

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ  
«УРАЛЬСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

**ЛЕБЕДЕВ СЕРГЕЙ НИКОЛАЕВИЧ**

**ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО  
МАЛОЧИСЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО  
АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ И ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА  
РАЗВИТИЕ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**14.01.14 – стоматология**

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук,  
академик РАЕН РФ,  
профессор Ронь Г.И.

Екатеринбург 2012

## ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	6
ВВЕДЕНИЕ .....	7
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....	11
1.1. Эпидемиология основных стоматологических заболеваний .....	11
1.2. Уровень стоматологической помощи и нуждаемость населения в основных её видах.....	19
1.3. Факторы, влияющие на стоматологическую заболеваемость.....	20
1.3.1. Климатогеографическая характеристика обследуемого региона.....	28
1.3.2. Социально-демографическая характеристика обследуемого региона .....	31
1.3.3. Промышленная инфраструктура и экологическая ситуация в обследуемом регионе.....	34
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ .....	40
2.1. Организация эпидемиологического обследования .....	40
2.2. Социально-гигиеническое обследование и определение уровня стоматологической помощи.....	47
2.3. Методы статистической обработки данных.....	47
ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ БЕРЕЗОВСКОГО РАЙОНА .....	50
3.1. Анализ эпидемиологического состояния стоматологического здоровья коренного населения.....	50
3.1.1. Результаты внеротового обследования .....	51
3.1.2. Состояние слизистой оболочки полости рта .....	52
3.1.3. Обследование состояния височно-нижнечелюстного сустава.....	52

3.1.4. Наличие некариозных поражений.....	53
3.1.5. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта .....	53
3.1.6. Распространенность и интенсивность кариеса зубов .....	55
3.1.7. Наличие зубочелюстных аномалий .....	56
3.1.8. Нуждаемость в стоматологическом лечении и протезировании. ....	57
3.2. Результаты социологического обследования.....	58
3.3.Уровень стоматологической помощи. ....	65
<b>ГЛАВА 4. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ СУРГУТСКОГО РАЙОНА .....</b>	
<b>68</b>	
4.1. Анализ эпидемиологического состояния стоматологического здоровья коренного населения .....	68
4.1.1.Результаты внеротового обследования .....	69
4.1.2. Состояние слизистой оболочки полости рта .....	70
4.1.3. Обследование состояния височно-нижнечелюстного сустава.....	71
4.1.4. Наличие некариозных поражений.....	71
4.1.5. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта .....	72
4.1.6. Распространенность и интенсивность кариеса зубов .....	73
4.1.7. Наличие зубочелюстных аномалий .....	74
4.1.8. Нуждаемость в стоматологическом лечении и протезировании. ....	75
4.2. Результаты социологического обследования.....	76
4.3.Уровень стоматологической помощи. ....	83
<b>ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО РАЙОНА.....</b>	
<b>86</b>	

5.1. Анализ эпидемиологического состояния стоматологического здоровья коренного населения .....	86
5.1.1. Результаты внеротового обследования .....	87
5.1.3. Обследование состояния височно-нижнечелюстного сустава.....	88
5.1.4. Наличие некариозных поражений.....	89
5.1.5. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта .....	90
5.1.6. Распространенность и интенсивность кариеса зубов .....	90
5.1.7. Наличие зубочелюстных аномалий .....	92
5.1.8. Нуждаемость в стоматологическом лечении и протезировании. ....	93
5.2. Результаты социологического обследования.....	94
5.3. Уровень стоматологической помощи. ....	101
<b>ГЛАВА 6. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ НИЖНЕВАРТОВСКОГО РАЙОНА.....</b>	<b>104</b>
6.1. Анализ эпидемиологического состояния стоматологического здоровья коренного населения .....	104
6.1.1. Результаты внеротового обследования .....	105
6.1.2. Состояние слизистой оболочки полости рта .....	105
6.1.3. Обследование состояния височно-нижнечелюстного сустава.....	106
6.1.4. Наличие некариозных поражений.....	108
6.1.5. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта .....	108
6.1.6. Распространенность и интенсивность кариеса зубов .....	110
6.1.7. Наличие зубочелюстных аномалий .....	111
6.1.8. Нуждаемость в стоматологическом лечении и протезировании. ...	112
6.2. Результаты социологического обследования.....	113

6.3.Уровень стоматологической помощи.....	120
ГЛАВА 7. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО МАЛОЧИСЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ В ОБСЛЕДУЕМЫХ РЕГИОНАХ ХМАО-ЮГРЫ.....	123
8.ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИАЛЬНО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	152
ВЫВОДЫ.....	157
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	159
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	160
Приложение 1.....	175
Приложение 2.....	176
Приложение 3.....	178
Приложение 4.....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

<b>Бр.</b> –	Березовский район
<b>ВОЗ</b> –	Всемирная Организация Здравоохранения
<b>ВНЧС</b> –	височно-нижнечелюстной сустав
<b>КПЛ</b> –	красный плоский лишай
<b>КПИ</b> –	комплексный пародонтальный индекс
<b>КПУ</b> –	Кариес, пломба, удаленные (индекс)
<b>Нв.</b> –	Нижневартовский район
<b>ПДК</b> –	предельно допустимая концентрация
<b>СОПР</b> –	слизистая оболочка полости рта
<b>Ср.</b> -	Сургутский район
<b>УГМА</b> –	Уральская государственная медицинская академия
<b>УСП</b> -	Уровень стоматологической помощи
<b>ФАП</b> –	фельшерско-акушерский пункт
<b>ХМАО</b> –	Ханты-Мансийский автономный округ
<b>Хм.</b> -	Ханты-Мансийский район
<b>ЦНИИС</b> –	центральный научно – исследовательский институт стоматологии
<b>ЦРБ</b> -	центральная районная больница
<b>ед.</b> –	единицы
<b>кп</b> -	индекс интенсивности кариеса молочных зубов, включающий кариозные и пломбированные зубы
<b>пгт</b> –	поселок городского типа
<b>чел.</b> -	человек
<b>СРІ</b> -	community periodontal index (коммунальный пародонтальный индекс)
<b>DAI</b> -	dental aesthetic index (стоматологический эстетический индекс)

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность работы.**

Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в России остается высокой. [86,96]

Улучшению стоматологического здоровья способствует программы профилактики, которые базируются на данных эпидемиологических исследований. [3,61,64,71]

Проводимые эпидемиологические исследования на территории России говорят о значении климатогеографических условий проживания населения на развитие стоматологических заболеваний.

Особый интерес представляет исследование коренного населения в местах их компактного проживания. [61]

ХМАО-Югра относится к местности, приравненной к районам Крайнего Севера. Климатогеографические условия Севера характеризуются рядом особенностей, относящихся к экстремальным.

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра (ХМАО-Югра) является крупнейшим в стране нефтегазодобывающим регионом.

На территории ХМАО-Югры проживают коренные народы этнических групп: ханты, манси, лесные ненцы, зыряне, селькупы. [136]

Общая численность коренного населения в округе 31 тысяча человек, что составляет около 1,5% от общей численности постоянно проживающих жителей.[139]

Средняя продолжительность жизни коренного малочисленного населения 42 года. [139]

Значительная часть территорий компактного проживания КМНС является отдаленной и труднодоступной территорией от городов и районных центров не имеющей круглогодичной наземной транспортной инфраструктуры.

Ранее стоматологические обследования населения, проживающего на территории ХМАО-Югры, проводились при национальном эпидемиологическом стоматологическом обследовании в 2007-2008гг. и локальных исследованиях стоматологического статуса детского населения отдельно взятых городов и районов ХМАО-Югры (в г. Сургуте, Сургутском районе, в г. Нягане, в г. Нижневартовске).

При этом эпидемиологического исследования с оценкой уровня стоматологического здоровья, уровня медицинской помощи при стоматологических заболеваниях, факторов риска их развития у коренного малочисленного населения в ХМАО-Югре, позволяющего внести изменения и дополнения в программы профилактики, не проводилось.

**Цель работы.** Научно обосновать адаптированные подходы к профилактике стоматологических заболеваний у коренных малочисленных народов Севера на основе эпидемиологического исследования и анализа взаимосвязи стоматологической заболеваемости с факторами риска ее развития.

**Задачи исследования:**

1. Определить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний у жителей коренного малочисленного населения Ханты – Мансийского округа – Югры в ключевых возрастных группах по методике ВОЗ.
2. Оценить уровень медицинской помощи при стоматологических заболеваниях, оказываемой населению различных возрастных групп.
3. Выявить потребность жителей коренного малочисленного населения Ханты-Мансийского автономного округа Югры в основных видах стоматологической помощи.
4. Провести оценку социально-гигиенических навыков коренного населения ХМАО-Югры.
5. Оценить влияние экологических и социально – гигиенических факторов на стоматологическую заболеваемость в регионе.



**Научная новизна исследования** заключается в том, что впервые:

1. Впервые определен уровень распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний среди малочисленного коренного населения ХМАО-Югры.

2. Впервые изучен уровень медицинской помощи при стоматологических заболеваниях населенных пунктов проживания малочисленного коренного населения ХМАО-Югры.

3. Научно обоснованы рекомендации по совершенствованию программ профилактики стоматологических заболеваний.

**Практическая значимость работы.** Эпидемиологическое исследование коренного малочисленного населения ХМАО-Югры позволит дать оценку состояния стоматологических заболеваний КМНС в местах их компактного проживания и провести анализ взаимосвязи стоматологической заболеваемости с факторами риска ее развития.

**Внедрение результатов исследования.** Данные исследований предоставлены в департамент здравоохранения Тюменской области, в общественную организацию «Спасение Югры» Ханты-Мансийского автономного округа Югры. Результаты работы внедрены в учебный процесс кафедры терапевтической стоматологии Уральской Государственной медицинской академии

#### **Апробация материалов диссертации**

Результаты работы доложены на: городской научно - практической конференции (г. Тобольск, 2009г.); окружном съезде оленеводов ХМАО-Югры (г. Ханты-Мансийск, 2010); десятом съезде общественной организации «Спасение Югры» (г. Ханты-Мансийск, 2011); всероссийском конгрессе стоматологов, (г. Екатеринбург, 2011); областной стоматологической конференции (г. Тюмень, 2011).

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний у коренного малочисленного населения Ханты – Мансийского округа – Югры высокая.

2. На состояние стоматологического здоровья жителей коренного малочисленного населения Ханты – Мансийского округа – Югры влияют изменения традиционного образа жизни и характера питания, стрессогенные нагрузки социального характера, поведенческие стереотипы в области личной гигиены полости рта и отсутствие установки на его сохранение.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 6 научных работ, их них 2 статьи в журналах, рекомендованных ВАК России.

**Структура и объем работы.**

Диссертация состоит из введения, 7 глав, вывода, указателя цитируемой литературы, приложения. Работа изложена на 179 страницах, включает библиографический список из 141 источника, 1 рисунок, 141 таблицу.

## **ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

### **1.1. Эпидемиология основных стоматологических заболеваний**

Эпидемиологические исследования являются исходной базой для планирования и организации профилактических программ.[58, 64]

Зубочелюстная система одна из наиболее подверженных патологиям систем организма.

Согласно номенклатуре ВОЗ для оценки поражённости зубов кариесом используют следующие показатели:[60]

1. Распространённость заболевания.
2. Интенсивность поражения зубов кариесом.

Распространенность основных стоматологических заболеваний (кариес, заболевания пародонта) зависит от различных факторов и достигает 100%, аномалий и деформаций – 60 % .[24,22,24,46,56,62,59,75,96,128]

Кариес зубов является наиболее часто встречающимся стоматологическим заболеванием. Интенсивность кариеса оценивают (в зависимости от возраста) по индексам КП, КПУ, сочетание КПУ и КП зубов при сменном прикусе. Для получения более наглядной клинической картины интенсивности рекомендуется использовать индексы КПУ и КП поверхностей. Нуждаемость в лечении определяется с помощью анализа отдельных компонентов КП и КПУ. [23,24]

Результаты многочисленных исследований демонстрируют, что интенсивность стоматологических заболеваний среди населения России высока. [2,4,5,8,9,17,19,29,31,32,45,51,65,68,72,86]

Эпидемиологическое обследование в различных регионах России свидетельствуют о достаточно раннем возникновении кариеса зубов.

Группой специалистов [96,97] было проведено национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование по критериям ВОЗ в 2007-2008 г.г., было охвачено 55 391 человек, проживающих в 47 субъектах РФ. Было обследовано население возрастных групп (6, 12, 15, 35-44, 65 лет и старше) в 230 районах – 160 городских и 70 сельских. [96,97]

Результаты исследования свидетельствуют о массовой распространенности кариеса во всех возрастных группах. В возрасте 6 лет распространенность кариеса временных зубов составила 84% при показателе интенсивности 4,78, распространенность кариеса постоянных зубов 13% при интенсивности 0,30. У детей 12 лет распространенность кариеса 72% при интенсивности 2,51. Дети 15 лет имеют распространенность кариеса 82% при интенсивности 3,81. При этом количество удаленных зубов увеличивается с возрастом, так у 6-ти летних детей показатель «У» 0,00, у детей 12-ти лет данный показатель составляет 0,04, а у детей 15-ти лет число удаленных зубов составило 0,09. Кариес зубов у 6-ти, 12-ти и 15-ти летних детей составил 0,20; 1,17; 1,57 соответственно. Количество пломбированных зубов у 6-ти, 12-ти и 15-ти летних детей составило 0,10; 1,30; 2,15 соответственно. [96,97]

При сравнении показателей заболеваемости кариесом крупнейших городов и сельских населенных пунктов нет существенных отличий, связанных с местом проживания. Несколько более низкие показатели у детей, проживающих в мегаполисах, возможно, свидетельствуют о большей доступности стоматологической помощи в этих населенных пунктах. Однако, несмотря на более высокий уровень медицинского обслуживания, часто неблагоприятные экологические факторы, действующие в крупных городах, оказывают негативное влияние на здоровье детей и взрослых, в том числе стоматологическое. [96,97]

При обследовании твердых тканей зубов у детей КМНС Сургутского района ХМАО-Югры в 2008-2009 году выявлено, что распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний увеличивается с возрастом. Распространенность кариеса зубов у школьников г.Сургута и у воспитанников школ-интернатов составляет 93-95% при интенсивности 4,6.

Результаты обследования детей г.Нягани за 2008-2009гг. показывают, что распространенность кариеса колеблется в пределах 85-92%.

Обследования Мезенского района Архангельской области, характеризующиеся низкой плотностью населения (0,4 чел/кв.км.) и являющейся территорией экологического риска (ракетно-космическая деятельность), показывают интенсивность кариеса у 12-ти летних детей 4, у 15-ти летних 5.

Распространенность кариеса у взрослого населения по России 34-44 и 65 и старше составляет 100% соответственно, при интенсивности 22,71. При этом с возрастом увеличивается показатель «У» с 4,75 до 18,13. Количество лиц, с полным отсутствием зубов в старшей возрастной группе составило 14% [96,97].

Распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний в районах Крайнего севера можно посмотреть на примере г. Норильска. Распространенность кариеса составила 100% при интенсивности 12,8 с средним по трем возрастным группам (18,35,45лет). Наибольшее значение интенсивности кариеса достигает в возрасте 45-59 лет – 13,04. [29]

Обследования в 2010г. г. Усть-Илимска Иркутской области, характеризующегося суровыми общегеографическими факторами, показали? что распространенность кариеса у 6-ти летних составила 90,65% при интенсивности 4,43.

Обследования Мезенского района Архангельской области показывают у 20-34 летних и 35-50 летних интенсивность кариеса 15 и 16,5 соответственно. [87]

Помимо кариеса, значительное место в структуре стоматологической патологии занимают некариозные поражения твердых тканей зубов. Некариозные поражения твердых тканей зубов представляют собой не очень многочисленную, однако разнообразную по клиническому проявлению и происхождению группу заболеваний. Большинство из них изучены недостаточно, что затрудняет проведение лечения и особенно профилактики.

По мнению некоторых авторов [27,29,36,74,114], гипоплазия твердых тканей зуба возникает в результате нарушения как формирования эмали

энамелобластами (клетками-строителями эмали), так и ослабления процесса минерализации эмалевых призм. Недоразвитие эмали при гипоплазии необратимо, гипопластические дефекты не претерпевают обратного развития и остаются на эмали зубов на весь период жизни. Часто гипоплазия эмали сопровождается нарушениями строения дентина и пульпы зуба. Гипоплазия наблюдается на молочных и постоянных зубах, но гипоплазия молочных зубов встречается реже. Обусловлено это сроками формирования зубов. [80,77]

Некариозные поражения зубов широко распространены среди населения России и других стран. [87] Средние показатели распространенности данной патологии колеблются от 10% до 23% у лиц, не занятых в профессионально вредных производствах. При этом повышенное стирание составляет 9,2%-18,0%, эрозии-0,9%-2,6%, клиновидные дефекты-2,6%-5,0%, различные формы гипоплазии-1,9%-4%. Распространенность флюороза 30,0%-90,0% в различных эндемических районах [87]. Распространённость некариозных поражений постоянных зубов у детей 12-ти лет Мезенского района составила 42,4%. У 30,3% детей данного района определялись системные формы гипоплазии с поражением всех имеющихся зубов. Аналогичная ситуация прослеживается в возрастной группе 15-ти лет: распространенность гипоплазии зубов 51,3%. [87]

Флюороз - эндемическое (характерное для климата-географического региона) заболевание, обусловленное интоксикацией фтором, возникающее в результате потребления питьевой воды с повышенным содержанием фтора. Одним из наиболее ранних признаков флюороза является поражение зубов.[27,29,36,74,73]

Точный механизм возникновения флюороза еще до конца не изучен. Более обоснованно следует считать представление о гематогенном (через кровь) токсическом действии фтора на энамелобласты (клетки - строители эмали) в период развития зубов, приводящем к неправильному формированию эмали. По данным большинства авторов, распространенность

флюороза зубов среди населения эндемических очагов нарастает в соответствии с увеличением концентрации фтора в воде (табл.1)

**Таблица 1**

**Распространенность флюороза зубов  
при различной концентрации фтора в воде.**

<b>Содержание фтора в воде, мг/л</b>	<b>Пораженные зубы флюорозом, %</b>
0,8 - 1,0	10 - 12
1,0 - 1,5	20 - 30
1,5 - 2,5	30 - 40
Свыше 2,5	Более 50

На территории России флюороз встречается в Московской области (Коломна), Тверской, Тамбовской и других областях. [4,5]

На основании клинических наблюдений установлено, что оптимальным содержанием фтора в питьевой воде является 1 мг/л, при такой концентрации редко наблюдается флюороз (или проявляется в виде легкой формы) и имеет место выраженный противокариозный эффект.

Следующей медико-социологической проблемой являются болезни пародонта. [2,15,25,34,38,39,44,69,98,105,120,131,121,122]

По данным национального эпидемиологического стоматологического обследования по критериям ВОЗ в 2007-2008 г.г. признаки воспаления тканей пародонта выявлены более чем у 40% 15-летних подростков и 80% лиц 35-44 лет, из которых 16% имеют развившиеся стадии воспаления – пародонтальные карманы разной глубины. [96,97]

Результаты исследования свидетельствуют о массовой распространенности заболеваний пародонта во всех возрастных группах.[2,4,5,96,97]

При анализе распространенности воспалительных заболеваний пародонта наибольшие различия (на 14-16%) наблюдаются у детей, проживающих в крупных городах и сельской местности. [96,97]

Здоровый пародонт у детей 12-15 лет составляет 66-59%, кровоточивость десен 23% и 22%. Отложения зубного камня у детей 12-15 – ти лет распространен у 11% и 19% соответственно. [96,97]

В возрастной группе 35-44 лет распространенность заболеваний пародонта осталась высокой – более 80%, процент обследованных с развившимися формами воспаления (пародонтальными карманами) составляет 71% , процент обследованных с зубным камнем составляет 46%. [96,97]

В возрастной группе 65 лет и старше у более четверти обследованных в 2008 году не представлялось возможным регистрировать состояние тканей пародонта из-за отсутствия зубов. [96,97]

При обследовании детей КМНС Сургутского района ХМАО-Югры в 2008-2009 году, выявлено, что распространенность заболеваний тканей пародонта составляет 60,85 %.

В г. Норильске распространенность заболеваний пародонта у детей 18-34 лет 97,2%, у взрослых 35-44 лет 97,2%, у 45-59 летних 98,2%.

Значительное место занимают зубочелюстные аномалии различной степени тяжести. [31,65,83,91,108,129,130]

Анализ структуры зубочелюстной патологии, выявленной при проведении осмотров детей в общеобразовательных учреждениях в г. Челябинске 2009г., показал, что значительная часть патологии приходится на патологию прикуса – 52,76%; 20,4% - аномалии зубов. [91]

Особое место среди стоматологических заболеваний занимают болезни слизистой оболочки полости рта (СОПР). [77,85,110,123]

Слизистая оболочка полости рта является местом воздействия различных внешних (механические, физические, биологические - микроорганизмы) и внутренних (реактивность организма, генетические



особенности, состояние иммунитета, сопутствующие заболевания) факторов [6,77]. Распространенность поражений слизистой оболочки полости рта зависит от времени года (герпес) и от распространенности заболеваний, которым они сопутствуют. Системные эпидемиологические исследования этой патологии практически не проводились. Имеются лишь работы по обследованию отдельных групп населения и изучению структуры заболеваемости по обращаемости.

Было проведено обследование слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (СОПР) в Дзержинском районе г. Волгограда у 331 ребенка в возрасте 10 лет, у 215 детей в возрасте 12 лет и у 124 подростков в возрасте 14-15 лет. Обследование проводили в осенне-зимний период.

Авторы [6,77,85] отметили:

- заболевания СОПР довольно часто встречаются у детей, причем отмечается неуклонный рост данных заболеваний в течение пубертатного периода (от 31,1% в 10-летнем возрасте до 61,3% в 14-летнем);
- самым распространенным заболеванием СОПР у детей в пубертатном периоде является атопический хейлит. Отмечается рост данного заболевания в течение всего периода наблюдения;
- распространенность хронического герпетического стоматита имеет тенденцию к увеличению в период с 10 до 12 лет, затем роста заболеваемости не отмечается;
- распространенность хронического рецидивирующего афтозного стоматита, симптоматических глосситов и стоматитов остается примерно одинаковой в течение изучаемого периода.

Распространенность заболеваний СОПР увеличивается с возрастом людей и имеет тенденцию трансформироваться в злокачественные опухоли. По данным Министерства здравоохранения РФ, в 2000 г. из 328 случаев злокачественных образований рак полости рта и губ был соответственно 8,7 и 2,8 случаев на сто тысяч населения. Хотя в некоторых странах наблюдается более высокая заболеваемость, например, в Дании — 35, США — 60, Индии

— 170 случаев рака полости рта на 100 тыс. населения. Однако следует учесть, что в РБ и СНГ нарастает распространенность факторов риска злокачественных образований, таких как курение и злоупотребление алкоголем.

В Беларуси распространенность заболеваний СОПР составила от 41,2% в возрастной группе 55-64 года до 48,4% в возрастной группе старше 75 лет. Наиболее часто встречались лейкоплакия и кандидоз слизистой оболочки полости рта. [45]

В Мезенском районе у детей 12-ти и 15-ти лет распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта составило 75,7%, 53,9% соответственно. У взрослых 20-34 летних и 35-50 летних распространенность заболеваний составила 58,8%, 61,2% соответственно.

Результаты исследования в Мезенском районе показали, у детей и подростков преобладали заболевания губ, достаточно часто регистрировался эксфолиативный и glandулярный хейлит. У 4,6% 12-летних и 3,8% 15-летних детей были обнаружены atopические формы воспаления губ. По мнению исследователей, распространенность аллергических заболеваний является критерием оценки экологического неблагополучия. [87]

В старших возрастных группах у жителей Мезенского района, помимо опухолевых образований, которые были выявлены у 11,8% населения в возрасте 20-34 года и 6,5% - в возрасте 35-50 лет, также определялись гиперпластические изменения слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей (у 29,4% и 28,7% населения указанных возрастных групп соответственно).

Заболевания ВНЧС относятся к распространенным патологическим процессам [1,7,10,18,47,53,93,124,132]

В настоящее время наиболее часто встречаются такие заболевания ВНЧС, как артрит (острый и хронический), артроз, анкилоз, вывихи, подвывихи, новообразования, а также симптомокомплекс дисфункции ВНЧС, который может сопровождаться болью в области сочленения,

связанной с движением нижней челюсти, ощущением напряженности и стягивания по ходу жевательных мышц, шумовыми явлениями, такими как щелчки, треск, хлопанье при открывании и закрывании рта, зигзагообразными движениями нижней челюсти при открывании и закрывании рта, дискоординацией движений суставной головки и суставного диска на фоне психофизиологических процессов или окклюзионных нарушений. [7,10,18]

Неполадки в работе ВНЧС встречаются у 25–65% людей. Причем на долю дисфункции приходится более 80% от всех заболеваний сустава, включая вывих, перелом, инфекционный или неинфекционный артрит и артроз. Страдают этим нарушением люди всех возрастов, даже дети, но, далеко не все обращаются за медицинской помощью.

Крупномасштабные многоцентровые эпидемиологические обследования коренного малочисленного населения в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре не проводилось.

## **1.2. Уровень стоматологической помощи и нуждаемость населения в основных её видах.**

Улучшение качества стоматологической помощи [95] населению является как медицинской, так и не менее значимой социальной и экономической проблемой. Если медицинское значение улучшения качества стоматологического лечения общепонятно - снижение числа осложнений, улучшение состояния полости рта, сохранение здоровья, то социальные и экономические аспекты проблемы менее известны. Они заключаются в уменьшении числа визитов к врачу, снижении числа случаев повторного лечения, повышении производительности работы стоматолога, снижении экономических затрат на каждого больного в расчете на длительный период времени.

В условиях рыночных отношений проблема качества стоматологической помощи остается центральной. Самое важное, что в

стоматологическом сообществе появляется все большее понимание возможностей не только влиять на качество стоматологической помощи населению, но и управлять им, а также регулировать различные аспекты этой проблемы. Такое понимание приходит постепенно, путем осознания роли профессионального управления специальностью, в рамках которого находится 60~80 % возможностей активного влияния и регуляции качества стоматологической помощи, и лишь меньшая часть таких возможностей имеется в секторе административного управления стоматологией. [95]

Оценка качества стоматологической помощи осуществляется с помощью группового индекса уровня стоматологической помощи (УСП). [59,61]

Данный показатель различается в разных регионах России от 12 % в Восточно-Сибирском регионе до 66 % - в Северо-Европейском. [96,97]

Отмечается зависимость уровня стоматологической помощи от возраста обследуемых.

Правильной оценке показателей стоматологической заболеваемости и потребности населения в стоматологической помощи способствуют регулярные эпидемиологические обследования возрастных групп населения (6,12,15,35-44,65 лет и старше).

Метод обследования, предложенный Всемирной Организацией Здравоохранения, подходит для всех регионов и позволяет планировать мероприятия по профилактике, и лечению независимо от уровня стоматологической заболеваемости. [12]

Для регистрации стоматологического статуса при проведении массовых эпидемиологических обследований населения используют карту для оценки стоматологического статуса (ВОЗ, 1995). [12,56]

### **1.3. Факторы, влияющие на стоматологическую заболеваемость**

При изучении аспектов стоматологического здоровья исследователи проводят комплексные клинические и медико-социальные наблюдения, в

которых учитывается влияние как можно большего числа факторов, их взаимосвязь и ранговая оценка каждого из них.

Многочисленные исследования [13,56,58,79] позволяют выделить влияние основных факторов, обуславливающих высокую стоматологическую заболеваемость человечества и роль в их возникновении цивилизации общества:

1. Изменения в питании.
2. Состояние окружающей среды и, состав питьевой воды.
3. Редукция зубочелюстной системы

**Изменения в питании** (состава, приготовления, способа потребления пищи и очищения полости рта): развитие способов термической обработки различного вида пищи; размельчение, размягчение пищи; появление «концентрированной» пищи (сушеное мясо, копчение, сушение овощей и фруктов, сгущение продуктов, соление, маринование продуктов, мука, сахар и др.); появление новых, не известных ранее видов пищи (сахар и сахаропродукты). Особенностью сахара (сахарозы) как пищевого продукта или важного ингредиента пищи является его способность к метаболизму уже в полости рта, так как в ней имеется полный набор ферментов гликолиза, преимущественно бактериального происхождения, способных быстро метаболизировать сахар пищи до конечных продуктов – органических кислот (молочная, пировиноградная). Другие пищевые продукты не могут метаболизироваться во рту, где происходит только их подготовка к этому процессу (формирование пищевого комка) [60].

В связи с изменением состава пищи начали развиваться и вредные привычки, связанные с ними:

1. Развитие жевательной лености - снижение нагрузки на зубочелюстную систему (стремление выбирать пищу, не требующую длительной пищевой и жевательной переработки).
2. Перекусы вне основных приемов пищи сахаросодержащими продуктами.

