахкентскому району на 1,9 превышает минимальный показатель по Бабаюртовскому району той же климатической зоны. Обеспеченность врачами-стоматологами по 5 районам предгорья колеблется от 2,3 в Буйнакском районе до 2,9 по Кайтагскому и Сергокалинскому районам. Колебания в пределах от 0,6 из 5 районов горной местности, минимальная обеспеченность 1,8 ставки выявлена в

Тляратинском районе, а максимальная – 5,3 – в Чародинском районе, разница – 3,5. Сопоставление показателей обеспеченности врачами-стоматологами и среднегодовых ИП заболеваемости пародонтитом по исследуемым районам разных климатических зон сельской местности показало, что наиболее высокая обеспеченность врачами в Чародинском районе (5,3) сопровождается минимальным ИП заболеваемости (85,0) пародонтитом.

Указанный факт позволяет предположить, что высокая обеспеченность врачами-стоматологами способствует снижению интенсивности показателя заболеваемости пародонтитом по Чародинскому району, а в Тляратинском и Цунтинском районах, наоборот, наименьшая обеспеченность врачами-стоматологами сопровождается высоким показателем ИП заболеваемости пародонтитом. Однако проведенный дисперсионный анализ подтверждает мнение о том, что обеспеченность врачами-стоматологами сельских районов различных климатических зон значимого влияния на заболеваемость пародонтитом населения пожилого и старческого возраста не оказывает. Рассчитанный коэффициент корреляции Спирмана по районам РКЗ имеет прямую связь средней силы (коэффициент корреляции – 0,40 ($p=0,401$) между количеством врачей-стоматологов и заболеваемостью лиц пожилого и старческого возраста. Установлено, что на территории ПКЗ коэффициент корреляции, соответственно, составляет 0,9 ($p=0,025$), а в ГКЗ – обратная связь – 0,05 ($p=0,341$). По всей сельской местности корреляционная связь между заболеваемостью пародонтитом лиц пожилого и старческого возраста и обеспеченностью врачами-стоматологами не оказывает значимого влияния, что нивелирует, по-видимому, выявленную прямую связь в ПКЗ и РКЗ и обратную связь в ГКЗ.

Интенсивные показатели заболеваемости пародонтитом лиц пожилого и старческого возраста по изучаемым районам различных климато-географических зон имеют значительные колебания, что свидетельствуют о необходимости не только повышения укомплектованности штатами врачей-стоматологов, но и оценки эффективности их работы, повышения качества

оказываемой ими стоматологической помощи, в том числе и усиления санпросвет работы, повышения стоматологической культуры населения и др. На наш взгляд, повышение активности обращаемости сельского населения пожилого и старческого возраста, проживающих в сложных природно-климатических условиях сельской местности (особенно в предгорной и горной зонах) за стоматологической помощью позволит оказать положительное воздействие на снижение уровня заболеваемости болезнями зубочелюстной системы, в том числе пародонтита и кариеса.

В заключении необходимо отметить, что обеспеченность врачами-стоматологами имеет существенную разницу по административным районам и климатогеографическим зонам сельской местности. При этом максимальный ИП заболеваемости пародонтитом наблюдается в районах с высокой обеспеченностью врачами-стоматологами, что расценивается как косвенное подтверждение лучшей выявляемости пародонтита и возможно более высокого уровня заболеваемости.

Таким образом, состояние постоянных зубов у лиц пожилого и старческого возраста в сельской местности региона находится в неудовлетворительном состоянии, причем если в пожилом возрасте кариес встречается у $83,7 \pm 0,11\%$ пациентов, то в старческом возрасте уже в $96,6 \pm 0,13\%$ и наиболее часто эта патология выявлена у жителей горной местности. Результаты исследования свидетельствуют о большой потере зубов во всех возрастных группах, удельный вес которых постоянно увеличивается с повышением возраста обследованных и места жительства от равнинной до горной местности, при этом данный показатель максимально выражен у лиц, проживающих в ПКЗ и ГКЗ сельской местности. При изучении состояния тканей пародонта значительную глубину пародонтальных карманов (более 6 мм) чаще выявляли у лиц старческого возраста, проживающих в горной климатогеографической зоне по сравнению с равнинной, в тоже время кровоточивость десен была наиболее выражена у жителей равнинной и предгорной зон.

Изучение среднегодовых показателей интенсивности заболеваемости

пародонтитом и показателей относительного риска свидетельствует о большей отягощенности эпидемиологического процесса данного заболевания у лиц пожилого и старческого возраста, постоянно проживающих в горных и предгорных районах сельской местности.

ГЛАВА 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Различные эпидемиологические обследования, проводимые за рубежом и в нашей стране, выявили неудовлетворительное состояние органов и тканей рта у лиц старшего возраста. Среди стоматологической патологии значительное место занимает утрата зубов с последующими функциональными нарушениями. Выявлено, что от 21,4% до 64,2% респондентов были с полной потерей зубов [134], при этом от 33% до 50% обследованных имели проблемы с пережевыванием пищи, от 15% до 30,8% испытывали дискомфорт и не были удовлетворены состоянием органов и тканей рта [146]. Для лиц пожилого возраста характерны значительная распространенность основных стоматологических заболеваний и высокая потребность в различных видах медицинской помощи. При этом неэффективность стоматологического лечения практические врачи часто объясняют возрастом пациентов, хотя на самом деле имеет место неправильная тактика или выбор нерационального метода лечения [42]. Результаты проведенных комплексных исследований состояния здоровья органов и тканей рта у сельских жителей, проживающих в различных субъектах Российской Федерации и в зарубежных странах, свидетельствуют о достаточно низком уровне стоматологического здоровья [41, 80, 86, 132, 133, 144, 139]. Разработку специальных программ по сохранению стоматологического здоровья и удовлетворению потребности в протезировании зубов для жителей пожилого и старческого возраста рекомендует Всемирная организация здравоохранения для всех стран [110, 143, 155]. Поэтому изучение показателей стоматологического статуса пожилого и старческого населения, родившегося и постоянно проживающего в основных климатогеографических зонах, актуально и представляет определенный интерес.

Материалом исследования в соответствии с целью и задачами настоящей работы послужили данные обследования 612 респондентов в возрасте от 60 до 89 лет. В соответствии с классификацией ВОЗ (1980) провели исследования в двух различных возрастных группах: 60-74 лет и 75-89 лет, родившихся и

постоянно проживающих на территории региона. В эти группы были включены пациенты с кариесом, пародонтитом, флюорозом эмали, эрозией и травмой зубов, поражением слизистой оболочки рта, частичной и полной потерей зубов и с наличием или отсутствием протезов.

1-ю группу составили лица в возрасте 60-74 года, т.е. люди пожилого возраста (341 человек – 55,7%), 2-ю группу составили лица в возрасте 75-89 лет, т.е. люди старческого возраста (271 человек – 44,3%). Кроме того, эти исследования провели в различных климатогеографических зонах: в равнинной части обследовано – 226 (36,9%) человек, в предгорной зоне – 201 (32,9%) и в горной зоне 185 (30,2%) респондентов.

Оценку особенностей здоровья органов и тканей рта проводили при анкетировании респондентов, изучали субъективный стоматологический статус, наличие протезов, гигиену полости рта, посещение врача-стоматолога, питание, наличие вредных привычек, образование. Оценку соматического статуса лиц пожилого и старческого возраста проводили с помощью анализа первичной медицинской документации и результатов анкетирования обследуемого населения. Оценку стоматологического статуса населения пожилого и старческого возраста проводили при искусственном освещении с использованием рекомендованного ВОЗ набора инструментов и материалов и в стандартных условиях.

При изучении соматического статуса выявлено, что наиболее часто пациенты страдали от болезней системы кровообращения – 112 (18,3%) человек, болезней органов пищеварения и костно-мышечной системы – по 92 (15,03%) человека, болезней органов зрения – 73 (11,9%) человека, болезней органов дыхания и мочеполовой системы – по 57 (9,3%) человек, соответственно, болезней нервной системы – 50 (8,2%) человек, болезней органов слуха – 45 (7,4%) человек, наименьшее количество встречалось болезнями эндокринной системы – у 33 (5,4%) человек. Все респонденты отмечали наличие у себя несколько длительно протекающих заболеваний.

Исследована зависимость нозологических единиц болезней от места проживания респондентов, т.е. в зависимости от климатогеографических зон сельской местности. Так, в горной климатической зоне среди соматических заболеваний у обследованных лиц пожилого и старческого возраста наибольший процент составляли болезни системы кровообращения – 23,8%, в то же время, как в предгорной зоне и на равнине они составляли 18,4% и 13,7%, соответственно. Разница между болезнями системы кровообращения в горной и равнинной зонах была статистически достоверной ($p < 0,05$), также статистически достоверной была разница между этой группой заболеваний в горной и предгорной зонах ($p < 0,05$). Высокий процент в горной климатической зоне составляли болезни органов пищеварения – 17,8%, которые в предгорной и равнинной климатической зоне выявлены у 15,9% и 11,9% респондентов, соответственно. Имеется статистически достоверная разница в количестве заболеваний этой системы в горной и равнинной зонах 17,8% и 11,9%, соответственно ($p < 0,05$), в то же время разница между этими заболеваниями в горной и предгорной зонах была статистически не достоверна ($p > 0,05$), 17,8% и 15,9%, соответственно. Интересно, что болезнями костно-мышечной системы страдают чаще жители равнинной части республики (23%), в предгорной зоне 13,4% и в горной зоне только 7% жителей. По сравнению с количеством болезней костно-мышечной системы в равнинной зоне с количеством болезней в предгорной и горной местности существует статистически достоверная разница ($p < 0,05$). Также по сравнению с количеством болезней зрения в равнинной зоне с их количеством в предгорной и горной местности существует статистически достоверная разница ($p < 0,05$), 14,6% против 11,4% и 9,2%, соответственно. Большинство респондентов пожилого и старческого возраста страдали значительным количеством соматических заболеваний, которые в существенной мере оказывали влияние на заболеваемость кариесом и пародонтитом, усугубляли тяжесть течения стоматологических болезней[16]. Высокая степень сопутствующих заболеваний в предгорной и, особенно, горной климатогеографических зонах сельской местности свидетельствует о

низкой доступности профилактической и лечебной медицинской помощи данного контингента сельского населения. С другой стороны, хронические соматические заболевания снижали мобильность пациентов пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности, особенно в предгорной и горной климатогеографических зонах, что в свою очередь дополнительно уменьшало возможность получения квалифицированной медицинской помощи из-за ее удаленности, в том числе стоматологической. Снижение мобильности пациентов также способствовало уменьшению их способности адекватного гигиенического ухода (за ртом в том числе), что, по-видимому, влияло на состояние стоматологического статуса пациентов.

При субъективной оценке стоматологического статуса самими респондентами выявлено, что количество естественных зубов у них снижалось с увеличением возраста, особенно значительное уменьшение естественных зубов наблюдали в старческом возрасте (2-я группа). У большого количества пациентов зафиксировано полное отсутствие зубов, причем в 1-й группе отсутствовали зубы у 112 (32,8%) пациентов, а во 2-й группе уже у 208 (76,8%) человек. Естественные зубы в количестве от 1 до 9 в 1-й группе были у 127 (37,2%), а во 2-й группе этой категории выявлены у 36 (13,3%) человек, статистическая разница между количеством естественных зубов между этими группами была достоверной ($p < 0,05$). В категории наличия 10-19 зубов также выявлена статистически значимая разница между 1-й и 2-й группами ($p < 0,05$), соответственно, 17,1% и 6,3%. При анализе количества зубов в подгруппе 20 и более зубов разница между 1-й и 2-й группами была статистически достоверной ($p < 0,001$), 44 (12,9%) против 10 (3,6%) пациентов, соответственно. При исследовании количества естественных зубов в различных климатогеографических зонах сельского населения региона выявлено, что в равнинной и предгорной зонах у респондентов ситуация с естественными зубами более благоприятная, так 20 и более зубов имеют 30 (13,3%) человек в равнинной, 20 (9,9%) в предгорных областях. В то же время в горной зоне (в

категории 20 и более зубов) выявлены только 4 (2,2%) респондента, разница количества естественных зубов в этой категории между равнинной и горной зонами была статистически достоверной ($p < 0,001$). В целом же обстановка складывается далеко не благоприятная, так как у 320 (52,3%) пациентов пожилого и старческого возраста полностью отсутствуют зубы, особенно это выражено в горной зоне – у 125 (67,6%) человек, наименьшее количество людей с полным отсутствием зубов было на равнинной части – у 99 (43,8%) респондентов, разница между этими показателями была статистически достоверной ($p < 0,05$).

Большинство респондентов за последний год не испытывали боли и дискомфорта в рту. Так в 1-й группе за последний год только 48 (14,1%) человек испытывали боль и дискомфорт, а во второй группе 31 (11,4%) респондент, т.е. у лиц пожилого возраста эти явления были чаще, но разница была статистически не достоверной ($p > 0,05$). При изучении вопроса о боли и дискомфорте в различных климатогеографических зонах достоверной статистической разницы между жителями равнинной и предгорной зонами не было выявлено ($p > 0,05$), в РКЗ – у 35 (15,5%) человек, в ПКЗ у 26 (12,9%). Но на равнинной зоне боль и дискомфорт во рту респонденты испытывали чаще, чем в горной области. Такие явления были у 35 (15,5%) человек в РКЗ, в ПКЗ у 26 (12,9%) и в ГКЗ у 18 (9,7%) пациентов, разница этих параметров между жителями равнинной и горной зон была статистически достоверной ($p < 0,05$).

