

36. Li J.Y. Observation of the clinical curative effects on yellow-white licorice decoction in exfoliative cheilitis with syndrome of spleen deficiency and blood dryness, Chengdu Traditional Chinese Medicine University. – Chengdu, 2012. – P. 1-54.
37. Roveroni-Favaretto L.H., Denardi, Lodi K.B., Almeida J.D. Topical *Calendula officinalis* L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report // *Cases J.* – 2009. – Vol. 2. – P. 9077.
38. Mudigonda T., Dabade T.S., Feldman S.R. A review of targeted ultraviolet B phototherapy for psoriasis // *J. Amer. Acad. Dermatol.* – 2012. – Vol. 66, №4. – P. 664-672.
39. Nayaf M.S. Exfoliative Cheilitis a male patient – a case report // *Our Dermatol Online.* – 2015. – Vol. 6, №1. – P. 39-42.
40. Roveroni-Favaretto L.H., Lodi K.B., Almeida J.D. Topical *Calendula officinalis* L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report // *Cases J.* – 2009. – Vol. 2. – P. 9077.
41. Silva E.J.R., Goncalves E.S., Aguiar F. et al. Toxicological studies on hydroalcohol extract of *Calendula officinalis* L. // *Phytother. Res.* – 2007. – Vol. 21, №4. – P. 332-326.
42. Stender I.M., Wulf H.C. Photodynamic therapy with 5-aminolevulinic acid in the treatment of actinic cheilitis // *Brit. J. Dermatol.* – 2011. – Vol. 135, №3. – P. 454-456.
43. Sun Kai, Liu Lijuna. Treatment of exfoliative cheilitis with Traditional Chinese Medicine: a systematic review // *J. Trad. Chin. Med.* Vol. – 2017. – Vol. 37, №2. – P. 147-158.
44. Tang J., He J.H., Liu X.G., Yuan J.J. Clinical effect of Kangfuxin solution on exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Xian Dai Yi Sheng.* – 2011. – Vol. 49 (20). – P. 148-149.
45. Tang R. Effect of nursing intervention on chronic desquamative cheilitis // *Quan Ke Hu Li.* – 2012. – Vol. 10 (33). – P. 3083.
46. Taniguchi S., Kono T. Exfoliative cheilitis: a case report and re-view of the literature // *Dermatology.* – 2012. – Vol. 63, №2. – P. 253-255.
47. Thongprasom K. Glycerin Borax Treatment of Exfoliative Cheilitis Induced by Sodium Lauryl Sulfate: a Case Report // *Acta Stomatol. Croat.* – 2016. – Vol. 50, №2. – P. 158-161.
48. Wang J.F., Li L.J., Yu R.P. Clinical observation of high-energy ultraviolet B irradiation for treatment of chronic exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Mei Rong Yi Xue.* – 2013. – Vol. 22, №7. – P. 754-755.
49. Wang J.F. Experience of method of Wenzhong Jianpi on exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Zhong Yi Yao Xian Dai Yuan Cheng Jiao Yu.* – 2011. – Vol. 9 (20). – P. 104.
50. Wei W.B., Lu L.Y., Tan C.N. Clinical observation of comprehensive therapy in the treatment of scaling cheilitis // *Ya Tai Chuan Tong Yi Yao.* – 2013. – Vol. 9, №3. – P. 134-135.
51. Xu Y.P., Li Z.L. Clinical observation of tacrolimus ointment in treating exfoliative cheilitis in 65 cases // *Zhong Guo Ma Feng Pi Fu Bing Za Zhi.* – 2010. – Vol. 26, №12. – P. 884-885.
52. Yang H., Xun Y.F., Jing L.H. Clinical effect of tacrolimus in the treatment of scaling cheilitis // *Zhong Guo Ma Feng Pi Fu Bing Za Zhi.* – 2010. – Vol. 26, №9. – P. 670.
53. Zhang X.H. Clinical observation of injection of dexamethasone and compound danshen on desquamative cheilitis // *Lin Chuang Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* – 2005. – Vol. 21, №9. – P. 570-571.
54. Zhao T.Y., Yu X.F., Xiao S.F. Clinical observation of combined Traditional Chinese Medicine, adapalene gel and dexamethasone acetate cream on exfoliative cheilitis // *Ji Lin Yi Xue.* – 2013. – Vol. 34 (31). – P. 6529-6530.