### 3. Употребление десертов как последнего блюда или вне основных приемов пищи.

Большое значение имеет также и экономический фактор, так как получение, стоимость и объем производства сахаросодержащих продуктов, хлеба и круп были наиболее выгодны, недефицитны и постепенно составили основную часть рациона человечества.

Кариес является типичной болезнью цивилизации, и его развитие связано с изменением характера питания и пищи человека и внедрением в его состав нетипичного продукта – сахара, к потреблению и негативным последствиям которого современный человек оказался неприспособленным.

Вторым важнейшим фактором, влияющим на состояние зубов и их подверженность кариесу и другим стоматологическим заболеваниям, является **состояние окружающей среды и, состав питьевой воды**. Влияние связано с содержанием в ней одного из важных биоэлементов – фтора [79,89].

Фтор "притягивает" другие минералы (например, кальций), и это приводит к восстановлению минеральной структуры зубной ткани. Для того, чтобы этот процесс начался, в слюне должно быть достаточное количество фтора.[79,115]

Фтор повышает сопротивляемость зубов кариесу. Минералы, образующиеся в зубе в процессе реминерализации, оказываются "тверже", чем те, которые зуб изначально имел в своей ткани.

Исследования показали, что фтор снижает степень выделения кислот бактериями, обитающими в зубном налете. Это происходит потому, что фтор проникает в бактерию и лишает ее возможности переваривать сахар. [115,133,134]

Важны некоторые дополнительные аспекты роли фторида в профилактике кариеса зубов. Если женщина при беременности потребляет воду с нормальным содержанием фторида или путем его дополнительного введения с комплексами минералов, паст и др., то в зачатках зубов

закладывается эмаль с нормальным содержанием фторида в виде гидроксифторапатита. С учетом чрезвычайно низкой скорости полубомена эмали (около 300 суток), закладка такой эмали фактически гарантирует получение у младенца зубов с повышенной резистентностью к кислоте к кариесу, сохраняющейся на протяжении ряда лет после их прорезывания. В этом состоит особенная защитная роль фторидов, попадающих в организм беременных женщин. [79,89].

С учетом доказанности роли фторидов в патогенезе кариеса, Всемирная Организация Здравоохранения после длительного и серьезнейшего изучения рекомендовало искусственное фторирование воды с пониженным содержанием фторида в качестве доказанного действенного, экономически доступного метода профилактики кариеса. Созданы специальные автоматические системы фторирования воды, широко используемые в мире [11].

Фторированную воду в мире потребляет около 500 млн. чел, в том числе 50% населения США. В результате этого во многих странах мира пораженность кариесом зубов снизилась в разы, например в США, Финляндии и в других странах кариесом в 12 лет у одного ребенка поражено в среднем не более 0,5-1,0 зуба. Не менее 600 миллионов людей на Земле используют для профилактики кариеса фторид-содержащие пасты со столь же ярким профилактическим эффектом. [64]

В Москве фторирование воды проводилось в Краснопресненском районе. Заболеваемость кариесом в этом районе по данным ЦНИИ стоматологии снизилось до 2,0-3,0 зубов на 1 ребенка в 12 лет, в то время как в остальных районах Москвы она превысила 4,5.

Вместе с тем, хорошо известен и изучен отрицательный эффект загрязнения внешней среды и производства фторидами. В основном, это происходит на предприятиях, выпускающих алюминий. Атмосфера вокруг этих заводов серьезно загрязнена фторидами, широко используемых в этом производстве. Загрязнение воздуха, питьевой воды приводит к флюорозу

костей, зубов у населения этих регионов, что серьезно ухудшает здоровье населения. Такие явления наблюдают повсюду, где имеются соответствующие производства.[45] К сожалению, проблема снижения фторидов питьевой воды надежно не решена, что приводит к флюорозу в ряде районов с повышенным содержанием фторидов в питьевой воде (г. Коломна, г. Щукинск, г. Мончегорск и др.).

Наконец, третьим и очень важным фактором развития стоматологической патологии у современного человека явилась **редукция зубочелюстной системы**, происходящая на протяжении многих тысячелетий и продолжающаяся сейчас [23,27,37,57]

Рост мозга, переход к прямохождению, изменения в питании явились основными факторами редукции зубочелюстной системы у человека, которая началась миллионы лет назад и еще продолжается.

Рост мозговой части черепа и прямохождение привели к уменьшению лицевой части черепа, уменьшению челюстей, изменению их размеров, формы, морфологии. Процесс редукции зубочелюстного аппарата происходил с различной скоростью в разных частях Земли и по-разному у лиц различных национальностей и рас.

Естественно, что уменьшение размеров челюстей, их сужение, изменение формы, размеров альвеолярных отростков не могут быть безразличными для состояния зубов, пародонта и зубочелюстного скелета. Зубы являются более архаичной и менее подвижной структурой, чем челюсти, и они изменяются гораздо медленнее, что ведет к диспропорции размеров челюстей и зубов.

Важнейшее значение для развития патологии зубочелюстной системы для всех основных стоматологических заболеваний – кариеса зубов, болезней пародонта и аномалий имеет уменьшение места для зубов, повышение тесноты их расположения, ухудшение условий для роста, развития и самоочищения пародонта и полости рта в целом.[28]



Несомненно, что этот фактор не может не влиять на закладку, рост и развитие зубных зачатков, на прорезывание зубов. В связи с физической нехваткой места для этих процессов (в пределах 15-30%), резко ухудшаются условия для полноценного обеспечения зачатков и зубов кровоснабжением, лимфотоком, иннервацией, что неизбежно отражается на «качестве» зуба как органа – на его минерализации, морфологии, резистентности, способности противостоять вредным факторам. Таким образом, в результате процесса редукции постепенно нарастают условия развития и функционирования зубов, не обеспечивающие оптимальный режим их работы.

Такая же ситуация складывается и с пародонтом, развитие и функционирование которого происходит тоже в неоптимальных условиях, что приводит к резкому увеличению его подверженности заболеваниям, снижению резистентности к неблагоприятным воздействиям внешней и внутренней среды.[8]

Причиной зубочелюстных аномалий также могут быть эндогенные и экзогенные факторы.[51]

**Эндогенные причины** зубочелюстных аномалий включают в себя две группы – *генетические факторы и эндокринные факторы*. Ребенок наследует различные признаки и особенности строения зубочелюстной системы от родителей. При чем комбинация наследуемых генов может быть различной. Иногда она является причиной зубочелюстных аномалий. Например, у мамы и папы зубочелюстная система без выраженной патологии. Но ребенок унаследовал крупные зубы от мамы и узкую челюсть от папы. В результате будет дефицит места, и зубы будут располагаться скученно, неровно. Кроме того, следует отдельно упомянуть о наследуемых генетически пороках развития лицевого скелета (например, врожденная расщелина твердого неба, болезнь Шершевского, дизостозы, а также наследующиеся нарушения развития эмали зубов, дентина). По наследству передаются и аномалии размера челюстей (макрогнатия – большая челюсть, микрогнатия – недоразвитие челюсти).

В развитии растущего ребенка огромное значение имеет эндокринная система. Нарушения в ее работе сказываются, в том числе, и на зубочелюстной системе. Например, при гипотиреозе (снижение функции щитовидной железы) происходит задержка развития зубов и челюстей (задержка прорезывания зубов, множественная гипоплазия эмали, частичная или полная адентия и др.). Врожденный гипертиреоз также неблагоприятно сказывается на развитии лицевого скелета и зубов. При повышенной функции щитовидной железы происходит западение средней и нижней трети лица, что связано с задержкой роста челюстей. Наряду с этим нарушается функция жевательных мышц.

**Экзогенные причины** зубочелюстных аномалий различны. Они могут воздействовать как во время внутриутробного периода, так и после рождения ребенка. Во время развития плода очень важную роль играет окружающая беременную женщину среда – экология, содержание в питьевой воде фтора, содержание в пище необходимых витаминов и минералов, прием каких-либо лекарственных препаратов. Все это может привести к нарушению закладки зубочелюстной системы плода. Токсикозы, курение, стрессовые ситуации, вирусные заболевания (корь, краснуха) также приводят к зубочелюстным аномалиям.

Различная патология со стороны лицевого скелета может развиваться и после рождения ребенка под действием внешних факторов. Основные из них – искусственное вскармливание ребенка, заболевания детского возраста (рахит), недостаток витаминов, минералов, поступающих с пищей и водой, затрудненное носовое дыхание, вредные привычки ребенка (сосание пальца, подкладывание руки под щеку во время сна), функциональная недостаточность жевательных и мимических мышц.

Среди эндогенных факторов риска возникновения зубочелюстных аномалий на долю генетических приходится не менее 25 % и примерно столько же – на долю эндокринных факторов (гипо- и гипертиреозы, гипокортицизм, недостаток гормонов роста).

Среди причин, способствующих появлению зубочелюстных аномалий после рождения, выделяют ротовое дыхание, короткую уздечку верхней губы, вредные привычки (длительное употребление соски, сосание пальцев у детей в период прорезывания зубов) .

Чтобы обеспечить правильное формирование зубочелюстной системы ребенка, должны быть созданы соответствующие условия: грудное вскармливание до одного года, соблюдение режима питания, назначенного педиатром.

До настоящего времени нет унифицированных методических подходов к выявлению и регистрации зубочелюстных аномалий, недостаточно разработаны конечные цели профилактики и критерии оценки эффективности. В связи с этим, отсутствуют тенденции к снижению данной патологии [57]

Описанные выше факторы неизбежно ведут к повышению ряда аномалий и дефектов развития зубных рядов, челюстей, прикуса, что мы в действительности наблюдаем у 40-60% населения.

Наряду с другими факторами – изменением диеты, потреблением сахара, снижением резистентности зубов из-за недостатка фторидов и др. – это делает зубочелюстную систему человека «заложником» неблагоприятных условий ее развития и функционирования.

Отдаленные северные регионы, районы Крайнего севера имеют крайне неблагоприятные сочетания ряда природных, биологических и социальных факторов, резко отражающихся на здоровье населения, в том числе на стоматологической заболеваемости. В этих регионах вода практически не содержит фтора, и в ней очень мало солей кальция. В связи с коротким полярным летом совершенно недостаточен уровень природной инсоляции, что ведет к подверженности рахиту, деформациям зубов и челюстей. [40,41,43,76,94]

Отсутствие природных витаминов, минеральных солей еще более усугубляет ситуацию, что в итоге создает крайне неблагоприятные условия

для развития детей и для здоровья пришлого населения. Немалую отрицательную роль играет и дефицит кальция в этих регионах из-за отсутствия местного молока, овощей, фруктов, повышенной доли привозных продуктов, консервов в питании и т.д. [40,41]

В виду роста социально - экономического благополучия коренных народов Севера и утраты устоев привычного образа жизни, а также отсутствия стоматологического просвещения в вопросах профилактики основных стоматологических заболеваний в регионах отмечается рост стоматологической заболеваемости. [60]

До 1960 г. народности Севера, жили привычной для них жизнью, мало изменившейся за предыдущие столетия. Основой их пищевого рациона была рыба (в том числе сырая и вяленая), оленина, грибы, ягоды, немного хлеба, жирное мясо и жир тюленей и других морских животных. Проведенное в 1950-60 годах исследование у них зубочелюстной системы показало почти полное отсутствие кариеса зубов и некоторые особенности их морфологии.

Дальнейшие наблюдения за ними на протяжении 40-50 лет показало у этого народа появление и агрессивное течение кариеса зубов, увеличивающееся с каждым годом. К 2000 году северные народы вплотную приблизилась к уровню заболеваемости кариесом пришлого населения.

Для таких регионов необходимо изучение стоматологического здоровья, принятие специальных мер для коррекции вредного влияния различных факторов на здоровье и анализа взаимосвязи стоматологических заболеваний с факторами риска их развития.

### **1.3.1. Климатогеографическая характеристика обследуемого региона**

Ханты-Мансийский автономный округ расположен в срединной части России. Он занимает центральную часть Западно-Сибирской равнины. Площадь округа составляет 534,8 тыс.кв.км. (рис.1.) На севере округ граничит с Ямало-Ненецким автономным округом, на северо-западе с - Республикой Коми, на юго-западе со Свердловской областью, на юге - с

Тобольским и Уватским районами Тюменской области, на юго-востоке и востоке - с Томской областью и Красноярским краем.



Рис.1 Карта ХМАО-Югры

В состав округа входят:

9 районов (Белоярский, Берёзовский, Кондинский, Нефтеюганский, Нижневартовский, Октябрьский, Советский, Сургутский, Ханты-Мансийский);

16 - городов

Рабочих поселков - 244

Сельских администраций - 70;

Сельских населенных пунктов - 173.

Югра относится к числу северных регионов Российской Федерации. Территория характеризуется как природно-экстремальная зона, предъявляющая повышенные требования к приспособительным возможностям организма человека. К жестким климатическим условиям северной территории относят продолжительную и суровую зиму, короткое холодное лето, флуктуацию параметров погодных условий (температуры,

влажности, давления), резкое нарушение обычной для умеренного климата фотопериодичности, тяжелый аэродинамический режим и др. [137,138,136]

Климат округа умеренный континентальный, характеризующийся быстрой сменой погодных условий, особенно осенью и весной, а также в течение суток. На формирование климата существенное влияние оказывает защищённость территории с запада Уральским хребтом, а также открытость с севера, способствующая беспрепятственному проникновению холодных арктических масс. Немаловажную роль играет равнинный характер местности с большим количеством рек, озёр и болот.

Зима суровая и продолжительная с устойчивым снежным покровом, лето короткое и сравнительно тёплое. Для переходных сезонов (весна, осень) характерны поздние весенние и ранние осенние заморозки. Средняя температура января по округу колеблется в пределах - 18-24С. Наиболее низкие температуры воздуха (до -60-62С) были зарегистрированы в долине реки Вах в Нижневартовском районе.

Продолжительность периода с отрицательной температурой воздуха может достигать 7 месяцев, с октября по апрель; с устойчивым снежным покровом - 180-200 дней - с конца октября до начала мая. До середины июня нередки заморозки. Самый тёплый месяц июль характеризуется средними температурами от 15,0С (на северо-западе) до 18,4С (на юго-востоке). Абсолютный максимум достигает 36С. Годовая продолжительность солнечного сияния по округу составляет 1600-1900 часов, в Ханты-Мансийске - 1765 часов (для сравнения: в Санкт-Петербурге - 1563, Курске - 1775, Киеве - 1843 часа).

Летом преобладающее направление ветра северное, в отличие от зимы, когда чаще наблюдается южный ветер. Годовое количество осадков - 400-620 мм. Высота снежного покрова от 50 до 80 см. Максимум осадков приходится на тёплое время года. Даже при сравнительно небольшом их количестве величины испарения весьма незначительны, в результате чего вся территория региона располагается в зоне избыточного увлажнения.

Нами выбраны для обследования районы ХМАО-Югры:

- Березовский район
- Сургутский район
- Ханты-Мансийский район
- Нижневартовский район

Березовский район находится на северо-западе Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.

Климат района резко континентальный, характеризуется быстрой сменой погодных условий, особенно в переходные периоды - от осени к зиме и от весны к лету. [136]

Сургутский район находится в центральной части Ханты-Мансийского автономного округа Югры. Площадь его территории составляет 105, 5 тысяч квадратных километров. Климат района резко-континентальный, его отличают высокая влажность в весенне-летний и осенний периоды, интенсивная циркуляция воздушных масс: летом преобладают северные ветры, в остальное время - южные и юго-западные.[136]

Ханты-Мансийский район находится в центральной части ХМАО-Югры. Территория района подвергается воздействию континентального климата. [136]

Нижневартовский район занимает северо-восточную часть Ханты-Мансийского автономного округа, занимает площадь 117,3 тысяч кв.км., Нижневартовский район расположен в зоне континентального климата. [136]

### **1.3.2. Социально-демографическая характеристика обследуемого региона**

На 1 января 2011 года численность постоянного населения Югры составила 1536,8 тыс. человек (табл.2).

Ханты-Мансийский автономный округ является исторической родиной коренного (аборигенного) населения, которое представлено тремя небольшими по численности народностями. Это ханты, манси и лесные

ненцы. Представители других малочисленных народов Севера (селькупы, эвенки, саамы, шорцы), проживающие в автономном округе представляют менее 2% общей численности коренных народов. Общая численность КМНС составляет около 1,5 % от общего числа населения округа. [139]

Таблица 2

**Численность постоянного населения на 1 января 2011 года**

<b>Наименование района</b>	<b>Численность, тыс.чел.</b>
Нижневартовский район	447306
Сургутский район	481034
Советский район	82149
Нефтеюганский район	209943
Кондинский район	73894
Октябрьский район	87267
Ханты-Маснийский район	99239
Белоярский район	30140
Березовский район	25747
<b>Всего</b>	<b>1536719</b>

Берёзовский район - место компактного проживания народа манси, одно из самых крупных по численности коренного населения в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре. Коренное население (ханты, манси, ненцы) составляет около 25 % населения района.

В настоящее время в Сургутском районе проживает около 3000 представителей малочисленных народов Севера: из них 2800 - ханты, остальные - манси и ненцы.

В Ханты-Мансийском районе проживает около 1,5 тыс представителей малочисленного коренного населения Севера.

На территории Нижневартовского района проживает более 2-х тысяч коренной национальности - ханты, ненцы, манси.



Несмотря на напряженную санитарно-эпидемиологическую обстановку в автономном округе, демографические показатели имеют положительную динамику как общей численности населения округа, так и коренного малочисленного населения Севера (табл.3). Несмотря на небольшую численность населения, народы севера широко расселены на территории округа. [42]

Таблица 3

**Динамика численности населения ХМАО-Югры, тыс.чел.**

<b>Показатель</b>	<b>1989</b>	<b>2002</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>
Население, всего	1282,4	1442,2	1527	1536,9
В т.ч. КМНС	19,6	28,3	33	23,05
Удельный вес КМНС,%	1,5	2,0	2,2	1,5

Средняя продолжительность жизни общего населения составила для городского населения 68,5 лет, для сельского – 63,2 года при средней продолжительности жизни 67, 9 лет для населения округа в целом. Средняя продолжительность КМНС составляет 42 года. Одной из главных причин низкой продолжительности жизни КМНС является психическое нездоровье. С возникновение маргинальных групп коренного населения следует связывать рост пьянства и алкоголизацию народов Севера, также высокую смертность от несчастных случаев. [41,43,140].

Традиционные занятия коренного малочисленного населения Севера: рыболовство, охота и оленеводство.

Развитие промышленности в ХМАО-Югре накладывает глубокий отпечаток на жизнедеятельность коренного населения Севера. Произошло разделение труда среди коренного малочисленного населения Севера, одни продолжают заниматься традиционным хозяйством, другие уходят в нефтегазодобывающий комплекс.

### **1.3.3. Промышленная инфраструктура и экологическая ситуация в обследуемом регионе**

В последние десятилетия все в большей степени признается тот факт, что успех в области охраны и укрепления здоровья населения во многом зависит, помимо социальных и экономических факторов, от состояния окружающей среды, в которой живет нынешнее, и будет жить будущее поколение людей.

Округ является основным нефтегазоносным районом России и одним из крупнейших нефтедобывающих регионов мира.

Основными полезными ископаемыми являются нефть и газ. Наиболее крупные месторождения нефти и газа - Самотлорское, Федоровское, Мамонтовское, Приобское.

В округе добывается россыпное золото, жильный кварц и коллекционное сырье. Открыты месторождения бурого и каменного угля. Обнаружены залежи железных руд, меди, цинка, свинца, ниобия, тантала, проявления бокситов и др. Находятся в стадии подготовки к разработке месторождения декоративного камня, кирпично-керамзитовых глин, песков строительных.

Основные отрасли промышленности: нефтегазодобывающая - 86,3%, электроэнергетика - 5,5%, газоперерабатывающая - 3,3%, лесозаготовительная и деревообрабатывающая - 0,4%, производство строительных материалов - 0,4%. Объем добычи нефти за 2011г. представлен в таблице 4.

Округ занимает первое место среди субъектов Российской Федерации по добыче нефти и третье место по добыче газа. Более чем 30-летний период освоения месторождений нефти и газа в округе нанес существенный ущерб окружающей среде, в которой процессы самоочищения и самовосстановления происходят очень медленно. В водных и почвенных экосистемах снижены скорости биологических и химических преобразований, что приводит к значительному накоплению в них

химических компонентов. Большую значимость имеет загрязнение атмосферного воздуха выбросами предприятий различных отраслей промышленности округа. Одним из ведущих источников вредных веществ, загрязняющих воздух в округе, является нефтегазодобывающая промышленность, которая составляет 86,3% всех видов промышленности округа.

Таблица 4

**Добыча нефти по административным районам, тыс. т**

Район	Добыча нефти, тыс.т.
Белоярский	529,5
Кондинский	1705
Советский	3135,7
Октябрьский	9232,9
Нефтеюганский,	39810,2
<b>Ханты-Мансийский</b>	<b>45822,8</b>
<b>Нижневартовский</b>	<b>66348,1</b>
<b>Сургутский</b>	<b>95897,7</b>
Всего по округу	262482,0

Здоровье населения округа находится под постоянным воздействием характерных факторов риска, что приводит к формированию специфической региональной патологии. Среди причин, оказывающих негативное влияние на здоровье населения, до 30 % приходится на экологическую составляющую .[40]

Выполнение различных видов работ в промышленности сопровождается выделением в воздушную среду вредных веществ. Вредное вещество – это вещество, которое в случае нарушения требований безопасности может вызвать производственные травмы, профессиональные заболевания или

отклонения в состоянии здоровья, обнаруживаемые как в процессе работы, так и в отдаленные сроки жизни настоящих и последующих поколений.

Проникновение вредных веществ в организм человека происходит через дыхательные пути, а также через кожу и с пищей.

Основные выбросы, загрязняющие воздух, составляют формальдегиды, фенол, оксид и диоксид азота. [141] .

Речная сеть автономного округа включает около тридцати тысяч больших и малых рек общей протяженностью свыше 172 тыс. км. Основными водными артериями являются реки Обь и Иртыш, которые принимают крупные притоки: Обь - реки Вах, Аган, Тромъеган, Большой Юган, Лямин, Пим, Бол.Салым, Назым, Северная Сосьва, Казым; Иртыш - реки Конда и Согом. Высокая густота речной сети автономного округа определяет интенсивную водную миграцию веществ, в том числе и загрязняющих. Для рек автономного округа характерно высокое содержание железа и марганца, концентрации которых постоянно превышают установленные санитарно-гигиенические нормативы. По среднесуточным данным превышение ПДК этих веществ составляет для железа 10-30 раз, для марганца - 7-25 раз. Высокая концентрация железа и марганца обусловлена естественно-природными факторами и связана с геохимическими свойствами таежных ландшафтов и высокой заболоченностью водосборных территорий. За счет природного фона в некоторых створах также фиксируются повышенные концентрации меди и цинка. [141]

Содержание фтора в воде 0,1мг/л в среднем по округу. Содержание фтора в воде Нижневартовского и Ханты-Мансийского районов 0,1мг/л, Сургутского района 0,2мг/л, Березовского района 0,3мг/л.

В таблице 5 отражены выбросы загрязняющих веществ от стационарных источников загрязнения в Ханты-мансийском автономном округе. [141]

Таблица 5

**Выбросы загрязняющих веществ на территории ХМАО-Югры**

<b>Муниципальные Образования</b>	<b>Объем выбросов в 2010 г., тыс.т.</b>
<b>Ханты-Мансийский автономный округ – Югра</b>	<b>2129,428</b>
<b>Нижневартовский район</b>	<b>879,978</b>
<b>Сургутский район</b>	<b>441,956</b>
<b>Ханты-Мансийский район</b>	<b>155,033</b>
Нефтеюганский район	153,908
Белоярский район	184,227
Октябрьский район	169,685
Советский район	68,986
<b>Березовский район</b>	<b>47,695</b>
Кондинский район	27,945

При ведении мониторинга почв обязательному контролю подлежат: рН, органическое вещество, обменный аммоний, нитраты, фосфаты, сульфаты, хлориды, углеводороды (нефть и нефтепродукты), бенз(а)пирен, железо (общее), свинец, цинк, марганец, никель, хром, медь, токсичность. Для комплексной оценки почв по результатам измерений всех соединений рассчитывается индекс загрязнения почв - среднее из превышений ПДК или фона.

Результаты мониторинга свидетельствуют, что наибольший вклад в загрязнение почв на протяжении последних лет вносят углеводороды (нефть и нефтепродукты), хлориды и сульфаты. [141]

Качество поверхностных вод не соответствует нормативным требованиям, что определяется как природными особенностями территории, так и антропогенным воздействием (нефтегазодобывающего комплекса и жилищно-коммунальной деятельности). [137]

Западно-Сибирский нефтегазовый комплекс расположен в бассейне рек Оби и Иртыша, являющемся приемником различных стоков и смывов с поверхности территорий Средней Азии, Урала, Западной Сибири. На этих территориях осуществляется сброс сточных вод предприятий черной и цветной металлургии, химической, нефтехимической, нефтяной, угольной промышленности и сельского хозяйства, хозяйственно-бытовых стоков; не исключена возможность попадания в водоемы радиоактивных отходов. Более 30% от объема сбрасываемых в водные объекты сточных вод не проходят очистку. [141]

Почвы и почвенный покров автономного округа отличаются высокой обводненностью и сильной заболоченностью. Характерными свойствами почв являются повышенная кислотность, преобладание восстановительных условий в профиле, широкое распространение оторфованных и торфяных горизонтов.

Подземными источниками водоснабжения в регионе являются воды Четвертичного, Атлымского, Новомихайловского и Тавдинского водоносных горизонтов, залегающих на глубинах от 90 до 300м. При токсико-гигиенических исследованиях подземной воды в ней были обнаружены следующие вредные ингредиенты: метан, сероводород, углекислый газ, марганец, железо, природный аммиак. Железо в подземных водах существует как в окисной, так и в закисной формах. Средняя концентрация составляет 3,9 мг/л, что в 13 раз превышает гигиенический норматив. Концентрация азота аммиака изменяется от «не обнаружено» до 5,9 мг/л. Содержание фтора в подземных водах, как правило, ниже нормы. Содержание микрокомпонентов обычно соответствует гигиеническим требованиям (медь, цинк, мышьяк, свинец, бериллий и пр.); превышает норматив только марганец, содержание которого выше почти в 6 раз.

Около трети коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры использует для хозяйственно-питьевых нужд воду из колодцев и каптажей родников. При этом 41,0% проб воды из источников

децентрализованного водоснабжения не отвечают гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям и 13,6% по микробиологическим показателям. [141]

Неблагоприятное качество окружающей среды, рост влияния негативных факторов среды обитания на здоровье населения автономного округа, повышенный риск возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного характера, истощение природных ресурсов и деградация природных комплексов являются основными причинами угрозы экологической безопасности в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре.

Неблагоприятное состояние окружающей среды создает угрозу устойчивому развитию автономного округа. Особенно опасно загрязнение окружающей среды для территорий традиционного природопользования и компактного проживания коренных малочисленных народов Севера. [141]

Ханты-мансийский автономный округ - Югра имеет крайне неблагоприятные сочетания ряда природных, биологических и социальных факторов, резко отражающихся на здоровье населения, в том числе на стоматологической заболеваемости. [55,84,92]

## **ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

### **2.1. Организация эпидемиологического обследования**

Эпидемиологическое обследование проводилось в несколько этапов:

1. Определение задачи исследования.
2. Организация эпидемиологического исследования.
3. Проведение исследования.
4. Первичная обработка полученных данных.
5. Анализ и оценка результатов исследования.

При организации эпидемиологического исследования были проведены следующие мероприятия:

- выбор территорий проведения исследования;
- определение сроков экспедиций;
- согласование проведения эпидемиологического исследования выбранных территорий с органами окружного и муниципального управления;
- формирование выборки групп исследования.

Для более полного и точного исследования принято решение обследовать 4 района округа на северном, южном восточном и западном направлениях, отличающихся по экологическому, геоклиматическому, социально-экономическому и этническому признакам. Это Сургутский район, Ханты-Мансийский район, Березовский район, Нижневартовский район.

Для проведения исследований выбран зимний период времени года период действия автозимника (с декабря по апрель), в связи с отсутствием дорожного сообщения в большей части обследуемых территориях.

Эпидемиологическое обследование организовано совместно с общественной организацией «Спасение Югры».



Проведение эпидемиологического исследования согласовывалось с районными отделами образования и здравоохранения, главами районных и муниципальных образований.

Мы осмотрели как организованное население (дети, посещающие детские сады, школы интернаты, работающие взрослые), так и неорганизованное (при обращении за стоматологической помощью).

При формировании выборки были выбраны возрастные группы: 6, 12, 15, 35-44. Группа 65 лет и старше исключена в виду нерепрезентативности. Средний срок продолжительности жизни коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры 42 года.

- 6-летний возраст позволяет определить уровень распространенности и интенсивности кариеса временных зубов и потребность в их лечении.
- 12-летний возраст – время прорезывания всех постоянных зубов, за исключением третьих моляров. Этот возраст является глобальным для мониторинга кариеса зубов и определения тенденций его динамики в разных странах.
- 15-летний возраст важен для оценки состояния тканей пародонта и определения потребности в лечении заболеваний пародонта на популяционном уровне.
- 35-44 года (средний возраст 40 лет) является стандартной группой мониторинга состояния здоровья взрослых и позволяет проследить полную картину кариеса зубов, степень вовлечения пародонта и общую эффективность оказываемой стоматологической помощи.