При изучении количества съемных протезов выявлено, что они занимают большую часть стоматологических конструкций у пожилого и старческого населения, в целом у 553 (90,4%) человек, при этом с возрастом увеличивалось количество съемных протезов, которые имеют различные зубные конструкции (бюгельные, съемные зубные протезы при частичной и полной потере зубов). Они выявлены у 394 (64,4%) из 612 обследованных лиц, в 1-й группе съемные протезы выявлены у 129 (32,7%) человек, во второй группе количество съемных протезов увеличивалось, этими конструкциями пользовались 265 (67,3%) респондентов. Таким образом, с повышением возраста количество

пациентов со съемными протезами резко увеличивается и разница между количеством респондентов со съемными протезами в группах лиц пожилого (1-я группа) и старческого возраста (2-я группа) была статистически значимой ($p < 0,05$). При изучении количества пациентов со съемными протезами в различных климатогеографических зонах выявлено, что в равнинной части их количество достигало 108 (27,4%) человек, в предгорной 121 (30,7%) и в горной 165 (41,9%) респондентов. Разница между количеством респондентов со съемными протезами в горной зоне по сравнению с предгорной и равнинной частями республики была статистически значимой ($p < 0,05$).

Субъективное определение состояния зубов и десен респондентами показало следующие результаты: в 1-й группе состояние зубов и десен оценили, как «хорошее» – 146 (42,8%) человек, «удовлетворительное» 158 (46,3%) и «плохое» 37 (10,9%) респондентов. Во 2-й группе состояние зубов и десен оценили, как «хорошее» – 72 (26,6%) человека, «удовлетворительное» 129 (47,6%) и «плохое» 70 (25,8%) респондентов. Таким образом, в старческом возрасте (группа 2) по всем вопросам состояние зубов и десен оценивали значительно хуже, чем в 1-й группе (60-74 лет), разница была статистически достоверна по всем параметрам ($p < 0,05$). Основные жалобы в пожилом и старческом возрасте были на подвижность и отсутствие зубов, проблемы с протезами, а также наличие кариеса. При оценке респондентами по климатогеографическим зонам в РКЗ состояние зубов и десен оценили, как «хорошее» – 115 (50,9%) человек, «удовлетворительное» 81 (35,8%) и «плохое» 30 (13,3%) респондентов. В ПКЗ состояние зубов и десен оценили, как «хорошее» – 68 (33,8%) человек, «удовлетворительное» 97 (48,3%) и «плохое» 36 (17,9%) респондентов. В ГКЗ состояние зубов и десен оценили, как «хорошее» лишь 35 (18,9%) человек, «удовлетворительное» 109 (58,9%) и «плохое» 41 (22,2%) респондентов. При анализе состояния зубов и десен по жалобам пациентов различных климатогеографических зон выявлено, что наиболее худшая оценка этого состояния исходила от жителей горной зоны и по сравнению с оценкой респондентов равнинной зоны разница была

статистически достоверной ($p < 0,05$), но и в предгорной зоне разница оценки состояния в худшую сторону, по сравнению с жителями равнинной области была также статистически достоверной ($p < 0,05$).

На вопрос об уходе за ртом установлено, что в среднем только 179 (61,3%) из 292 респондентов, имеющих зубы и проживающих в сельской местности, регулярно чистят зубы. В сельской равнинной местности среди лиц пожилого и старческого возраста вообще не чистят зубы 47 (37%) из 127 респондентов, имеющих зубы; в предгорной 41 (39,1%) из 105 респондентов, имеющих зубы; а в горной климатической зоне – 25 (41,6%) из 60 респондентов, имеющих зубы. При исследовании гигиенического ухода за ртом в 1-й и 2-й группах выявлено, что в 1-й группе (60-74 лет) количество регулярно чистящих зубы достигало 161 (70,3%) из 229 респондентов, имеющих зубы, что превышало количество во 2-й группе (75-89 лет) – 18 (28,6%) из 63 респондентов, имеющих зубы, статистическая разница была достоверной ($p < 0,001$). Выявлено, что 2 раза в сутки зубы чистят 72 (56,7%) из 127 респондентов, имеющих зубы и проживающие в равнинной зоне; 55 (52,4%) человек из 105 респондентов, имеющих зубы – в предгорной зоне; в горной зоне чистят зубы только 22 (36,6%) из 60 респондентов, имеющих зубы и то «нерегулярно». Среди 179 человек, которые чистят зубы, большинство респондентов 118 (65,9%) человек использовали зубную щетку средней жесткости. Практически все респонденты сами выбирали щетку без консультации врача-стоматолога, что свидетельствует о недостатке профилактической работы местных врачей-стоматологов. В сельской равнинной местности, за исключением лиц, которые вообще не чистят зубы, среди лиц пожилого и старческого возраста чистят зубы щеткой 80 (100%) респондентов, в предгорной 62 из 64 (96,8%), а в ГКЗ – 32 из 35 (91,4%) человек. При анализе количества чистящих зубы щеткой респондентов в различных климатогеографических зонах статистически значимой разницы не выявлено ($p > 0,05$). Деревянные зубочистки используют практически все респонденты, но применяют их не регулярно, поэтому анализ их применения был противоречив и не включен в исследование. Пластмассовые

зубочистки, зубную нить и древесный уголь для чистки зубов используют только единицы респондентов среди анкетизируемого населения. Большинство респондентов использовали для чистки зубов щеткой различные пасты. В сельской равнинной местности, за исключением лиц, которые вообще не чистят зубы, среди лиц пожилого и старческого возраста чистят зубы пастой 80 (100%) респондентов, в предгорной 62 из 64 (96,8%), а в ГКЗ – 32 из 35 (91,4%) человек. При анализе количества чистящих зубы с помощью пасты респондентов в различных климатогеографических зонах статистически значимой разницы не выявлено ($p > 0,05$). На вопрос о методике чистки зубов 233 (79,8%) из 292 человек затруднились ответить, хотя большинство респондентов осведомлены о значении регулярной чистки зубов в предотвращении кариеса и пародонтита. При исследовании применения фторидной пасты при чистке зубов положительно ответили только 70 (55,1%) человек в равнинной части, 43 (40,9%) в предгорной зоне и 17 (28,3%) респондентов в горной зоне республики, из чего можно сделать вывод, что в горной части население менее информировано о фторидной недостаточности у населения, разница между этими группами была статистически достоверна ($p < 0,05$).

На вопрос о нуждаемости респондентов в стоматологической помощи утвердительно ответили в РКЗ 54 (23,9%) человека, а в ПКЗ – 71 (35,3%) и ГКЗ – 75 (40,5%) респондентов. При изучении последнего посещения врача-стоматолога в 1-й группе менее 1-го года назад посетили врача-стоматолога 174 (50,9%) человека, более 1-го года назад 123 (36,2%) и 5 лет назад и более 44 (12,9%) респондента. Выявлено, что последнее посещения врача-стоматолога во 2-й группе менее 1-го года назад было у 79 (29,2%) человек, более 1-го года назад у 89 (32,8%) и 5 лет назад и более у 103 (38%) респондентов. При изучении последнего посещения врача-стоматолога в различных климатогеографических зонах, в равнинной части менее 1-го года назад посетило врача 108 (47,8%) человек, более 1-го года назад 77 (34,1%) и 5 лет назад и более 41 (18,1%) респондент. В предгорной части менее 1-го года назад

посетили врача-стоматолога 85 (42,3%) человек, более 1-го года назад 70 (34,8%) и 5 лет назад и более 46 (22,9%) респондентов. В горной части менее 1-го года назад посетили врача-стоматолога 60 (32,4%) человек, более 1-го года назад 65 (35,2%) и 5 лет назад и более – 60 (32,4%) респондентов. Среди причин, приведших пациента на прием к врачу-стоматологу доминировала боль или проблемы с зубами, деснами, на втором месте находилась необходимость лечения или продолжение лечения и совсем незначительную часть занимало посещение с целью консультации. Статистически значимой разницы между причинами, приведшими к врачу-стоматологу жителей различных климатогеографических зон, не выявлено ($p>0,05$).

При изучении питания респондентов анкетирование выявило, что респонденты, постоянно проживающие на равнинной сельской местности, в рационе питания имели большее разнообразие, чем жители предгорья и особенно гор. У жителей равнины и предгорной зоны в рационе питания преобладала пища растительного характера, а у жителей горной зоны в рационе преобладали мясные, молочные и мучные продукты. При изучении влияния характера питания на уровень стоматологического здоровья утвердительно о влиянии питания ответили 100% респондентов РКЗ, 172 (85,6%) - жители ПКЗ и 133 (71,9%) жителя ГКЗ. Статистической разницы между 1-й и 2-й группами в особенностях питания практически не было ($p>0,05$).

При изучении употребления табака и алкогольных напитков населением практически все женщины давали отрицательные ответы, поэтому их ответы в выборку не включили. Мужчины при выборе типа табачных изделий в основной массе использовали сигареты, а трубку и сигары используют крайне редко. На вопрос о курении положительный ответ дали 159 (53%) обследованных мужчин, живущих в сельской местности. Установлено, что в ГКЗ курят 61 (64,9%) мужчина, в предгорной – 50 (50,5%), на равнинной зоне число курильщиков составляет 48 (44,9%). Существует статистически достоверная разница между количеством курильщиков в равнинной и горных зонах, так в равнинной части в 1-й группе количество курильщиков достигало

107 (67,3%) человек и превышало количество мужчин во 2-й группе – 52 (32,7%), разница была статистически достоверна ($p < 0,05$). В отношении употребления алкоголя положительно ответили 248 (82,7%) обследованных респондентов, причем утвердительно ответили 100% респондентов РКЗ, 83 (83,8%) – жителя ПКЗ и 57 (60,6%) жителей ГКЗ. При исследовании употребления алкоголя в группах пожилого и старческого возраста выявлено, что в 1-й группе количество мужчин достигало 139 (56,1%) человек и не значительно превышало количество мужчин во 2-й группе – 109 (43,9%), разница была статистически не достоверной ($p > 0,05$).

При исследовании образования у респондентов различных возрастных групп выявлено, что в 1-й группе законченное среднее образование у 151 (44,3%) человека, законченное средне-специальное образование у 71 (20,8%) и законченное высшее образование у 119 (34,9%) респондентов. Во 2-й группе законченное среднее образование у 138 (50,9%) человек, законченное средне-специальное образование у 92 (33,9%) и законченное высшее образование у 41 (15,2%) респондента. Таким образом, имеется статистически значимая разница между наличием высшего образования в 1-й группе, по сравнению со второй ($p < 0,05$), соответственно, 34,9% и 15,2% респондентов. При исследовании образования у респондентов, проживающих в различных климатогеографических зонах, выявлено, что в равнинной части законченное среднее образование у 75 (33,2%) человек, законченное средне-специальное образование у 36 (15,9%) и законченное высшее образование у 115 (50,9%) респондентов. В предгорной зоне республики законченное среднее образование было у 76 (37,8%) человек, законченное средне-специальное образование у 56 (27,9%) и законченное высшее образование у 69 (34,3%) респондентов. В горной части законченное среднее образование у 96 (51,9%) человек, законченное средне-специальное образование у 68 (36,8%) и законченное высшее образование у 21 (11,3%) респондента. При изучении образования у жителей различных климатогеографических зон, наибольшее количество лиц с высшим образованием выявлено в равнинной зоне (50,9%), в остальных зонах

их было меньше, так в предгорной у 34,3%, а в горной у 11,3% респондентов и эта разница была статистически значимой ($p < 0,001$) [17].