УДК: 616.31-02-084

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-8>

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ



Нармахматов Б.Т.,  
Жилонов А.А., Исаков Э.З.

*Ташкентский государственный стоматологический институт*

### Аннотация

В ходе краткого обзора специальной литературы было оценено современное состояние профилактики стоматологической заболеваемости. Указаны причины высокой стоматологической заболеваемости населения, к числу которых относится как неудовлетворительная санитарная культура и невысокий уровень знаний населения по основам гигиены и профилактики, так и низкое качество профилактической работы. Подчёркнута важность организации примордиальной профилактики.

**Ключевые слова:** стоматологическая заболеваемость, гигиена, профилактическая работа, примордиальная профилактика.

### Хулоса

Адабиётлар тахлили натижасида стоматологик касалликларнинг ҳозирги кундаги ҳолатига баҳо берилди. Стоматологик касалликларини келиб чиқиш сабаблари, шу жумладан аҳоли орасида санитар маданият ва билимининг коникарсизлиги, шунингдек профилактика ишларининг

паст даражадалиги кўрсатилди. Примордиал профилактикани ташкил қилиш зарур деб топилди.

### Annotation

A brief literature review was conducted, during which the current state of prevention of dental morbidity was identified and assessed. The reasons for the high dental morbidity among the population, including both poor sanitary culture and the level of public knowledge on the basics of hygiene and prevention, as well as poor quality of preventive work are indicated. The importance of organizing primordial prophylaxis was accented.

Профилактическая направленность, которая является основой здравоохранения, заключается в создании таких условий, в которых заболевание не смогло бы появиться или распространиться. При совершенствовании методов и средств профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта стоматологи на первое место всегда ставили общепрофилактические, общемедицинские принципы [2].

Интенсивность охвата населения болезнями стоматологического профиля столь велика, что профилактика этих заболеваний становится одной из наиболее проблем. Учёные и практикующие врачи, глубоко изучив этиологию и патогенез основных стоматологических заболеваний и подкрепив эти знания прочной научной базой, именно профилактику ставят во главу угла в своей работе. По данным ученых России, распространенность кариеса постоянных зубов у 12-летних школьников колеблется от 61 до 96%. Среди взрослого населения поражаемость зубов кариесом достигает 100%. В среднем у каждого пожилого человека в возрасте 65 лет и старше в полости рта остается 5-6 зубов. Мировой опыт убедительно показывает, что только целенаправленная эффективная профилактическая программа способна оказать существенное влияние на снижение уровня стоматологической заболеваемости.

Интенсивность поражения зубов кариесом отражает индекс КПУ. Чтобы оценить распространенность кариеса зубов в том или другом регионе или сравнить величину этого показателя в разных регионах, у 12-летних детей используют следующие оценочные критерии уровня распространенности: низкий уровень – 0-30%; средний – 31-80%; высокий – 81-100%. Индекс СРITN (показатель нуждаемости в лечении болезней пародонта) применяется в клинической практике для исследования и мониторинга состояния пародонта. Этот индекс регистрирует только те клинические признаки, которые могут подвергнуться обратному развитию (воспалительные изменения десны, о которых судят по кровоточивости, зубной камень), и не учитывает необратимые изменения (рецессию десны, подвижность зубов, потерю эпителиального прикрепления). СРITN «не говорит» об активности процесса и не может быть использован для планирования лечения.