Объем выборки при эпидемиологическом обследовании определяется количеством лиц, которое необходимо осмотреть в каждой возрастной группе, и колеблется от 25 до 50 в каждой выбранной точке. [12,60]

### **Проведение исследования.**

Метод исследования экспедиционно-разведочный. Обследование проводилось в основном в зимний период времени. (Табл. 6)

Таблица 6

**Сроки проведения стоматологических исследований территорий  
проживания коренных малочисленных народов севера**

<b>Район</b>	<b>Населенный пункт</b>	<b>Период исследования</b>
Нижневартовский район	Аган	Декабрь
	Варьеган	Декабрь
	Ларьяк	Март
	Чахломей	Апрель
	Охтеурье	Апрель
Березовский район:	Березово	Январь
	Саранпауль	
	Сосьва	
	Теги	
Сургутский район	Русскинская	Февраль - март
	Тром-Аган	
	Лянтор	
Ханты-Мансийский район	Ханты-Мансийск	Апрель
	Кышик	Декабрь

Для проведения обследования проведено 8 экспедиций. В первую экспедицию обследован населенный пункт: п.Варьеган (Нижневартовский район). Вторая экспедиция включает в себя обследование п.Аган (Нижневартовский район), В третью экспедицию обследован п.Кышик (Ханты-Мансийский район). В четвертую экспедицию входят территории Березовского района п.Саранпауль, п.Сосьва. Пятая экспедиция включает населенные пункты: п.г.т.Березово, п.Теги (Брезовский район). Шестая экспедиция в населенный пункт Русскинская (Сургутский район). В седьмой экспедиции обследованы: г. Лянтор, п..Тром-Аган (Сургутский район). В восьмую экспедицию обследованы территории Нижневартовского района: п.Чахломей, Ларьяк, п. Охтеурье. Коренное население, проживающее в

г.Ханты-Мансийске обследовалось в частной стоматологической клинике г. Ханты-Мансийска, по месту работы.

Регистрация данных проводилась согласно инструкции по заполнению Карты для оценки стоматологического статуса, рекомендованной ВОЗ . [12]

Для проведения эпидемиологического обследования мы использовали следующие инструменты:

- зеркала стоматологические;
- пародонтальные (пуговчатые) зонды;
- пинцеты;
- лотки (для использованных и стерильных инструментов).

Общая информация включает регистрацию фамилии, имя пациента, род занятий, пол, возраст, населенный пункт, в котором проживает исследуемый.

Внешний осмотр включает пальпацию слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава, визуальную оценку возможных кожных покровов головы, шеи, губ и околоротовой области. При обнаружении патологических изменений, регистрируются соответствующие коды.

Раздел «Поражения слизистой оболочки полости рта» состоит из двух разделов: состояние, локализация. При обнаружении, каких либо из перечисленных симптомов, вносится код локализации.

При оценке некариозных поражений зубов в виде пятнистости эмали и гипоплазии не учитывали поражения твердых тканей зубов вследствие флюороза. Оставшиеся нарушения твердых тканей зубов в виде пятен регистрировали соответствующими кодами. Учитывали только вестибулярные и щечные и поверхности 10 индексных зубов (11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 36, 46). Осматривали только имеющиеся зубы, не заменяя их другими. Единичные дефекты менее 1 мм в диаметре не учитывали. Нарушения, которые нельзя точно отнести к одному из трех типов, регистрировали как «другие». В случае отсутствия указанных зубов ставили код 9. В случае сомнения в присутствии дефекта поверхности зуба

регистровали код «0». Если на зубе более 2/3 поверхности занята пломбой, разрушена кариесом или сломана, такой зуб регистрировали кодом 9.

Флюороз зубов определяли и регистрировали соответствующим кодом. При этом имели в виду, что флюороз имеет определенную тенденцию распространения на симметричных зубах, давая горизонтальную исчерченность. Определяли распределение дефектов и решали, характерны ли они для флюороза.

СРІ определяли с помощью специального пародонтального зонда. Признаки поражения регистрировали в соответствующих ячейках.

Потеря прикрепления десны измерялась пародонтальным зондом в миллиметрах от эмалево-цементного соединения до края десны в области индексных зубов.

Обследование состояния твердых тканей зубов начинали с верхней челюсти справа – налево; далее осуществляли переход на нижнюю челюсть и проводили осмотр слева – направо.

Зуб считали присутствующим, если какая-либо его часть видна. В том случае, если постоянный и молочный зуб имеют одинаковое месторасположение, регистрировали состояние только постоянного зуба. Диагностика всех поражений твердых тканей зубов проводили визуально при помощи стоматологического зеркала. Иногда, в сомнительных случаях, использовали пародонтальный зонд. При проведении обследования использовали соответствующие коды

Ортопедический статус и нуждаемость в протезировании позволяет регистрировать имеющиеся протезы всех основных видов и показания к ортопедическому лечению также основных видов съемных и несъемных конструкций.

В разделе зубочелюстные аномалии регистрируется скученность зубов и промежутки, а также основные виды нарушения прикуса.

**Первичная обработка полученных данных** проводилась с помощью программы «Vortex 8.07».

**Анализ и оценка результатов исследования.**

Используя данные состояния твердых тканей зубов, нами рассчитывались показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов (по индексам кп и КПУ) и кариеса корней.

По этим данным проводилась оценка результатов стоматологического исследования.[64] Согласно номенклатуре ВОЗ для оценки поражённости зубов кариесом использовались показатели:

1. Распространённость заболевания. Это индекс, определяющийся процентом лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удалённые зубы в том или ином населённом пункте, районе, городе, области. Распространённость кариеса менее 30% считается низкой; от 31% до 80% средней; от 81% и выше – высокой.
2. Интенсивность поражения зубов кариесом определяется по числу поражённых кариесом зубов. Для этой цели комитет экспертов ВОЗ по стоматологии (1962) предложили для взрослых использовать индекс КПУ (К - кариозный зуб, П - пломбированный, У – удалённый зуб); для детей с временным или молочным прикусом - кп (к – кариозный, п – пломбированный); для детей со сменным прикусом – КПУ+кп. 5 степеней поражённости в зависимости от КПУ

у детей 12 лет:

- 1) очень низкая – от 0 до 1,1;
- 2) низкая – 1,2 – 2,6;
- 3) умеренная – 2,7 – 4,4;
- 4) высокая – 4,5 – 6,5;
- 5) очень высокая – 6,6 и выше.

У взрослых 35-44:

- 1) очень низкая – 0,2 – 1,5;
- 2) низкая – 1,6 – 6,2;

- 3) умеренная – 6,3 – 12,7;  
 4) высокая – 12,8 – 16,2;  
 5) очень высокая – 16,3 и выше.

По полученным данным поражения слизистой оболочки полости рта и некариозным поражениям рассчитывались показатели распространенности заболеваний. [64]

Результаты параметров зубочелюстных аномалий вносили в уравнение регрессии для расчета стоматологического индекса (DAI, Cons N.C. et al., 1986). Данный индекс рассчитывается для 12-15 летней возрастной группы.

$DAI = (\text{количество отсутствующих зубов} \times 6) + (\text{скученность}) + (\text{промежутки}) + (\text{диастема} \times 3) + (\text{величина самого большого переднего отклонения на верхней челюсти}) + (\text{величина самого большого отклонения резцов на нижней челюсти}) + (\text{величина верхнечелюстного перекрытия} \times 2) + (\text{величина глубокого резцового перекрытия} \times 4) + (\text{вертикальная резцовая дизокклюзия} \times 4) + (\text{величина смещения переднезаднего соотношения моляров} \times 3) + 13.$

Для интерпретации значений индекса нами применялись следующие критерии (табл.7).

Таблица 7

### Интерпретация значений DAI и объем лечения

<b>Значение индекса</b>	<b>Уровень тяжести нарушений прикуса</b>	<b>Показания к ортодонтическому лечению</b>
< 25	Нарушений нет или минимальные	Не требуется или минимальное
26-30	Явно выраженные нарушения	Элективное лечение
31-35	Тяжелые нарушения прикуса	Очень желательно
36 и >	Очень тяжелые нарушения	Обязательное лечение

## 2.2. Социально-гигиеническое обследование и определение уровня стоматологической помощи

С целью определения индивидуальных гигиенических навыков проведено анкетирование. Каждая возрастная группа пациентов изучалась по определенной анкете, разработанной на кафедре терапевтической стоматологии УГМА.

Анкета включает вопросы, касающиеся стоматологического здоровья населения. Вопросы характеризуют навыки ухода за полостью рта, употребления сладостей, мотивы и частоту обращения к стоматологу (Приложения 1,2,3).

Используя индекс КПУ зубов [64], вычисляли уровень стоматологической помощи (УСП) по следующей формуле:

$$\text{УСП} = 100\% - \left[ 100 \times \frac{\text{К} + \text{А}}{\text{КПУ}} \right]$$

где: **УСП** - уровень стоматологической помощи; **100%** - условный максимальный уровень обеспечения нужд населения в стоматологической помощи; **К** - кариозные зубы не леченные; **А** - отсутствующие зубы, не восстановленные протезами; **КПУ** - кариес, пломба, удаленный зуб.

Интерпретация полученных данных проводилась по следующим критериям:

- при УСП 50% и более – как удовлетворительное;
- при УСП от 10 до 40% - как недостаточное;
- при УСП ниже 10% - как низкое.

## 2.3. Методы статистической обработки данных

Полученные при обследовании результаты были статистически обработаны при помощи программы «Vortex 8.0.7». В программе сравнительный анализ показателей стоматологического обследования, в

различных группах населения, проводился с использованием t-критерия Стьюдента с общепринятым для медицинских исследований уровнем достоверности  $p=0,05$ . Полученные данные представлены в виде  $M \pm m$ , где  $M$  – среднеарифметическое,  $m$  – стандартная ошибка среднего. Для определения статистической связи использовался коэффициент Эта. При этом вероятность ошибки должна быть не высокой менее 5%, тогда связь между переменными считается высокой.

В результате исследования и обработки, полученных данных в программе «Vortex 8.0.7» нами были получены следующие средние значения со стандартными отклонениями:

- Количество обследованного населения по районам.
- Значения показателей внеротового обследования.
- Значения показателей ВНЧС.
- Значения показателей патологии пародонта.
- Значения показателей некариозных поражений.
- Значения показателей КПУ, КП.
- Значения нуждаемости в лечении и протезировании.
- Данные зубочелюстных аномалий.
- Индекс стоматологической помощи.
- Индекс уровня стоматологической помощи.
- Значения социологического обследования (частота чистки зубов, частота употребления сахара, и др.)

Расчет проводился с помощью следующих коэффициентов.

Коэффициент Крамера. С помощью него оценивалась степень статистической связи между двумя переменными. При вероятности ошибки более 5% связь отсутствует.

Критерий t-Стьюдента используется для установления предельной величины ошибки репрезентативности, для определения статистической



значимости различий. (обычно критической величиной выступает вероятность ошибки в 5%).

Коэффициент Пирсона: Оценивает статистическую связь. Наиболее эффективен, если обе переменных измерены по количественной шкале. Если значение коэффициента находится в отрицательной части шкалы и вероятность ошибки не высокая ( $<5\%$ ), то взаимосвязь носит обратный характер: с ростом одной переменной наблюдается уменьшение другой. Если значение коэффициента находится в положительной части шкалы и вероятность ошибки не высокая ( $<5\%$ ), то взаимосвязь носит прямой характер: с ростом одной переменной растут и значения другой. Если вероятность ошибки высокая ( $>5\%$ ), то статистически значимая взаимосвязь между переменными отсутствует.

Коэффициент Пирсона наиболее чувствителен к линейной связи, когда рост одной переменной однозначно вызывает рост или снижение другой переменной. Однако если связь носит нелинейный характер, коэффициент Пирсона может ее не зафиксировать, поэтому коэффициент Пирсона всегда имеет смысл сравнивать с Эта.

Коэффициент Эта: Оценивает статистическую связь в таблице двухмерного распределения. Используется, если зависимая переменная носит количественный характер. При этом вероятность ошибки должна быть не высокой (не более 5%) иначе данная связь статистически незначима. В отличие от коэффициента Пирсона, коэффициент Эта чувствителен к нелинейной связи, когда нет однозначного соответствия между ростом одной и изменением другой переменной.

### **ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ БЕРЕЗОВСКОГО РАЙОНА**

#### **3.1. Анализ эпидемиологического состояния стоматологического здоровья коренного населения**

Березовский район был выбран по климато-географическому признаку. Березовский район относится к северо-западной части Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.

Для обеспечения репрезентативности выборки было обследовано 4 поселения, 373 жителя Березовского района (табл.8,9).

Таблица 8

**Распределение обследованных жителей Березовского района по  
поселениям и возрасту, в абсолютных цифрах**

<b>Возраст</b>	<b>Наименование поселения</b>				
	Теги	Саранпауль	Сосьва	Березово	<b>Итого:</b>
дети 6 лет	23	49	20	20	<b>112</b>
дети 12 лет	14	24	27	18	<b>83</b>
дети 15 лет	14	19	9	21	<b>63</b>
35-44 года	39	24	32	20	<b>115</b>
<b>Итого:</b>	<b>90</b>	<b>116</b>	<b>88</b>	<b>79</b>	<b>373</b>

Обследование детей и подростков проводилось на базе детских садов и школ-интернатов **Березовского** района. Средняя возрастная группа (35-44 года) обследовалась на базе амбулаторий и ФАПов.

Таблица 9

**Распределение обследованных жителей Березовского района  
по полу и возрасту, в абсолютных цифрах**

Возраст	Пол		
	Муж	жен	Итого:
дети 6 лет	47	65	<b>112</b>
дети 12 лет	39	44	<b>83</b>
дети 15 лет	22	41	<b>63</b>
35-44 года	31	84	<b>115</b>
<b>Итого:</b>	<b>139</b>	<b>234</b>	<b>373</b>

### 3.1.1. Результаты внеротового обследования

При внеротовом обследовании были выявлены у детей 12-ти лет поражения кожных покровов головы, шеи и красной каймы губ 1,2% и 1,2% соответственно. (табл.10).

Таблица10

**Распространение поражений кожных покровов  
при внеротовом обследовании жителей Березовского района, в %**

Возраст	Распространенность	
	Поражения кожных покровов головы, шеи	Поражения красной каймы губ
дети 6 лет	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 12 лет	1,2±2,4	1,2±2,4
дети 15 лет	0,0±0,0	0,0±0,0
35-44 года	0,0±0,0	0,0±0,0
<b>В целом:</b>	<b>0,3±0,5</b>	<b>0,3±0,5</b>

### 3.1.2. Состояние слизистой оболочки полости рта

В возрастной группе дошкольников Березовского района 6 лет, школьников 12-ти и 15-ти лет заболевания слизистой оболочки полости рта не обнаружены. Распространенность патологии СОПР начинает проявляться в возрастной группе 35-44 года и проявляется в виде хейлита. (4,3%) (таб.11).

Таблица 11

#### Распространенность поражений СОПР у жителей Березовского района, в %

Возраст	Распространенность
дети 6 лет	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0
дети 15 лет	0,0±0,0
35-44 года	4,3±3,8
<b>В целом:</b>	<b>1,3±1,2</b>

### 3.1.3. Обследование состояния височно-нижнечелюстного сустава

Патология височно-нижнечелюстного сустава начинает проявляться в виде щелканья в суставе при открывании и закрывании рта у детей 12-ти лет (3,6%), у детей 15-ти лет (1,6%), у взрослого населения (33%). (табл.12).

Таблица 12

#### Распространенность симптомов патологии ВНЧС у жителей Березовского района, %

Возраст	Распространенность
дети 6 лет	0,0±0,0
дети 12 лет	3,6±4,1
дети 15 лет	1,6±3,1
35-44 года	33,0±8,7
<b>В целом:</b>	<b>11,3±3,2</b>

### 3.1.4. Наличие некариозных поражений

Ограниченная пятнистость проявляется у детей 12 лет (18,1%), у детей 15 лет (6,3%).

Гипоплазия встречается у детей 12 лет (1,2%) (табл. 13).

Среди жителей проявления флюороза слабой или сомнительной форм выявлены у 1,2% школьников 12 лет. (табл.14).

Таблица 13

#### Проявление пятнистости и гипоплазии эмали у подростков Березовского района, (в %)

Возраст	Распространенность	
	Ограниченная пятнистость	гипоплазия
дети 12 лет	18,1±8,4	1,2±2,4
дети 15 лет	6,3±6,1	0,0±0,0

Таблица 14

#### Проявления флюороза у подростков Березовского района, (в %)

Возраст	Распространенность
дети 12 лет	1,2
дети 15 лет	0,0

### 3.1.5. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта

Кровоточивость проявляется у детей 12 лет в 1,2% случаев, у детей 15 лет в 14,3%, у взрослого населения в 40,9%. Отложения зубного камня проявляется у детей 15-ти лет в 7,9% случаев, у взрослого населения в 61,7% случаев.(табл.15). У обследованного населения обнаружены отложения поддесневого и наддесневого зубного камня.

Таблица 15

**Распространенность патологии тканей пародонта у обследованных  
жителей Березовского района, %**

Возраст	Распространенность		
	нет признаков поражения	Кровоточивость	Камень
дети 6 лет	100,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 12 лет	98,8±2,4	1,2±2,4	0,0±0,0
дети 15 лет	82,5±9,5	14,3±8,8	7,9±6,8
35-44 года	28,7±8,4	40,9±9,1	61,7±9,0
<b>В целом:</b>	<b>74,8±4,4</b>	<b>15,3±3,7</b>	<b>20,4±4,1</b>

У 6-ти летних детей количество секстантов со здоровым пародонтом составляет 6, признаки поражения пародонта не обнаружены.

У детей 12-ти лет количество секстантов со здоровым пародонтом составило 5,93, а сектанты с признаками кровоточивости составили 0,07.

Дети 15-ти лет имеют секстанты: со здоровым пародонтом 5,46, с признаками кровоточивости 0,44, с отложением зубного камня 0,10.

В возрастной группе 35-44 года при обследовании обнаружены секстанты: со здоровым пародонтом 3,79, с признаками кровоточивости 1,33, с отложением зубного камня 0,65, исключенные составили 0,23 (табл.16).

Таблица 16

**Среднее количество здоровых секстантов  
с признаками поражения пародонта**

Возраст	Здоровые	Кровоточивость десен	Камень	Исключенные
дети 6 лет	6,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00
дети 12 лет	5,93±0,14	0,07±0,05	0,00±0,00	0,00±0,00
дети 15 лет	5,46±0,35	0,44±0,15	0,10±0,09	0,00±0,00
35-44 года	3,79±0,42	1,33±0,45	0,65±0,10	0,23±0,135
<b>В целом:</b>	<b>5,21±0,17</b>	<b>0,5±0,16</b>	<b>0,22±0,05</b>	<b>0,07±0,04</b>

### 3.1.6. Распространенность и интенсивность кариеса зубов

При обследовании в возрастной группе **6 лет** оценивается состояние твердых тканей временных и постоянных зубов. Выявлена высокая распространенность кариеса временных зубов у детей данного возраста – 85,7% при интенсивности 9,38. При этом компонент «К» составил 9,33. Распространенность кариеса постоянных зубов в данной группе также высокая и составила 17%, при интенсивности 0,52.

Распространенность кариеса в возрастной группе детей 12-ти лет составила 86,7%, а интенсивность 4,18. При этом компонент «К» составил 3,55, «П» - 0,33, «У» - 0,43.

Распространенность кариеса в возрастной группе **15-ти лет** составила 92,1%. Интенсивность – 5,79%. Компонент «К» составил 4,14, «П» - 0,98, а удаленные постоянные зубы «У» - 0,81.

Распространенность кариеса в возрастной группе **35-44 лет** увеличивается до 91,3%. Интенсивность поражения твердых тканей зубов – составляет 16,12, количество кариозных зубов 5,41, восстановленных пломбами -1, а удаленных - 10,3 (табл.17).

Таблица 17

**Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди обследованных жителей Березовского района**

Возраст, лет	Распространенность, %	К	П	У	КПУ
<b>Временные зубы</b>					
6	85,7±6,6	9,33±0,96	<b>0,00±0,00</b>	0,05±0,06	<b>9,38±0,97</b>
<b>Постоянные зубы</b>					
6	17,0±7,1	0,38±0,19	<b>0,05±0,06</b>	<b>0,09±0,14</b>	<b>0,52±0,25</b>
12	86,7±7,4	3,55±0,57	<b>0,33±0,16</b>	<b>0,43±0,31</b>	<b>4,18±0,70</b>
15	92,1±6,8	4,14±0,73	<b>0,98±0,45</b>	<b>0,81±0,30</b>	<b>5,79±0,81</b>
35-44	91,3±5,2	5,41±0,64	<b>1,00±0,34</b>	<b>10,31±1,37</b>	<b>16,12±1,21</b>

### 3.1.7. Наличие зубочелюстных аномалий

Скученность одного сегмента выявлено у детей 12-ти лет в 16,9%, у детей 15-ти лет в 19%. Признаки нарушения физиологической окклюзии в двух сегмента наблюдались нами среди 12% детей 12-ти лет и 15,9% школьников 15-ти лет. (табл.18 ).

Таблица 18

#### Распространенность скученности зубов у жителей Березовского района, %.

Возраст, лет	нет скученности	скученность одного сегмента	скученность двух сегментов
дети 12 лет	71,1±9,9	16,9±8,2	12,0±7,1
дети 15 лет я	65,1±12,0	19,0±9,9	15,9±9,2

Промежутки в одном резцовом сегменте выявлены у 1,2% детей 12-ти лет, у 6,3% детей 15-ти лет. Промежутки в двух резцовых сегментах выявлены у 1,2% детей 12-ти лет. (таб. 19).

Таблица 19

#### Распространенность наличия промежутков в резцовых сегментах у жителей Березовского района, %

Возраст	нет промежутка в сегменте	один сегмент с промежутком	2 сегмента с промежутком
дети 12 лет	97,6±3,4	1,2±2,4	1,2±2,4
дети 15 лет	93,7±6,1	6,3±6,1	0,0±0,0

Наличие диастемы обнаружено у детей 12-ти 15 –ти лет – 1,2% и 1,6% соответственно. (табл.20).



Таблица 20

**Распространенность диастем у подростков Березовского района, %.**

<b>Возраст</b>	<b>Диастема</b>
дети 12 лет	<b>1,2±2,4</b>
дети 15 лет	<b>1,6±3,1</b>

У обследованных подростков 12 – ти лет эстетический стоматологический индекс составил 27,66%, что говорит о явно выраженных нарушениях В группе детей 15-ти лет данный индекс составил 32,94, что говорит о тяжелых нарушениях прикуса (табл.21). Данные показатели указывают о необходимости ортодонтического вмешательства в данном районе.

Таблица 21

**Эстетический стоматологический индекс жителей Березовского района**

<b>Возраст</b>	<b>DAI</b>	<b>Показатели</b>
дети 12 лет	27,66±2,40	Явно выраженные нарушения
дети 15 лет	32,94±2,09	Тяжелые нарушения

**3.1.8. Нуждаемость в стоматологическом лечении и протезировании.**

В протезировании нуждается 89,6% взрослого населения и 7,9% детей 15-ти лет (табл.22).

Таблица 22

**Нуждаемость взрослого обследуемого населения Березовского района в протезировании, %**

<b>Возраст</b>	<b>Нуждаемость в протезировании, %</b>
Дети 6 лет	0,0±0,0
Дети 12 лет	0,0±0,0
дети 15 лет	7,9±6,8
35-44 года	89,6±5,7

Нуждаются в терапевтическом лечении 100% детей 6-ти лет, 86,7% детей 12-ти лет, 92,1% детей 15-ти лет, 91,3% взрослого населения (рис.23).

Таблица 23

**Нуждаемость обследуемого населения  
Березовского района в терапевтическом лечении, %**

<b>Возраст</b>	<b>Терапевтическое лечение</b>	<b>Хирургическое лечение</b>
дети 6 лет	100±6,8	3,4±1,50
дети 12 лет	86,7±7,4	2,4±0,98
дети 15 лет	92,1±6,8	1,6±0,42
35-44 лет	91,3±5,2	19,7±4,00

### **3.2. Результаты социологического обследования**

С целью определения индивидуальных гигиенических навыков проведено социальное обследование.

Родители детей группы 6-ти лет на вопрос «с какого возраста ребенок чистит зубы» ответили, что с момента прорезывания зубов чистит 33,3% детей 6-ти лет, с 2-3-х лет чистят 50% детей, с 4-5 лет чистит 16,7% детей.(табл.24)

16,7% родителей ответили, что их дети не каждый день чистят зубы. 1 раз в день чистят зубы 61,1% 6-ти летних детей и 19,4% детей чистят два раза в день. После каждого приема пищи чистят зубы всего 2,8% детей дошкольного возраста.(табл.24)

Каждый день контролируют процедуру чистки зубов 19,4% родителей. Иногда проводят контроль чистки зубов 52,8% , никогда не проводят 27,8%.(табл.24)

Обучение чистки зубов в основном проводят родители 41,7% и воспитатели 36,1%. Врач стоматолог обучает чистке зубов только в 22,2% случаев.(табл.24)

**Социально гигиенические навыки у детей 6-ти лет  
Березовского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
С какого возраста чистят зубы дети %	с момента прорезывания зубов	33,3±16,1
	с 2-3 лет	50±17,1
	с 4-5 лет	16,7±12,7
Как часто чистят зубы дети %	не каждый день	16,7±12,7
	1 раз в день	61,1±16,7
	2 раза в день	19,4±13,5
	после каждого приема пищи	2,8±5,6
Частота контроля родителями процедуры чистки зубов, у детей %	Каждый день	19,4±13,5
	иногда	52,8±17,1
	никогда	27,8±15,3
Кто обучал чистить зубы детей %	родители	41,7±16,8
	врач стоматолог	22,2±14,2
	воспитатель детского сада	36,1±16,4

Родители детей 6-ти лет в 40% случаев меняют зубную щетку своих детей 3-4 раза, что соответствует норме. 1 раз в год меняют щетку родители своим детям в 48,6% случаев, а 2 раза в год в 5,7% случаев. (табл.25)

На вопрос «как часто ваш ребенок употребляет сладости» родители указали, что несколько раз в течение дня в 11,1% случаев, 3-4 раза в течение недели в 19,4% случаев, 1 раз в неделю в 19,4% случаев, реже чем 1 раз в неделю в 5,6% случаев. (табл.25)

**Социально гигиенические навыки у детей 6-ти лет  
Березовского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота смены зубной щетки у детей, %	1 раз в год	48,6±17,3
	2 раза в год	5,7±8,0
	3-4- раза в год	40±17
Частота употребления сладостей детьми, %	несколько раз в течение дня	11,1±10,7
	3-4 раза в течение недели	19,4±13,5
	1 раз в неделю	19,4±13,5
	реже, чем 1 раз в неделю	5,6±7,8
Полоскание полости рта после каждого приема пищи детьми, %	да	11,1±10,7
	нет	30,6±15,7
	иногда	58,3±16,8
Частота посещения врача стоматолога детьми, %	когда ребенок жалуется на боль	66,7±16,1
	с профилактической целью 1 раз в год	22,2±14,2
	с профилактической целью 2 раза в год	11,1±10,7

После каждого приема пищи дети 6-ти лет постоянно полощут полость рта в 11,1% случаев, иногда данную процедуру выполняют 58,3% ребенка, не выполняют данную процедуру 30,6% детей.(табл.25)

Родители ведут ребенка в врачу стоматологу при жалобе на боль в 66,7% случаев, с профилактической целью 1 и 2 раза в год 22,2% и 11,1% соответственно.(табл.25)

**Социально гигиенические навыки у детей 12-15-ти лет  
Березовского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота чистки зубов подростками, %	Не каждый день	10,7±7,1
	1 раз в день	65,3±11
	2 раза в день	22,7±9,6
Кто обучал чистке зубов подростков, %	родители	56±11,4
	врач стоматолог	9,3±6,7
	воспитатель детского сада	17,3±8,7
	Увидел на плакате в поликлинике	14,7±8,1
Полоскание полости рта после приема пищи подростками, %	да	24,8±5,1
	нет	15,8±4,3
	иногда	59,4±5,8
Частота смены зубной щетки подростками, %	3-4 раза в год	62,7±11,1
	2 раза в год	12±7,5
	1 раз в год	16±8,4
	не меняют	9,3±6,7

Дети 12-15 лет отвечали на вопросы по анкете для школьников. 10,7% детей 12-15-ти лет чистят зубы не каждый день, 65,3% детей чистят зубы 1 раз в день, 2 раза в день чистят 22,7% детей.(табл.26)

В основном чистке зубов обучают детей родители (56%). Воспитатель детского сада участвует в обучении чистке зубов в 17,3% случаев. 9,3% детей ответили, что обучение чистке зубов проводил врач стоматолог. 14,7% детей увидели, как нужно чистить зубы на плакате в поликлинике.(табл.26)