Исследование состояния основных кариесологических показателей в ключевых возрастных группах у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности, показало довольно высокую их распространенность с уменьшением числа обследованных с интактными зубами. Были обследованы 292 пациента с постоянными зубами по всем возрастным группам и климатическим зонам, при этом наблюдали уменьшение числа обследованных с интактными зубами в различных регионах, так, в группе пациентов, проживающих в равнинной зоне сельской местности, число респондентов с интактными зубами уменьшается с $18,3 \pm 0,11\%$ в возрасте 60-74 лет до $7,2 \pm 0,13\%$ в 75-89 лет и эта разница была статистически достоверна ($p < 0,05$). Наименьшее количество интактных зубов наблюдали в группе обследованных лиц, которые проживают в ГКЗ, особенно во 2-й группе, всего $3,4 \pm 0,15\%$. Имеется статистическая достоверная разница ($p < 0,05$) между количеством интактных зубов у жителей равнинной и горной зонами, в 1-й группе $18,3 \pm 0,11\%$ и $9,2 \pm 0,17\%$, соответственно, и во 2-й группе $7,2 \pm 0,13\%$ и $3,4 \pm 0,15\%$, соответственно. Распространенность кариеса зубов в группе пожилых людей составила $83,7 \pm 0,11\%$, а в группе старческого возраста – у $96,6 \pm 0,13\%$. При изучении кариеса корня зуба выявлено, что эта патология распространена в 1-й группе у $36,7 \pm 0,15\%$ респондентов, а во второй группе практически в половине случаев – $47,6 \pm 0,11\%$. У респондентов, проживающих в РКЗ сельской местности, имеется рост распространенности кариеса зубов от $75,5 \pm 0,19\%$ в возрасте 60-74 лет до $94,5 \pm 0,16\%$ в возрасте 75-89 лет и в среднем кариес составил $82,8 \pm 0,12\%$ у жителей этой зоны. У обследованных лиц, проживающих в предгорной области, данный показатель возрастает от $83,3 \pm 0,17\%$ в первой группе до $96,7 \pm 0,12\%$ во второй группе, что является статистически не достоверным по сравнению с жителями равнинной зоны ($p > 0,05$). В группе пациентов, проживающих в горной местности, распространенность кариеса возрастает от $92,3 \pm 0,14\%$ в возрастной группе 60-

74 лет до $98,7 \pm 0,18\%$ в возрастной группе 75-89 лет и в среднем в данной группе обследования кариес составил $95,5 \pm 0,11\%$. При сравнительном анализе распространенности кариеса среди жителей равнинной и горной зон имеется статистически достоверная разница ($p < 0,05$) распространенности кариеса $95,5 \pm 0,11\%$ и $82,8 \pm 0,12\%$, соответственно. При анализе числа лиц с осложнениями кариеса обнаружено некоторое увеличение их средних значений в горной зоне по сравнению с пациентами, проживающими в равнинной и предгорной зонах, но этот показатель был статистически не достоверным ($p > 0,05$). Так, в равнинной зоне этот показатель в среднем в обеих группах составил $10,9 \pm 0,15\%$, в предгорной – $12,1 \pm 0,17\%$, в горной – $13,8 \pm 0,4\%$. При исследовании показателя нуждаемости в санации у обследованных лиц выявили его рост по мере увеличения возраста пациентов. Нуждаемость в санации рта у респондентов обеих групп в равнинной зоне составила в среднем $76,1 \pm 0,13\%$; в предгорной зоне – $80,8 \pm 0,15\%$ и в горной — $89,9 \pm 0,11\%$. При сравнительном анализе нуждаемости в санации жителей равнинной и горной выявлена статистически достоверная разница ($p < 0,05$), нуждаемость в санации в горной части значительно выше, чем в равнинной. Расчет индекса КПУ₃ и его компонентов у обследованных 292 лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности, показал, что наряду с увеличением процента показателей этого индекса с возрастом и проживанием обследованных в горной местности, происходит одновременный рост числа пломбированных и удаленных зубов. Так, индекс КПУ₃ у обследованных в равнинной зоне сельской местности в возрасте 60-74 лет составил $5,4 \pm 0,16\%$, а в возрасте 75-89 лет – $7,3 \pm 0,15\%$ и в среднем – $6,4 \pm 0,13\%$. В предгорной зоне индекс КПУ₃ у лиц в возрасте 60-74 лет составил $7,2 \pm 0,14\%$, а в возрасте 75-89 лет – $9,1 \pm 0,11\%$ и в среднем – $8,2 \pm 0,17\%$. В горной зоне индекс КПУ₃ у обследованных в возрасте 60-74 лет составил $8,1 \pm 0,15\%$, а в возрасте 75-89 лет – $9,2 \pm 0,16\%$ и в среднем – $8,7 \pm 0,13\%$. При оценке соотношения составляющих индекса КПУ₃ у обследованных пациентов обращает на себя внимание значительный рост удельного веса удаленных зубов

(элемент «У»). Показатель «У» в среднем у обследованных лиц в равнинной зоне составил $86,7 \pm 0,17\%$, при этом в пожилом возрасте 60-74 лет он достигал $81,3 \pm 0,12\%$, а в старческом возрасте 75-89 лет - $92,1 \pm 0,14\%$. В предгорной местности у обследованных лиц показатель «У» в возрастной группе 60-74 лет составил $87,6 \pm 0,16\%$, а в возрасте 75-89 лет - $93,4 \pm 0,13\%$ и в среднем в данной группе составляет $90,5 \pm 0,11\%$. Элемент «У» в горной зоне в среднем достигал $94,1 \pm 0,13\%$, что больше, чем в равнинной климатической зоне на $7,4\%$ ($p < 0,05$). Таким образом, у лиц пожилого и старческого возраста структура КПУ₃ главным образом представлена удаленными зубами, удельный вес которых постоянно увеличивается с повышением возраста обследованных и места жительства от равнинной до горной местности [18]. Сравнительно меньший удельный вес в структуре КПУ занимали запломбированные зубы (элемент «П») по всем климатическим зонам: в равнинной зоне в среднем $0,61 \pm 0,12\%$, в предгорной зоне в среднем $0,7 \pm 0,13\%$ и в горной зоне $0,3 \pm 0,17\%$, таким образом, запломбированных зубов было меньше в горной зоне. Кариозные зубы, подлежащие лечению (элемент «К»), составлял у всех обследованных в среднем от $2,1 \pm 0,11\%$ в равнинной местности до $4,3 \pm 0,13\%$ – в горной. Данный показатель во всех климатогеографических зонах при анализе его по возрастным группам выявляет снижение по мере увеличения возраста, особенно в горной климатической зоне. Так, в равнинной климатической зоне показатель кариозных зубов, подлежащих лечению (элемент «К») от $3,3 \pm 0,14\%$ в возрастной группе 60-74 лет снижался до $1,2 \pm 0,11\%$ в возрастной группе 75-89 лет. В предгорной зоне этот показатель снижался от $4,5 \pm 0,12\%$ до $2,1 \pm 0,12\%$, а в горной климатической зоне, соответственно, от $4,9 \pm 0,19\%$ до $3,1 \pm 0,18\%$.

Проведен анализ частоты кодов индекса СРІ у 292 обследованных пациентов с сохранившимися постоянными зубами в 1-й и 2-й группах (у 229 респондентов пожилого и 63 старческого возраста), а также в зависимости от климатогеографических зон проживания в сельской местности (РКЗ – 127 человек, ПКЗ – 105 и ГКЗ – 60 респондентов), при этом выявлена зависимость от возраста, места проживания и степени тяжести болезни. При исследовании

ни у одного из пациентов в обеих группах не выявлен код 0, что говорит о высоком распространении патологии пародонта у лиц пожилого и старческого возраста. Код 1 наиболее часто выявляли у пациентов в возрасте 60-74 лет (у 17,5%), у лиц старческого возраста он достигал только 7,9%, разница в кровоточивости десен у этих групп была статистически достоверной ($p < 0,05$). Код 2 также достаточно часто выявляли у лиц пожилого возраста (28,8%), однако максимальное значение обнаруживали у стариков в возрасте 75-89 лет (30,2%), однако разница между респондентами 1-й и 2-й групп была статистически не достоверна ($p > 0,05$). Частота кодов 3-4 возрастает с увеличением возраста обследованных, так код 4 имеет максимальное значение в возрасте 75-89 лет (28,6%), что указывает на степень тяжести пародонтита. Наименьшая частота кодов 3 и 4 отмечена у пациентов в возрасте 60-74 лет (27,9% и 23,6%, соответственно). Необходимо отметить, что степень тяжести пародонтита имеет прямую зависимость от возраста только при тяжелой форме (код 4), а при средней степени тяжести воспаления эта зависимость не очевидна. В возрастной группе пожилых людей 60-74 лет, живущих на равнине, код 1 выявляли наиболее часто (22,3%), в предгорной несколько меньше (18,3%) и реже всего в горной зоне (7,5%), разница в кровоточивости десен в этих группах была статистически достоверной ($p < 0,001$). Код 2 (наличие зубного камня) выявляли в этой группе максимально у жителей равнинной зоны (35,1%), в предгорной и горной части этот код выявляли несколько реже (26,8% и 20,8%, соответственно), разница в наличии зубного камня в этих группах пациентов была статистически достоверной ($p < 0,05$). Но особенно существенной была разница в выявлении частоты кода 3 и 4, если в равнинной и предгорной зонах эта разница была не существенной, то при сравнении кодов 3 и 4 между жителями равнинной и горной зонами разница была статистически достоверной ($p < 0,05$), в равнинной соотношение кодов 3 и 4 было (25,5% и 18,1%), в горной (32,1% и 37,7%). При изучении состояния тканей пародонта в группе пациентов старческого возраста выявили, что наибольшая часть пациентов, у которых выявили кровоточивость десен (код 1), была в

предгорной зоне (9,1%), в равнинной зоне она выявлена у 7,7% и в горной зоне не обнаружена ни у одного респондента, разница этой патологии между жителями горной зоны по сравнению с предгорной и равнинной зонами была статистически достоверной ($p < 0,05$). При изучении кода 2 (наличие зубного камня) выяснено, что практически треть больных во всех зонах имели зубной камень (30,8%, 31,8% и 26,7%), но разница в наличии зубного камня у пациентов в различных климатогеографических зонах была статистически не достоверной ($p > 0,05$). Глубина пародонтальных карманов (код 3 и 4) была наиболее выражена у жителей горной зоны (40% и 46,7%, соответственно), у жителей равнинной зоны они выявлены у 26,9% и 23,1%, а у пациентов предгорной зоны – 27,3% и 22,7%, соответственно. Существует статистически достоверная разница между выявлением частоты кода 3 и 4 респондентов горной зоны по сравнению с жителями предгорья и равнины ($p < 0,05$).

При изучении тяжести потери эпителиального прикрепления возникли значительные трудности, так как из-за значительной потери постоянных зубов у пациентов пожилого и старческого возраста выявить десять индексных зубов было достаточно сложно. Так 20 и более постоянных зубов было в первой группе (60-74 года) у 44 (12,9%) пациентов, а у стариков только у 10 (3,6%) респондентов. По климатогеографическим зонам этот показатель составил в РКЗ у 30 (13,3%) человек, в ПКЗ у 20 (9,9%) и в равнинной зоне у 4 (2,2%) респондентов. Поэтому это исследование провели у 54 пациентов, имеющих 20 и более зубов. Потеря эпителиального прикрепления в группе пожилых людей (60-74 лет) выявлена у 15 (34,1%) пациентов первой группы, причем тяжесть потери была следующая: 0-3 мм у 5 (11,4%) пациентов, 4-5 мм у 6 (13,6%), 6-8 мм у 1 (2,3%), 9-11 мм у 2 (4,5%) и 12 мм и более у 1 (2,3%) респондента. Потеря эпителиального прикрепления в группе людей старческого возраста (75-89 лет) выявлена у 4 (40%) пациентов второй группы, причем тяжесть потери была следующая: 0-3 мм у 1 (10%) пациента, 4-5 мм у 2 (20%), 6-8 мм у 1 (10%), тяжесть потери 9-11 мм и 12 мм не выявлена ни у одного респондента [15].

Для проведения сравнительного анализа заболеваемости пародонтитом лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных зонах сельской местности, нами отобрано по пять сельских районов, относящихся к соответствующим климатическим зонам, в которых исследовали заболеваемость у пожилого и старческого населения в течении 5-летнего срока (по данным годовых отчетов медицинских организаций этих районов). Проводили анализ интенсивного показателя (ИП) – число случаев на 10000 населения (за 5 лет, с 2014 по 2018 гг.), исследовали среднегодовые ИП заболеваемости пародонтитом, их доверительные границы (ДГ), средний показатель годовой (СПГ) и тренд с ошибкой по климатогеографическим зонам, для сравнения. Выявили, что среднегодовые ИП заболеваемости пародонтитом лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в сельских районах и относящихся к различным климатогеографическим зонам, существенно колеблются и наиболее неблагоприятны в горных районах. На территории горной зоны среднегодовые ИП заболеваемости пародонтитом довольно широко колеблются по исследуемым административным районам. Так, максимальные значения среднегодового ИП по Цунтинскому району (ИП - 184,2; ДГ – 68,5-95,0) в 2,2 раза достоверно превышают минимальные значения по Чародинскому району (ИП – 85,0; ДГ – 64,7-80,3). Максимальный ИП статистически достоверно превышает среднегодовые ИП по всем 5 исследованным сельским районам горной зоны на 71,3%. Среди населения предгорья максимальные значения ИП заболеваемости пародонтитом наблюдали в Кайтагском районе (ИП – 76,2; ДГ – 33,9-44,2). При этом максимальные значения ИП выявлены в Буйнакском районе (ИП – 33,4; ДГ – 50,2-73,1). Среднегодовые значения ИП по Кайтагскому району на 20,8 (в 1,5 раз) больше среднегодовых аналогичных показателей по предгорью в целом. В равнинной зоне среди 5 районов анализа, наибольший показатель заболеваемости пародонтитом выявили в Бабаюртовском районе (ИП - 123,8; ДГ – 32,5-20,6), а минимальные – в Карабудахкентском (ИП – 27,8; ДГ – 15,9-18,6). Определение среднегодового прироста (СПП) из 5 районов на равнине -

один отрицательный (Дербентский район – (-1,0), а в остальных 4 районах положительный и в среднем составил 2,6, тренд – 1,48. В предгорье среди 5 анализируемых районов в 3-х СГП отрицательный и составил в среднем 6,8, тренд – 3,5. В горной зоне среди 5 анализируемых районов в 1 – СГП отрицательный (Шамильский район – 20,5) и составил в среднем 6,8, тренд – 3,5; а в остальных 4-х районах положительный и в среднем по этой зоне СГП составил 5,7; тренд – 3,2. Для годовых ИП населения характерны существенные колебания его между анализируемыми районами за один и тот же год и по одному и тому же району в течение 5 лет как на равнине, так в предгорье и горах. Так, за пять лет максимальные годовые ИП в горной зоне по районам превышали таковые минимальных в равнинной и предгорье в 2-2,5 раза. Показатели тренда заболеваемости пародонтизом подтверждают мнение о разнообразном характере динамики заболеваемости у лиц пожилого и старческого возраста в сельской местности. Проведенное ранжирование по среднегодовым ИП заболеваемости пародонтизом населения пожилого и старческого возраста, проживающих в административных районах сельской местности различных климатогеографических зон, подтвердило большой размах колебаний годовых значений как по районам, так и по климатическим зонам. Колебания среднегодовых ИП по всем административным районам сельской местности у пациентов пожилого и старческого возраста с пародонтизом имеют довольно большой размах. Необходимо отметить, что из 15 сельских районов наиболее неблагополучными являются 5, расположенных в горной зоне, хотя более неблагополучными по заболеваемости пародонтизом являются и отдельные районы предгорной и равнинной климатогеографических зон.