Профилактику по рекомендациям ВОЗ принято трактовать как первичную, вторичную и третичную. Но существует и примордиальная профилактика т.е. совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными

условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни. В стоматологической практике принято уделять внимание первичной профилактике, включающей меры социального, медицинского, гигиенического и воспитательного характера, которые направлены на устранение причин стоматологических заболеваний. А нам кажется, что главенствующее место в стоматологии должна занимать именно примордиальная профилактика. Задачи, которые призвана решать стоматологическая служба, с точки зрения профилактики следующие:

- 1) на любом уровне необходимо выяснять и оценивать эпидемиологическую обстановку;
- 2) распределять население по уровням здоровья;
- 3) выявлять и устранять факторы, способствующие появлению и распространению стоматологической патологии;
- 4) организовывать и проводить мероприятия, направленные на пропаганду здорового образа жизни в отношении субъектов стоматологии (находящихся в ротовой полости) и усиливать резистентность всех систем, включая полость рта, к стоматологической патологии;
- 5) оценивать эффективность проводимой профилактической работы.

По существующей нормативной базе любой практикующий стоматолог, обязан осуществлять первичные профилактические мероприятия в отведенный бюджет рабочего времени. Однако анализ практической деятельности стоматологов показывает, что они заняты в основном чисто лечебной работой. Отказ от проведения первичной профилактики, естественно, не позволяет снизить стоматологическую заболеваемость.

На современном уровне состояния здравоохранения немаловажным аспектом внедрения профилактики является ее финансирование. Каждый врач-стоматолог должен проникнуться идеей, что без той или иной формы финансирования (государственной, территориальной, договорной и т.д.) профилактическая работа обречена на провал.

Если рассматривать нозологические составляющие, на которые должна действовать профилактическая работа, то первое место занимает стоматологическое заболевание – кариес зубов. Он составляет до 90% охвата населения практически во всех территориях Республики Узбекистан. И это, несмотря на внедрение новых методов лечения, материалов, оборудования и технологий. Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что снижение заболеваемости основными стоматологическими заболеваниями, включая кариес зубов, снижение распространенности и интенсивности поражения населения стоматологическими заболеваниями возможно только путём внедрения государственных программ их профилактики.

Методы профилактики в стоматологии включают [19] три направления: воздействие на макроорганизм с целью общего оздоровления пациента; противодействие патогенным влияниям в полости рта; усиление резистентности тканей органов полости рта к патогенным воздействиям. При этом используют три организационных подхода к профилактическим мероприятиям: коммунальные методы

– фторирование воды, молока, соли; групповые – в организованных группах детского населения; индивидуальные – работа с конкретным пациентом, учитывающая особенности его здоровья в целом и состояние зубочелюстной системы в частности.

Одним из таких подходов должны стать регионально ориентированные программы профилактики стоматологических заболеваний, разработанные с учетом уровня заболеваемости в регионе, структуры организации стоматологической помощи, экономики, финансирования регионов, наличия кадров, необходимости их подготовки. В регионах целесообразно внедрять методы профилактики в коммунальной сфере, такие как фторирование воды, молока, использование фторосодержащих зубных паст. Главным звеном этой работы должны стать созданные в регионах центры профилактики с подготовленными специалистами для организации, внедрения и мониторинга региональных программ профилактики стоматологических заболеваний.

Следствием нелеченого кариеса или некачественного его лечения в настоящее время является высокий уровень заболеваемости населения периодонтитом [2]. Это обусловлено, прежде всего, неполноценной санацией при лечении зубов по поводу осложненного кариеса [6].

Некоторые исследователи [6,8,10] указывают, что планирование стоматологической помощи в любых объемах, в том числе и мероприятий по первичной профилактике, должно быть построено на специфическом ситуационном анализе, полученном в результате сбора эпидемиологических данных, предшествовавших планированию.

По некоторым данным [10], увеличение числа больных с осложненными формами заболеваний челюстно-лицевой области (периодонтитами, периоститами, остеомиелитами челюстей и т.д.), является прямым следствием снижения качества профилактической работы.