Споласкивать рот приучены 24,8% подростков, иногда споласкивают полость рта 59,4% (табл.26)

Своевременно 3-4 раза в год меняют зубную щетку 62,7% детей 12-15-ти лет. 2 раза в год меняют зубную щетку 12% детей, 1 раз в год 16% детей. 9,3% детей ответили, что не меняют зубную щетку вообще. (табл.26)

Таблица 27

**Социально гигиенические навыки у детей 12-15-ти лет  
Березовского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота употребления сладостей подростками, %	1-2 раза в день	10,7±7,1
	3-4 раза в неделю	62,7±11,1
	реже чем 1 раз в неделю	14,7±8,1
Пользование дополнительными средствами по уходу за полостью рта подростками, %	да	24,7±10,1
	нет	21,9±9,7
	иногда	53,4±11,6
Частота и цель посещения врача стоматолога подростками, %	при боли в зубе	46,7±11,5
	при появлении полости	28±10,3
	профилактический осмотр 1 раз в год	13,3±7,8
	профилактический осмотр 2 раза в год	2,7±3,7
	не посещают стоматолога	9,3±6,7

Сладости употребляют 1-2 раза в день 10,7% подростков, 3-4 раза в неделю 62,7%, реже чем 1 раз в неделю 14,7%. (табл.27)

Дополнительными средствами постоянно пользуются 24,7% подростков. Иногда пользуются дополнительными средствами чистки зубов 53,45%. Совсем не пользуются дополнительными средствами по уходу за полостью рта 21,9%. (табл.27)

Врача стоматолога посещают подростки при боли в зубе в 46,7% случаев, при появлении полости в 28% случаев. На профилактический

осмотр к врачу стоматологу ходят подростки 1 2 раза в год (13,3% и 2,7% соответственно). 9,3% подростков не посещают стоматолога.(табл.27)

Взрослое население 35-44 года анкетировано по адаптированным анкетам. Выявлено следующее, что высшее образование имеют 11,7% жителей, среднее специальное 25%, среднее 63,3%. (табл.28)

Жители возраста 35-44 года чистят зубы 2 раза в день (20%), 1раз в день (61,7) и не каждый день (16,7%) (табл.28)

3-4 раза в год меняют 65% жителя Березовского района возрастной группы 35-44года. Совсем не меняют 10% обследуемых. (табл.28)

Таблица 28

**Социально гигиенические навыки у населения 35-44 года  
Березовского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Образование взрослого населения, %	Среднее	63,3±12,5
	Среднее специальное	25±11,3
	Высшее	11,7±8,4
Как часто чистят зубы взрослое население, %	Не каждый день	16,7±9,7
	1 раз в день	61,7±12,7
	2 раза в день	20±10,4
Как часто меняют зубную щетку взрослое население, %	3-4 раза в год	65±12,4
	не меняют	10±7,8
Полоскание рта после каждого приема пищи взрослого населения, %	Да	30±11,9
	Иногда	55±13
Использования дополнительными средствами гигиены полости рта взрослым населением, %	Да	35±12,4
	Иногда	21,7±10,7

Постоянно полощут рот после приема пищи 30% жителей, иногда проводят данную процедуру 55% жителей. (табл.28)

Дополнительными средствами гигиены полости рта пользуются 35% взрослого населения, иногда их используют 21,7% жителя.(табл.28)

Таблица 29

**Социально гигиенические навыки у жителей 35-44 лет  
Березовского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Выбор зубных паст взрослым населением, %	Совет стоматолога	16,9±9,9
	Совет друзей или родственников	42,4±13
	Реклама	44,1±13
Частота перекусов сладким взрослое население, %	Между приемами пищи	16,7±9,7
	После приема пищи	31,7±12,1
Частота и цель посещения врача стоматолога взрослым населением, %	Когда болит зуб	53,3±13
	Обнаружена полость в зубе или выпала пломба	31,7±12,1
	С профилактической целью	15±9,3
	С ортопедической целью	68,3±12,1
Вредные привычки взрослого населения, %	Употребление алкоголя	33,3±12,3
	Курение	46,7±13
	Чрезмерное употребление сахара	16,7±9,7

Выбор зубных паст осуществляется по совету врача стоматолога в 16,9% случаев, по совету друзей 42,4%, по увиденной рекламе 44,1%.(табл.29)



На вопрос «как часто вы перекусываете сладким» обследуемая группа взрослых жителей ответила «между приемами пищи» (16,7%), «после приема пищи» (31,7%) (табл.29)

Посещение врача стоматолога происходит в случаях: когда болит зуб (53,3%), когда обнаружена полость в зубе (31,7%), с профилактической целью (15%), по ортопедическим показаниям (68,3%) (табл.29)

Из вредных привычек у взрослого населения выявлены: злоупотребление алкоголем (33,3%), злоупотребление курением (46,7%), чрезмерное употребление сахара (16,7%) (табл.29)

### **3.3.Уровень стоматологической помощи.**

Проведя социально-эпидемиологический анализ стоматологического здоровья коренного населения ХМАО-Югры на примере Березовского района, мы получили следующие результаты:

- При внеротовом обследовании выявлены поражения кожных покровов головы, шеи, поражения красной каймы у детей 12-ти лет 1,2%.
- Распространение заболеваний слизистой оболочки полости рта выявлено в возрастной группе 35-44 года у 4,3%.
- Патология ВНЧС встречается в среднем у 11,3% населения. Патология ВНЧС проявляется с 12-ти летнего возраста в виде щелканья в суставе при открывании и закрывании рта (3,6%). В основном заболевания ВНЧС встречаются у взрослого населения (33,0%).
- Некариозные поражения проявляются в среднем по населению в виде ограниченной пятнистости 12,2%, в виде гипоплазии 0,6%, в виде флюороза 0,6%.
- Проявление заболеваний пародонта проявляется в среднем по населению в виде кровоточивости (15,3%) в виде отложения зубного камня (20,4%). Причем кровоточивость выявляется с 12-ти летнего возраста (1,2%), а отложения зубного камня с 15-ти летнего возраста (7,9%).

- Интенсивность поражения пародонта по количеству сектантов с кровоточивостью низкий 0,5, с отложением зубного камня также низкий 0,22.
- Распространенность кариеса в возрастной группе 12-ти лет 86,7% и является высокой. В старшей возрастной группе распространенность высокая 91,3%.
- Интенсивность кариеса в возрастной группе 12-ти лет умеренная 4,18, в возрастной группе 35-44 года высокая 16,12.
- Нарушения физиологической окклюзии проявляется в скученности зубов 31,9%, наличии диастемы 1,4%, наличии промежутков в резцовых сегментах 4,35%.
- Эстетический индекс в среднем равен 30,3, что говорит о тяжелых нарушениях и требует ортодонтического вмешательства в данном районе.
- Нуждаемость жителей в протезировании выявлена с 15-ти лет 7,9%, у взрослого населения потребность составила 89,6%.
- Нуждаемость в терапевтическом лечении высокая в среднем по району 92,5% (у детей 12-ти лет 86,7%, у взрослого населения 91,3%).
- При определении уровня стоматологической помощи было выявлено, что во всех обследованных возрастных группах этот показатель расценивается как недостаточный или низкий. Лучшее значение показателя УСП определено в возрастной группе школьников 15 лет, где величина индекса составила 14,3 (табл.30).

Таким образом, уровень стоматологической помощи в целом по району низкий.

**Уровень стоматологической помощи Березовского района.**

<b>Возраст</b>	<b>УСП</b>	<b>Состояние стоматологической помощи</b>
дети 6 лет	14,17±15,42	Недостаточное
дети 12 лет	5,56±4,15	Низкое
дети 15 лет	14,30±6,59	Недостаточное
35-44 года	3,80±1,88	Низкое
<b>В целом:</b>	<b>7,43±2,30</b>	<b>Низкое</b>

## ГЛАВА 4. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ СУРГУТСКОГО РАЙОНА

### 4.1. Анализ эпидемиологического состояния стоматологического здоровья коренного населения

Обследование детей и подростков проводилось на базе детских садов и школ-интернатов района. Средняя возрастная группа (35-44 года) обследовалась на базе амбулаторий и ФАПов.

Для обеспечения репрезентативности выборки было обследовано 3 поселения, 197 жителей Сургутского района (табл.31,32).

Таблица 31

#### Распределение обследованных жителей Сургутского района по возрасту и по поселениям, в абсолютных цифрах

Возраст	Рускинская	Лянтор, Тром-Аган	Итого:
дети 6 лет	41	30	<b>71</b>
дети 12 лет	27	6	<b>33</b>
дети 15 лет	14	6	<b>20</b>
35-44 года	15	57	<b>72</b>
<b>Итого:</b>	<b>97</b>	<b>99</b>	<b>196</b>

Таблица 32

#### Распределение обследованных жителей Сургутского района по полу и возрасту, в абсолютных цифрах

Возраст	Пол		
	муж	жен	Итого:
дети 6 лет	31	40	<b>71</b>
дети 12 лет	19	14	<b>33</b>
дети 15 лет	5	15	<b>20</b>
взрослое население 35-44 года	29	43	<b>72</b>
<b>Итого:</b>	<b>84</b>	<b>113</b>	<b>197</b>

#### 4.1.1. Результаты внеротового обследования

При внеротовом обследовании были выявлены единичные случаи поражения кожных покровов головы, шеи, щек, красной каймы губ и увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи.

В возрастной группе 6-ти лет нарушения кожного покрова в области головы, шеи – 1,4%.

У детей 12-ти и 15-ти лет увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи 3% и 5% соответственно.

В возрастной группе 35-44 года нарушения кожного покрова в области головы, шеи, щек подбородка, красной каймы губ 1,4%, также обнаружено увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи у 2,8% опрошенных (табл.33).

**Таблица 33**

**Распространенность поражений кожных покровов  
при внеротовом обследовании жителей Сургутского района, в %**

<b>Возраст, лет</b>	<b>Поражения кожных покровов голова, шея, плечи</b>	<b>Поражения кожных покровов в области носа, щек, подбородка</b>	<b>Поражен ия кожных покровов красной каймы</b>	<b>увеличен ие лимфати ческих узлов</b>	<b>другие поражен ия лица</b>
дети 6 лет	1,4±2,8	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	3,0±6,1	0,0±0,0
дети 15 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	5,0±10,5	0,0±0,0
35-44 года	1,4±2,8	1,4±2,8	1,4±2,8	8,3±6,5	2,8±3,9
<b>В целом:</b>	<b>1,0±1,4</b>	<b>0,5±1,0</b>	<b>0,5±1,0</b>	<b>4,1±2,8</b>	<b>1,0±1,4</b>

#### 4.1.2. Состояние слизистой оболочки полости рта

Распространенность патологии СОПР у жителей Сургутского района начинает проявляться, у детей 12 лет 3,0%, у детей 15 лет – 5,0 %, в возрастной группе 35-44 года 38,9% (табл.34).

Таблица 34

#### Распространенность поражений СОПР у жителей Сургутского района

Возраст	Патология СОПР, %
дети 6 лет	0,0±0,0
дети 12 лет	3,0±6,1
дети 15 лет	5,0±10,5
взрослое население 35-44 года	38,9±11,5
<b>В целом:</b>	<b>16,2±5,2</b>

В группе школьников 12-ти и 15-ти лет обнаружены хейлиты 3% и 5% соответственно.

В возрастной группе 35-44 года было обнаружено проявления злокачественных новообразований 1,4%, лейкоплакии 23,6%, стоматита 1,4%, кандидоза 1,4%, хейлитов 15,3% (табл.35).

Таблица 35

#### Распространенность поражений СОПР у жителей Сургутского района

Возраст	СОПР состояние, %				
	Злокачественные новообразования	Лейкоплакия	Стоматит	Кандидо микоз	другие заболевания (хейлит)
дети 6 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	3,0±6,1
дети 15 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	5,0±10,5
35-44 года	1,4±2,8	23,6±10,0	1,4±2,8	1,4±2,8	15,3±8,5
<b>В целом:</b>	<b>0,5±1,0</b>	<b>9,2±4,1</b>	<b>0,5±1,0</b>	<b>0,5±1,0</b>	<b>6,6±3,5</b>

#### 4.1.3. Обследование состояния височно-нижнечелюстного сустава

Патология височно-нижнечелюстного сустава начинает проявляться в виде щелканья в суставе при открывании и закрывании рта у детей 6-ти лет – 2,8%, у детей 12-ти лет 3,0%, у детей 15-ти лет 5%, у взрослого населения (43,1%). (табл.36).

Таблица 36

#### Распространенность патологии ВНЧС у жителей Сургутского района, %

Возраст	Патология ВНЧС
дети 6 лет	2,8±3,9
дети 12 лет	3,0±6,1
дети 15 лет	5,0±10,5
35-44 года	43,1±11,6
<b>В целом:</b>	<b>17,9±5,4</b>

#### 4.1.4. Наличие некариозных поражений

Различные формы пятнистости наблюдаются у обследуемых жителей. Ограниченная пятнистость проявляется у детей 15 лет (20%), гипоплазия обнаружена у детей 12-ти лет (3%), у детей 15 лет (5%), (табл. 37)

Таблица 37

#### Проявление пятнистости и гипоплазии эмали у жителей Сургутского района, (в %)

Возраст	Ограниченная пятнистость	гипоплазия
дети 12 лет	0,0±0,0	3,0±6,1
дети 15 лет	20,0±19,2	5,0±10,5

Среди жителей Сургутского района проявления флюороза не выявлено.

#### 4.1.5. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта

Заболевание пародонта в виде кровоточивости проявляется у детей 15 лет в 35%, у взрослого населения в 41,7%. Отложение зубного камня у детей 6-ти лет в 2,8%, у детей 15-ти лет в 25% случаев, у взрослого населения в 76,4% случаев. Карман проявляется у детей 15 лет 5%, у взрослого населения 8,3%. (табл.38).

Таблица 38

#### Распространенность патологии тканей пародонта у обследованных жителей Сургутского района, %

Возраст	Кровоточивость	Камень	Карман
дети 6 лет	1,4±2,8	2,8±3,9	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0	3,0±6,1	3,0±6,1
дети 15 лет	35,0±22,9	25,0±20,8	5,0±10,5
35-44 года	41,7±11,6	76,4±10,0	8,3±6,5

У 6-ти летних детей количество секстантов со здоровым пародонтом составляет 5,83, признаки поражения пародонта в виде кровоточивости и отложений зубного камня имеют 0,03 и 0,04 сектантов соответственно.

У детей 12-ти лет количество секстантов со здоровым пародонтом составило 5,82, а с признаками кровоточивости и с наличием отложений зубного камня составили по 0,03 сектанта.

Дети 15-ти лет имеют секстанты: со здоровым пародонтом 4,45, с признаками кровоточивости 1,05, с отложением зубного камня 0,30, с наличием карманов 4-5 мм 0,10, исключенные составили 0,10 сектантов.

В возрастной группе 35-44 года при обследовании обнаружены секстанты: со здоровым пародонтом 1,57, с признаками кровоточивости 1,18, с отложением зубного камня 1,47, с наличием карманов глубиной 4-5 мм 0,28, исключенные составили 1,5 (табл.39).



Таблица 39

**Среднее количество здоровых секстантов  
с признаками поражения пародонта**

<b>Возраст, лет</b>	<b>Здоровые</b>	<b>Кровоточ ивость десен</b>	<b>Камень</b>	<b>Карман</b>	<b>Исключенн ые</b>
6	5,83±0,24	0,03±0,01	0,04±0,06	0,00±0,00	0,10±0,15
12	5,82±0,37	0,03±0,02	0,03±0,06	0,06±0,12	0,06±0,12
15	4,45±1,07	1,05±0,8	0,30±0,27	0,10±0,21	0,10±0,15
35-44	1,57±0,53	1,18±0,5	1,47±0,35	0,28±0,22	1,5±0,46

**4.1.6. Распространенность и интенсивность кариеса зубов**

Дети возрастной группы 6-ти лет имеют высокую распространенность кариеса временных зубов 74,6% с интенсивностью 8,56. При этом самый высокий показатель у компонента «К» 8,38. Распространенность кариеса постоянных зубов составляет 26,8%, при интенсивности 1,11.

Таблица 40

**Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди  
обследованных жителей Сургутского о района**

<b>Возраст</b>	<b>%</b>	<b>Кариес</b>	<b>Пломба</b>	<b>Удаленные</b>	<b>КПУ</b>
<b>Временные зубы</b>					
6	74,6±10,3	8,38±1,43	0,14±0,13	0,04±0,06	<b>8,56±1,46</b>
<b>Постоянные зубы</b>					
6	26,8±10,5	0,66±0,41	0,07±0,08	0,039±0,73	1,11±0,95
12	90,9±10,3	3,55±0,77	0,39±0,32	0,48±0,58	4,36±1,21
15	100,0±0,0	5,00±1,54	1,25±0,85	1,45±1,14	7,20±2,44
35-44	93,1±6,0	7,63±1,41	1,71±0,61	10,25±1,82	18,69±1,74

Распространенность кариеса в группе детей 12-ти лет составила 90,9%, а интенсивность (КПУ) –4,36. Среднее количество кариозных зубов - 3,55, восстановленных пломбами - 0,39, удаленных - 0,48.

Распространенность кариеса в возрастной группе **15-ти лет** составила 100% с интенсивностью 7,2. При этом компонент «К» составил 5, «П» -1,25, а удаленные постоянные зубы «У»- 1,45.

В возрастной группе **35-44 лет** распространенность кариеса составляет 93,1%, при этом интенсивность поражения твердых тканей зубов – 18,69, по компонентам: «К» равен 7,63%, «П» -1,71%, а «У» - 10,25% (табл.40).

#### **4.1.7. Наличие зубочелюстных аномалий**

Скученность одного сегмента выявлено у детей 15-ти лет в 5% случаев. Признаки нарушения физиологической окклюзии в двух сегментах наблюдались нами среди 9,1% детей 12-ти лет, 5% детей 15-ти лет (табл. 41).

Таблица 41

#### **Распространенность скученности зубов в резцовых сегментах у жителей Сургутского района, %.**

<b>Возраст</b>	<b>нет скученности</b>	<b>скученность одного сегмента</b>	<b>скученность двух сегментов</b>
дети 12 лет	90,9±10,3	0,0±0,0	9,1±10,3
дети 15 лет	90,0±14,4	5,0±10,5	5,0±10,5

Промежутки в резцовых сегментах обнаружены у детей 15-ти лет в 5% случаях. (табл.42).

Таблица 42

#### **Распространенность наличия промежутков в резцовых сегментах у жителей Сургутского района, %**

<b>Возраст</b>	<b>нет промежутка в сегменте</b>	<b>один сегмент с промежутком</b>	<b>2 сегмента с промежутком</b>
дети 12 лет	100,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 15 лет	95,0±10,5	5,0±10,5	0,0±0,0

У обследованных подростков эстетический стоматологический индекс составил у подростков 28,51%, что соответствует явно выраженным нарушениям и требует ортодонтического вмешательства (табл. 43).

Таблица 43

**Эстетический стоматологический индекс у жителей Сургутского района,**

<b>Возраст</b>	<b>DAI</b>	<b>Состояние</b>
дети 12 лет	22,76±4,31	Явно выраженные нарушения
дети 15 лет	34,25±7,65	
В среднем	28,51±5,87	

**4.1.8. Нуждаемость в стоматологическом лечении и протезировании.**

В протезировании нуждается дети 15-ти лет 20% и 80,6% взрослого населения. (табл.44).

Таблица 44

**Нуждаемость обследуемого населения в протезировании, %**

<b>Возраст</b>	<b>Нуждаемость в протезировании</b>
Дети 6 лет	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0
дети 15 лет	20±19,2
35-44 года	80,6±9,3

Нуждаются в терапевтическом лечении 100% детей 6-ти лет, 90,9% дети 12-ти лет, 100% дети 15-ти лет, 93,1% взрослое население. (рис.45).

**Нуждаемость взрослого обследуемого населения в лечении, %**

<b>Возраст</b>	<b>Необходимость терапевтического лечения</b>	<b>Необходимость хирургического лечения</b>
дети 6 лет	100±10,4	3,5±2,6
дети 12 лет	90,9±10,3	5,8±3,5
дети 15 лет	100±0,0	4,3±2,7
35-44 года	93,1±6,1	21±12,3

#### **4.2. Результаты социологического обследования**

С целью определения индивидуальных гигиенических навыков проведено социальное обследование.

Родители детей 6-ти лет на вопрос «с какого возраста их дети чистят зубы» ответили, что с момента прорезывания зубов чистят 37,8%, с 2-3 лет чистят 48,6%, с 4-5 лет чистят 13,5%.(табл.46)

Не каждый день чистят зубы дети 6-ти лет в 18,9% случаев, 1 раз в день в 62,2% случаев, 2 раза в день чистят зубы 16,2%, и лишь 2,7% чистят зубы после каждого приема пищи.(табл.46)

В основном обучение детей процедуре чистки зубов выполняют воспитатели детского сада (40,5%), родители выполняют данную задачу в 35,1% случае. Врач стоматолог выполняет обучение по чистке зубов в 24,3% случаев.(табл.46)

При опросе родителей, как часто они меняют своим детям зубные щетки получены следующие результаты: 1 раз в год 40,5%, 2 раза в год 13,5%, 3-4 раза в год 45,9%. (табл.47)

Неограниченное и неконтролируемое употребление сладостей является основным фактором развития кариеса. При опросе родителей как часто их дети употребляют сладости, получены следующие ответы: несколько раз в

течение дня употребляют 21,6% детей, 3-4 раза в неделю 27% детей, 1 раз в неделю и реже 16,2% детей, реже чем 1 раз в неделю 10,8% детей.(табл.47)

Таблица 46

**Социально гигиенические навыки у детей 6-ти лет  
Сургутского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
С какого возраста чистят зубы дети %	с момента прорезывания зубов	37,8±16,3
	с 2-3 лет	48,6±16,8
	с 4-5 лет	13,5±11,5
Как часто чистят зубы дети %	не каждый день	18,9±13,2
	1 раз в день	62,2±16,3
	2 раза в день	16,2±12,4
	после каждого приема пищи	2,7±5,5
Кто обучал чистить зубы детей %	родители	35,1±16,1
	врач стоматолог	24,3±14,5
	воспитатель детского сада	40,5±16,5

Регулярно споласкивать рот после каждого приема пищи приучены 16,2% детей, иногда споласкивают рот 70,3%, не выполняют данную процедуру 13,5% детей.(табл.47)

Посещение врача стоматолога происходит, когда ребенок жалуется на боль в зубе (64,9%), с профилактической целью 1 раз в год (29,7%), с профилактической целью 2 раза в год (5,4%) (табл.47)

Также проведено анкетирование подростков 12-15 лет. Подростки самостоятельно отвечали на вопросы по разработанным анкетам.

Таблица 47

**Социально гигиенические навыки у детей 6-ти лет Сургутского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота смены зубной щетки у детей, %	1 раз в год	40,5±16,5
	2 раза в год	13,5±11,5
	3-4- раза в год	45,9±16,8
Частота употребления сладостей детьми, %	несколько раз в течение дня	21,6±13,9
	3-4 раза в течение недели	27,0±15,0
	1 раз в неделю	16,2±12,4
	реже, чем 1 раз в неделю	10,8±10,5
Полоскание полости рта после каждого приема пищи детьми, %	да	16,2±12,4
	нет	13,5±11,5
	иногда	70,3±15,4
Частота посещения врача стоматолога детьми, %	когда ребенок жалуется на боль	64,9±16,1
	с профилактической целью 1 раз в год	29,7±15,4
	с профилактической целью 2 раза в год	5,4±7,6

Приучены чистить зубы 2 раза в день подростки в 30,2% случаев, 1 раз в день в 58,5% случаев, не каждый день выполняют чистку зубов 11,3% подростков.(табл.48)

В основном обучение чистки зубов выполняют родители подростков (39,6%). Воспитатели выполняли обучение чистки зубов в 26,4% случаев. Врач стоматолог обучал чистке зубов у 15,1% подростков. 13,2% подростков ответили что научились чистить зубы по плакатам в поликлиниках.(табл.48)

На вопрос выполняют ли подростки процедуру по споласкиванию рта после приема пищи, они ответили, что постоянно споласкивают рот (22,6%), иногда споласкивают рот (62,3%), не споласкивают рот после приема пищи (15,1%) (табл.48)

Регулярно 3-4 раза в год меняют зубную щетку 66% подростков, 1 раз и 2 раза в год меняют щетку 5,7% и 18,9% подростков соответственно. Не меняют зубную щетку 3,8% подростков.(табл.48)

Таблица 48

**Социально гигиенические навыки у детей 12-15-ти лет  
Сургутского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота чистки зубов подростками, %	Не каждый день	11,3±8,8
	1 раз в день	58,5±13,7
	2 раза в день	30,2±12,7
Кто обучал чистке зубов подростков, %	родители	39,6±13,6
	врач стоматолог	15,1±9,9
	воспитатель детского сада	26,4±12,2
	Увидел на плакате в поликлинике	13,2±9,4
Полоскание полости рта после приема пищи подростками, %	да	22,6±11,6
	нет	15,1±9,9
	иногда	62,3±13,4
Частота смены зубной щетки подростками, %	3-4 раза в год	66,0±13,1
	2 раза в год	18,9±10,9
	1 раз в год	5,7±6,4
	не меняют	3,8±5,3

1-2 раза в день употребляют сладкое 21,2% подростков, 3-4 раза в неделю употребляют сладкое 65,4% подростков, реже чем 1 раз в неделю употребляют 13,5% опрошенных подростков.(табл.49)

Дополнительные средства по уходу за полостью рта (ополаскиватели, нити, зубочистки) используют регулярно 26,4%, иногда 49,1%, и совсем не пользуются дополнительными средствами 24,5%. (табл.49)

На вопрос «как часто и с какой целью посещаете врача стоматолога» подростки ответили: при боли в зубе 4,4%, при появлении полости в зубе 30,2%, с профилактической целью 1-2 раза в год 11,3% и 3,8% соответственно, совсем не посещают врача стоматолога 11,3% подростков. (табл.49)

Таблица 49

**Социально гигиенические навыки у детей 12-15-ти лет  
Сургутского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота употребления сладостей подростками, %	1-2 раза в день	21,2±11,4
	3-4 раза в неделю	65,4±13,3
	реже чем 1 раз в неделю	13,5±9,6
Пользование дополнительными средствами по уходу за полостью рта подростками, %	да	26,4±12,2
	нет	24,5±11,9
	иногда	49,1±13,9
Частота и цель посещения врача стоматолога подростками, %	при боли в зубе	43,4±13,7
	при появлении полости	30,2±12,7
	профилактический осмотр 1 раз в год	11,3±8,8
	профилактический осмотр 2 раза в год	3,8±5,3
	не посещают стоматолога	11,3±8,8

При проведении анкетирования у населения возрастной группы 35-44 года, использовалась также индивидуальная анкета, разработанная специально для данной возрастной группы.



Высшее образование имеют 15,3% взрослого населения, среднее специальное 30,5%, средне 54,2% населения.(табл.50)

На вопрос как часто чистят зубы, жители Сургутского района ответили: что 2 раза в день (22%), 1 раз в день (62,7%), не каждый день (16,9%) (табл.50).