Проводили оценку риска заболеваемости пародонтизом взрослого населения сельских районов относительно общереспубликанского уровня (ОР-1). Так среди 5 районов равнинной зоны наибольший показатель ОР-1 выявлен в Тарумовском районе, который в 3 раза превышал минимальный показатель данной климатической зоны в Дербентском районе и в 2 раза больше средних

значений данной климатической зоны (1,2). В предгорной зоне максимальное значение ОР-1 выявлено в Сергокалинском районе (1,75), которое в 2 раза превышает аналогичный минимальный показатель в Буйнакском районе (0,71) и средний показатель по климатической зоне. Среди районов горной зоны наибольшие значения показателя ОР-1 обнаружены в Тляратипском районе (2,5), которые превышают минимальные значения Гунибского района (0,40) в 4 раза и средние значения по ГКЗ в 2,5 раза. В равнинной зоне сельской местности из исследованных пяти районов в 2-х (Каякентский и Дербентский районы) показатели относительного риска заболеваний пародонтитом составляют значения меньше, а в предгорной и горной климатических зонах таких районов по одному (в Буйнакском – 0,71 и в Гунибском – 0,40, соответственно). Это обстоятельство позволяет судить о большей отягощенности заболеваемостью пародонтитом лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в горной и предгорной зонах сельской местности, по сравнению с равнинной климатической зоной. Необходимо отметить, что в 5 сельских районах с низким риском ОР-1 в равнинной климатической зоне проживает примерно 19,5% населения пожилого и старческого возраста, в предгорной – 13,5%, в горной – 13,0%, а всего в 15 исследуемых районах – 46% от населения сельской местности.

Полученные результаты анализа об относительном риске заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в исследуемых 15 сельских районах различных климатогеографических зон, позволяют определить районы повышенного риска заболеваемости пародонтитом. Риск заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста значительно колеблется не только по климатическим зонам сельской местности, но и между населением районов в пределах одной и той же климатической зоны. Колебания ОР-1 в горной зоне имеют существенно меньше выраженный размах, чем в ПКЗ и РКЗ сельской местности. В исследуемых районах горной климатической зоны ОР-1 заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста имели максимальные

цифровые значения по сравнению со всеми сельскими районами. Среднегодовые интенсивные показатели, относительный риск заболеть, большая демографическая нагрузка и большая распространенность сопутствующих соматических заболеваний и кариеса свидетельствуют о высокой отягощенности проблем пародонтита у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в районах горной зоны сельской местности. Проведенный математический анализ обнаружил корреляционную связь заболеваемости пародонтитом и местностью проживания на территории равнинной, предгорной и горной климатогеографических зон сельской местности – средней силы, доля влияния –28,2%. Влияние места жительства на заболеваемость пародонтитом статистически значимо. Результаты дисперсного анализа позволяют заключить, что постоянное место жительства на территории различных климатогеографических зон сельской местности региона можно рассматривать как реальный фактор риска заболеваемости пародонтитом лиц пожилого и старческого возраста.

При изучении распространенности некариозной патологии у лиц пожилого и старческого возраста в сельских зонах РД частота флюороза постоянных зубов напрямую зависела от концентрации фтора в воде, но в этом регионе отмечают недостаток фтора в окружающей природной среде. Диагностика флюороза была значительно затруднена вследствие большого количества удаленных зубов, а также тем, что большая часть коронок оставшихся зубов была скрыта от осмотра под ортопедическими конструкциями и пломбами. Среди обследованного населения юга России в группах пожилого и старческого возраста не было обнаружено поражений эмали зубов виде такой патологии как флюороз, что объясняется недостатком фтора в данной местности.

У лиц пожилого возраста (1-я группа) эрозии твердых тканей зубов выявлены у 27 (11,8%) человек из 229 осмотренных людей этого возраста, которые имеют постоянные зубы. Активную стадию эрозии у лиц пожилого возраста выявляли достаточно редко, всего у 2 (7,4%) человек этой возрастной группы. Стабилизированная стадия была выявлена у 25 (92,6%) человек. В

подавляющем большинстве случаев диагностировали эрозии средней степени, которые были выявлены у 13 (48,1%) человек пожилого возраста. Эрозии начальной степени у 1-й группы были диагностированы у 9 (33,4%) человек, при этом отмечено поражение лишь поверхностного слоя эмали зуба. Глубокие эрозии выявлены у остальных 5 (18,5%) человек 60-74 лет. Во 2-й группе (75-89 лет) из 63 осмотренных людей эрозии твердых тканей зуба были выявлены у 8 (12,7%) человек. Активную стадию эрозии в этом возрасте не выявили, а диагностировали стабилизированную стадию этой патологии. Исследования по глубине поражений твердых тканей зуба у людей старческого возраста выявили, что в большинстве случаев у 4 (50%) человек эрозии средней степени. У людей старческого возраста эрозии начальной степени встречались достаточно редко, только у 2 (25%) человек этой возрастной группы. Выявлены эрозии глубокой степени только у 2 (25%) пациентов старческого возраста. Таким образом, с возрастом увеличивается выявляемость стабилизированной формы и снижается частота активной клинической формы течения эрозии твердых тканей зуба, глубина поражения твердых тканей зуба с возрастом увеличивается, поэтому у пациентов старших возрастных групп требуются значительные лечебно-профилактические мероприятия, которые направлены путем терапевтического стоматологического лечения или зубного протезирования на устранение убыли твердых тканей зубов.

Травмы зубов у пациентов диагностировали в единичных случаях, по-видимому, в связи с отсутствием видимых повреждений и значительной патологией оставшихся зубов, как в группах пожилого и старческого возраста, так и у жителей различных климатогеографических зон.

Распространенность болезней слизистой оболочки рта, языка и губ у лиц пожилого возраста (1-я группа) была у 16 (4,7%) респондентов из осмотренных 341 человека, у лиц старческого возраста эта патология встречалась у 27 (9,9%) из 271 осмотренных пациентов. Из болезней слизистой оболочки рта у лиц пожилого возраста (1-я группа) чаще были выявлены протезный стоматит, красный плоский лишай, лейкоплакия, парестезия. Во второй группе чаще

выявляли протезные стоматиты, трещины красной каймы нижней губы, метеорологические хейлиты).

О неудовлетворительных функциональных и эстетических свойствах протезов и необходимости зубопротезирования судили по числу пациентов с дефектами зубных рядов, имеющих зубные протезы и дефектов, ранее не замещенных протезами, а также нуждающихся в замене неполноценных зубных протезов. В пожилом возрасте в протезировании зубов пациенты нуждались в 65,7% случаев, уровень стоматологической помощи оценивали в этой группе как недостаточный и на уровне 44,6% находилось цифровое выражение индекса УСП. В старческом возрасте нуждались в протезировании зубов 72,3% пациентов, при этом цифровое выражение индекса УСП было в пределах 48,3% и его оценивали как недостаточный. Разница между 1-й и 2-й группами была статистически достоверной ($p < 0,05$), что приводит к необходимости совершенствования организации и оказания стоматологической помощи людям пожилого и старческого возраста. При анализе нуждаемости в протезировании зубов пациентов по различным климатогеографическим зонам, наиболее необходима стоматологическая помощь была в горной зоне (80,5%), значительно ниже этот показатель был на равнине и предгорье (39,8% и 51,7%, соответственно) и эта разница была статистически достоверной ($p < 0,05$). Из осложнений ношения протезов наиболее частым являлся протезный стоматит: от очаговой эритемы до воспалительной папиллярной гиперплазии. В 1-й группе протезный стоматит выявляли в 24,9% случаев, во 2-й группе уже в 41,6% случаев, что было связано с длительностью ношения протезов и недостаточной профилактической работой среди населения.

Необходимость у людей пожилого и старческого возраста в неотложном лечении болезней зубов была не очень высокой и составляла 7,9% в 1-й группе и 6,3% во 2-й группе, статистически этот показатель не значительно отличался в обеих группах ($p > 0,05$).

Для оказания стоматологической помощи населению в регионе функционируют следующие стоматологические медицинские организации:

стоматологические поликлиники – 10, из них республиканские – 2 (для взрослого и детского контингента) и одна хозрасчетная (г. Махачкала), семь городских стоматологических поликлиник (в городах Буйнакс, Кизляр, Хасавюрт, Избербаш Каспийск, Кизилюрт, Дербент); одно стоматологическое отделение в г. Даг. Огни; а также 48 стоматологических кабинетов при сельских районных поликлиниках и стационарах больниц; два в консультативных районных поликлиниках (Хасавюртовская и Дербентская ЦРБ); 220 стоматологических кабинетов при республиканских медицинских организациях городов, участковых больниц, врачебных амбулаторий и ФАП. В районах зубопротезную помощь на местах не оказывали из-за отсутствия зубных техников. Население 4-х районов получало зубопротезную помощь в городах Буйнакске, Кизилюрте, Хасавюрте, Кизляре. По данным МЗ РД количество штатных должностей врачей стоматологического профиля на 10000 населения составляет: по республике – 3,1; по селу – 2,3 (при норме 2,5); по городу – 4,3 (при норме 4,25). Количество врачей-стоматологов всех профилей составила 3,1 на 10000 населения, при этом обеспеченность врачами-стоматологами-терапевтами составила 2,8, врачами-стоматологами-хирургами – 0,38, врачами-стоматологами-ортопедами – 0,58 и врачами-ортодонтами – 0,2.

Не последнее место должна занимать и обеспеченность врачами-стоматологами в процессе формирования как интенсивных показателей, так и риска заболеваемости пародонтитом у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных зонах сельской местности. Доказано, что чем больше доступность оказания врачебной стоматологической помощи, тем больше выявляется различная патология, что увеличивает показатели заболеваемости и наоборот. Рассчитывали количество врачебных ставок врачей-стоматологов на 10000 населения в административных районах, входящих в эти зоны и определяли корреляционную связь между ИП заболеваемости и обеспеченностью врачами.

Выявлен значимый характер колебания показателей обеспеченности врачами-стоматологами населения, включенных в исследование

административных районов сельской местности по климатогеографическим зонам. Так, на равнинной зоне максимальная обеспеченность врачами (3,8 на 10000 взрослого населения) по Карабудахкентскому району на 1,9 превышает минимальный показатель по Бабаюртовскому району той же климатической зоны. Обеспеченность врачами-стоматологами по 5 районам предгорья колеблется от 2,3 в Буйнакском районе до 2,9 по Кайтагскому и Сергокалинскому районам. Колебания в пределах от 0,6 из 5 районов горной местности, минимальная обеспеченность 1,8 ставки выявлена в Тляртинском районе, а максимальная – 5,3 в Чародинском районе, разница – 3,5. Сопоставление показателей обеспеченности врачами-стоматологами и среднегодовых ИП заболеваемости пародонтитом по исследуемым районам разных климатических зон сельской местности показало, что наиболее высокая обеспеченность врачами в Чародинском районе (5,3) сопровождается минимальным ИП заболеваемости (85,0) пародонтитом.

Указанный факт позволяет предположить, что высокая обеспеченность врачами-стоматологами способствует снижению интенсивности показателя заболеваемости пародонтитом по Чародинскому району, а в Тляртинском и Цунтинском районах, наоборот, наименьшая обеспеченность врачами-стоматологами сопровождается высоким показателем ИП заболеваемости пародонтитом. Однако проведенный дисперсионный анализ подтверждает мнение о том, что обеспеченность врачами-стоматологами сельских районов различных климатических зон значимого влияния на заболеваемость пародонтитом населения пожилого и старческого возраста не оказывает. Рассчитанный коэффициент корреляции Спирмана по районам РКЗ имеет прямую связь средней силы (коэффициент корреляции – 0,40 ($p=0,401$)) между количеством врачей-стоматологов и заболеваемостью лиц пожилого и старческого возраста. Установлено, что на территории ПКЗ коэффициент корреляции соответственно составляет 0,9 ($p=0,025$), а в ГКЗ – обратная связь –0,05 ($p=0,341$). По всей сельской местности корреляционная связь между заболеваемостью пародонтитом лиц пожилого и старческого возраста и

обеспеченностью врачами-стоматологами не оказывает значимого влияния, что нивелирует, по-видимому, выявленную прямую связь в ПКЗ и РКЗ, и обратную связь в ГКЗ.

Интенсивные показатели заболеваемости пародонтитом лиц пожилого и старческого возраста по изучаемым районам различных климато-географических зон имеют значительные колебания, что свидетельствуют о необходимости не только повышения укомплектованности штатами врачей-стоматологов, но и оценки эффективности их работы, повышения качества оказываемой ими стоматологической помощи, в том числе и усиления санпросвет работы, повышения стоматологической культуры населения и др. На наш взгляд, повышение активности обращаемости сельского населения пожилого и старческого возраста, проживающего в сложных природно-климатических условиях сельской местности (особенно в предгорной и горной зонах), за стоматологической помощью позволит оказать положительное воздействие на снижение уровня заболеваемости болезнями зубочелюстной системы, в том числе пародонтита и кариеса.