Принципы профилактики заболеваний полости рта нашли отражение во многих работах [3,7,9]. Мировой опыт, исследования ученых убедительно доказали, что только целенаправленная эффективная профилактическая программа способна оказать существенное влияние на снижение уровня стоматологической заболеваемости.

В профилактике стоматологических заболеваний было выделено 5 основных этапов, каждый из которых имеет принципиальные особенности:

- 1) изучение экологических особенностей региона;
- 2) изучение демографических характеристик региона;
- 3) анализ эпидемиологической ситуации в регионе;
- 4) оценка мотивации отношения населения к профилактике и лечению патологии зубов и полости рта;
- 5) организация профилактики стоматологических заболеваний.

Профилактическая работа должна проводиться, прежде всего, среди организованных групп населения – в детских садах, школах. Необходимо создание специальных кабинетов (классов) в среднем на 15-20 человек, где может осуществляться работа по внедрению системы комплексной профилактики. Такие кабинеты профилактической работы целесообразно иметь в стоматологической поликлинике.

К сожалению, большинство населения не ориентировано на посещение стоматолога с профилактической целью. По некоторым данным [19], лишь 13,6% пациентов стоматологических поликлиник посещают стоматолога с целью профилактики.

Эпидемиологические исследования показывают, что индивидуальную гигиену полости рта регулярно осуществляют лишь 25-40% населения, причем большинство людей не владеют основными и необходимыми практическими навыками. В то же время установлена прямая зависимость между распространенностью кариеса зубов, болезней пародонта и качеством индивидуального ухода за полостью рта. В связи с этим возрастает роль профессионально контролируемой гигиены полости рта [4,8,10], которой в последнее время уделяется большое внимание [5].

В числе причин высокой стоматологической заболеваемости населения [3,9] называют неудовлетворительную санитарную культуру и уровень знаний населения по основам гигиены и профилактики; низкий уровень индивидуальной ответственности населения за состояние стоматологического здоровья.

Анализ ряда зарубежных источников [11,13,14,16,18] также подтверждает, что заболеваемость кариесом населения стран Западной Европы и США остается весьма актуальной проблемой. Кариесом зубов страдают более 99% населения этих стран [12,15,17,19,20]. Острота проблемы, несмотря на эффективность программ профилактики, сохраняется в прошлом, так и в настоящем столетии.

## Выводы

Распространенность кариеса постоянных зубов у 12-летних школьников колеблется от 61 до 96%, а среди взрослого населения поражаемость зубов кариесом достигает 100%, у каждого пожилого человека в группе 65 лет и старше в полости рта в среднем остается 5-6 зубов.

Главенствующее место в стоматологии должна занимать именно примордиальная профилактика, т. е. совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний.

Увеличение числа больных с осложненными формами заболеваний челюстно-лицевой области (периодонтитами, периоститами, остеомиелитами челюстей и т.д.), является прямым следствием снижения качества профилактической работы.

Большинство населения не ориентированы на посещение стоматолога с профилактической целью, по некоторым данным, лишь 13,6% пациентов стоматологических поликлиник посещают стоматолога с целью профилактики.

Индивидуальную гигиену полости рта регулярно осуществляют лишь 25-40% населения, причем большинство людей не владеют основными и необходимыми практическими навыками.

В числе причин высокой стоматологической заболеваемости населения являются неудовлетворительная санитарная культура и уровень знаний населения по основам

гигиены и профилактики; низкий уровень индивидуальной ответственности населения за состояние стоматологического здоровья.