Регулярно 3-4 раза в год меняют зубную щетку 67,8% опрошенных, 2 раза в год 3,4%, не меняют совсем 18,6% взрослого населения.(табл.50)

Таблица 50

**Социально гигиенические навыки у взрослого населения  
Сургутского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Образование взрослого населения, %	Среднее	54,2±13,1
	Среднее специальное	30,5±12,1
	Высшее	15,3±9,4
Как часто чистят зубы взрослое население, %	Не каждый день	16,9±9,9
	1 раз в день	62,7±12,7
	2 раза в день	22,0±10,9
Как часто меняют зубную щетку взрослое население, %	2 раза в год	3,4±4,8
	3-4 раза в год	67,8±12,3
	не меняют	18,6±10,2
Полоскание рта после каждого приема пищи взрослого населения, %	Да	28,8±11,9
	Иногда	50,8±13,1
Использования дополнительными средствами гигиены полости рта взрослым населением, %	Да	35,6±12,6
	Иногда	11,9±8,5

Споласкивание полости рта после каждого приема пищи выполняют 28,8% взрослого населения, иногда выполняют данную процедуру 50,8%.(табл.50)

Постоянно пользуются дополнительными средствами по уходу за полостью рта опрошенное взрослое население в 35,6% случаев, иногда пользуются 11,9%.(табл.50)

В выборе паст взрослое население руководствуется советом стоматолога 22%, советом друзей или родственников 30,5%, рекламой 47,5%. (табл.51)

Таблица 51

**Социально гигиенические навыки у жителей 35-44 лет  
Сургутского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Выбор зубных паст взрослым населением, %	Совет стоматолога	22,0±10,9
	Совет друзей или родственников	30,5±12,1
	Реклама	47,5±13,1
Частота перекусов сладким взрослое население, %	Между приемами пищи	25,4±11,4
	После приема пищи	37,3±12,7
Частота и цель посещения врача стоматолога взрослым населением, %	Когда болит зуб	52,5±13,1
	Обнаружена полость в зубе или выпала пломба	33,9±12,4
	С профилактической целью	15,3±9,4
	С ортопедической целью	61,0±12,8
Вредные привычки взрослого населения, %	Употребление алкоголя	18,6±10,2
	Курение	54,2±13,1
	Чрезмерное употребление сахара	22,0±10,9

Между приемами пищи употребляют сладкое 25,4% жителя, после приема пищи употребляют сладкое 37,3%. (табл.51)

Причина посещения врача стоматолога у взрослого населения распределилась по следующим вариантам: при боли в зубе 52,5%, при обнаружении полости в зубе 33,9%, с профилактической целью 15,3%, с целью протезирования 61% (табл.51)

Вредными привычками у взрослого населения по их мнению являются злоупотребление алкоголем 18,6%, злоупотребление курением 54,2%, чрезмерное употребление сахара 22%. (табл.51)

#### **4.3.Уровень стоматологической помощи.**

Проведя обследование Сургутского района нами были получены следующие данные:

- При внеротовом обследовании обнаружены в целом по округу поражения кожных покровов головы 1%, щек носа 0,5%, красной каймы губ 0,5%, также обнаружены увеличение лимфатических узлов 4,1% и другие поражения лица 1%.
- Поражения слизистой оболочки полости рта обнаружены у детей 12-ти лет поражения составили 3%, у взрослого населения 38,9%.
- Распространенность патологии ВНЧС выявлено в среднем у 17,9% населения, выявляется уже с 6-ти летнего возраста и проявляется в виде щелканья в суставе при открывании и закрывании рта. ( в группе 6-ти, 12-ти, 15, 35-44 года патологии ВНЧС 2,8%, 3%, 5%, 43,1% соответственно)
- Некариозные поражения проявляются в виде ограниченной пятнистости у детей 15-ти лет 20%, в виде гипоплазии в среднем у 12-15 – ти летних 3 и 5% соответственно.
- Заболевания тканей пародонта проявляются в виде кровоточивости десет с 15-ти лет 35% (у взрослого населения 41,7%), в виде отложений

- зубного камня – проявляется уже с 6-ти летнего возраста 2,8% ( у детей 15-ти лет 25%, у взрослого населения 76,4%). Также выявлены наличие карманов с 12-ти летнего возраста 3% ( у детей 15-ти лет 5%, у взрослого населения 8,3%)
- Среднее количество сектантов с признаками кровоточивости по населению в целом 0,6, с отложениями зубного камня 0,46, с наличием кармана 0,11.
  - Распространенность кариеса у детей 12- ти лет высокая и составила 90,9%, у взрослого населения 93,1%.
  - Интенсивность у детей 12- ти лет 4,36 умеренная, у взрослых 18,69% очень высокая.
  - Распространение зубочелюстных аномалий выявлено в виде скученности в резцовых сегментах у детей 12 – ти и 15-ти лет 9,1% и 10% соответственно.
  - Распространение зубочелюстных аномалий выявлена в виде наличия промежутков в резцовых сегментах выявлено у 15-ти летних подростков в 5% случаях.
  - В среднем среди подростков явно выраженные нарушения физиологической окклюзии (28,51).
  - Нуждаемость в ортопедической помощи определяется с 15-ти летнего возраста и составляет 20%, у взрослого населения 80,6%.
  - Нуждаемость в терапевтическом лечении выявлено в среднем по населению 96%, в хирургическом лечении в целом по району 8,65%.
  - При определении уровня стоматологической помощи было выявлено, что во всех обследованных возрастных группах этот показатель расценивается как низкий. Худшее значение показателя УСП определено в возрастной группе 35-44 года, где величина индекса составила 5,43, лучшее- в группе школьников 15-ти лет (14,38%) (табл.52).

**Уровень стоматологической помощи Сургутского района**

<b>Возраст</b>	<b>УСП</b>	<b>Состояние стоматологической помощи</b>
дети 6 лет	12,50±15,33	Недостаточное
дети 12 лет	7,56±5,88	Низкое
дети 15 лет	14,38±10,24	Недостаточное
35-44 года	5,43±2,37	Низкое

Таким образом, уровень стоматологической помощи по району в целом низкий.

## ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО РАЙОНА

### 5.1. Анализ эпидемиологического состояния стоматологического здоровья коренного населения

Ханты-Мансийский район был выбран по климато-географическому признаку. Район относится к юго-западной части Ханты-Мансийского автономного округа - Югры. Было обследовано 2 поселения, 204 жителей Ханты-Мансийского района (табл.53,54).

Таблица 53

#### Распределение обследованных жителей Ханты-мансийского района по возрасту и по поселениям, в абсолютных цифрах

Возраст	Наименование поселения		
	Кышик	Ханты-Мансийск	Итого:
дети 6 лет	10	20	<b>30</b>
дети 12 лет	15	30	<b>45</b>
дети 15 лет	15	36	<b>51</b>
35-44 года	28	50	<b>78</b>
<b>Итого:</b>	<b>68</b>	<b>136</b>	<b>204</b>

Таблица 54

#### Распределение обследованных жителей Ханты-Мансийского района по полу и возрасту, в абсолютных цифрах

Возраст	Пол		
	муж	жен	Итого:
дети 6 лет	18	12	<b>30</b>
дети 12 лет	33	12	<b>45</b>
дети 15 лет	30	21	<b>51</b>
взрослое население 35-44 года	30	48	<b>78</b>
<b>Итого:</b>	<b>111</b>	<b>93</b>	<b>204</b>

Обследование детей и подростков проводилось на базе детских садов и школ-интернатов Ханты-Мансийского района и на базе частной стоматологической клиники г. Ханты-Мансийска. Средняя возрастная группа (35-44 года) обследовалась на базе амбулаторий и ФАПов.

### 5.1.1. Результаты внеротового обследования

При внеротовом обследовании были выявлены единичные случаи поражений кожных покровов головы, шеи, щек и красной каймы губ. В возрастной группе детей 6-ти лет поражения красной каймы губ выявлено в 2% случаев. У детей в возрасте 12-ти лет обнаружено поражение кожных покровов головы 2,2%. В возрастной группе 35-44 года выявлены поражения кожных покровов головы и поражения красной каймы губ в 3,3% случаев. Увеличение лимфатических узлов выявлено у детей 6-ти лет 2%, у детей 12-ти лет 2,2%, у детей 15-ти лет 6%, у взрослого населения 8,3% (табл.55).

Таблица 55

#### Распределение поражений при внеротовом обследовании жителей Ханты-Мансийского района, в %

Возраст	Поражения кожных покровов головы, шеи, плеч	Поражения красной каймы	Лимфатические узлы
дети 6 лет	0,0±0,0	2±4,1	2±4,1
дети 12 лет	2,2±4,4	0,0±0,0	2,2±4,4
дети 15 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	6±6,8
35-44 года	3,3±4,7	3,3±4,7	8,3±7,2
<b>В целом:</b>	<b>1,0±1,4</b>	<b>1,5±1,7</b>	<b>4,9±3</b>

### 5.1.2. Состояние слизистой оболочки полости рта

Распространенность патологии слизистой оболочки полости рта у жителей Ханты-Мансийского района начинает проявляться у детей 12 лет

2,2%. Основными заболеваниями слизистой оболочки полости рта у детей 12-ти лет являются гингивит. В возрастной группе 35-44 года заболевания слизистой оболочки полости рта проявляются у 11,7% обследованных. (таб.56).

Таблица 56

**Распространенность патологий СОПР  
у жителей Ханты-Мансийского района, в %**

<b>Возраст</b>	<b>Патология СОПР</b>
дети 6 лет	0,0±0,0
дети 12 лет	2,2±4,4
дети 15 лет	0,0±0,0
взрослое население 35-44 года	11,7±8,4
<b>В целом:</b>	<b>3,9±2,7</b>

**5.1.3. Обследование состояния височно-нижнечелюстного сустава**

Патология височно-нижнечелюстного сустава начинает проявляться в виде щелканья в суставе при открывании и закрывании рта у детей 12-ти лет (2,2%), у детей 15-ти лет (6%), у взрослого населения (41,7%). (табл.57).

Таблица 57

**Распространенность патологии ВНЧС  
у жителей Ханты-Мансийского района, %**

<b>Возраст</b>	<b>Патология</b>
дети 6 лет	0,0±0,0
дети 12 лет	2,2±4,4
дети 15 лет	6±6,8
35-44 года	41,7±12,8
<b>В целом:</b>	<b>14,2±4,8</b>



При этом жалобы на боль при открывании рта и болезненность жевательных мышц при пальпации проявляется у детей 15 лет в 2% случаях, у взрослого населения в 1,7% случаях. Щелканье проявляется уже в группе 12-ти лет – 2,2%, у 15-ти летних -6%, в группе взрослого населения -41,7% (табл.58)

Таблица 58

**Виды патологии ВНЧС  
у жителей Ханты-Мансийского района, %**

<b>Возраст</b>	<b>Боль при открывании рта и болезненность жевательных мышц</b>	<b>Щелканье</b>
дети 6 лет	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0	2,2±4,4
дети 15 лет	2±4	6±6,8
35-44 года	1,7±3,3	41,7±12,8
<b>В целом:</b>	<b>1±1,4</b>	<b>14,2±4,8</b>

#### 5.1.4. Наличие некариозных поражений

Ограниченная пятнистость проявляется у детей 12 лет (8,9%), у детей 15 лет (16%). Гипоплазия встречается у детей 12 лет (2,2%) (табл. 59).

Таблица 59

**Проявление пятнистости и гипоплазии эмали  
у осмотренных жителей Ханты-Мансийского района, (в %)**

<b>Возраст</b>	<b>Ограниченная пятнистость</b>	<b>Гипоплазия</b>
дети 12 лет	8,9±8,6	2,2±4,4
дети 15 лет	16±10,5	0,0±0,0

Среди жителей Ханты-Мансийского района проявления **флюороза** не выявлено.

### 5.1.5. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта

Кровоточивость проявляется у детей 15 лет в 10% случаев, у взрослого населения в 33,3%. Камень у детей 15-ти лет в 10% случаев, у взрослого населения в 53,3% случаев (рис.60).

Таблица 60

#### Распространенность патологии тканей пародонта у обследованных жителей Ханты-Мансийского района, %

Возраст	Кровоточивость	Камень	Карман	Не регистрируется
дети 6 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 15 лет	4±5,6	10±8,6	0,0±0,0	0,0±0,0
35-44 года	8,3±7,2	53,3±13	1,7±3	5±5,7
<b>В целом:</b>	<b>3,4±2,5</b>	<b>18,1±5,3</b>	<b>0,5±1,0</b>	<b>1,5±1,7</b>

Таблица 61

#### Среднее количество здоровых секстантов с признаками поражения пародонта

Возраст, лет	Здоровые	Кровоточивость десен	Камень	Карман	Исключенные
6	6±0	0±0	0±0	0±0	0±0
12	6±0	0±0	0±0	0±0	0±0
15	5,74±0,21	0,1±0,09	0,16±0,1	0±0	0±0
35-44	3,08±0,69	0,8±0,31	1,21±0,4	0,04±0,06	0,87±0,4

Среднее количество секстантов с кровоточивостью десен у детей 15-ти лет 0,1, у взрослого населения 0,8. Среднее количество секстантов с наличием отложений зубного камня у детей 15-ти лет 0,16, у взрослого населения 1,21. У взрослого населения среднее количество секстантов с наличием кармана - 0,04. (табл.61)

### 5.1.6. Распространенность и интенсивность кариеса зубов

При обследовании детей в возрасте 6-ти лет выявлено распространенность временных зубов в 89,8% случаев, при интенсивности 10,61, при этом основным компонентом является кариес 10,53. 22,4% человек из числа осмотренных **6-летних** детей уже имеют кариес постоянных зубов, при интенсивности 0,63.

Распространенность кариеса в группе детей 12-ти лет составила 88,9%, а интенсивность 3,22. Среднее количество кариозных зубов - 2,64, восстановленных пломбами - 0,64, удаленных - 0,07.

Распространенность кариеса в возрастной группе **15-ти лет** составила 94%. Интенсивность –6,06. При этом компонент «К» составил 4,2, «П» -1,82, а удаленные постоянные зубы «У» 0,4.

В возрастной группе **35-44 лет** распространенность кариеса увеличивается до 86,7%. При этом интенсивность поражения твердых тканей зубов – 18,17, по компонентам: «К» равен 6,02, «П» -1,3, а «У» - 11,68. (табл.62).

Таблица 62

**Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди обследованных жителей Ханты-Мансийского района**

Возраст	Распростра ненность кариеса	Кариес	Пломба	Удаленные	КПУ
<b>Временные зубы</b>					
6	89,8±8,7	10,53±1,52	0,0±0,0	0,08±0,12	10,61±1,54
<b>Постоянные зубы</b>					
6	22,4±12	0,53±0,34	0,10±0,12	0,0±0,0	0,63±0,37
12	88,9±9,5	2,64±0,5	0,64±0,31	0,07±0,08	3,22±0,56
15	94±6,8	4,2±0,81	1,82±0,67	0,4±0,22	6,06±0,85
35-44	86,7±8,9	6,02±1,17	1,3±0,67	11,68±2,10	18,17±1,65

### 5.1.7. Наличие зубочелюстных аномалий

Скученность одного сегмента выявлено у детей 12-ти лет в 20%, у детей 15-ти лет в 20%. Признаки нарушения физиологической окклюзии в двух сегмента наблюдались нами среди 13,3% детей 12-ти лет, 24% школьников 15-ти лет. (табл.63)

Таблица 63

#### Распространенность скученности зубов у жителей Ханты-Мансийского района, %.

Возраст	нет скученности	Скученность в одном сегменте	Скученность в двух сегментах
дети 12 лет	66,7±14,2	20,0±12,1	13,3±10,2
дети 15 лет	56±14,2	20,0±11,4	24±12,2

Наличие двух сегментов с промежутком обнаружены у 2,2% детей 12-ти лет. У детей 15-ти лет выявлено наличие одного сегмента с промежутком в 6,4 % случаев. (табл.64)

Таблица 64

#### Распространенность наличия промежутков в резцовых сегментах у жителей Ханты-Мансийского района, %

Возраст	нет промежутка в сегменте	один сегмент с промежутком	2 сегмента с промежутком
дети 12 лет	97,8±4,4	0,0±0,0	2,2±4,4
дети 15 лет	93,9±6,9	6,4±6,9	0,0±0,0

У обследованных подростков 12-ти лет эстетический стоматологический индекс составил 25,8%, что соответствует значительным изменениям прикуса. У детей 15-ти лет эстетический индекс составил 30,64, что говорит о тяжелых нарушениях прикуса. В обеих возрастных группах требуется ортодонтическое вмешательство (табл.65).

Таблица 65

**Эстетический стоматологический индекс  
жителей Ханты-Мансийского района, (в %)**

<b>Возраст</b>	<b>DAI</b>	<b>Уровень тяжести нарушения прикуса</b>
дети 12 лет	25,8±1,94	Явно выраженные нарушения прикуса
дети 15 лет	30,64±1,85	Тяжелые нарушения прикуса

**5.1.8. Нуждаемость в стоматологическом лечении и протезировании.**

В протезировании нуждается 8% подростков 15-ти лет и 85,0% взрослого населения (табл.66).

Таблица 66

**Нуждаемость взрослого обследуемого населения в протезировании  
жителей Ханты-Мансийского района, %**

<b>Возраст</b>	<b>Нуждаемость в протезировании</b>
Дети 6 лет	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0
дети 15 лет	8±7,8
35-44 года	85±9,3

Таблица 67

**Нуждаемость взрослого обследуемого населения  
Ханты-Мансийского района в лечении, %**

<b>Возраст</b>	<b>Необходимость терапевтического лечения</b>	<b>Необходимость хирургического лечения</b>
дети 6 лет	100,0±0,0	2,8±1,2
дети 12 лет	88,9±9,5	3,1±2,1
дети 15 лет	94,0±6,8	2,8±1,8
35-44 лет	86,7±8,9	21,3±3,8

Нуждаются в стоматологическом лечении 100% детей 6-ти лет, 88,9% детей 12-ти лет, 94% детей 15-ти лет, 86,7% взрослого населения. Необходимость хирургического лечения распределяется на детей 6-ти лет 2,8%, детей 12-ти лет 3,1%, детей 15-ти лет 2,8% и на взрослое население 21,3%. (табл.67).

## **5.2. Результаты социологического обследования**

С целью определения индивидуальных гигиенических навыков проведено социальное обследование.

На вопрос «с какого возраста дети чистят зубы», получены следующие ответы: с момента прорезывания зубов 29,7%, с 2-3 лет 54,1%, с 4-5 лет 16,2% (табл.67)

На вопрос как часто дети чистят зубы, было отвечено, что 2 раза в день 16,2%, 1 раз в день 64,9%, не каждый день 5,4% и только 5,4% ответили, что дети приучены чистить зубы после каждого приема пищи.(табл.67)

В основном выполняют обучение чистить зубы родители 64,9%, воспитатели детского сада проводят обучение в 24,3% случаев, и только 10,8% детей обучались чистке зубов у врача стоматолога (табл.68).

Регулярно меняют своим детям зубные щетки 40,5% взрослых, 1 и 2 раза в год меняют зубные щетки 10,8% и 48,6% взрослых соответственно (табл.68).

Несколько раз в течение дня дети употребляют сладости в 16,2% случаев, 1 раз в неделю употребляют сладости 29,7% детей, реже чем 1 раз в неделю сладости употребляют 8,1% детей (табл.68).

Постоянно споласкивать рот приучены 10,8% детей, иногда выполняют данную процедуру 51,4%, и никогда не споласкивают рот 37,8% детей.(табл.68)

**Социально гигиенические навыки у детей 6-ти лет  
Ханты-Мансийского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
С какого возраста чистят зубы дети %	с момента прорезывания зубов	29,7±15,4
	с 2-3 лет	54,1±16,8
	с 4-5 лет	16,2±12,4
Как часто чистят зубы дети %	не каждый день	5,4±7,6
	1 раз в день	64,9±16,1
	2 раза в день	16,2±12,4
	после каждого приема пищи	5,4±7,6
Кто обучал чистить зубы детей %	родители	64,9±16,1
	врач стоматолог	10,8±10,5
	воспитатель детского сада	24,3±14,5

Основной причиной посещения врача стоматолога является жалобы на боль в зубе 64,9%. С профилактической целью водят детей к врачу стоматологу 1 раз в год 21,6% взрослых, 2 раза в год 13,5% взрослых.(табл.69)

Проведенное анкетирование подростков Ханты-Мансийского района дало следующие результаты.

Частота чистки зубов у подростков составила 2 раза в день 23,7%, 1 раз в день 64,5%, не каждый день 11,8% (табл.70).

На вопрос «кто обучал чистке зубов» подростки ответили, что родители (57,9%), воспитатель детского сада (15,8%), увидели на плакате в поликлинике (10,5%), и 14,5% подростков ответили, что обучение проходили у врача стоматолога (табл.70).

Таблица 69

**Социально гигиенические навыки у детей 6-ти лет  
Ханты-Мансийского района, %**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота смены зубной щетки у детей, %	1 раз в год	48,6±16,3
	2 раза в год	10,8±10,5
	3-4- раза в год	40,5±16,5
Частота употребления сладостей детьми, %	несколько раз в течение дня	16,2±12,4
	1 раз в неделю	29,7±15,4
	реже, чем 1 раз в неделю	8,1±9,2
Полоскание полости рта после каждого приема пищи детьми, %	да	10,8±10,5
	нет	37,8±16,3
	иногда	51,4±16,8
Частота посещения врача стоматолога детьми, %	когда ребенок жалуется на боль	64,9±16,1
	с профилактической целью 1 раз в год	21,6±13,9
	с профилактической целью 2 раза в год	13,5±11,5

Споласкивать рот после каждого приема пищи приучены 26,7% подростков, иногда выполняют данную процедуру 58,7%, никогда не споласкивают рот после приема пищи 14,7% подростков (табл.70).

Регулярно 3-4 раза в год меняют зубную щетку 64,5% подростков, 1 и 2 раза меняют зубную щетку 14,5% и 10,5% детей соответственно. Совсем не меняют свою зубную щетку дети в 10,5% случаев. (табл.70)



**Социально гигиенические навыки у детей 12-15-ти лет  
Ханты-Мансийского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота чистки зубов подростками , %	Не каждый день	11,8±7,4
	1 раз в день	64,5±10,9
	2 раза в день	23,7±9,7
Кто обучал чистке зубов подростков, %	родители	57,9±11,03
	врач стоматолог	14,5±8
	воспитатель детского сада	15,8±8,3
	Увидел на плакате в поликлинике	10,5±7
Полоскание полости рта после приема пищи подростками , %	да	26,7±10,2
	нет	14,7±8,1
	иногда	58,7±11,3
Частота смены зубной щетки подростками , %	3-4 раза в год	64,5±10,9
	2 раза в год	10,5±7
	1 раз в год	14,5±8
	не меняют	10,5±7

Частота употребления сладостей подростками Ханты-мансийского района следующая: 1-2 раза в день 13,2%, 3-4 раза в неделю 63,2%, реже чем 1 раз в неделю 10,5%.(табл.71)

Регулярно пользуются дополнительными средствами по уходу за полостью рта 32% подростков, иногда пользуются 48% и совсем не пользуются 20% подростков.(табл.71)

При вопросе «как часто и с какой целью посещаете врача стоматолога», подростки ответили, что при боли в зубе (47,4%), при появлении полости в

зубе (22,4%), в целях профилактики 1 и 2 раза в год (10,5% и 7,9% соответственно). Совсем не посещают стоматолога 11,8% детей. (табл.71)

Таблица 71

**Социально гигиенические навыки у детей 12-15-ти лет  
Ханты-Мансийского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота употребления сладостей подростками, %	1-2 раза в день	13,2±7,7
	3-4 раза в неделю	63,2±11
	реже чем 1 раз в неделю	10,5±7
Пользование дополнительными средствами по уходу за полостью рта подростками, %	да	32±10,7
	нет	20±9,2
	иногда	48±11,5
Частота и цель посещения врача стоматолога подростками, %	при боли в зубе	47,4±11,4
	при появлении полости	22,4±9,5
	профилактический осмотр 1 раз в год	10,5±7
	профилактический осмотр 2 раза в год	7,9±6,2
	не посещают стоматолога	11,8±7,4

При вопросе «как часто и с какой целью посещаете врача стоматолога», подростки ответили, что при боли в зубе (47,4%), при появлении полости в зубе (22,4%), в целях профилактики 1 и 2 раза в год (10,5% и 7,9% соответственно). Совсем не посещают стоматолога 11,8% детей. (табл.71)

Анкетирование жителей возрастной группы 35-44 года выявило, что среди обследуемых имеют высшее образование 16,7%, среднее специальное 16,7%, среднее 56,7%.(табл.72)

42,9% взрослого населения чистят зубы 2 раза в день, 46,9% 1 раз в день и не каждый день чистят зубы 10,2% опрошенных (табл.72).

Регулярно меняют зубную щетку 66,7% взрослого населения, 2 раза в год 16,7%, не меняют совсем зубную щетку 16,7%.(табл.72)

Споласкивают рот после каждого приема пищи 25% опрошенных, иногда выполняют данную процедуру 51,7%, никогда не споласкивают рот 23,3% взрослого населения.(табл.72)

Постоянно пользуются дополнительными средствами по уходу за полостью рта 31,7% взрослого населения, иногда используют дополнительные средства 20% опрошенных (табл.72).

Таблица 72

### Социально гигиенические навыки у взрослого населения

#### Ханты-Мансийского района

Критерий (вопрос)	Ответ	%
Образование взрослого населения, %	Среднее	56,7±12,9
	Среднее специальное	26,7±11,5
	Высшее	16,7±9,7
Как часто чистят зубы взрослое население, %	Не каждый день	10,2±8,7
	1 раз в день	46,9±14,4
	2 раза в день	42,9±14,3
Как часто меняют зубную щетку взрослое население, %	2 раза в год	16,7±9,7
	3-4 раза в год	66,7±12,3
	не меняют	16,7±9,7
Полоскание рта после каждого приема пищи взрослого населения, %	Да	25±11,3
	Нет	23,3±11
	Иногда	51,7±13
Использования дополнительными средствами гигиены полости рта взрослым населением, %	Да	31,7±12,1
	Иногда	20±10,4

На выбор зубных паст в основном влияет реклама (40%), советами друзей пользуются 25% жителей, и лишь 25% пользуются советами врача стоматолога (табл.73).

Между приемами пищи привыкли перекусывать сладостями 21,7% взрослого населения, после приема пищи употребляют сладкое 31,7% жителя. (табл.73)

Таблица 73

**Социально гигиенические навыки у взрослого населения  
Ханты-мансийского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Выбор зубных паст взрослым населением, %	Совет стоматолога	25±11,3
	Совет друзей или родственников	35±12,4
	Реклама	40±12,8
Частота перекусов сладким взрослое население, %	Между приемами пищи	21,7±10,7
	После приема пищи	31,7±12,1
Частота и цель посещения врача стоматолога взрослым населением, %	Когда болит зуб	53,3±13
	Обнаружена полость в зубе или выпала пломба	35±12,4
	С профилактической целью	11,7±8,4
	С ортопедической целью	66,7±12,3
Вредные привычки взрослого населения, %	Употребление алкоголя	31,7±12,1
	Курение	50±13
	Чрезмерное употребление сахара	20±10,4

Мотивы посещения врача стоматолога распределяются следующим образом: при боли в зубе 53,3%, при обнаружении полости в зубе 35%, с профилактической целью 11,7%, с целью протезирования 66,7% (табл.73).

Вредными привычками жители Ханты-Мансийского района отметили у себя злоупотребление алкоголем 31,7%, злоупотребление курением 50% и чрезмерное употребление сахара 20% (табл.73).

### **5.3.Уровень стоматологической помощи.**

В результате стоматологического эпидемиологического исследования населения Ханты-Мансийского округа получены следующие результаты.

- При внеротовом осмотре выявлены поражения кожных покровов головы шеи с 12-ти летнего возраста 2,2%, у взрослого населения 3,3%. Поражения красной каймы губ выявлены у детей 6-ти лет 2% и взрослого населения 3,3%.
- Увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи выявлено уже с 6-ти летнего возраста 2%, у детей 12-ти и 15-ти лет 2,2% и 6% соответственно, у взрослого населения 8,3%.
- Распространения заболеваний слизистой оболочки полости рта выявлены с 12-ти летнего возраста 2,2%, у взрослого населения 11,7%.
- Патология ВНЧС проявляется с 12-ти лет (2,2%) у детей 15-ти лет 6%, у взрослого населения 41,7%.
- Некариозные поражения проявляются в виде ограниченной пятнистости у детей 12-ти и 15-ти лет 8,9% и 16% соответственно, в виде гипоплазии у детей 12-ти лет 2,2%.
- Заболевания тканей пародонта проявляются в виде кровоточивости с 15-ти лет 10%, у взрослого населения 33,3%.
- Заболевания пародонта в виде отложения зубного камня выявлены с 15-ти летнего возраста 10%, у взрослого населения 53,3%.
- Количество сектантов с признаками поражения пародонта в виде кровоточивости у 15-ти летних 0,1, у взрослого населения 0,8.
- Среднее количество сектантов с отложениями зубного камня у 15-ти летних детей 0,16, у взрослого населения 1,21.

- Количество сектантов с наличием кармана глубиной 4-5 мм и 6 мм и более - 0,02.
- Распространённость кариеса у детей 12-ти лет высокая и составила 88,9 %, у взрослого населения 86,7%.
- Интенсивность кариеса у детей 12-ти лет составила 3,22 умеренная.
- Интенсивность кариеса у взрослого населения 18,17 и является очень высокой.
- Наличие скученности зубов наблюдается у детей 12-ти 15—ти лет 33,3% и 44% соответственно.
- Наличие промежутка в резцовых сегментах проявляется у детей 12-ти лет 2,2%, у детей 15-ти лет в 6,4% случаев.
- У подростков Ханты-Мансийского района явно выраженные нарушения прикуса.
- Нуждаемость в протезировании появляется у детей 15-ти лет 8%, у взрослого населения 85%.
- Нуждаемость в терапевтическом лечении у детей 12-ти лет в 88,9%, у взрослого населения 86,7%.
- Нуждаемость в хирургическом лечении детей 12-ти лет выявлена в 3,1% случаев, взрослому населению требуется хирургическое вмешательство в 21,3% случаев.
- При определении уровня стоматологической помощи было выявлено, что во всех обследованных возрастных группах этот показатель расценивается как низкий. Значение показателя УСП в возрастной группе 12-ти лет составила 13,87, в группе детей 22,73, во взрослой группе населения 3,38. (табл.74).