В заключении необходимо отметить, что обеспеченность врачами-стоматологами имеет существенную разницу по административным районам и климатогеографическим зонам сельской местности региона. При этом максимальный ИП заболеваемости пародонтитом наблюдается в районах с высокой обеспеченностью врачами, что расценивается как косвенное подтверждение лучшей выявляемости пародонтита и возможно более высокого уровня заболеваемости.

ВЫВОДЫ

1. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста в сельской местности находится в неудовлетворительном состоянии. Так, если в пожилом возрасте кариес встречается у $83,7 \pm 0,11\%$ пациентов, то в старческом возрасте уже в $96,6 \pm 0,13\%$ и наиболее часто эта патология выявлена у жителей горной местности по сравнению с равнинной ($95,5 \pm 0,11\%$ и $82,8 \pm 0,12\%$, соответственно). У лиц старческого возраста, проживающих в горной климатогеографической зоне ($46,7\%$), была выявлена значительная глубина пародонтальных карманов (более 6 мм), выше, чем в равнинной местности ($23,1\%$). В тоже время кровоточивость десен наиболее выражена у жителей равнинной и предгорной зон. Болезни слизистой оболочки рта, языка и губ у лиц пожилого возраста выявляются у $4,7\%$ пациентов, у лиц старческого возраста эта патология встречается вдвое чаще ($9,9\%$), при этом в обеих группах большую долю занимает протезный стоматит.

2. При субъективной оценке своего состояния зубов и десен сельскими жителями в пожилом возрасте как «плохое» оценивается $10,9\%$ респондентов, в старческом возрасте уже $25,8\%$, в этих группах основные жалобы на подвижность и отсутствие зубов, проблемы с протезами, а также наличие кариеса сохранившихся зубов. При этом в равнинной зоне оценили в обеих возрастных группах как «плохое» $13,3\%$ человек.

3. Посещение врача-стоматолога пациентами происходит достаточно редко, так в старшей возрастной группе (75-89 лет) 38% респондентов посещали врача-стоматолога более 5 лет назад, в отличие от них группа пожилых пациентов (60-74 лет) более ответственно относится к своему стоматологическому здоровью, только $12,9\%$ респондентов посещали врача-стоматолога более 5 лет назад.

4. С повышением возраста количество пациентов со съемными протезами резко увеличивается, если в пожилом возрасте они имеются у трети респондентов ($32,7\%$), то в старческом возрасте этими ортопедическими

конструкциями пользуются практически две трети (67,3%) респондентов. В возрастной группе 60-74 года в протезировании нуждаются 65,7% респондентов, в группе 75-89 лет уже 78,5%, при этом наибольшее число нуждающихся в стоматологической помощи выявлены в горной зоне (80,5%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

С целью улучшения доступности и качества стоматологической помощи пожилого и старческого населения, проживающего в сельской местности необходимо:

1. Необходимо проводить у пациентов пожилого и старческого возраста коррекцию питания, включающую сбалансированность рациона питания по жирам, белкам и углеводам, снижение содержания в рационе легкоферментируемых углеводов, а также регулярно принимать микроэлементные и витаминные препараты.

2. Пациенты пожилого и старческого возраста должны 1 раз в полгода проходить комплекс профессиональной гигиены рта для коррекции терапии оставшихся зубов, или же осмотра и реставрации стоматологических конструкций при отсутствии зубов. Так же, в связи с недостаточным количеством фторида в питьевой воде, необходимо обеспечить пациентов пожилого и старческого возраста, особенно населения горной и предгорной местности, для регулярной профилактики кариеса зубов различными фторидсодержащими препаратами в виде таблеток, геля и зубной пасты.

3. Пациентам в пожилом и старческом возрасте требуется проводить ежегодный профилактический осмотр более тщательное обследование врачом-стоматологом, так как с увеличением возраста происходят значительные изменения организма в худшую сторону как в соматическом, так и в стоматологическом статусе. Учитывая, что стоматологические заболевания у лиц пожилого и старческого возраста протекают на фоне хронических соматических болезней, оказываемая стоматологическая помощь должна быть частью комплексного лечения пациентов с ведущей соматической патологией с привлечением терапевтов, кардиологов, невропатологов, геронтологов и других специалистов.

4. Необходимо приблизить оказываемую стоматологическую помощь к месту проживания лиц пожилого и, особенно, старческого возраста,

проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности. Следует в два раза увеличить объем оказания стоматологической помощи в горной и предгорной климатогеографических зонах на дому, что потребует применения необходимых технологий оказания этого вида помощи.

5. С учетом требуемого большого объема стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста, проживающим в труднодоступной горной климатической зоне сельской местности, необходимо предусмотреть повышение финансовых поступлений из бюджета и фондов ОМС, а также организации мобильных врачебных подразделений, позволяющих оказывать квалификационную терапевтическую и ортопедическую помощь на дому.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГКЗ	горная климатическая зона
ДГ	доверительные границы
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
н/ч	нижняя челюсть
ИП	интенсивный показатель (число случаев заболевания на 1000 взрослого населения)
КПУ _з	показатель интенсивности кариеса зубов (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов)
ПК	пародонтальный карман
ПКЗ	предгорная климатическая зона
ПМА	папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс
РКЗ	равнинная климатическая зона
с/м	сельская местность
СПГ	средний показатель годовой
СРІ	индекс состояния тканей пародонта
ОР-1	риск заболеваемости пародонтитом взрослого населения сельских районов относительно общереспубликанского уровня
УЕТ	условная единица трудоемкости

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакаров, Т.А. Совершенствование организации и анализ стоматологической помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях с различной формой собственности (на примере г. Махачкалы): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 / Абакаров Тагир Абакарович –М., 2012. – 32 с.
2. Абдулаев, К.А. Климатические условия северной части Приморской низменности Дагестана / К.А. Абдулаев, А.З. Мамедова // Известия Дагестанского педагогического университета. – 2007. – №1. – С. 113-120.
3. Абдулаева, А.С. Основные источники облучения населения равнинных и высокогорных районов Дагестана /А.С. Абдулаева, Т.А. Асварова / Вестник ТГУ. – 2014. – №19(5). – 1630-1633.
4. Абдурахманов, Г.Г. Клинико-эпидемиолого-экологические аспекты заболеваемости пародонтитом взрослого населения сельской местности Республики Дагестан: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Гусен Гусенович Абдурахманов. – Махачкала, 2009. – 24 с.
5. Абдурахманов, Г.Г. Эпидемиолого-экологические аспекты стоматологического здоровья взрослого населения сельской местности РД. / Г.Г. Абдурахманов, Дж.Г. Хачиров // Вестник новых медицинских технологий. Тула. – 2008. – №2. – С.211-213.
6. Аврамова, О.Г. Улучшение стоматологического здоровья населения России как результат приоритета профилактики, диспансеризации и воспитания здорового образа жизни / О.Г. Аврамова // Стоматология. – 2016. – Т. 95, № 6-2. – С. 81–82/
7. Адмакин, О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климатогеографических зонах России: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Адмакин О.И. – М., 1999. – 25 с.

8. Алимский, А.В. Геронтостоматология (эпидемиологические, социальные и организационные аспекты) / А.В. Алимский. – М., 2012. – 374 с.
9. Алиханов, Т.М. Состояние и пути повышения эффективности стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста, а также долгожителей (материалы по Республике Дагестан): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14, 14.02.03 / Алиханов Тимур Маратович. – М., 2013. – 23 с.
10. Анзорова, Э.С. Интегрированное влияние факторов на уровень стоматологической заболеваемости и обеспеченность терапевтической стоматологической помощью населения Кабардино-Балкарской республики: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 / Анзорова Эвелина Султановна – М., 2013. – 24 с.
11. Андриянова, Е.А. Национальный проект «Здоровье» как фактор развития сельского здравоохранения / Е.А. Андриянова, Л.А. Горбунова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – № 5 (14). – С. 44-45.
12. Арьева, Т.Г. Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста (часть 1) / Т.Г. Арьева // Пародонтология. – 2013. – №2 (67). – С. 63-68.
13. Арьева, Г.Т. Стоматологическое тестирование в гериатрии с использованием специализированных опросников / Г.Т. Арьева // Российский семейный врач. – 2013. – Т. 17, № 3. – С. 50-52.
14. Багатаева П.Р. Заболеваемость кариесом у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности Дагестана. Ж. Стоматология, 2018, 6(97), С.76-77.
15. Багатаева П.Р., Минкаилова С.Р. Состояние тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности республики Дагестан. Журнал «Клиническая стоматология». №2. – Москва, 2019. – С.80-81.
16. Багатаева П.Р., Минкаилова С.Р. Особенности соматического статуса лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных

климатогеографических зонах сельской местности республики Дагестан. Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики». Серия: Клиническая медицина. Москва, 2019. – С.113-115.

17. Багатаева П.Р., Абдурахманов А.И. Особенности субъективной оценки стоматологического статуса лицами пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности республики Дагестан. // Актуальные вопросы стоматологии. Материалы Республиканской научно-практической конференции. 6 декабря 2018 г. – Махачкала, 2018. – С.73-77.
18. Багатаева П.Р., Минкаилова С.Р. Основные кариесологические показатели у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности республики Дагестан. // Актуальные вопросы стоматологии. Материалы Республиканской научно-практической конференции. 6 декабря 2018 г. – Махачкала, 2018. – С.128-130.
19. Балужева, Е.С. Изучение мнений пожилого городского населения о платных стоматологических услугах (по материалам медико-социологического исследования) / Е.С. Балужева // Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии: сб. науч. трудов. - Самара, 2011. - С. 18-24.
20. Балужева, Е.С. Оптимизация оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.30 / Балужева Екатерина Станиславовна. – Самара, 2013. – 24 с.
21. Балужева, Е.С. Социологическая оценка врачами организации стоматологической помощи пожилым в форме организации геронтостоматологического отделения / Е.С. Балужева // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. – № 5-6. – С. 60-61.
22. Баркан, И.Ю. Повышение эффективности ортопедического лечения больных при полном отсутствии зубов и сложных анатомических условиях на нижней челюсти посредством модифицированной конструкции протеза:

автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Баркан Ирина Юрьевна. – Омск, 2005. – 24 с.

23. Бирина, О.С. Теоретическое обоснование применения комплексной программы профилактики основных стоматологических заболеваний / О.С. Бирина // Пермский медицинский журнал. – 2012. – Т. 29, № 6. – С. 128-135.
24. Богомолова, Е.С. Качество питьевой воды как фактор риска развития стоматологической патологии у детей и подростков / Е.С. Богомолова, М.П. Грачева, Т.В. Бадеева // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2008. – Прил. 2, ч. 2. – С. 437.
25. Большов, И.Н. Мнение пациентов о качестве и доступности стоматологической помощи жителям села / И.Н. Большов, О.В. Медведева О.В. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 175-177.
26. Боровский, Е.В. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста в разных регионах / Е.В. Боровский, А.Н. Пак // Стоматология. – 1991.– №4.–С. 78-80.
27. Боровский, Е.В. Распространенность осложнений кариеса и эффективность эндодонтического лечения / Е.В. Боровский, М.Ю. Протасов // Клиническая стоматология. – 1998. – №3. – С.4-7.
28. Буляков, Р.Т. Клинико-организационное и экономическое обоснование совершенствования стоматологической помощи сельскому населению республики Башкортостан: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.01.14 / Буляков Раис Тимергалеевич. – М., 2011. – 48 с.
29. Бутова, В.Г. Роль стандартов и протоколов ведения больных в контроле качества стоматологических услуг / В.Г.Бутова [и др.] // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2009. – №1. – С. 49-53.
30. Бухтияров, И.В. Мобильные медицинские комплексы: вчера, сегодня, завтра / И.В. Бухтияров [и др.] // Медицина катастроф. – 2010. – № 2. – С.29-32.

31. Вагнер, В.Д. Качество стоматологической помощи: характеристики и критерии / В.Д. Вагнер, Е.А. Булычева // Стоматология. – 2017. – Т. 96, №1. – С. 23-24.
32. Виллерсхаузен-Ценхен, Б. Изменения тканей ротовой полости в пожилом возрасте / Б. Виллерсхаузен-Ценхен, С. Гляйснер // Клиническая стоматология. – 2000. – № 3. – С. 58-63.
33. Возный, А.В. Научное обоснование совершенствования организации стоматологической ортопедической помощи населению: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.01.33 / Возный Александр Викторович. – М., 2009. – 47 с.
34. Глушнюк, Е.П. Повышение эффективности эндодонтической обработки зубов лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Глушнюк Елена Павловна. – М., 2010. – 22 с.
35. Гринин, В.М. Демографические факторы в оценке потребности населения в стоматологической помощи / В.М. Гринин, М.С. Саркисян, Р.В. Ушаков // Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: материалы Междунар. науч.-практ. конф. – М.: ННИИОЗ РАМН, 2012. – С. 173-176.
36. Гук, В.А. Особенности клинического течения и лечения переломов нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.30, 14.01.14 / Гук Вячеслав Алексеевич. – СПб., 2011. – 22 с.
37. Гуменюк, В.Т. Гигиеническое воспитание и обучение граждан как важнейшие факторы формирования санитарной культуры и здорового образа жизни населения / В.Т. Гуменюк, Г.К. Фетисова, В.Б. Пономарева // Здоровье населения и среда обитания. – 2012. – № 10. – С. 44-46.
38. Гурлеев, И.А. Природные зоны Дагестана / И.А. Гурлеев. –Махачкала, Дагучпедгиз, 1972. – 211 с.
39. Гусенов, Г.В. Эпидемиология кариеса зубов и планирование ортопедической стоматологической помощи сельскому населению

Дагестанской АССР: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Гусенов Гусен Викамагомедович. – М., 1978. – 25 с.