### Список литературы

1. Зиновьева Е.Н. Автономные учреждения в стоматологии: первый опыт, первые итоги // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2011. – №3. – С. 53-55.
2. Кицұл И.С., Пивень Д.В., Даценко С.О. Современные правовые механизмы совершенствования деятельности стоматологической службы // Менеджер здравоохранения. – 2010. – №2. – С. 30-35.
3. Кубрушко Т.В., Петраш Д.А. К вопросу о модернизации государственного управления и финансирования стоматологической службы в России, // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2011. – №1 (33). – С. 20-25.
4. Кулаков А.А., Авраимова О.Г., Колесник А.Г. Современные возможности реализации профилактического направления стоматологии в России // Казанский мед. журн. – 2011. – №5. – С. 735-737.
5. Курбанов О.Р. и др. Совершенствование механизмов организации и управления стоматологической организацией в рыночной экономике // Вестн. новых мед. технологий. – 2011. – Т. 18, №4. – С. 260-261.
6. Леонтьев В.К., Константинович Л.В. Модели стоматологической помощи населению в условиях рынка // Современная стоматология. – 2010. – №1. – С. 7-9.
7. Матвеев Р.С., Герасимова Л.И., Викторов В.Н. Оценка социально-экономической эффективности модернизации стоматологической службы на муниципальном уровне // Современная проблематика науки и образования. – 2012. – №5. (Электронный журнал)
8. О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2010 году: Государственный доклад. – Москва, 2011. – С. 42.
9. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: Учебник. – В 2 т.; Под ред. В.З. Кучеренко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 688 с. – Т. 2. – 160 с.
10. Сафонова М.Ю. Необходимость внедрения экономических инноваций в деятельность лечебно-профилактических учреждений (на примере стоматологической службы) // Соц. аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 17, №1. – С. 18.
11. Advancing oral health in America. – Washington: National Academies Press, 2011. – 248 p.
12. Aggarwal A. et al. Dental students' motivations and perceptions of dental professional career in India // J. Dent. Ed. – 2012. – Vol. 76, №11. – P. 1532-1539.
13. Bird D.L., Robinson D.S. Torres and Ehrlich modern dental assisting. – 9-th ed. – St. Louis, Mo.: Saunders Elsevier, 2009. – 1109 p.
14. Bonehill J.A. Managing health and safety in the dental practice: a practical guide. – Chichester: West Sussex: Blackwell Pub., 2010. – 264 p.
15. Chattopadhyay A. Oral health disparities in the United States // Dent. Clin. North Amer. – 2008. – Vol. 52, №2. – P. 297-318.
16. Clinical problem solving in dentistry; Ed. E.W. Odell. – 3-rd ed. – Edinburgh; N. Y.: Churchill Livingstone (Clinical problem solving in dentistry series), 2010. – 324 p.
17. Edelstein B.L., Chinn C.H. Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children // Acad. Pediatr. – 2009. – Vol. 9, №6. – P. 415-419.
18. Holmes R.D. et al. Commissioning NHS dentistry in England: Issues for decision-makers managing the new contract with finite resources // Health Policy. – 2009. – Vol. 91, №1. – P. 79-88.
19. Keating E.G. et al. Air Force physician and dentist multiyear special pay: current status and potential reforms. – Santa Monica: RAND Project Air Force, 2009. – 122 p.
20. Roseanna G. et al. Advancing the educational training of dental educators: review of a model program // J. Dent. Education. – 2012. – Vol. 76, №3. – P. 303-310.

УДК 616.314-089.23-007-053.2-039

## БОЛАЛАРДА ТИШ-ЖАҒ ТИЗИМИ НУҚСОНЛАРИ ВА СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАР ОРАСИДА БОҒЛИҚЛИКНИНГ ИЛМИЙ АСОСЛАРИ (адабиётлар шарҳи)



Олимов С.Ш., Гаффоров С.А.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

### Хулоса

Мактаб ёшидаги болаларнинг стоматологик нуқсонлар тизимида асосий ўринлардан бирини тиш-жағ анамаллялари эгаллайди. Бундай касалликлар инсон ҳаёти тарзига ўз таъсирини сезиларли кўрсатади. Муалифлар маҳаллий ва хорижий адабиётлар маълумотлари изланишлари асосида соматик патология ва тиш-жағ нуқсонлари орасидаги ўзаро боғлиқлик борлигини аниқлашган.