**Уровень стоматологической помощи среди населения  
Ханты-мансийского района**

<b>Возраст</b>	<b>УСП</b>	<b>Уровень стоматологической помощи</b>
дети 6 лет	22,73±28,89	Удовлетворительный
дети 12 лет	13,87±7,84	Удовлетворительный
дети 15 лет	23,39±8,31	Удовлетворительный
35-44 года	3,38±1,99	Низкий
<b>В среднем:</b>	13,53±3,82	Удовлетворительный

Уровень стоматологической помощи в Ханты-Мансийском районе в целом удовлетворительный.

## ГЛАВА 6. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ НИЖНЕВАРТОВСКОГО РАЙОНА

### 6.1. Анализ эпидемиологического состояния стоматологического здоровья коренного населения

Нижевартовский район был выбран по климато-географическому признаку. Нижевартовский район относится к восточной части Ханты-Мансийского автономного округа - Югры. Было обследовано 5 поселений, 396 жителей Нижевартовского района (табл.75,76).

Таблица 75

#### Распределение обследованных жителей Нижевартовского района по возрасту и по поселениям, (в абсолютных цифрах)

Возраст	Наименование поселения					
	Ларьяк	Охтеурье	Аган	Вариеган	Чехломей	Итого
дети 6 лет	35	15	11	30	11	<b>102</b>
дети 12 лет	19	21	18	15	17	<b>90</b>
дети 15 лет	23	18	12	27	13	<b>93</b>
35-59 лет	14	31	43	20	3	<b>111</b>
<b>Итого:</b>	<b>91</b>	<b>85</b>	<b>84</b>	<b>92</b>	<b>44</b>	<b>396</b>

Таблица 76

#### Распределение обследованных жителей Нижевартовского района по полу и возрасту, (в абсолютных цифрах)

Возраст	Пол		
	муж	Жен	Итого:
6	50	52	102
12	51	39	90
15	46	47	93
35-44	21	90	111
<b>Итого:</b>	<b>168</b>	<b>228</b>	<b>396</b>



Обследование детей и подростков проводилось на базе детских садов и школ-интернатов Нижневартовского района. Средняя возрастная группа (35-44 года) обследовалась на базе амбулаторий и ФАПов.

### 6.1.1. Результаты внеротового обследования

При внеротовом обследовании были выявлены поражения кожных покровов головы, шеи и другие поражения лица и челюстей в возрастной группе 6-ти лет (1%). В возрастной группе 35-44 года выявлены поражения кожных покровов головы, шеи и поражения красной каймы губ 0,9% (табл.77).

Таблица 77

#### Распределение изъязвлений при внеротовом обследовании жителей Нижневартовского района, (в %)

Возраст	Распределение		
	Поражения кожных покровов головы, шеи	Поражения красной каймы	другие поражения лица и челюстей
дети 6 лет	1,0±1,9	0,0±0,0	1,0±1,9
дети 12 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 15 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
35-59 лет	0,9±1,8	0,9±1,8	0,0±0,0
<b>В целом:</b>	<b>0,5±0,7</b>	<b>0,3±0,5</b>	<b>0,3±0,5</b>

### 6.1.2. Состояние слизистой оболочки полости рта

Распространенность патологии СОПР у жителей Нижневартовского района начинает проявляться в возрастной группе 35-44 года (11,7%). (таб.78).

Таблица 78

**Распространенность поражений СОПР  
у жителей Нижневартовского района, (в %)**

<b>Возрастная группа, лет</b>	<b>Распространенность</b>
6	0,0±0,0
12	0,0±0,0
15	0,0±0,0
35-44	11,7±6,1
<b>В целом:</b>	<b>3,3±1,8</b>

При обследовании СОПР возрастной группы 35-44 года было обнаружено проявления стоматита (0,9%), абсцесса (0,9%), хейлита (9,9%). В группе дошкольников 6 лет, подростков 12-ти и 15-ти лет заболевания СОПР не обнаружены (табл.79).

Таблица 79

**Распространенность поражений СОПР  
у жителей Нижневартовского района, %**

<b>Возраст</b>	<b>стоматит</b>	<b>абсцесс</b>	<b>другие заболевание (хейлит)</b>	<b>не регистр.</b>
дети 6 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 15 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
35-44 года	0,9±1,8	0,9±1,8	9,9±5,6	0,9±1,8
<b>В целом:</b>	<b>0,3±0,5</b>	<b>0,3±0,5</b>	<b>2,8±1,6</b>	<b>0,3±0,5</b>

### 6.1.3. Обследование состояния височно-нижнечелюстного сустава

Распространенность патологии ВНЧС выявлена у детей 6-ти лет (1%), у детей 15-ти лет (3,2%), у взрослого населения (29,7%) (табл.80)

Таблица 80

**Распространенность симптомов патологии ВНЧС у жителей  
Нижевартковского района, (в %)**

<b>Возрастная группа, лет</b>	<b>Патология ВНЧС</b>
дети 6 лет	1,0±1,9
дети 12 лет	0,0±0,0
дети 15 лет	3,2±3,6
взрослое население 35-59 лет	29,7±8,6
<b>В среднем</b>	<b>9,3±2,9</b>

Патология височно-нижнечелюстного сустава начинает проявляться в виде щелканья в суставе при открывании и закрывании рта у детей 6-ти лет (1%), у детей 15-ти лет (3,2%), у взрослого населения (27,9%). Жалобы на боль при открывании рта и болезненность жевательных мышц при пальпации проявляется у взрослого населения (3,6%). Ограниченная подвижность выявлена у 0,9% опрошенных группы взрослого населения (табл.81).

Таблица 81

**Разновидность симптомов патологии ВНЧС у жителей  
Нижевартковского района, (в %)**

<b>Возраст</b>	<b>Болезненность</b>	<b>Щелканье</b>	<b>Ограниченная подвижность</b>
дети 6 лет	0,0±0,0	1,0±1,9	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 15 лет	0,0±0,0	3,2±3,6	0,0±0,0
35-44 года	3,6±3,5	27,9±8,5	0,9±1,8
<b>В целом:</b>	<b>1,0±1,0</b>	<b>8,8±2,8</b>	<b>0,3±0,5</b>

#### 6.1.4. Наличие некариозных поражений

Ограниченная пятнистость проявляется у детей 12 лет (7,8%), у детей 15 лет (18,3%). Гипоплазия встречается у детей 15 лет (2,2%) (табл.82).

Таблица 82

#### Проявление пятнистости и гипоплазии эмали у осмотренных жителей Нижневартовского района, (в %)

Возраст	Ограниченная пятнистость	Гипоплазия
дети 12 лет	7,8±5,6	0,0±0,0
дети 15 лет	18,3±8,0	2,2±3,0

Среди жителей крупного города проявления **флюороза** слабой или сомнительной форм выявлены у 1,1% школьников 15 лет (табл.83).

Таблица 83

#### Проявления флюороза у жителей Нижневартовского района, (в %)

Возраст	Флюороз зубов	
	сомнительный	средний
дети 12 лет	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 15 лет	1,1±2,1	1,1±2,1

#### 6.1.5. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта

Заболевание пародонта в виде кровоточивости проявляется у детей 15 лет в 5,4% случаев, у взрослого населения в 16,2%. Отложения зубного камня обнаружено у детей 6-ти лет в 1% случаев, у взрослого населения в 43,2% случаев. Карман обнаружен у взрослого населения (8,1%) (табл. 84).

Таблица 84

**Распространенность патологии тканей пародонта у обследованных жителей Нижневартковского района, %**

<b>Возраст</b>	<b>Кровоточивость</b>	<b>Камень</b>	<b>Карман</b>
дети 6 лет	0,0±0,0	1,0±1,9	0,0±0,0
дети 12 лет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
дети 15 лет	5,4±4,7	0,0±0,0	0,0±0,0
35-44 года	16,2±7,0	43,2±9,4	8,1±5,2
<b>В целом:</b>	<b>5,8±2,3</b>	<b>12,4±3,2</b>	<b>2,3±1,5</b>

Количество здоровых секстантов у 6-ти летних детей 5,96, у 12-ти летних – 6, у 15-ти летних – 5,74, у взрослого населения -4,2 сектанта. Секстанты с отложением зубного камня обнаружены у детей 6-ти лет в количестве - 0,01, у взрослого населения сектантов с камнем – 0,45. Количество секстантов с карманом 4-5 мм обнаруживается у взрослого населения – 0,14. Секстанты с карманом 6мм и более обнаружены у взрослого населения– 0,09,. (рис.85).

Таблица 85

**Среднее количество здоровых секстантов и сектантов с признаками поражения пародонта в Нижневартковском районе, %**

<b>Возраст, лет</b>	<b>Здоровые</b>	<b>Кровоточивость десен</b>	<b>Камень</b>	<b>Карман 4-5 мм</b>	<b>Карман 6мм и более</b>	<b>Исключенные</b>
6	5,96±0,07	0,0±0,0	0,01±0,20	0,00±0,00	0,00±0,00	0,03±0,06
12	6,00±0,00	0,0±0,0	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00
15	5,74±0,20	0,26±0,05	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00
35-44	4,23±0,38	0,58±0,14	0,45±0,12	0,14±0,11	0,09±0,13	0,51±0,21

### 6.1.6. Распространенность и интенсивность кариеса зубов

В возрастной группе **6 лет** оценивается, прежде всего, состояние твердых тканей временных зубов. Нами выявлена очень высокая распространенность кариеса временных зубов у детей данного возраста – 83,3% при интенсивности 10,31. Результаты обследования постоянных зубов показали высокую степень распространенности и интенсивности данной патологии. По нашим данным 30,4% человек из числа осмотренных **6-летних** детей уже имеют кариес постоянных зубов и интенсивность 0,95.

Возрастная группа **12-ти лет** является ключевой для оценки состояния твердых тканей постоянных зубов на популяционном уровне. Распространенность кариеса в этой группе детей составила 88,9%, а интенсивность (КПУ) –4,29. Среднее количество кариозных зубов - 3,64, восстановленных пломбами - 0,89, удаленных - 0,03.

Распространенность кариеса в возрастной группе **15-ти лет** составила 93,5% с интенсивностью –6,08. При этом компонент «К» составил 4,30, «П» - 1,37, а удаленные постоянные зубы «У»- 0,62.

Таблица 86

#### Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди обследованных жителей Нижневартковского района.

Возраст	%	К	П	У	КПУ
<b>Временные зубы</b>					
6	83,3±7,3	9,99±1,15	0,25±0,39	0,07±0,07	10,31±1,22
<b>Постоянные зубы</b>					
6	30,4±9,1	0,61±0,23	0,14±0,15	0,21±0,34	0,95±0,44
12	88,9±6,6	3,64±0,59	0,89±0,34	0,03±0,04	4,29±0,64
15	93,5±5,1	4,30±0,57	1,37±0,40	0,62±0,31	6,08±0,76
35-44	99,1±1,8	6,15±0,73	2,76±0,61	8,10±1,2	15,91±1,09

В возрастной группе **35-44 лет** распространенность кариеса увеличивается до 99,1%. При этом интенсивность поражения твердых тканей

зубов в среднем - 15,91, по компонентам: «К» равен 6,15, «П» -2,76, а «У» - 8,1. (табл.86).

### 6.1.7. Наличие зубочелюстных аномалий

Скученность одного сегмента выявлено у детей 12-ти лет в 14,4%, у детей 15-ти лет в 17,2%. Признаки нарушения физиологической окклюзии в двух сегментах наблюдались нами среди 17,8% детей 12-ти лет, 19,4% у подростков 15-ти лет. (табл. 87).

Таблица 87

#### Распространенность скученности зубов у жителей Ханты-Нижневартовского, %.

Возраст	Нет скученности	Скученность одного сегмента	Скученность двух сегментов
дети 12 лет	67,8±9,8	14,4±7,4	17,8±8,0
дети 15 лет	63,4±9,9	17,2±7,8	19,4±8,2

Наличие двух сегментов с промежутком обнаружены у 1,1% детей 12-ти лет, у 2,2% детей 15-ти лет (табл.88)

Таблица 88

#### Распространенность наличия промежутков в резцовых сегментах у жителей Нижневартовского района, %

Возраст	нет промежутка в сегменте	один сегмент с промежутком	2 сегмента с промежутком
дети 12 лет	98,9±2,2	0,0±0,0	1,1±2,2
дети 15 лет	97,8±3,0	0,0±0,0	2,2±3,0

Также среди эстетических нарушений зубов выявлены глубокое переднее верхнечелюстное перекрытие в 1,1% случаев, а также диастема у 12-ти летних подростков (3,3%), у подростков 15-ти лет (5,4%) (табл.89).

Таблица 89

**Распространенность проявления различных эстетических нарушений  
зубов и зубных рядов у жителей Нижневартовского района, %**

Вид нарушения	Возраст	
	12	15
Диастема	3,3±3,8	5,4±4,7
Переднее верхнечелюстное перекрытие	1,1±2,2	1,1±2,1

У детей 12-ти лет эстетические нарушения минимальны. У детей 15-ти лет тяжелые нарушения прикуса и требуют значительного ортодонтического вмешательства (табл.90).

Таблица 90

**Эстетический стоматологический индекс  
у жителей Нижневартовского района, (в %)**

Возраст, лет	DAI	Значения
12 лет	24,82±1,29	Изменения минимальные
15 лет	32,05±2,05	Тяжелые нарушения прикуса

**6.1.8. Нуждаемость в стоматологическом лечении и протезировании.**

В протезировании нуждается 67,6% взрослого населения, 1,1% детей 15 лет, 1% детей 6-ти лет. (табл.91).

Таблица 91

**Нуждаемость обследуемого населения  
Нижневартовского района в протезировании, %**

Возраст	Нуждаемость в протезировании
Дети 6 лет	1±1,9
дети 12 лет	0,0±0,0
дети 15 лет	1,1±2,1
35-44 года	67,6±8,8



Нуждается в стоматологическом лечении 100% детей 6-ти лет, 88,9% дети 12-ти лет, 93,5% дети 15-ти лет, 99,1% взрослое население (таб.92).

Таблица 92

**Нуждаемость жителей Нижневартковского района  
в стоматологическом лечении, %**

<b>Возраст</b>	<b>Необходимость терапевтического лечения</b>	<b>Необходимость хирургического лечения</b>
дети 6 лет	100±0,0	2,9±1,5
дети 12 лет	88,9±6,6	3,3±0,9
дети 15 лет	93,5±5,1	3,9±1,1
35-44 лет	99,1±1,8	17,2±4,8

## 6.2. Результаты социологического обследования

С целью определения индивидуальных гигиенических навыков проведено социальное обследование.

Обследование проводили для разных возрастных групп индивидуальными анкетами.

При анкетировании были выявлены следующие результаты.

Взрослые приучают детей чистить зубы с момента прорезывания зубов (24,3%), с 2-3 лет (62,2%), с 4-5 лет (13,5%) (табл.93).

Приучены чистить зубы после каждого приема пищи 2,7% детей, 2 раза в день чистят 16,2% детей, 67,6% детей чистят зубы 1 раз в день и 13,5% чистят не каждый день (табл.93).

В большей части обучают детей чистке зубов родители (40,5%), воспитатели выступают в данной роли в 35,1% случае, 24,3% детей обучают чистить зубы врачи стоматологи (табл.93).

Соблюдают частоту смены щетки у детей 51,4% взрослых, 1 и 2 раза в год меняют щетку 10,8% и 37,8% взрослых соответственно (табл.94)

Таблица 93

**Социально гигиенические навыки у детей 6-ти лет  
Нижевартовского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
С какого возраста чистят зубы дети %	с момента прорезывания зубов	24,3±14,5
	с 2-3 лет	62,2±16,3
	с 4-5 лет	13,5±11,5
Как часто чистят зубы дети %	не каждый день	13,5±11,5
	1 раз в день	67,6±15,8
	2 раза в день	16,2±12,4
	после каждого приема пищи	2,7±5,5
Кто обучал чистить зубы детей %	родители	40,5±16,5
	врач стоматолог	24,3±14,5
	воспитатель детского сада	35,1±16,1

Сладости употребляют несколько раз в день 16,2% детей, 21,6% детей дозволено употреблять сладкое 3-4 раза в течение недели, 1 раз в неделю употребляют сладкое 31,4% ребенка.(табл.94)

Споласкивать рот приучены 16,2% детей, иногда выполняют данную процедуру 56,8% и совсем не споласкивают рот после каждого приема пищи 27% детей.(табл.94)

Мотивами посещения врача стоматолога являются: боль в зубе 56,8%, с профилактической целью 1 и 2 раза в год 27% и 16,2% соответственно (табл.94)

При анкетировании подростков 12-15 лет получены следующие результаты.

2 раза в день чистят зубы 26,7% подростков, 1 раз в день чистят зубы 64% подростков, не каждый день выполняют данную процедуру 8%. После каждого приема пищи никто не выполняет процедуру чистки зубов. (табл.95)

Таблица 94

**Социально гигиенические навыки у детей 6-ти лет  
Нижевартовского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота смены зубной щетки у детей, %	1 раз в год	10,8±10,5
	2 раза в год	37,8±16,3
	3-4- раза в год	51,4±16,8
Частота употребления сладостей детьми, %	несколько раз в течение дня	16,2±12,4
	1 раз в неделю	21,6±13,9
	реже, чем 1 раз в неделю	32,4±15,8
Полоскание полости рта после каждого приема пищи детьми, %	да	16,2±12,4
	нет	27±15
	иногда	56,8±16,7
Частота посещения врача стоматолога детьми, %	когда ребенок жалуется на боль	56,8±16,7
	с профилактической целью 1 раз в год	27±15
	с профилактической целью 2 раза в год	16,2±12,4

На вопрос кто обучал чистке зубов подростки ответили: что родители 36%, воспитатель детского сада 34,7%, увидел на плакате в поликлинике 10,7%. 14,7% подростков ответили, что обучение правилам чистки зубов выполнил врач стоматолог. (табл.95)

Приучены полоскать рот после каждого приема пищи 25,3% подростков, иногда выполняют данную процедуру 58,7% и совсем не приучены к споласкиванию рта 16% подростков (табл.95).

Регулярно меняют зубную щетку 68% подростков, 1 и 2 раза в год меняют 18,7% и 10,7% подростков соответственно. И 2,7% подростков ответили, что не меняют зубную щетку совсем (табл.95).

Таблица 95

**Социально гигиенические навыки у детей 12-15-ти лет  
Нижевартковского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота чистки зубов подростками, %	Не каждый день	8±6,2
	1 раз в день	64±11
	2 раза в день	26,7±10,2
Кто обучал чистке зубов подростков, %	родители	36±11
	врач стоматолог	14,7±8,1
	воспитатель детского сада	34,7±11
	Увидел на плакате в поликлинике	10,7±7,1
Полоскание полости рта после приема пищи подростками, %	да	25,3±10
	нет	16±8,4
	иногда	58,7±11,3
Частота смены зубной щетки подростками, %	3-4 раза в год	68±10,7
	2 раза в год	10,7±7,1
	1 раз в год	18,7±9
	не меняют	2,7±3,7

Частота употребления сладкого распределена следующим образом: 1-2 раза в день кушают сладости 16% подростков, 64% подростков употребляют

сладости 3-4 раза в неделю, реже чем 1 раз в неделю сладости кушают 9,3% подростков.(табл.96)

Пользуются дополнительными средствами по уходу за полостью рта подростки постоянно 27%, иногда 43,2%, совсем не пользуются 29,7% (табл.96).

Целями посещения врача стоматолога являются: боль в зубе (42,7%), появление полости в зубе (26,7%), профилактический осмотр 1 и 2 раза в год (12% и 5,3% соответственно). Совсем не посещают 13,3% подростков (табл.96)

Таблица 96

**Социально гигиенические навыки у детей 12-15-ти лет  
Нижевартковского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Частота употребления сладостей подростками, %	1-2 раза в день	16±8,4
	3-4 раза в неделю	64±11
	реже чем 1 раз в неделю	9,3±6,7
Пользование дополнительными средствами по уходу за полостью рта подростками, %	да	27±10,3
	нет	29,7±10,6
	иногда	43,2±11,5
Частота и цель посещения врача стоматолога подростками, %	при боли в зубе	42,7±11,4
	при появлении полости	26,7±10,2
	профилактический осмотр 1 раз в год	12±7,5
	профилактический осмотр 2 раза в год	5,3±5,2
	не посещают стоматолога	13,3±7,8

Анкетирование взрослого населения показало, что высшее образование имеют 21,3% жителя, среднее специальное 26,2%, а среднее 52,5%.(табл.97)

Дважды в день чистят 21,3% взрослого населения, один раз в день чистят 59% жителя, не каждый день выполняют данную процедуру 19,7% (табл.97)

Регулярно меняют зубную щетку 65,6% взрослого населения, 2 раза в год меняют 1,6% жителя, не меняют совсем 14,8%.(табл.97)

Таблица 97

**Социально гигиенические навыки у населения 35-44 года  
Нижевартовского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Образование взрослого населения, %	Среднее	52,5±12,9
	Среднее специальное	26,2±11,4
	Высшее	21,3±10,6
Как часто чистят зубы взрослое население, %	Не каждый день	19,7±10,3
	1 раз в день	59±12,7
	2 раза в день	21,3±10,6
Как часто меняют зубную щетку взрослое население, %	2 раза в год	1,6±3,3
	3-4 раза в год	65,6±12,3
	не меняют	14,8±9,2
Полоскание рта после каждого приема пищи взрослого населения, %	Да	31,1±12
	Нет	14,8±9,2
	Иногда	54,1±12,9
Использования дополнительными средствами гигиены полости рта взрослым населением, %	Да	41±12,7
	Иногда	49,2±12,9

Споласкивают рот после приема пищи 31,1% взрослого населения, иногда это делают 54,1% взрослого населения, никогда не споласкивают рот после приема пищи 14,8% опрашиваемых (табл.97)

Постоянно пользуются дополнительными средствами по уходу за полостью рта 41% опрошенного населения. 49,2% взрослого населения используют дополнительные средства по уходу за полостью рта не регулярно.(табл.97)

В выборе паст взрослое население обычно руководствуется рекламой (45,9%), советом друзей пользуются 34,4%, а получают рекомендации от врача стоматолога 19,7% жителя.(табл.98)

Таблица 98

**Социально гигиенические навыки у жителей 35-44 лет  
Нижевартовского района**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>%</b>
Выбор зубных паст взрослым населением, %	Совет стоматолога	19,7±10,3
	Совет друзей или родственников	34,4±12,3
	Реклама	45,9±12,9
Частота перекусов сладким взрослое население, %	Между приемами пищи	19,7±10,3
	После приема пищи	34,4±12,3
Частота и цель посещения врача стоматолога взрослым населением, %	Когда болит зуб	59±12,7
	Обнаружена полость в зубе или выпала пломба	32,8±12,1
	С профилактической целью	9,8±7,7
	С ортопедической целью	54,1±12,9
Вредные привычки взрослого населения, %	Употребление алкоголя	23±10,9

Между приемами пищи привыкли перекусывать сладким 19,7% жителя, после приема пищи кушают сладкое 34,4% населения. (табл.98)

Распределение мотивов посещения врача стоматолога жителями Нижевартовского района происходит следующим образом: при боли в зубе

59%, при обнаружении полости в зубе 32,8%, с профилактической целью 9,8% с целью протезирования 54,1% (табл.98)

Вредными привычками считают у себя жители злоупотребление алкоголем (23%) и курение (52,5%), а также чрезмерное употребление сахара (23%) (табл.98)

### **6.3.Уровень стоматологической помощи.**

Результаты обследования Нижневартковского района следующие.

- Внеротовое обследование выявило поражение кожных покровов головы, шеи у детей 6-ти лет 1%, у взрослого населения 0,9%. Поражения красной каймы губ выявлены у взрослого населения 0,9%.
- Заболевания слизистой оболочки полости рта выявлено у взрослого населения 11,7%.
- При обследовании ВНЧС выявлено в целом по населению 9,3%. У детей 6-ти, 15-ти лет патология ВНЧС 1%, 3,2% соответственно. У взрослого населения патология ВНЧС выявлена в 29,7% случаев.
- Некариозные поражения проявляются в виде ограниченной пятнистости у детей 12- ти 15- ти лет 7,8% и 18,3% соответственно, и гипоплазии у детей 15- ти лет 2,2%.
- Флюороз зубов выявлен у детей 15-ти лет сомнительный 1,1% и средний 1,1%.
- Распространенность патологии пародонта проявляется в виде кровоточивости с 15-ти лет 5,4%, у взрослого населения распространенность 16,2%. Наличие отложений зубного камня выявлено в группе детей 6-ти лет 1% и у взрослого населения 43,2%. Наличие кармана выявлен у взрослого населения 8,1%.
- Среднее количество секстантов с кровоточивостью у детей 15-ти летних подростков 0,26, у взрослого населения 0,58. Среднее количество сектантов у взрослого населения с наличием отложений



- зубного камня 0,45, с наличием карманов глубиной 4-5 мм – 0,14, с наличием карманов глубиной 6 мм и более 0,09.
- Распространенность кариеса высокая у 12-ти летних детей 88,9%, у взрослого населения 99,1.
  - Интенсивность у детей 12-ти лет умеренная 4,29, у взрослого населения высокая 15,91.
  - Зубочелюстные аномалии проявляются в виде наличия двух сегментов с промежутком у детей 12 – ти и 15-ти лет 1,1% и 2,2% соответственно.
  - Зубочелюстные аномалии проявляются в виде скученности зубов у подростков 12-ти и 15-ти лет 32,2% и 36,6% соответственно.
  - Также существуют наличия диастем у подростков 12-ти и 15—ти лет 3,3% и 5,4% соответственно, и наличия верхнечелюстного перекрытия 1,1% у подростков.
  - Нуждаемость в ортопедическом лечении выявлено уже с 6-ти летнего возраста 1%, у детей 15—ти лет 1,1%, у взрослого населения 67,6%.
  - Нуждаемость в терапевтическом лечении у детей 12-ти лет 88,9%, у взрослого населения 99,1%.
  - Нуждаемость в хирургическом лечении у детей 12-ти лет 3,3% у взрослого населения 17,2%.
  - При определении уровня стоматологической помощи было выявлено, что во всех обследованных возрастных группах этот показатель расценивается как недостаточный. Худшее значение показателя УСП определено в возрастной группе 35-44 года, где величина индекса составила 12,4, лучшее в группе подростков 15-ти лет (18,79%) (табл.99).

Таблица 99

**Уровень стоматологической помощи Нижневарттовского района.**

<b>Возраст</b>	<b>УСП</b>	<b>Уровень стоматологической помощи</b>
дети 6 лет	13,54±11,34	Недостаточный
дети 12 лет	13,10±5,59	Недостаточный
дети 15 лет	18,79±5,46	Недостаточный
35-59 лет	12,40±3,60	Недостаточный
<b>В целом:</b>	<b>14,53±2,53</b>	<b>Недостаточный</b>

## **ГЛАВА 7. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО МАЛОЧИСЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ В ОБСЛЕДУЕМЫХ РЕГИОНАХ ХМАО-ЮГРЫ**

Для выявления определенных закономерностей в развитии стоматологических заболеваний и оценки влияния различных факторов нами проведена сравнительная оценка полученных в ходе исследования результатов.

Выбор населенных пунктов для обследования и сравнения был обусловлен следующими критериями:

- Проживанием на данных территориях основного количества КМНС.
- Расположением населенных пунктов в разных экологических зонах округа и имеющие различную степень транспортного сообщения.
- Районы, имеющие различные социально – экономические показатели.
- Районы, находящиеся в различных климатических условиях.

Все обследованные были разделены на группы, в зависимости от места проживания:

КМНС Бр. - Коренное малочисленное население Березовского района

КМНС Ср. - Коренное малочисленное население Сургутского района

КМНС Хм. - Коренное малочисленное население Ханты-Мансийского района

КМНС Нв. - Коренное малочисленное население Нижневартовского района

Для удобства анализа заболеваемости, выявления неблагоприятных факторов и планирования подходов профилактики результаты обследования представлены для отдельных возрастных категорий.

### **Стоматологическая заболеваемость среди дошкольников 6 лет**

При **внешнем осмотре** выявлены поражения кожных покровов головы, шеи, плеч в Сургутском районе – 1,4 % и в Нижневартовском районе

– 2%, в Ханты-Мансийском районе – 4,1% (табл.100). Одна из причин этого социально-бытовые условия.

Таблица 100

**Распространенность поражений кожных покровов  
при внеротовом обследовании детей 6-ти лет, (в %)**

<b>Населенный пункт</b>	<b>Распространенность</b>	<b>P</b>
КМНС Бр.	0,0±0,0	P1 < 0,05
КМНС Ср.	1,4±2,0	P2 > 0,05
КМНС Хм.	4,1±1,2	P3 > 0,05
КМНС Нв.	2,0±1,9	P4 > 0,05
В среднем:	1,49±0,58	P > 0,05

Распространение патологии ВНЧС в виде щелканья выявляется у детей 6-ти лет в Сургутском районе – 2,8% и Нижневартовском районе – 1%. (табл.101)

Таблица 101

**Распространенность патологии ВНЧС у детей 6-ти лет, %**

<b>Населенный пункт</b>	<b>Патология</b>
КМНС Бр.	0,0±0,0
КМНС Ср.	2,8±3,9
КМНС Хм.	0,0±0,0
КМНС Нв.	1,0±1,9
В среднем:	0,9±1,0
<b>P</b>	<b>P &gt; 0,05</b>

Поражения слизистой оболочки полости рта проявляются в этом возрасте в Сургутском районе - 1,4% (табл.102). Заболеваниями слизистой оболочки полости рта является в основном стоматиты.