40. Денисова, Е.И. К проблеме оказания стоматологической ортопедической помощи лицам пожилого и старческого возраста / Е.И. Денисова, О.А. Козаченко, Н.Б. Соловьева // Бюллетень ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко». – 2012. – № 1. – С. 41-44.
41. Духанина, И.В. Модель организации выездной стоматологической помощи работникам сельского хозяйства / И.В. Духанина, А.И. Хан, О.В. Золотарева, И.В. Архипов // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. 491.
42. Ерганова, О.И. Состояние микроциркуляции пульпы зуба у пациентов пожилого возраста / О.И. Ерганова, С.Н. Ермольев, А. Е. Волков // Российский медицинский журнал. – 2013. – №6. – С. 48-50.
43. Заксон, М.Л. Практическая геронтостоматология и гериатрия / М.Л. Заксон [и др.]. – Киев: Здоровье, 1993. – 248 с.
44. Захарова, Н.О. Отношение пожилого населения Самары к организационным формам в геронтостоматологии (по материалам медико-социологического исследования) / Н.О. Захарова, Д.А. Трунин, Е.С. Балужева // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25, № 1.– С. 171-174.
45. Иванов, Р.А. Кадровое обеспечение стоматологической помощи в условиях реформирования системы здравоохранения / Р.А. Иванов, И.Н. Бобровский, Д.А. Коновалов // Концепт: науч.-метод. электрон. журн. – 2016. – Т. 11. – С. 1036-1040.
46. Иванова, Е.В. Совершенствование оказания терапевтической стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21, 14.00.33 / Иванова Елена Вячеславовна. – М., 2009. – 24 с.
47. Иорданишвили, А.К. Методические подходы к лечению хронического генерализованного пародонтита у людей пожилого и старческого возраста

- / А.К. Иорданишвили [и др.] // Успехи геронтологии. – 2011. – Т. 24, № 3. – С. 515-520.
48. Иорданишвили, А.К. Изучение психосоматического состояния пациентов пожилого и старческого возраста как необходимый этап в оптимизации диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, сопровождающихся болевыми или парестетическими феноменами / А.К. Иорданишвили [и др.] // Стоматология. – 2012. – Т. 13. – С. 1032- 1039.
49. Иорданишвили, А.К. Стомалгии у людей пожилого и старческого возраста: диагностика, классификация и оценка эффективности лечения / А.К. Иорданишвили, Д.А. Либих, Г.А. Рыжак // Институт стоматологии. – 2013. – № 2 (59). – С. 50-53.
50. Иорданишвили, А.К. Адентия в различные возрастные периоды у взрослого человека / А.К. Иорданишвили, В.В. Самсонов, В.В. Лобейко // Стоматология. – 2013. – Т. 14. – С. 188-192.
51. Иорданишвили, А.К. Полная утрата зубов у взрослого человека: возрастные особенности распространенности, нуждаемости в лечении и клинической картины / А.К. Иорданишвили, Е.А. Веретенко, А.А. Сериков [и др.] // Человек и его здоровье. – 2015. – № 1. – С. 23-32.
52. Исенков, С.К. Состояние и научное обоснование организационных форм оптимизации стоматологической помощи сельскому населению юга России (на примере Астраханской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Исенков Сергей Константинович. – СПб., 2012. – 22 с.
53. Кабанова, А.В. Медико-экономические аспекты оказания стоматологической помощи взрослому населению в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Кабанова Александра Владимировна. – М., 2011. – 25 с.
54. Калининская, А.А. Новые формы профилактической работы в стоматологии / А.А. Калининская, Н.М. Куницина, З.М. Албегова // Российский стоматологический журнал. – 2009. – № 4. – С. 38-43.

55. Калининская А.А. Медико-демографические особенности сельского населения / А.А. Калининская, В.В. Стрючков, А.А. Евсюков, А.А. Кудрявцев // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2010. – № 2. – С. 97-101.
56. Камалова, Г.Р. Влияние различных факторов на стоматологическую заболеваемость / Г.Р. Камалова // Уральский медицинский журнал. – 2011. – № 5. – С. 75-77.
57. Карцев, А.А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь (социологический аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.0021 / Карцев Алексей Алексеевич. – М., 2006. – 24 с.
58. Колоскова, Т.М. Роль мобильного стоматологического кабинета в системе профилактики стоматологических заболеваний у детей / Т.М. Колоскова, А.Л. Рубежов, А.В. Ким // Воронцовские чтения: материалы IX научно-практической конференции. – СПб., 2016. – С. 136.
59. Колосова, И.И. Российский опыт оказания лечебно-профилактической помощи в сельских, удаленных и труднодоступных местах (передвижные и стационарные пункты) / И.И. Колосова, Е.А. Шкиро // Вестник Томского государственного архитектурно-строительного университета. – 2012. – №3. – С. 27–43.
60. Копецкий, И.С. Современные лечебно-профилактические средства для индивидуальной гигиены полости рта / И.С. Копецкий, Л.В. Побожьева // Лечебное дело. – 2012. – № 3. – С. 29-32.
61. Косенко, К.Н. Актуальные вопросы состояния и перспективы развития стоматологической помощи сельскому населению / К.Н. Косенко, О.Э. Рейзвих // Вестник стоматологии. – 2012. – № 4 (81). – С. 106-110.
62. Кравцова, Ж.Е. Особенности строения зубов и патологических процессов, возникающих в них, у лиц пожилого и старческого возраста / Ж.Е. Кравцова, М.А. Звигинцев // Новые технологии создания и применения биокерамики в восстановительной медицине. – М., 2015. – С. 87-90.

63. Крайнов, С.В. О демографических предпосылках геронтостоматологии / С.В. Крайнов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – С. 287.
64. Кривелева, Ю.С. Мобильная медицина как способ развития системы здравоохранения в регионе / Ю.С. Кривелева, Е.В. Белякова // Логистические системы в глобальной экономике. – 2014. – № 4. – С. 153-157.
65. Кузнецова, И.В. Стоматологическая заболеваемость населения Республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Кузнецова Ирина Викторовна. – М., 2002. – 25 с.
66. Кузьмина, А.В. Уровень стоматологического здоровья пожилых лиц, проживающих в различных регионах России / А.В. Кузьмина // Клиническая геронтология. – 2009. – № 8/9. – С. 105.
67. Кузьмина, Д.А. Клинико-организационное обоснование системы ранней диагностики, профилактики и этапного лечения кариеса у детей: монография / Д.А. Кузьмина, Б.Т. Мороз, В.С. Лучкевич. – СПб., 2011. – 192 с.
68. Кукушкин В.Л. Цифровая фотография в эндодонтии, или путешествие внутрь зуба / В.Л. Кукушкин [и др.] // Эндодонтия сегодня. – 2008. – № 1. – Электрон. дан. – Режим доступа: www.endodont.ru/free (дата обращения 10.02.2014).
69. Кулаков, А.А. Организация медико-социальной стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста. Состояние проблем в целом / А.А. Кулаков, Ю.М. Максимовский, С.В. Кузнецов, М.С. Маркина // Стоматология. – 2010. – № 5. – С. 43-44.
70. Кунавина, К.А. Комплексный подход к изучению стоматологического здоровья лиц пожилого возраста / К.А. Кунавина, А.Г. Соловьев, А.С. Оправин // Клиническая геронтология. – 2015. – № 9-10. – С. 45.

71. Курбанов, О.Р. Функционирование и механизмы развития регионального рынка стоматологических услуг (на примере Республики Дагестан): автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.21 / Курбанов Оми Рамазанович. – 2009. – 54 с.
72. Курбанов, О.Р. Состояние полости рта и нуждаемость в стоматологическом лечении пожилого и старческого населения республики Дагестан / О.Р. Курбанов [и др.] // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2013. – № 4 (9). – С. 43-47.
73. Кустов, И.Н. Мотивация обращения пациентов за ортопедической стоматологической помощью в негосударственные стоматологические организации / И.Н. Кустов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 6. – С. 22-23.
74. Кушхабиев, З.З. Состояние и нуждаемость в стоматологической помощи населения в регионах с разной обеспеченностью врачебными кадрами стоматологического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Кушхабиев Заурбек Зулимбиевич. – М., 2010. – 25 с.
75. Линденбратен, А.Л. Роль многофункциональных модульных катеров в повышении доступности медицинской помощи / А.Л. Линденбратен [и др.] // Бюллетень ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко». – 2014. – № 2. – С. 74-77.
76. Линник, Л.Н. Комплексная реабилитация лиц старческого возраста с болезнями пародонта / Л.Н. Линник, Д.А. Трунин, Н.О. Захарова // Клиническая геронтология. – 2011. – № 1. – С. 27-30.
77. Лисуренко, А.В. Определение уровня стоматологического здоровья у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Лисуренко Анна Владимировна. – М., 2002. – 24 с.
78. Лучкевич, В.С. Медико-социальный анализ влияния показателей медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения на основные характеристики здоровья и качества жизни городских и сельских

- жителей / В.С. Лучкевич, А.В. Зелионко // Известия Самарского научного центра РАН. – 2016. – Т. 18, № 2-3. – С. 752-759.
79. Максимова, Т.М. Особенности состояния здоровья жителей разных типов поселений / Т.М. Максимова, М.П. Пушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – №1. – С. 3-7.
80. Максюков, С.Ю. Сравнительный анализ результатов протезирования зубов при использовании несъемных протезов различного типа в городских и сельских клиниках Ростовской области / С.Ю. Максюков // Клиническая стоматология. – 2010. – № 3 (55). – С. 83-85.
81. Марусова, А.С. Особенности стоматологического статуса и стоматологическая помощь пациентам пожилого возраста / А.С. Марусова // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 21-й Всерос. науч.-практ. конф. с Международным участием – Рязань: РязГМУ, 2017. – Вып. 21. – С. 65-69.
82. Михальченко, В.Ф. Геронтостоматология. Актуальность и перспективы / В.Ф. Михальченко [и др.] // International Scientific and Practical Conference World science. – 2016. – Т. 2, № 9 (13). – С. 19-22.
83. Михель, Е.А. Демографическое развитие регионов Северо-Западного федерального округа Российской Федерации / Е.А. Михель // Молодежь России в начале XXI века: Регион Северо-Запад: сборник науч. трудов. Сер. «Проблемы философии»; Центр гуманит. науч.-информ. исслед., отд. философии; отв. ред. Д.Г. Шкаев. – М., 2014. – С. 17.
84. Муравьева, В.Н. Оценка нуждаемости в стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, находящихся в стационарных учреждениях системы социального обслуживания Ставропольского края [Электронный ресурс]. / В.Н. Муравьева, О.О. Хорева, В.В. Савченко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – № 4 (44). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/704/30/lang,ru/>.

85. Мустафаев, Р.Р. Удовлетворенность населения качеством стоматологической помощи в клиниках г. Казани / Р.Р. Мустафаев // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 5. – С. 47-49.
86. Мхитарян, А.К. Сравнительный анализ востребованности стоматологической помощи лицами трудоспособного возраста городского и сельского населения Ставропольского края / А.К. Мхитарян, Н.В. Агранович, О.В. Сагина // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 3. – С. 162.
87. Новикова, Ж.А. Кариес профилактическая эффективность индивидуального выбора средств для ухода за полостью рта при высокой интенсивности кариеса / Ж.А. Новикова, Т.П. Терешина // Вестник стоматологии. – 2010. – № 1 (70). – С. 77-80.
88. Ольховская, Е.Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии / Е.Б. Ольховская // Стоматология для всех. – 2003. – № 1. – С. 14-19.
89. Омариева, Э.Я. Оценка влияния содержания фтора в питьевой воде городов и районов Республики Дагестан на формирование экологически обусловленных заболеваний / Э.Я. Омариева / Здоровье населения и среда обитания – 2014. – №4(253). – С. 21-24.
90. Оправин, А.С. Организация стоматологической помощи населению // А.С.Оправин, А.М. Вязьмин, Т.Г. Светличная и др. – Архангельск, 2011. – 520 с.
91. Орехова, Л.Ю. Особенности эндодонтического лечения зубов у лиц пожилого возраста / Л.Ю. Орехова, Т.В. Порхун, И.К. Лавров // Эндодонтия сегодня. – 2008. – № 1. – С. 64-69.
92. Орлова, В.Л. Особенности оказания стоматологической терапевтической помощи пациентам пожилого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Орлова Виктория Леонидовна. – М., 2011. – 23 с.
93. Османова И.Ю. Физическая география Дагестана / И.Ю. Османова. – Махачкала. – 2011. – 107 с.

94. Пак, А.Н. Повышенное истирание зубов у людей старшей возрастной группы / А.Н. Пак, Г.К. Лебедева // Стоматология. – 1991. – № 3. – С. 13-15.
95. Перепелкина, Н.Ю. Использование двух методик для оценки качества жизни пациентов после выполнения у них протезирования зубов / Н.Ю. Перепелкина, К.В. Шматов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012. – №2. – С. 12-13.
96. Петрикас, А.Ж. Что такое эндодонт? / А.Ж. Петрикас // Клиническая стоматология. – 1997. – № 1. – С. 10-11.
97. Пешков, М.В. Организация стоматологической помощи жителям отдаленных районов Рязанской области посредством выездной работы в ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника №1» / М.В. Пешков, В.А. Пешков, К.Г. Гуревич // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2014. – № 4. – С. 129-133.
98. Позднякова, М.А. Опыт проведения исследования здоровья пожилого населения по методике ВОЗ на территории Приволжского Федерального округа / М.А. Позднякова, С.О. Семисынов, М.С. Голод // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАМН. – М., 2009. – Вып. 2. – С. 97-98.
99. Половиткина, А.В. Мобильные медицинские комплексы: отечественная и зарубежная практика использования / А.В. Половиткина // Альманах сестринского дела. – 2014. – Т. 7, № 2. – С. 34-41.
100. Пудовкина, Н.А. Об обеспечении доступности и качества медицинской помощи для граждан, проживающих в отдаленных, трудно доступных населенных пунктах [Электронный ресурс] / Н.А. Пудовкина // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2013. – №1. – Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/voz/20131/2013104.aspx>.
101. Расулов, И.М. Клинико-эпидемиологические аспекты стираемости твердых тканей зубов в Республике Дагестан: автореф. дисс. ... канд.мед.наук; 14.00.21 / Расулов Ибрагим Магомедкамилович. – М., 2001. – 30 с.

102. Резниченко, А.В. Влияние загрязнения окружающей среды на стоматологическую заболеваемость детей Санкт-Петербурга / А.В. Резниченко, А.Ю. Щербакова, Б.Т. Мороз, Д.А. Кузьмина // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2015. – № 2 (85). – С. 89-92.
103. Родина, Т.С. Особенности стоматологической патологии у лиц старших возрастных групп / Т.С. Родина // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. – № 3. – С. 140-146.
104. Рошковский, Е.В. Изучение нужды в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21, 14.00.33 / Рошковский Евгений Викторович. – М., 2008. – 24 с.
105. Рыбак, О.Г. Пути совершенствования оказания стоматологической помощи лицам старших возрастных групп на территории хабаровского края / О.Г. Рыбак, Л.Ф. Лучшева, С.Н. Киселев // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2015. – № 1 (63). – С. 9-11.
106. Рыжак, Г.А. Заболевания полости рта в пожилом возрасте / Г.А. Рыжак, А.К. Иорданишвили, С.В. Солдатов [и др.] // Клиническая геронтология. – 2011. – № 11/12. – С. 98.
107. Салашник, В.М. Передвижной консультативно-диагностический центр «Терапевт Матвей Мудров» (Дальневосточная железная дорога) / В.М. Салашник, Л.Г. Гонохова, С.И. Морозов, Т.В. Кононенко // Управление здравоохранением. – 2014. – № 2 (40). – С. 78-81.
108. Самсонов, В.В. Актуальные вопросы геронтостоматологии в России на современном этапе / В.В. Самсонов [и др.] // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 3. – С. 540-543.
109. Силин, А.В. Предварительная оценка информативности ряда европейских индикаторов в определении стоматологического здоровья детей школьного возраста г. Санкт-Петербурга / А.В. Силин, П.А. Леус, Е.А. Сатыго //

Стоматология детского возраста и профилактика. – 2014. – Т. 13, № 4 (51). – С. 7-12.

110. Сохов, С.Т. Стратегия охраны стоматологического здоровья в Европе / С.Т. Сохов, Н.Б. Павлов // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 6. – С. 25-29.
111. Стародубов, В.И. Здоровоохранение России: проблемы и решения / В.И. Стародубов, Г.Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2015. – № 1 (1). – С. 12-27.
112. Тарасова, Н.В. Роль гигиенического воспитания в системе первичной профилактики стоматологических заболеваний / Н.В. Тарасова [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 4 (76). – С. 6-11.
113. Тегза, В.Ю. Возможности повышения эффективности оказания ортопедической стоматологической помощи населению, проживающему вне административных центров / В.Ю. Тегза, А.А. Черников, Н.В. Тегза, М.А. Хохрякова // Врач-аспирант. – 2013. – № 6.3 (61). – С. 380-389.
114. Тегза, В.Ю. Особенности оказания стоматологической (ортопедической) помощи населению, проживающему вне административных центров / В.Ю. Тегза, А.А. Черников, Н.В. Тегза, Т.А. Егорова // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2015. – №1 (49). – С. 178-180.
115. Турчиев, А.Г. Оптимизация системы лечебно-профилактических мероприятий в государственных стоматологических учреждениях на муниципальном уровне: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Турчиев Андрей Георгиевич; ФГБУ «ЦНИИОИЗ». – М., 2012. – 23 с.
116. Урясьева, Э.В. Состояние стоматологической помощи сельскому населению восточных регионов Ставропольского края / Э.В. Урясьева, Ю.Н. Майборода, Н.В. Гетман // Сборник научных трудов Всероссийского НИИ овцеводства и козоводства. – 2014. – Т. 2, № 7. – С. 455-459.
117. Усков, Н.С. Реализация и подсчет интегрального показателя обеспеченности врачами стоматологического профиля населения Воронежской области [Электронный ресурс] / Н.С. Усков // Современные

научные исследования и инновации. – 2012. – № 5. – Режим доступа: <http://web.snauka.ru/issues>.

118. Фарниева, О.А. Распространенность стоматологических заболеваний в различных экологических зонах Северной Осетии и потребность в ортопедическом лечении взрослого населения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 / Фарниева Ольга Александровна – М., 2013. – 25 с.
119. Филатов, В.Н. Проблемы системы сельского здравоохранения глазами ее врачей / В.Н. Филатов, Ю.Ю. Скрипин // Российский семейный врач. – 2007. – Т. 11, № 4. – С. 42-44.
120. Филиппова, Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ и языка у людей пожилого и старческого возраста / Е.В. Филиппова, А.К. Иорданишвили, Д.А. Либих // Пародонтология. – 2013. – Т. 18, № 2. – С.69-72.
121. Хадыкин, И.М. Оценка нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи пожилого сельского населения Алтайского края / И.М. Хадыкин // Институт стоматологии. – 2008. – Т. 2, № 39. – С. 28-29.
122. Цимбалистов, А.В. Качество жизни стоматологических пациентов по результатам медико-социального анкетирования / А.В. Цимбалистов, О.Л. Пихур, Е.С. Михайлова // Стоматолог. – 2012. – № 1 (4). – С. 50-53.
123. Черников, А.А. Увеличение доступности ортопедической стоматологической помощи населению, проживающему вне административных центров / А.А. Черников, Н.В. Тегза, В.А. Майдан // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2015. – №3 (51). – С. 173-176.
124. Черников, А.А. Обоснование приоритетных организационных мероприятий по совершенствованию ортопедической стоматологической помощи населению, проживающему в отдаленной сельской местности / А.А. Черников, Н.В. Тегза // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2016. – № 4 (56). – С. 170-174.

125. Чуйкин, С.В. Влияние возрастных изменений критериев стоматологического здоровья на качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста / С.В. Чуйкин, М.И. Штанько // Институт стоматологии. – 2013. – № 2. – С. 18.
126. Шляфер, С.И. Оценка состояния здоровья сельского населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации] / С.И. Шляфер // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 13-20.
127. Щепин, О.П. Региональные аспекты развития здравоохранения / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 3-7.
128. Юрьев, Ю.Ю. Уровень гигиенического воспитания взрослого населения, обращающегося за ортопедической стоматологической помощью в лечебно-профилактические учреждения г. Архангельска / Ю.Ю. Юрьев, Т.П. Антропова // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2011. – № 1. – С. 126-127.
129. Юрьев, В.К. Основные причины неудовлетворенности населения Чеченской республики доступностью и качеством амбулаторно-поликлинической помощи / В.К. Юрьев, А.Ш. Тапаев // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – С. 483.
130. Юрьев, В.К. Основы организации стоматологической помощи населению: учебно-методическое пособие для студентов стоматологического факультета / В.К. Юрьев [и др.]. – СПбГПМА, 2016. – 68 с.
131. Akpata, E.S. Factors associated with severe caries among adults in Kuwait / E.S. Akpata, A. Al-Attar, P.N. Sharma // Med Princ Pract. – 2009. – Vol. 18, № 2. – P. 93-99.
132. Aquilante, A.G. Oral health care after the National Policy on Oral Health – «Smiling Brazil»: a case study / A.G. Aquilante, G.G. Aciole // Cien. Saude Colet. – 2015. – Vol. 20, № 1. – P. 239-248.

133. Brennan, D.S. Trends in dental service provision in Australia: 1983-1984 to 2009-2010 / D.S. Brennan, M. Balasubramanian, A.J. Spencer // *Int. Dent. J.* – 2014. – Vol. 65, № 1. – P. 39-44.
134. Chen, X. Length of tooth survival in older adults with complex medical, functional and dental backgrounds / X. Chen, J.J. Clark, S. Naorungroj // *J Am Dent Assoc.* – 2012. – Vol. 143, № 6. – P. 566-578.
135. Deogade, S.C. Dental prosthetic status and prosthetic needs of institutional-ised elderly population in oldage homes of jabalpur city, madhyapradesh, India / S.C. Deogade, S. Vinay, S. Naidu // *J. Indian Prosthodont. Soc.* – 2013. – Vol. 13, № 4. – P. 587-592.
136. De Visschere, L. M. An oral health care guideline for institutionalised older people / L.M. De Visschere [et al.] // *Gerodontology.* – 2011. – Vol. 28, № 4. – P. 307-310.
137. De Visschere, L. An oral health survey of vulnerable older people in Belgium / L. De Visschere [et al.] // *Clin. Oral. Investig.* – 2015. – Nov 14. – DOI 10/1007/s00784-015-1652-8.
138. Divaris, K. Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population / K. Divaris [et al.] // *Gerodontology.* – 2012. – Vol. 29, № 2. – P. 192-199.
139. Folayan, M.O. Programme guidelines for promoting good oral health for children in Nigeria: a position paper / M.O. Folayan [et al.] // *BMC Oral Health.* – 2014. – Vol. 14, № 1. – P. 128.
140. Hafez, G. Graying nations. / G. Hafez. - *Zdorov'e mira [World Health]*. – 1994. –P. 15-20.
141. Haighton, C. The Do-Well study: protocol for a randomised controlled trial, economic and qualitative process evaluations of domiciliary welfare rights advice for socio-economically disadvantaged older people recruited via primary health care / C. Haighton, S. Moffatt, D. Howel // *BMC Public Health.* – 2012. – Vol. 12, № 1. – P. 382.

142. Hardgraves, V.M. A qualitative analysis of oral health care needs in arkansas nursing facilities: the professional role of the dental hygienist / V.M. Hardgraves [et al.] // J. Dent. Hyg. – 2014. – Vol. 88, № 6. – P. 353-363.
143. Health systems: improving performance. The world health report 2000. – Geneva: WHO, 2000. – 215 p.
144. Iwasaki, M. Oral health status: relationship to nutrient and food intake among 80-year-old Japanese adults / M. Iwasaki [et al.] // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2014. – Vol. 42, № 5. – P. 441-450.
145. King, T. Oral health status and treatment needs of institutionalized elderly and disadvantaged population in Fiji (1997) / T. King, D. Kapadia // Pac Health Dialog. – 2003. – Vol. 10, № 1. – P. 35-40.
146. Locker, D. Oral health and quality of life / D. Locker // Oral. Health Prev. Dent. – 2004. – № 2 (Suppl. 1). – P. 247-253.
147. Lussi, A. Validity of diagnostic and treatment decisions of fissure caries / A. Lussi // Caries research. – 1991. – Vol. 25, № 4. – P. 296-303.
148. Mohammad, A.R. Osteoporosis and periodontal disease: a review / A.R. Mohammad, J.D. Jones, M.A. Brunsvold // J. Calif. Dent. Assoc. – 1994. – Vol. 22, №3. – P. 69-75.
149. Panchbhai, A.S. Oral health care needs in the dependant elderly in India / A.S. Panchbhai // Indian J. Palliat. Care. – 2012. – Vol. 18, № 2. – P. 19-26.
150. Saunders Jr., R.H. Dental caries in older adults / R.H. Saunders Jr., C. Meyerowitz // Dent Clin North Am. – 2005. – Vol. 49, № 2. – P. 293-308
151. Shah, N. Impact of socio-demographic variables, oral hygiene practices and oral habits on periodontal health status of Indian elderly: a community-based study / N. Shah, K.R. Sundaram // Indian J Dent Res. – 2003. – Vol. 14, № 4. – P. 289-297.
152. Slade, G.D. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina / G.D. Slade [et al.] // J. of Dental Research. – 1996. – Vol. 75. – P. 1439-1450.