Таблица 102

**Распространенность патологии СОПР у 6-летних детей, (в %)**

Населенный пункт	Патология	P
КМНС Бр.	0,0±0,0	P1 < 0,05
КМНС Ср.	1,4±6,2	P2 > 0,05
КМНС Хм.	0,0±0,0	P3 > 0,05
КМНС Нв.	0,0±0,0	P4 > 0,05
В среднем:	0,3±0,6	P > 0,05

Кариес временных зубов имеется у большинства 6-ти летних детей. Распространенность поражения достигала 74,6 – 89,8 % (82,9% - по округу). (Табл.103)

Интенсивность составила от 8,56 до 10,61, в среднем – 9,67. Высокий КПУ обусловлен компонентом «К», который составил от 8,38 до 10,53 (в среднем 9,51). Компонент «П» практически отсутствует от 0 до 0,25 (в среднем 0,10), что говорит о недостаточном уровне стоматологической помощи. Компонент «У» составил от 0,04 до 0,08 ( в среднем 0,06).

Таблица 103

**Распространенность и интенсивность кариеса временных зубов  
у детей 6-ти лет**

Группа	%	Интенсивность			
		К	П	У	КПУ
КМНС Бр.	85,7±6,6	9,33±0,96	0,0±0,0	0,05±0,06	9,38±0,97
КМНС Ср.	74,6±10,3	8,38±1,43	0,14±0,13	0,04±0,06	8,56±1,46
КМНС Хм.	89,8±8,7	10,53±1,52	0,0±0,0	0,08±0,12	10,61±1,54
КМНС Нв.	82,4±7,5	10,0±1,15	0,25±0,39	0,07±0,07	10,31±1,22
По округу	82,9±4,0	9,51±0,60	0,10±0,20	0,06±0,04	9,67±0,62
P	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05

Таблица 104

**Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов  
у детей 6-ти лет.**

Населенный пункт	Распространенность, %	Интенсивность, отн.вел.			
		К	П	У	КПУ
КМНС Бр.	17,0±7,1	0,38±0,19	0,05±0,06	0,09±0,14	0,52±0,25
КМНС Ср.	26,8±10,5	0,66±0,41	0,07±0,08	0,39±0,73	1,11±0,95
КМНС Хм.	22,4±12,0	0,53±0,34	0,10±0,12	0,00±0,00	0,63±0,37
КМНС Нв.	30,4±9,1	0,61±0,23	0,14±0,15	0,21±0,34	0,95±0,44
По округу	24±4,6	0,53±0,14	0,09±0,05	0,18±0,19	0,79±0,44
P	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05

В обследуемой возрастной группе в 24% случаев выявлен кариес постоянных зубов, самый большой показатель в Нижневартовском районе (30,4%), самый низкий в Березовском районе (17%). Интенсивность поражения, в среднем, составляла от 0,52 до 1,11 (0,79), причем наибольший % в структуре индекса КПУ составляет компонент «К» (табл.104).

Распространенность заболеваний тканей пародонта проявляется в Сургутском и Нижневартовском районах в виде отложений зубного камня, в среднем по округу 0,9%. (табл. 105).

Таблица 105

**Распространенность патологии тканей пародонта у детей 6 лет, %**

Районы	Патология
КМНС Бр.	0,0±0,0
КМНС Ср.	2,8±3,9
КМНС Хм.	0,0±0,0
КМНС Нв.	1,0±1,9
В целом:	0,9±1,0
P	P>0,05

100% детей 6 лет в округе нуждаются в терапевтическом лечении и 3,15% в хирургическом. В ортопедическом лечении нуждаются дети Нижневартовского района 1%. (табл. 106)

Таблица 106

**Нуждаемость в лечении детей 6-ти лет,%**

Районы	Терапевтическое лечение %	Хирургическое лечение %	Ортопедическое лечение %
КМНС Бр.	100±0,0	3,4±1,5	0,0±0,0
КМНС Ср.	100±0,0	3,5±2,6	0,0±0,0
КМНС Хм.	100±0,0	2,8±1,2	0,0±0,0
КМНС Нв.	100±0,0	2,9±1,5	1±1,9
В целом:	100±0,0	3,15±1,5	0,3±0,6
P	P<0,05	P>0,05	P>0,05

**Стоматологическая заболеваемость среди школьников 12-ти и 15-ти лет**

При внеротовом обследовании выявлены поражения кожных покровов головы, шеи, поражения красной каймы губ у подростков 12-ти лет Березовского района – 1,2%, увеличение лимфатических узлов в области головы шеи у подростков 12 и 15 лет Сургутского района – 3% и 5 % соответственно и Ханты-Мансийского района – 2,2% и 6 % соответственно. (табл.107).

В данных возрастных группах выявлен признак – щелканье ВНЧС, что может являться следствием скученности зубов, деформаций в связи с ранней потерей жевательных зубов. (табл.108)

Поражения СОПР в Сургутском районе – у 12-ти летних 3%, у 15-ти летних 5%, в Ханты-мансийском районе у подростков 12-ти лет 2,2% (табл.109).

Таблица 107

**Признаки заболеваний при внеротовом обследовании  
подростков 12-ти 15-ти лет, (%)**

Населенный пункт	Поражения кожных покровов головы, шеи, плеч		поражения красной каймы губ		увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи	
	12 лет	15 лет	12 лет	15 лет	12 лет	15 лет
КМНС Бр.	1,2±2,4	0,0±0,0	1,2±2,4	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
КМНС Ср.	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	3,0±6,1	5,0±10,5
КМНС Хм.	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	2,0±4,4	6±6,8
КМНС Нв.	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
<b>В среднем:</b>	<b>0,4±0,8</b>	<b>0,0±0,0</b>	<b>0,4±0,8</b>	<b>0,0±0,0</b>	<b>0,8±1,1</b>	<b>1,8±1,7</b>
<b>P</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>

Таблица 108

**Распространенность патологии ВНЧС  
у детей 12,15-ти лет, %**

Населенный пункт	12 лет	15 лет
КМНС Бр.	3,6±4,1	1,6±3,1
КМНС Ср.	3,0±6,1	5,0±10,5
КМНС Хм.	2,2±4,4	6±6,8
КМНС Нв.	0,0±0,0	3,2±3,6
<b>В среднем:</b>	<b>2±1,7</b>	<b>3,2±3,6</b>
<b>P</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>



Таблица 109

**Распространенность и структура поражения СОПР  
среди 12-ти 15-ти летних подростков, %**

<b>Населенный пункт</b>	<b>12-ти лет</b>	<b>15-ти лет</b>
КМНС Бр.	0,0±0,0	0,0±0,0
КМНС Ср.	3,0±6,1	5,0±0,0
КМНС Хм.	2,2±4,4	0,0±0,0
КМНС Нв.	0,0±0,0	0,0±0,0
В среднем:	<b>0,8±1,1</b>	<b>0,4±0,9</b>
P	P>0,05;	P<0,05;

Распространенность кариеса к 12 годам у подростков достигала в среднем по области 88,4% (от 86,7% до 90,9%). Интенсивность поражения также была различной: 4,07% (от 3,22 до 4,36). В структуре индекса КПУ у 12-летних подростков значительное место занимает компонент «К» 3,42. (табл.110)

Таблица 110

**Распространенность и интенсивность кариеса зубов  
у подростков 12-ти лет**

<b>Населенный пункт</b>	<b>Распространенность, %</b>	<b>К</b>	<b>П</b>	<b>У</b>	<b>КПУ</b>
КМНС Бр.	86,7±7,4	3,55±0,59	0,33±0,16	0,43±0,31	4,18±0,70
КМНС Ср.	90,9±10,3	3,55±0,77	0,39±0,32	0,48±0,58	4,36±1,21
КМНС Хм.	88,9±9,5	2,64±0,50	0,64±0,31	0,07±0,08	3,22±0,56
КМНС Нв.	88,9±6,6	3,64±0,59	0,89±0,34	0,03±0,04	4,29±0,64
По округу	88,4±4,0	3,42±0,31	0,59±0,15	0,23±0,13	4,07±0,37
P	P>0,05	P>0,05	P< 0,05	P< 0,05	P> 0,05

Компонент «У» составляет 0,03-0,48 (в среднем 0,23) и имеет наименьшее значение среди подростков крупного и более цивилизованного населенного пункта – Нижневартовского района, что говорит о своевременности лечения зубов. В Нижневартовском районе лучше организована стоматологическая помощь подросткам.

К 15 годам распространенность кариеса во всех обследованных регионах еще более возросла и по округу составила 93,8%. Аналогичные тенденции наблюдались и в интенсивности кариеса, которая колебалась от 5,79 до 7,20 (в среднем 6,09). (табл.111)

Таблица 111

**Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов у подростков 15-ти лет**

Населенный пункт	Распространенность, %	К	П	У	КПУ
КМНС Бр.	92,1±6,8	4,14±0,73	0,98±0,45	0,81±0,30	5,79±0,81
КМНС Ср.	100,0±0,0	5,00±1,54	1,25±0,85	1,45±1,14	7,20±2,44
КМНС Хм.	94±6,8	4,2±0,81	1,82±0,67	0,40±0,22	6,06±1,09
КМНС Нв.	93,5±5,1	4,30±0,57	1,37±0,40	0,62±0,31	6,08±0,76
По области	93,8±3,1	4,30±0,37	1,35±0,40	0,70±0,18	6,09±0,46
P	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05	P< 0,05	P> 0,05

Помимо кариеса, в обследованных регионах выявлена распространенность **некариозных поражений** зубов (пятнистости и гипоплазии эмали).

Самая низкая распространенность пятнистости и гипоплазии эмали наблюдалась в Сургутском районе у подростков 12-ти лет – 3%, у 15-ти летних подростков Березовского района – 6,3%. Особенно высокая распространенность некариозных поражений у 15-летних подростков группы 2 – 25%.

У подростков был зарегистрирован флюороз, в основном сомнительной, очень слабой и слабой форм (в среднем у 0,4% подростков 12-ти лет, 0,55% подростков 15-ти лет) (табл.112).

Таблица 112

**Распространенность некариозных поражений  
у подростков 12-ти и 15-ти лет, %**

Группа	Пятнистость, гипоплазия		Флюороз	
	12-ти лет	15-ти лет	12-ти лет	15-ти лет
КМНС Бр.	19,3±9,5	6,3±6,1	1,2±2,4	0,0±0,0
КМНС Ср.	3±6,1	25±19	0,0±0,0	0,0±0,0
КМНС Хм.	11,1±9,6	16±10,5	0,0±0,0	0,0±0,0
КМНС Нв.	7,8±5,6	20,5±7,5	0,0±0,0	2,2±2,1
По округу	11,6±10,4	15,9±4,9	0,4±0,8	0,55±0,9
P	P<0,05	P<0,05	P>0,05	P>0,05

Распространенность патологии пародонта у подростков 12-ти и 15-ти лет невысокая. (табл.113). Отложения зубного камня появляется у подростков с 15-ти лет – в среднем по округу 6,6%, что говорит о низкой гигиене полости рта и отсутствии профилактических мероприятий, а так же минерального состава воды на территории проживания.

Таблица 113

**Распространенность патологии пародонта среди подростков, (в %)**

Населенный пункт	кровоточивость		камень		Карман	
	12 лет	15 лет	12 лет	15 лет	12 лет	15 лет
КМНС Бр.	1,2±2,4	14,3±8,8	0,0±0,0	7,9±6,8	0,0±0,0	0,0±0,0
КМНС Ср.	0,0±0,0	35±22,9	3,0±6,1	25±20,8	3±6,1	5±10,5
КМНС Хм.	0,0±0,0	10±8,6	0,0±0,0	10±8,6	0,0±0,0	0,0±0,0
КМНС Нв.	0,0±0,0	5,4±4,7	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
<b>В среднем:</b>	<b>0,4±0,8</b>	<b>11,5±4,2</b>	<b>0,4±0,8</b>	<b>6,6±3,3</b>	<b>0,4±0,8</b>	<b>0,4±0,9</b>
<b>P</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>

В Нижневартовском районе отложения зубного камня не выявлено. Кровоточивость появляется у подростков с 12-ти лет Березовского района, с 15-ти лет проявляется во всех группах в среднем 11,5%. Карман выявлен в Сургутском районе у 12-ти 15-ти летних 3% и 5% соответственно.

Анализ **зубочелюстных аномалий** показал, что наиболее часто они проявлялись в виде скученности верхних и нижних зубов, промежутков между резцами и клыками, аномального положения резцов на верхней и нижней челюсти, изменения смыкания моляров. (табл.114).

Таблица 114

**Распространенность ЗЧА среди подростков 12,15- ти лет, %**

Районы	Скученность зубов		диастемы более 2 мм		Промежутки в резцовых сегментах	
	12 лет	15 лет	12 лет	15 лет	12 лет	15 лет
КМНС Бр.	28,9±7,65	34,9±9,55	0,04±0,05	0,02±0,03	2,4±0,34	6,3±2,26
КМНС Ср.	9,1±10,3	10±10,5	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	5±3,62
КМНС Хм.	46,7±12,7	54,9±57,05	0,13±0,15	0,08±0,06	2,2±0,21	6,1±4,37
КМНС Нв.	32,2±7,7	36,6±8	0,06±0,06	0,08±0,06	1,1±0,3	2,2±1,8
<b>В ср.</b>	<b>30,6±4,45</b>	<b>37,9±5</b>	<b>0,06±0,04</b>	<b>0,05±0,04</b>	<b>1,4±0,18</b>	<b>4,9±3,8</b>
<b>P</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>

Значения эстетического стоматологического индекса свидетельствуют о явно выраженных нарушениях прикуса и необходимости

ортодонтического лечения во всех обследуемых группах подростков (табл.115).

У подростков 12-ти и 15-ти лет выявлена потребность в терапевтическом лечении 88,4% - 93,8%, и хирургическом лечении 3,7% - 3,15%. (табл.116)

Таблица 115

**Эстетический стоматологический индекс, (в отн. вел.)**

<b>Населенный пункт</b>	<b>12 лет</b>	<b>15 лет</b>
КМНС Бр.	27,66±2,40	32,94±2,09
КМНС Ср.	22,75±4,30	34,25±7,65
КМНС Хм.	25,80±1,93	30,64±3,28
КМНС Нв.	24,82±1,30	32,06±2,05
<b>В среднем:</b>	<b>25,66±1,12</b>	<b>32,47±1,37</b>
<b>P</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>

Таблица 116

**Нуждаемость подростков округа в стоматологическом лечении, %**

<b>Район</b>	<b>Терапевтическое лечение</b>		<b>Хирургическое лечение</b>	
	<b>12 лет</b>	<b>15 лет</b>	<b>12 лет</b>	<b>15 лет</b>
КМНС Бр.	86,7±7,4	92,1±6,8	2,4±0,98	1,6±0,42
КМНС Ср.	90,9±10,3	100±0,0	5,8±3,5	4,3±2,7
КМНС Хм.	88,9±9,5	94±6,8	3,1±2,1	2,8±1,8
КМНС Нв.	88,9±6,6	93,5±5,1	3,3±0,9	3,9±1,1
<b>В среднем:</b>	<b>88,4±4,0</b>	<b>93,8±3,1</b>	<b>3,7±1,0</b>	<b>3,15±2,7</b>
<b>P</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>

Нуждаемость в протезировании у подростков 15-ти лет в среднем по округу 6,2%. Наибольшая необходимость у подростков Сургутского района, в связи с высоким показателем «У». табл.(117)

Таблица 117

**Нуждаемость подростков округа в протезировании, %**

<b>Населенный пункт</b>	<b>12 лет</b>	<b>15 лет</b>
КМНС Бр.	0,0±0,0	7,9±6,8
КМНС Ср.	0,0±0,0	20,0±19,2
КМНС Хм.	0,0±0,0	8±7,8
КМНС Нв.	0,0±0,0	1,1±2,1
<b>В среднем:</b>	0,0±0,0	6,2±3,1
<b>P</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>

Уровень стоматологической помощи оценивается у подростков 12-ти лет как низкий, у подростков с 15-ти лет как недостаточный. Самый низкий уровень стоматологической помощи у 12-ти летних и 15-ти летних в Березовском районе. (табл.118)

Таблица 118

**Уровень стоматологической помощи у подростков 12-ти и 15-ти лет,**

<b>Населенный пункт</b>	<b>12 лет</b>	<b>15 лет</b>
КМНС Бр.	5,55±4,15	14,30±6,59
КМНС Ср.	7,55±5,88	14,38±10,24
КМНС Хм.	13,87±7,84	23,39±8,30
КМНС Нв.	13,10±5,59	18,79±5,46
<b>В среднем:</b>	<b>10,10±2,89</b>	<b>18,79±5,46</b>
<b>P</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>

**Стоматологическая заболеваемость среди средней (35-44 лет) и старшей (65 и более лет) возрастных групп**

При **внешнем осмотре** выявлено поражения кожных покровов головы, шеи в среднем 1,1%, поражения красной каймы губ в среднем 1,1%,

увеличение лимфатических узлов в области головы 3,1%. В Березовском районе поражений кожных покрытий отсутствуют. (табл.119).

Таблица 119

**Распространенность поражений кожных покровов при внеротовом обследовании у возрастной группы 35-44 года, (в %)**

<b>Район</b>	<b>Поражения кожных покровов в области головы, шеи</b>	<b>поражения красной каймы</b>	<b>Увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи</b>	<b>P</b>
КМНС Бр.	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	P1 < 0,05
КМНС Ср.	1,4±2,8	1,4±2,8	8,3±6,5	P2 < 0,05
КМНС Хм.	3,3±4,7	3,3±4,7	8,3±7,2	P3 < 0,05
КМНС Нв.	0,9±1,8	0,9±1,8	0,0±0,0	P4 < 0,05
<b>В среднем:</b>	<b>1,1±1,1</b>	<b>1,1±1,1</b>	<b>3,1±1,8</b>	<b>P &lt; 0,05</b>

Увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов (в среднем у 3,1% взрослого населения), наиболее выраженное у обследуемых в Сургутском и Ханты-Мансийском районах (до 8,3%).

Таблица 120

**Распространенность симптомов поражения ВНЧС у взрослого населения, %**

<b>Населенный пункт</b>	<b>Патология ВНЧС</b>
КМНС Бр.	33,0±8,7
КМНС Ср.	43,1±11,6
КМНС Хм.	41,7±12,8
КМНС Нв.	29,7±8,6
<b>В среднем:</b>	<b>35,5±5</b>
<b>P</b>	<b>P&gt;0,05</b>

**Состояние височно-нижнечелюстного сустава** оценивалось по наличию нескольких симптомов: боли, щелканья и ограничения подвижности (табл.120).

В обследуемых группах нами чаще всего наблюдалось щелканье при открывании рта.

Поражения слизистой оболочки полости рта у взрослого населения самый большой показатель 38,9% в Сургутском районе. В среднем по округу распространенность патологии СОПР среди взрослого населения составила 14,8%. (Табл. 121).

Таблица 121

**Распространенность патологии СОПР у населения 35-44 года, %**

<b>Район</b>	<b>Патология СОПР</b>
КМНС Бр.	4,3±3,8
КМНС Ср.	38,9±11,5
КМНС Хм.	11,7±8,4
КМНС Нв.	11,7±6,1
В среднем:	<b>14,8±6,1</b>
Р	<b>Р&lt;0,05</b>

Поражения **слизистой оболочки полости рта** проявляются у взрослого населения в виде стоматитов, лейкоплакии, трещины губы и хейлита .

Распространенность кариеса в возрасте 35-44 лет высокая в среднем по округу достигала 93,3%, самый низкий показатель в Ханты-Мансийском районе - 86,7%, самый высокий в Нижневартовском районе - 99,1%. Интенсивность в среднем по округу составила 16,92 самый низкий показатель в Нижневартовском районе – 15,91, самый высокий показатель в Сургутском районе – 18,69. При этом самым высоким компонентом является «У» в среднем 9,84. (табл.122).



Таблица 122

**Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди взрослого  
(35-44 лет) населения**

Группа	Распространенность, %	К	П	У	КПУ
КМНС Бр.	91,3±5,2	5,41±0,64	1,00±0,34	10,31±1,37	16,12±1,21
КМНС Ср.	93,1±6,0	7,63±1,41	1,71±0,61	10,25±1,82	18,69±1,74
КМНС Хм.	86,7±8,9	6,02±1,17	1,30±0,67	11,68±2,10	18,17±1,65
КМНС Нв.	99,1±1,8	6,15±0,73	2,76±0,61	8,10±1,20	15,91±1,09
По округу	93,3±2,6	6,19±0,46	1,74±0,28	9,84±0,76	16,92±0,68
P	P< 0,05	P< 0,05	P< 0,05	P< 0,05	P< 0,05

Распространенность поражения пародонта в возрастной группе 35-44 года выявлена в виде кровоточивости (8,1%), отложений зубного камня (36%) и наличия карманов 6мм и более (4%). (табл.123)

Таблица 123

**Распространенность патологии пародонта у взрослого населения, (в %)**

Населенный пункт	кровоточивость	камень	карман
КМНС Бр.	40,9±9,1	61,7±9,0	0,0±0,0
КМНС Ср.	41,7±11,6	76,4±10,0	8,3±6,5
КМНС Хм.	33,3±12,3	53,3±13	1,7±3,3
КМНС Нв.	16,2±7,0	43,2±9,4	8,1±5,2
<b>В среднем:</b>	<b>32,1±4,8</b>	<b>57,5±5,1</b>	<b>4,5±2,1</b>
<b>P</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>

При определении **нуждаемости в стоматологической помощи**, мы учитывали потребность взрослого населения в ортопедическом, хирургическом и терапевтическом лечении.

Анализ полученных данных показал, что нуждаются в квалифицированной ортопедической помощи 80,2% взрослого населения.

В восстановительном терапевтическом лечении нуждаются: 93,3% взрослых в хирургическом 19,8%.(табл.124)

Таблица 124

**Нуждаемость в протезировании взрослого населения, %**

<b>Район</b>	<b>Ортопедическое лечение</b>	<b>Терапевтическое лечение</b>	<b>Хирургическое лечение</b>
КМНС Бр.	89,6±5,7	91,3±5,2	19,7±4
КМНС Ср.	80,6±9,3	93,1±6,0	21±12,3
КМНС Хм.	85±9,3	86,7±8,9	21,3±3,8
КМНС Нв.	67,6±8,8	99,1±1,8	17,2±4,8
<b>В среднем:</b>	<b>80,2±4,1</b>	<b>93,3±2,6</b>	<b>19,8±4,6</b>
<b>P</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>	<b>P&gt;0,05</b>

Одной из особенностью обследованных регионов являются фактор компактного проживания КМНС в населенных пунктах с количеством населения от 120 до 1000 человек на значительном удалении от районных центров и крупных городов. Отдаленность территорий в различных районах составляет от 100 до 600 км. В двух из четырех обследованных районах округа: Березовский и Ханты-Мансийский дорожное сообщение с твердым покрытием между районными центрами и поселениями КМНС отсутствует. Исключение составляет зимний период времени с декабря по апрель. Время действия автозимника. В летний период времени года возможно использование водных видов транспорта при условии полноводия бассейна рек, окружающих территории компактного проживания КМНС. В осенне-

весенний период времени года существует только воздушное вертолетное сообщение.

В группу 1 включаем обследованные территории Ханты-Мансийского района и Березовского района.

В группу 2 включаем обследованные территории Сургутского и Нижневартовского районов.

**Группа 1** характеризуется:

- благоприятной экологической ситуацией,
- труднодоступностью населенных пунктов, отсутствием дорог с твердым покрытием (только в зимний период – по зимнику),
- невысокие социально экономические показатели.

**Группа 2** характеризуется:

- неблагоприятной экологической ситуацией
- наличием дорог с твердым покрытием.
- высокими социально экономическими показателями, связанными с дополнительным финансированием КМНС предприятиями нефтегазодобывающего комплекса.

### Сравнение среди дошкольников 6 лет

При сравнении выявлено, что у детей с неблагоприятной экологической ситуацией патология тканей пародонта выше и составляет 1,7%, при отсутствии заболеваний пародонта в районах с более благоприятной экологической обстановкой. (табл.125)

Таблица 125

### **Распространенность патологии тканей пародонта у детей 6 лет, %**

<b>Районы</b>	<b>Патология</b>
Группа 1	0,0±0,0
Группа 2	1,7±2,0
P	P<0,5

При обследовании СОПР мы видим аналогичную ситуацию, распространение заболеваний СОПР наблюдается у детей из районов с более благоприятной экологической ситуацией. (табл.126)

Таблица 126

**Распространенность патологии СОПР у 6-летних детей, (в %)**

Населенный пункт	Патология	P
группа 1	0,0±0,0	P>0,05
группа 2	0,6±1,1	P>0,05

При проведении анализа состояния временных зубов выявлено, что распространенность кариеса зубов ниже в районе с неблагоприятной экологической ситуацией (79,2%), в группе с благоприятной экологической ситуацией распространенность кариеса зубов составила 87%. (табл.127) Интенсивность групп 1 и 2 схожа 9,76 и 9,60 соответственно. При этом наблюдается в группе 1 (труднодоступные населенные пункты с благоприятной экологической ситуацией) отсутствие пломб на временных зубах.

Таблица 127

**Распространенность и интенсивность кариеса временных зубов у детей 6-ти лет.**

Населенный пункт	Распространенность, %	Интенсивность, отн.вел.			
		К	П	У	КПУ
Группа 1	87,0±5,2	9,70±0,80	0,00±0,00	0,06±0,05	9,76±0,81
Группа 2	79,2±6,1	9,34±0,89	0,20±0,23	0,06±0,05	9,60±0,93
P	P<0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05

При анализе постоянных зубов детей мы наблюдаем другую ситуацию. В группе 1 с благоприятной экологической ситуацией и труднодоступностью населенных пунктов распространенность кариеса намного ниже по

сравнению с группой 2 - 18,6% и 28,9% соответственно, интенсивность при этом также выше в группе 2 (0,55 и 1,02 соответственно).(табл.128)

Таблица 128

**Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов  
у детей 6-ти лет**

Группа	Распростра ненность, %	Интенсивность			
		К	П	У	КПУ
Группа 1	18,6±6,0	0,42±0,17	0,07±0,05	0,06±0,10	0,55±0,20
Группа 2	28,9±6,8	0,63±0,21	0,11±0,09	0,28±0,35	1,02±0,46
P	<b>P&lt;0,05</b>	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P<0,05

**Сравнительный анализ среди школьников 12-ти и 15-ти лет**

Проводя сравнение подростков 12-ти по распространенности заболеваний СОПР, мы видим схожую ситуацию, в группе 1 и 2 распространенность составила 0,8%. У подростков 15-ти лет поражения СОПР выявлены в группе 2 (0,9%).(табл.129)

Таблица 129

**Распространенность и структура поражения СОПР  
среди 12-ти 15-ти летних подростков, %**

Населенный пункт	12-ти лет	15-ти лет
группа 1	0,8±1,5	0,0±0,0
группа 2	0,8±1,6	0,9±1,8

Кровоточивость десен у детей 12-ти лет в группе 1 составляет 0,8%. У подростков 15-ти лет заболевания пародонта начинают увеличиваться: кровоточивость превышает в группе 2 (10,6%), наличие зубного камня преобладает в группе 1 (8,8%), начинает появляться пародонтальные карманы в группе 2 (0,9%).(табл.130)

**Распространенность патологии пародонта среди подростков, (в %)**

Населенный пункт	кровоточивость		камень		Карман	
	12 лет	15 лет	12 лет	15 лет	12 лет	15 лет
группа 1	0,8±1,5	12,4±6,2	0,0±0,0	8,8±5,3	0,0±0,0	0,0±0,0
группа 2	0,0±0,0	10,6±5,8	0,0±0,0	4,4±3,8	0,9±1,8	0,9±1,8

При сравнении кариеса зубов у 12-ти летних подростков выявлена разница небольшая: распространенность кариеса подростков группы 1 – 87,5%, группы 2 – 89,4%, аналогично интенсивность подростков группы 2 (4,31) немного выше интенсивности кариеса подростков группы 1 (3,84). В группе 2 выше компонент «П», что связано с наличием круглогодичного доступа к населенным пунктам, более доступной стоматологической помощи. (табл.131)

Распространенность кариеса и интенсивность к 15-ти летнему возрасту увеличивается. Ситуация остается аналогичная. У подростков 15-ти лет в группе 2 распространенность немного выше (94,7%) по сравнению с подростками группы 1 (92,9%), интенсивность составила в группе 1 и 2 – 5,91 и 6,27 соответственно. В данной возрастной группе в группе 2 выше компонент «К», что можно связать с легкодоступностью пунктов и наличием в магазинах больше сладостей.(табл.132)

Таблица 131

**Распространенность и интенсивность кариеса зубов  
у подростков 12-ти лет**

Населенный пункт	Распространенность, %	К	П	У	КПУ
1 группа	87,5±5,8	3,23±0,42	0,44±0,15	0,30±0,20	3,84±0,49
2 группа	89,4±5,5	3,62±0,47	0,76±0,26	0,15±0,15	4,31±0,55

Таблица 132

**Распространенность и интенсивность кариеса зубов  
у подростков 15-ти лет**

Населенный пункт	Распространенность, %	К	П	У	КПУ
1 группа	92,9±4,8	4,17±0,54	1,35±0,39	0,63±0,19	5,91±0,58
2 группа	94,7±4,2	4,42±0,53	1,35±0,35	0,77±0,32	6,27±0,74

**Сравнение среди средней возрастной группы (35-44 лет)**

С возрастом заметно увеличивается патология СОПР, и в группе 2 показатель намного выше, чем в группе 1 (22,4% и 6,9% соответственно) (табл.133).