153. Slade, G.D. Effect of health promotion and fluoride varnish on dental car-ies among Australian Aboriginal children: results from a community-randomized con-trolled trial / G.D. Slade, R.S. Bailie, K. Roberts-Thomson // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2011. – Vol. 39, № 1. – P. 29-43.
154. Srivastava, R. Prevalence of dental caries and periodontal diseases, and their association with socio-demographic risk factors among older persons in Delhi, India: a community-based study / R. Srivastava [et al.] // Southeast Asian J Trop Med Public Health. – 2013. – Vol. 44, № 3. – P. 523-533.
155. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century. The approach of the WHO Global Oral Health Programme // Community Dent. Oral. Epidemiol. – 2003. – Vol. 31, Suppl. 1. – P. 3-24.
156. Tsurumachi, T. Scanning electron microscopic study of dentinal pulpal walls in relation to age and tooth area / T. Tsurumachi [et al.] // J Oral Sci. – 2008. – Vol. 50, № 2. – P. 199-203.
157. United Nations. Problems of the elderly and the agred. Draft program and arrangements for the World Assembly on the Elderly: report of the Secretary-General // New York. UN. 2011.–P.72.
158. Vamos, C.A. Addressing Early Preventive Oral Health Care among Young Children: A Pilot Evaluation of the Baby Oral Health Program (BOHP) among Dental Professionals / C.A. Vamos [et al.] // J. Dent. Hyg. – 2014. – Vol. 88, №4. – P. 202-212.
159. Vidzis, A. Quantity and quality analysis of dental prosthodontics among retirement age residents from nursing homes in different regions of Latvia and retirement age patients from dental clinic in Riga / A. Vidzis, I. Cema, A. Brinkmane, I. Krasta // Stomatologija. – 2012. – Vol. 14, № 1. – P. 23-27.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

Анкета о здоровье органов и тканей рта у взрослых (ВОЗ, 2013)

[illegible]

7. Как часто Вы чистите зубы?

- Никогда ☐1
- Один раз в месяц ☐2
- 2-3 раза в месяц ☐3
- Один раз в неделю ☐4
- 2-6 раз в неделю ☐5
- Один раз в день ☐6
- Два или более раз в день ☐7

8. Используете ли Вы следующие средства для чистки зубов?
(прочитайте все пункты)

Да Нет
1 2

- Зубная щетка ☐1 ☐2
- Деревянные зубочистки ☐1 ☐2
- Пластмассовые зубочистки ☐1 ☐2
- Зубная нить (флосс) ☐1 ☐2
- Древесный уголь ☐1 ☐2
- Другие ☐1 ☐2
- Пожалуйста, уточните ☐1 ☐2

9.

а) Используют ли Вы зубную пасту при чистке зубов? Да Нет.

☐1 ☐2

Да Нет

б) Применяют ли Вы зубную пасту, содержащую фторид? ☐1 ☐2

Не знаю ☐3

10. Когда Вы в последний раз посещали стоматолога?

- Менее года назад ☐1
- Более 1 года назад ☐2
- 5 лет назад и более ☐3

Никогда не посещал(а)..... ☒ 4																																																																
11. Какова причина Вашего последнего визита к стоматологу? Консультация..... ☐ Боль или проблемы с зубами, деснами, полостью рта ☒ Лечение/продолжение лечения..... ☒ Незнаю/непомню..... ☒ 4																																																																
12. Какие продукты Вы употребляете наиболее часто? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Несколько раз в в день 6</th> <th style="text-align: center;">Каждый день 5</th> <th style="text-align: center;">Несколько раз в неделю 4</th> <th style="text-align: center;">Один раз в неделю 3</th> <th style="text-align: center;">Несколько раз в месяц 2</th> <th style="text-align: center;">Редко 1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Молочные</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Мясные ..</td> <td colspan="6">☐☐☐☐☐☐</td> </tr> <tr> <td>Мучные</td> <td colspan="6">☐☐☐☐☐☐</td> </tr> <tr> <td>Растительные</td> <td colspan="6">☐☐☐☐☐☐</td> </tr> <tr> <td>Сладости</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Несколько раз в в день 6	Каждый день 5	Несколько раз в неделю 4	Один раз в неделю 3	Несколько раз в месяц 2	Редко 1	Молочные	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Мясные ..	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐						Мучные	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐						Растительные	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐						Сладости	☐	☐	☐	☐	☐	☐																						
	Несколько раз в в день 6	Каждый день 5	Несколько раз в неделю 4	Один раз в неделю 3	Несколько раз в месяц 2	Редко 1																																																										
Молочные	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																										
Мясные ..	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																																															
Мучные	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																																															
Растительные	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																																															
Сладости	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																										
13. Как часто Вы употребляете следующие виды табака? (прочитайте все пункты) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Несколько раз в день 6</th> <th style="text-align: center;">Несколько раз в неделю 5</th> <th style="text-align: center;">Один раз в неделю 4</th> <th style="text-align: center;">Один раз в месяц 3</th> <th style="text-align: center;">Один раз в месяц 2</th> <th style="text-align: center;">Иногда 1</th> <th style="text-align: center;">Никогда</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Сигареты.....</td> <td colspan="7">☐☐☐☐☐☐☐</td> </tr> <tr> <td>Сигары</td> <td colspan="7">☐☐☐☐☐☐☐</td> </tr> <tr> <td>Трубку</td> <td colspan="7">☐☐☐☐☐☐☐</td> </tr> <tr> <td>Жевательный табак .</td> <td colspan="7">☐☐☐☐☐☐☐</td> </tr> <tr> <td>Нюхательный табак .</td> <td colspan="7">☐☐☐☐☐☐☐</td> </tr> <tr> <td>Другое.....</td> <td colspan="7">☐☐☐☐☐☐☐</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center; padding-top: 10px;"> Просьба уточнить _____ </td> </tr> </tbody> </table>		Несколько раз в день 6	Несколько раз в неделю 5	Один раз в неделю 4	Один раз в месяц 3	Один раз в месяц 2	Иногда 1	Никогда	Сигареты.....	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							Сигары	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							Трубку	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							Жевательный табак .	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							Нюхательный табак .	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							Другое.....	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							Просьба уточнить _____							
	Несколько раз в день 6	Несколько раз в неделю 5	Один раз в неделю 4	Один раз в месяц 3	Один раз в месяц 2	Иногда 1	Никогда																																																									
Сигареты.....	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																																															
Сигары	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																																															
Трубку	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																																															
Жевательный табак .	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																																															
Нюхательный табак .	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																																															
Другое.....	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																																															
Просьба уточнить _____																																																																

14 Какое количество алкогольных напитков Вы выпивали за день в течение последних 30 дней?

- Менее 1 напитка..... ☐ 0
- 1 напиток ☐ 1
- 2 напитка..... ☐ 2
- 3 напитка..... ☐ 3
- 4 напитка..... ☐ 4
- 5 напитков и более..... ☐ 5

Не употреблял(а) алкоголь в течение последних 30 дней ☐ 0

15. Какое законченное образование Вы имеете?

- Среднее образование ☐ 1
- Средне-специальное образование ☐ 2
- Высшее образование..... ☐ 3
- Нет образования..... ☐ 4

(Добавьте пункты, специфичные для Вашей страны)

Анкетирование закончено Благодарим Вас за сотрудничество!

Год	Месяц	День	Интервьюер	Регион	Страна
☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐

Приложение №2

Карта для оценки стоматологического статуса взрослых (ВОЗ, 2013)

Всемирная организация здравоохранения
Карта для оценки стоматологического статуса взрослых (2013)

Не заполнять				Год	Месяц	День	Идентификационный №				Осмотр I/II	Исследователь																																																																																																																	
(1)				(4)	(5)					(10)	(11)				(14)		(15)	(16)		(17)																																																																																																									
Общая информация:							Пол 1=М, 2=Ж		Дата рождения				Возраст (лет)																																																																																																																
(Фамилия, имя)																																																																																																																													
Этническая группа (27)				Другая группа (29)				Лет в школе (31)				Род занятий (33)																																																																																																																	
Географическое положение (34)									Населенный пункт: 1- город, 2- пригород, 3- село (36)																																																																																																																				
Другие данные (37)									Другие данные (39)																																																																																																																				
Другие данные (41)									Внеротовое обследование (43)																																																																																																																				
Состояние зубов																																																																																																																													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td></td> </tr> <tr> <td>Коронка (45)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(60)</td> </tr> <tr> <td>Корень (61)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(76)</td> </tr> <tr> <td>Коронка (77)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(92)</td> </tr> <tr> <td>Корень (93)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(108)</td> </tr> <tr> <td></td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td></td> </tr> </table>																			18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		Коронка (45)																	(60)	Корень (61)																	(76)	Коронка (77)																	(92)	Корень (93)																	(108)		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																													
Коронка (45)																	(60)																																																																																																												
Корень (61)																	(76)																																																																																																												
Коронка (77)																	(92)																																																																																																												
Корень (93)																	(108)																																																																																																												
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																													
Постоянные зубы Состояние: 0=интактный 1=кариес 2=пломба, с кариесом 3=пломба, без кариеса 4=удаление из-за осложнений кариеса 5=удаление по другим причинам 6=герметизированная фиссура 7=несъемный протез/ опорный зуб мостовидного протеза, винир, имплантат 8=непрорезавшийся зуб 9=не регистрируется																																																																																																																													
Состояние тканей пародонта (модифицированный индекс CPI)																																																																																																																													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td></td> </tr> <tr> <td>Кровоточив., зуб. камень (109)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(124)</td> </tr> <tr> <td>Карман (125)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(140)</td> </tr> <tr> <td>Кровоточив., зуб. камень (141)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(156)</td> </tr> <tr> <td>Карман (157)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(172)</td> </tr> <tr> <td></td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td></td> </tr> </table>																			18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		Кровоточив., зуб. камень (109)																	(124)	Карман (125)																	(140)	Кровоточив., зуб. камень (141)																	(156)	Карман (157)																	(172)		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																													
Кровоточив., зуб. камень (109)																	(124)																																																																																																												
Карман (125)																	(140)																																																																																																												
Кровоточив., зуб. камень (141)																	(156)																																																																																																												
Карман (157)																	(172)																																																																																																												
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																													
Кровоточивость десен, зубной камень Коды: 0 = отсутствие 1 = кровоточивость 2 = зубной камень 9 = зуб исключен X = зуб отсутствует Пародонтальный карман Коды: 0 = отсутствует 1 = 4-5 мм 2 = 6 мм и более 9 = зуб исключен X = зуб отсутствует																																																																																																																													

Потеря прикрепления Тяжесть: 0 = 0-3 мм 1 = 4-5 мм (цементно-эмалевое соединение ЦЭС в черной зоне зонда) 2 = 6-8 мм (ЦЭС между верхней границей черной зоны и кольцом на уровне 8.5 мм) 3 = 9-11 мм (ЦЭС между кольцами 8.5 мм и 11.5 мм) 4 = 12 мм или более (ЦЭС за кольцом на уровне 11.5 мм) X – исключенный секстант 9 = не регистрируется * - не регистрируется у лиц моложе 15 лет	Флюороз эмали ☐ (179) Тяжесть: 0 = норма 1 = сомнительный 2 = очень слабый 3 = слабый 4 = умеренный 5 = тяжелый 8 = исключенный (коронка, пломба, брекет) 9 = не регистрируется (непрорезавшийся зуб)				
Эрозия зубов Тяжесть: ☐ (180) 0 = нет признаков эрозии 1 = поражение эмали 2 = поражение дентина 3 = вовлечение пульпы Количество пораженных зубов: ☐ ☐ (181) ☐ (182)	Травма зубов Состояние: ☐ (183) 0 = нет признаков повреждения 1 = леченное повреждение 2 = скол эмали 3 = скол эмали и дентина 4 = вовлечение пульпы 5 = зуб, удаленный вследствие травмы 6 = другое повреждение 9 = исключенный зуб				
Поражения слизистой оболочки рта <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ (186) ☐ (187) ☐ (188) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ (189) ☐ (190) ☐ (191) </td> </tr> </table> Состояние: 0 = нет признаков поражения 1 = злокачественная опухоль (рак полости рта) 2 = лейкоплакия 3 = красный плоский лишай 4 = стоматит (афтозный, герпетический, травматический) 5 = острый язвенно-некротический гингивит (ANUG) 6 = кандидоз 7 = абсцесс 8 = другие заболевания (указать, если возможно) 9 = не регистрируется	☐ (186) ☐ (187) ☐ (188)	☐ (189) ☐ (190) ☐ (191)	Протез(ы) <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Верхняя челюсть ☒ (192) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Нижняя челюсть ☒ (193) </td> </tr> </table> Локализация: 0 = красная кайма губ 1 = переходные складки 2 = губы 3 = уздечки губ 4 = слизистая оболочка щек 5 = дно полости рта 6 = язык 7 = твердое и/или мягкое небо 8 = альвеолярные гребни/десна 9 = не регистрируется 0 = нет протезов 1 = частичный протез 2 = полный протез 9 = не регистрируется	Верхняя челюсть ☒ (192)	Нижняя челюсть ☒ (193)
☐ (186) ☐ (187) ☐ (188)	☐ (189) ☐ (190) ☐ (191)				
Верхняя челюсть ☒ (192)	Нижняя челюсть ☒ (193)				
Потребность в неотложной помощи ☐ (194) Состояние: 0 = лечение не требуется 1 = требуется профилактическое или обычное лечение 2 = требуется быстрое лечение (включая кюретаж) 3 = требуется неотложное лечение из-за боли или инфекции, вызванных поражением зубов или тканей полости рта 4 = требуется направление к специалистам для полной диагностики и/или медицинского/стоматологического лечения (системное поражение)					