Таблица 133

**Распространенность патологии СОПР у населения 35-44 года, %**

Район	Патология СОПР
группа 1	6,9±3,8
группа 2	22,4±6,1
P	<b>P&lt;0,05</b>

Распространённость патологий пародонта у взрослого населения по кровоточивости десен в группе 1 выше 38,3%, в группе 2 26,2%. Отложения зубного камня преобладает в группе 1 (58,9). Наличие пародонтальных карманов выше в группе 2 (8,2%).(табл.134)

Таблица 134

**Распространенность патологии пародонта у взрослого населения, (в %)**

Населенный пункт	кровоточивость	камень	карман 6мм и более
группа 1	38,3±7,2	58,9±7,3	0,6±1,1
группа 2	26,2±6,4	56,3±7,2	8,2±4,0

Распространенность кариеса зубов выше в группе 2 (96,7%), также в группе 2 выше интенсивность (17,01). В группе 1 у взрослого населения выше компонент «У», ниже компонент «П» и «К».(табл.135)

При исследовании социально-гигиенических навыков выявлены следующие показатели.

В группе 1 и 2 схожие данные по уходу за полостью рта. Дважды в день чистят зубы в группе 1 и 2 – 17,8% и 16,2% соответственно.(табл.136)

Таблица 135

**Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди взрослого  
(35-44 лет) населения**

Группа	Распространенность, %	К	П	У	КПУ
Группа 1	89,7±4,5	5,62±0,57	1,10±0,31	10,78±1,13	<b>16,82±0,97</b>
Группа 2	96,7±2,6	6,73±0,70	2,34±0,44	8,95±1,02	<b>17,01±0,95</b>
P	p<0,05	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,5

Ежедневный контроль над процедурой чистки зубов, родителями чаще проводится в группе 1 - 20,5%, в группа 2 – 17,6%. Изредка осуществляют контроль за гигиеной полости рта 52,1% в группе 1. 68,9% в группе 2. Никогда не осуществляют контроль за чисткой зубов в 1 группе 27,4%, во 2 группе 13,5%.(табл.136)

Из вышеизложенных данных можно сделать вывод, что группа 1 имеет показатели стоматологических заболеваний лучше, чем показатели стоматологических заболеваний у населения группы 2. В данной ситуации играет роль не только экологическая ситуация в районах, но и труднодоступность населенных пунктов, а также социально-экономическая ситуация в районах.

В группе 1 чаще всего проводят обучение за уходом за полостью рта родители 53,4%.



## Социально – гигиенические навыки у детей 6-ти лет

Критерий (вопрос)	Ответ	Группа 1	Группа 2	В целом:
Как часто чистит ребенок 6-ти лет зубы, %	не каждый день	11,0±7,3	16,2±8,5	13,6±5,6
	1 раз в день	63,0±11,3	64,9±11,1	63,9±7,8
	2 раза в день	17,8±8,9	16,2±8,5	17,0±6,1
	после каждого приема пищи	4,1±4,6	2,7±3,8	3,4±2,9
Частота контроля процедуры чистки зубов родителями детей 6-ти лет, %	каждый день	20,5±9,4	17,6±8,8	19,0±6,4
	иногда	52,1±11,7	68,9±10,7	60,5±7,9
	никогда	27,4±10,4	13,5±7,9	20,4±6,5
Кто обучал детей 6- ти лет чистить зубы, %	родители	53,4±11,6	37,8±11,2	45,6±8,1
	врач стоматолог	16,4±8,6	24,3±9,9	20,4±6,5
	воспитатель детского сада	30,1±10,7	37,8±11,2	34,0±7,7

В группе 2 в равной степени осуществляет обучение воспитатели детского сада 37,8% и родители 37,8%. Это обусловлено проведением в детских садах ежедневных гигиенических мероприятий и обучением личной гигиене полости рта.(табл.136)

Своевременно меняют зубную щетку в группе 1 (40,3%) и в группе 2 (48,6%). (табл.137)

В группе 1 сладостей употребляют меньше чем в группе 2, это связано с низким уровнем социально-экономической ситуации в 1 группе. В группе 1 и 2 употребляют сладости: несколько раз в течение дня 13,7% 18,9% соответственно, 1-2 раза в течение дня 4,1% и 14,9% соответственно.(табл.137)

В группе 2 дети 6-ти лет больше приучены к споласкиванию рта после приема пищи (16,2%), в группе 1 (11%) (табл.137).

Родители водят дошкольников к врачу стоматологу с профилактической целью 1 раз в год в группах 1 и 2 (21,9% - 28,4% соответственно), с профилактической целью два раза в год в группах 1 и 2 (12,3% и 10,8% соответственно). Чаще по острой боли детей обращаются родители из 1 группы (65,8%).(табл.137)

Таблица 137

**Социально – гигиенические навыки у детей 6-ти лет**

<b>Критерий (вопрос)</b>	<b>Ответ</b>	<b>Группа 1</b>	<b>Группа 2</b>	<b>В целом:</b>
Частота смены зубной щетки у детей 6-ти лет, %	1 раз в год	48,6±11,7	25,7±10,1	37,0±7,9
	2 раза в год	8,3±6,5	25,7±10,1	17,1±6,1
	3-4- раза в год	40,3±11,5	48,6±11,6	44,5±8,1
Частота употребления сладостей детьми 6-ти лет, %	несколько раз в течение дня	13,7±8,0	18,9±9,1	16,3±6,0
	1-2 раза в течение дня	4,1±4,6	14,9±8,2	9,5±4,8
	3-4 раза в течение недели	21,9±9,7	24,3±9,9	23,1±6,8
	1 раз в неделю	24,7±10,1	24,3±9,9	24,5±7,0
	реже, чем 1 раз в неделю	6,8±5,9	5,4±5,2	6,1±3,9
Полоскание полости рта ребенка после каждого приема пищи, %	да	11,0±7,3	16,2±8,5	13,6±5,6
	нет	34,2±11,1	20,3±9,3	27,2±7,2
	иногда	54,8±11,6	63,5±11,2	59,2±8,0
Частота посещения детей 6-ти лет врача стоматолога, %	когда ребенок жалуется на боль	65,8±11,1	60,8±11,3	63,3±7,8
	с профилактической целью 1 раз в год	21,9±9,7	28,4±10,4	25,2±7,0
	с профилактической целью 2 раза в год	12,3±7,7	10,8±7,2	11,6±5,2

Данные по чистке зубов после каждого приема пищи сходны в группе 1 и 2 (0,7% и 0,8% соответственно). 2 раза в день чаще чистят зубы подростки из 2 группы (28,1%). Из второй группы подростки чаще чистят зубы не каждый день (11,3%) (табл.138)

В группе 1 родители чаще обучают своих детей чистить зубы (57%). В группе 2 проводят обучение практически наравне родители (37,5%) и воспитатели детского сада (31,3%). (табл.138)

Таблица 138

### Социально – гигиенические навыки у подростков

Критерий (вопрос)	Ответ	Группа 1	Группа 2	В целом
Частота чистки зубов подростков 12-ти 15-ти лет, %	Не каждый день	11,3±5,1	9,4±5,1	10,4±3,6
	1 раз в день	64,9±7,6	61,7±8,5	63,4±5,7
	2 раза в день	23,2±6,8	28,1±7,8	25,4±5,1
	После каждого приема пищи	0,7±1,3	0,8±1,5	0,7±1,0
Кто обучал чистке зубов подростков 12-ти 15-ти лет, %	родители	57,0±7,9	37,5±8,4	48,0±5,9
	врач стоматолог	11,9±5,2	14,8±6,2	13,3±4,0
	воспитатель детского сада	16,6±5,9	31,3±8,1	23,3±5,0
	Увидел на плакате в поликлинике	12,6±5,3	11,7±5,6	12,2±3,8
Полоскание полости рта после приема пищи, %	да	25,3±7,0	24,2±7,5	24,8±5,1
	нет	16,0±5,9	15,6±6,3	15,8±4,3
	иногда	58,7±7,9	60,2±8,5	59,4±5,8
Частота смены зубной щетки, %	3-4 раза в год	63,6±7,7	67,2±8,2	65,2±5,6
	2 раза в год	11,3±5,1	14,1±6,0	12,5±3,9
	1 раз в год	15,2±5,8	5,5±4,0	10,8±3,6

Данные по своевременному споласкиванию рта после приема пищи сходны в группе 1 (25,3%) с данными в группе 2 (24,2%) (табл.138)

В группе 2 подростки чаще своевременно меняют зубную щетку (67,2%) по сравнению с подростками группы 1 (63,6%) (табл.138).

Таблица 139

### Социально – гигиенические навыки у подростков

Критерий (вопрос)	Ответ	Группа 1	Группа 2	В целом
Частота употребления сладостей подростками 12-ти 15-ти лет, %	несколько раз в течение дня	0,0±0,0	2,4±2,7	1,1±1,2
	1-2 раза в день	11,9±5,2	18,1±6,7	14,7±4,2
	3-4 раза в неделю	62,9±7,7	64,6±8,4	63,7±5,7
	реже чем 1 раз в неделю	12,6±5,3	11,0±5,5	11,9±3,8
Пользование дополнительными средствами по уходу за полостью рта подростками 12-15-ти лет, %	да	28,4±7,3	26,8±7,7	27,6±5,3
	нет	20,9±6,6	27,6±7,8	24,0±5,1
	иногда	50,7±8,1	45,7±8,7	48,4±5,9
Частота и цель посещения врача стоматолога подростками 12-ти 15-ти лет, %	при боли в зубе	47,0±8,0	43,0±8,6	45,2±5,9
	при появлении полости	25,2±6,9	28,1±7,8	26,5±5,2
	профилактический осмотр 1 раз в год	11,9±5,2	11,7±5,6	11,8±3,8
	профилактический осмотр 2 раза в год	5,3±3,6	4,7±3,7	5,0±2,6
	не посещают стоматолога	10,6±4,9	12,5±5,8	11,5±3,7

В группе 2 подростки чаще употребляют сладости. Несколько раз в день не употребляют сладости подростки группы 1 (0%), а подростки группы 2 (2,4%). 1-2 раза в день подростки группы 1 употребляют сладости в 11,9% случаев, в группе 2 в 18,1% случаев.(табл.139)

Чаще пользуются дополнительными средствами по уходу за полостью рта (ополаскиватели, зубочистки) подростки группы 1 (28,4%) в сравнении с подростками группы 2 (26,8%).(таб.139)

Данные частоты и цели посещения врача стоматолога подростками групп 1 и 2 сходны: с профилактической целью 1 раз в год 11,9% и 11,7% соответственно), с профилактической целью 2 раза в год (5,3% и 4,7% соответственно)(табл.139).

Таблица 140

### Социально – гигиенические навыки у взрослого населения

Критерий (вопрос)	Ответ	Группа 1	Группа 2	В целом
Как часто чистят зубы взрослое население, %	Никогда	0,6±1,2	0,0±0,0	0,4±0,9
	Не каждый день	15,9±5,5	16,9±9,9	16,2±4,8
	1 раз в день	56,5±7,5	62,7±12,7	58,1±6,4
	2 раза в день	27,1±6,7	22,0±10,9	25,8±5,7
Как часто меняют зубную щетку взрослое население, %	2 раза в год	6,1±3,5	3,4±4,8	5,4±2,9
	3-4 раза в год	65,7±6,9	67,8±12,3	66,2±6,0
	не меняют	13,8±5,0	18,6±10,2	15,0±4,5
Использования дополнительными средствами гигиены полости рта Взрослым населением, %	Да	35,9±7,0	35,6±12,6	35,8±6,1
	Нет	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0
	Иногда	17,1±5,5	11,9±8,5	15,8±4,6

2 раза в день взрослое население чистит зубы в группах 1 и 2 (27,1% и 22% соответственно). 1 раз в день чистят зубы взрослое население 1 группы 56,5% и 62,7% 2 группы. (табл.140)

Чаще своевременно чистят зубы взрослое население группы 2. Имеется также процент в группе 1 и 2 жителей, которые совсем не меняют зубную щетку (13,8% и 18,6% соответственно) (табл.140)

Постоянно пользуются дополнительными средствами по уходу за полостью рта жители группы 1 (35,9%) и группы 2 (35,6%). Данные по группам схожи. (табл.140)

На выбор зубных паст влияет в обеих группах чаще всего реклама (43,3% и 47,5% соответственно).(табл.141)

Таблица 141

### Социально – гигиенические навыки у подростков

Критерий (вопрос)	Ответ	Группа 1	Группа 2	В целом
Выбор зубных паст взрослым населением, %	Совет стоматолога	20,6±5,9	22,0±10,9	20,9±5,2
	Совет друзей или родственников	37,2±7,1	30,5±12,1	35,6±6,1
	Реклама	43,3±7,3	47,5±13,1	44,4±6,3
Частота и цель посещения врача стоматолога взрослым населением, %	Когда болит зуб	55,2±7,3	52,5±13,1	54,6±6,3
	Обнаружена полость в зубе или выпала пломба	33,1±6,9	33,9±12,4	33,3±6,0
	С профилактической целью	12,2±4,8	15,3±9,4	12,9±4,3
	С ортопедической целью	63,0±7,1	61,0±12,8	62,5±6,1

Данные по частоте и цели посещения врача стоматолога по группам сходны. Чаще всего посещения врача стоматолога происходит в связи с

острой болью (55,2% - 52,5%) и с целью протезирования (63% - 61%) (табл.141)

Анализ данных по двум группам не выявил больших различий между социально-гигиеническими навыками. Небольшое отличие составляет употребление сладостей детей в группах, где при более благоприятной социально-экономической обстановке потребление сладостей выше, в связи с большей доступностью.

## **8.ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИАЛЬНО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Настоящая работа проведена с целью анализа стоматологической заболеваемости малочисленного коренного населения в Ханты-Мансийском Автономном округе - Югры для выработки предложений по составлению программ профилактики и лечения. В плане реализации поставленных задач проведено стоматологическое обследование коренного населения, охватывающее основные возрастные группы с применением стандартной методики ВОЗ (1995) для регистрации стоматологического статуса.

Планирование медицинской помощи стоматологическим больным необходимо вести с учетом показателей заболеваемости, экологических и социально-экономических особенностей конкретных регионов, а также принимать во внимание отдаленность территорий, медицинскую инфраструктуру каждого района, мотивированность коренного населения ХМАО-Югры на профилактику стоматологических заболеваний, доступность стоматологической помощи, что в дальнейшем позволит повысить уровень здоровья населения.

Для всех обследованных территорий компактного проживания КМНС характерна недоступность ортопедической, ортодонтической, профилактической и пародонтологической стоматологической помощи.

В Нижневартовском и Сургутском районах доступность стоматологической помощи значительно выше, чем в Березовском и Ханты-мансийском. Это обуславливается относительной близостью расположения крупных городов и районных центров, наличием дорожного сообщения с твердым покрытием, функционирующим круглогодично, обеспечением стоматологических кабинетов в амбулаториях и ЦРБ современным стоматологическим оборудованием и материалами, дотациями коренного населения на стоматологическое лечение из муниципальных, районных бюджетов, финансирование КМНС предприятиями нефтегазодобывающего



комплекса на основании договоров недропользования и соответственно более высоким социально-экономическим уровнем населения территорий.

Данные по распространенности кариеса временных зубов у детей 6-ти лет по округу (82,9%) согласуются с национальным эпидемиологическим исследованием по России, где распространенность составила 84%.

Раннее удаление временных зубов у 6-ти летних детей (0,06) связано с недоступностью своевременного лечения и являться причиной формирования зубочелюстных аномалий в последующем.

Интенсивность кариеса временных зубов у детей 6-ти лет коренных малочисленных народов ХМАО-Югры (9,67) выше интенсивности по России, которая составляет 4,78.

В сравнении с г. Усть-Илимска Иркутской области, характеризующего суровыми общегеографическими условиями, где распространенность кариеса составила 90,65%, а интенсивность 4,43, наши данные немного ниже по распространенности и намного превышают интенсивность.

Полученные данные у детей 6-ти лет по распространенности кариеса временных зубов (24% по округу) и интенсивности (0,79 по округу) не согласуются с данными, полученными при национальном эпидемиологическом обследовании по России. В общем, по России распространенность составила 13% с интенсивностью 0,30.

Высокая распространенность кариеса временных и постоянных зубов у детей 6-ти лет связана с низким содержанием фтора в воде (0,1мг/л в среднем по округу), плохой гигиеной полости рта, недоступностью стоматологической помощи.

Отложение зубного камня у детей 6-ти лет (0,9%) говорит о низком уровне гигиены, минеральном составе воды.

У детей 12-ти и 15-ти лет в обследованных регионах низкий показатель заболеваемости СОПР (0,8% и 0,4% соответственно) в сравнении с другими регионами Российской Федерации, на примере Дзержинского

района г. Волгограда, где распространенность заболеваний СОПР достигает 61,3% и данными полученные в Мезенском районе 75,7%-53,9%.

В среднем по округу распространенность кариеса зубов у 12-ти летних детей составила 88,4 с интенсивностью 4,07. Полученные нами данные схожи с данными исследования в Архангельской области (ракетно-космическая деятельность), где интенсивность составляет 4, схожи с данными исследованиями проводимыми в 2008-2009г. детей в г. Нягани, где распространенность составила 85-92%. При сравнении с данными исследования школьников города Сургута и воспитанников школ-интернатов, где распространенность составляет 93-95% с интенсивностью 4,6, наши данные немного ниже. По сравнению с данными других регионов Российской Федерации, где распространенность кариеса составила 72% при интенсивности 2,51 наши показатели немного выше.

Распространенность и интенсивность кариеса зубов к 15-ти годам возросла (93,8% и 6,09). Эти данные выше показателей распространенности и интенсивности кариеса [135] для подростков 15-ти лет, проживающих на территории России: где интенсивность составила 3,81, а распространенность - 82%.

Средние показатели распространенности некариозных поражений по Российской Федерации колеблются от 10-23% у лиц не занятых в профессионально вредных производствах, что приблизительно равно нашим данным.

Несмотря на то, что содержание фторидов в питьевой воде в Ханты-Мансийского автономного округа низкое у подростков был зарегистрирован флюороз, в основном сомнительной, очень слабой и слабой форм (в среднем у 0,4% подростков 12-ти лет, 0,55% подростков 15-ти лет)

Данные, полученные нами по распространенности заболеваний пародонта у подростков округа (0,8%-14,2%), значительно ниже данных обследования московских детей. Начальные признаки болезней пародонта в виде кровоточивости и зубного камня выявлены у 96 % 12-летних

школьников г.Москвы. Уже к 15 годам распространенность данной патологии достигала 100 %. В среднем по регионам Российской Федерации заболевания пародонта у детей 12-15 лет составляет от 34 до 41%: кровоточивость десен 23%-22%, отложения зубного камня 11% и 19% соответственно.

Полученные нами данные по ЗЧА согласуются с ранее проведенными в России исследованиями, по данным которых распространенность ЗЧА варьирует 11,4-71,7%. [96]

Данные распространенности заболеваний ВНЧС у взрослого населения обследуемого округа (35,5%) схожи с данными П.Ю. Андреева с соавт. [7], который отметил, что от 27 до 76% больных, обращающихся к стоматологам, предъявляют жалобы на нарушение функции ВНЧС.

Распространенность кариеса зубов в возрасте 35-44 года по обследуемому округу высокая (93,3% с интенсивностью 16,92). Эти данные согласовались с данными, полученными в среднем по России в ранее проведенных исследованиях [96], где распространенность составляет 99-100% с интенсивностью 14,35-22,71.

Наиболее часто встречающейся патологией СОПР на территориях компактного проживания коренных народов Севера является хейлиты, что может быть связано с тяжелыми климатическими условиями.

Распространенность заболеваний пародонта у взрослого населения 69,6%. По данным ранее проведенным эпидемиологическим исследованиям по Российской Федерации распространенность заболеваний пародонта составляет 80%, в том числе 46% с отложением зубного камня, 71% с пародонтальными карманами, что выше наших полученных данных.

При проведении анализа социально-гигиенических факторов с показателями распространенности и интенсивности кариеса зубов и заболеваниями пародонта, выявлена следующая зависимость:

1. у детей 6-ти лет выявлена зависимость между распространенностью, интенсивностью кариеса постоянных зубов и гигиеническими

факторами. Распространенность и интенсивность кариеса зубов ниже в группе, где ведут более правильный уход за полостью рта:

- более регулярная чистка зубов, ежедневный контроль над чисткой зубов родителями, уменьшает распространенность и интенсивность кариеса зубов.
- Редкое употребление сахара ведет к уменьшению распространенности и интенсивности кариеса зубов.
- Регулярное споласкивание рта ведет к уменьшению распространенности и интенсивности кариеса зубов.

Положительного влияния социально-гигиенических факторов на улучшения состояния временных зубов не выявлено.

2. В возрасте 12-ти и 15-ти лет выявлена зависимость от социально-гигиенических навыков по следующим показателям:

- Регулярное споласкивание рта после приема пищи уменьшает показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов.
- В результате большего употребления сахара распространенность и интенсивность кариеса зубов выше.

3. В возрасте 35-44 года также выявлена зависимость от социально-гигиенических навыков по следующему показателю:

- При более регулярной чистке зубов и регулярном использовании дополнительных средств по уходу за полостью рта показатель распространенности и интенсивности кариеса зубов ниже.

4. Влияние поведенческих (социально-гигиенических) факторов заболевания СОПР выявились в группе 35-44 летних. При более регулярной чистке зубов и регулярном использовании дополнительных средств по уходу за полостью рта, заболеваний слизистой оболочки меньше.

5. Положительного влияния социально-гигиенических факторов на состояние пародонта не выявлено.

## ВЫВОДЫ

1. Стоматологическое здоровье коренного малочисленного населения ХМАО-Югры характеризуется следующими показателями:
  - а) Распространенность кариеса постоянных зубов у детей 6-ти лет – 24%, 12-ти лет – 88%, 15-ти лет – 94%, в средней возрастной группе 93%; заболеваний пародонта у детей 12-15 лет 0,8% и 14,2% соответственно, в 35-44 года – 69,6%; некариозных поражений эмали зубов (пятнистость и гипоплазия) среди подростков 12-ти и 15-ти лет 12% и 16% соответственно; флюороз среди подростков 12-ти и 15-ти лет 0,4% и 0,6% соответственно.
  - б) Интенсивность кариеса в ключевой возрастной группе 12-летних детей составляет 4.
  - в) Величина стоматологического эстетического индекса у 12-ти летних детей – 26, у 15-ти летних детей равен 32.
2. Уровень медицинской помощи при стоматологических заболеваниях у 12-ти летних детей низкий (10), у 15-ти летних уровень стоматологической помощи недостаточный (19), у лиц взрослого населения уровень стоматологической помощи низкий (7).
3. Нуждаемость в терапевтическом лечении подростков 12-ти лет 88%, в хирургическом лечении 4%. Нуждаемость взрослого населения в терапевтическом лечении 93%, в хирургическом лечении 20%. Потребность в протезировании у подростков составляет 1% и у детей 6-ти лет 0,3%. Нуждаемость в протезировании у взрослого населения, обусловленное высоким показателем компонента «У» и составляет 80%.
4. У коренного населения ХМАО-Югры неудовлетворительный уровень знаний по профилактическим вопросам, низкий уровень мотивации населения к поддержанию и улучшению стоматологического здоровья.
5. Определено влияние социально – экономического уровня жизни, различия в рационе питания и образа жизни на состояние

стоматологического здоровья коренного малочисленного населения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

С целью снижения распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний у коренных малочисленных народов Севера рекомендуем:

1. Усовершенствовать существующие программы профилактики стоматологических заболеваний и адаптировать их для территорий компактного проживания коренных малочисленных народов Севера.
2. Обеспечить доступность медицинской помощи при стоматологических заболеваниях для коренных малочисленных народов Севера на территориях их компактного проживания на основе создания бригад врачей стоматологов для выезда в труднодоступные и отдаленные территории проживания коренных малочисленных народов Севера и включения в состав выездных бригад гигиениста стоматологического.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А. А.Аль-Хахим. Ортопедическая стоматология.: учебн. для студ. – 8 изд. – М.:МЕДпресс-информ, 2011. – С. 512
2. Адилова Ш.Т., Маликова М.Т., Адилов З.К., Акилов Т.А. Распространенность болезней пародонта среди населения города Ташкент. – Dental Forum. – 2005. - №5 – С.25-27.
3. Актуальные вопросы развития профилактической медицины и формирования здорового образа жизни: сб. науч. ст. Т. 2. / Под ред. А.Е. Агапитова. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. 188 с.
4. Алимский А.В., Вусатый В.С., Прикулс В.Ф. Пораженность кариесом зубов лиц пожилого и преклонного возраста, проживающих в Москве и Подмосковье. – Стоматология. – 2004. - №3. – С.61-63.
5. Алимский А.В., Вусатый В.С., Прикулс В.Ф. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста Москвы и Подмосковья. - Стоматология. – 2004. - №1. – С.55-57.
6. Анисимова И.В., Недосенко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевание слизистой оболочки полости рта и губ. Учебное пособие. ООО «МЕДИ издательство» 2005, с 45-46.
7. Андреев П.Ю., Вязьмин А.Я., Быченков О.В. Диагностика и лечение синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, осложненного хроническим пародонтитом. – Проблемы стоматологии. – 2006. - №4. – С.34-36.
8. Антонова А.А. Динамика и национальные особенности стоматологической патологии у детей Хабаровского края // Стоматология детского возраста и профилактика. – С/Петербург, 2006. – № 1-2. – С.66 - 69.
9. Антонова АА. Кариес зубов у детей в условиях микроэлементозов Хабаровского края: патогенез, профилактика. Автореферат дисс. доктора медицинских наук; Омск, 2006, 26С.



10. Борисенко Л.Г. Обоснование новых методов лечебно-профилактической работы для населения пожилого возраста. Материалы конгресса (III съезд) стоматологов Казахстана. Алматы; 2003: 169-173.
11. Бутова В.Г., Ковальский В.Л., Ананьева Н.Г. Система организации стоматологической помощи населению России. М.: «Медицинская книга», 2005. – 168С.
12. ВОЗ. Стоматологическое обследование. Основные методы. – Женева, 1997. – 76С.
13. Волкова Ю., Шапиро Е., Липовская И. Профилактика стоматологических заболеваний. 2008.-72с.
14. Воронин П.А. Влияние жевательной резинки на состояние полости рта и эрадикацию *Helicobacter pylori* у детей 10-16 лет, страдающих гастродуоденальной патологией. //Автореф...канд.мед.наук. – Волгоград, 2007. – 19 с.
15. Виноградова Т.Ф. Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей: учебн.пособие. – 2-е изд. – М.:МЕДпресс-информ, 2010. – 168с.
16. Гажва С.И., Адаева С.А. Состояние детской стоматологической службы г.Владимира // Материалы межвузовской конференции молодых ученых –Москва-Ярославль-Н.Новгород-Чебоксары-Москва-2006-с.23-24
17. Гажва С.И., Адаева С.А., Савельева О.И. Мониторинг эпидемиологии стоматологических заболеваний у детей Владимирской области // Нижегородский медицинский журнал, приложение «Стоматология»-2006-с.219-221
18. Газинский В.В., Козлов Д.Л., Вязьмин А.Я. Оценка качества жизни больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. – Проблемы стоматологии. – 2006. - №5. – С.27-30.
19. Гарифуллина А. Ж. Распространенность основных стоматологических заболеваний у детей города Омска / В.Г. Сунцов, А.Ж. Гарифуллина, В.И. Самохина // Современная стоматология. - Минск, 2005. - №1. - С.62 – 63.

20. Гарифуллина А.Ж. Повышение эффективности профилактики стоматологических заболеваний у дошкольников путем усиления мотивации к гигиеническому обучению и воспитанию.//Автореф. Дис...канд.мед. наук, Омск – 2006, 26 С.

21. Гарькавец, С. А. Распространенность и интенсивность кариеса у детей дошкольного возраста / С. А. Гарькавец // Инновационные технологии в медицине. - Воронеж, 2005. С. 135-138.

22. Гарькавец, С. А. Сравнительная оценка распространенности и интенсивности кариеса у детей раннего и дошкольного возраста / С. А. Гарькавец // Современное состояние и перспективы развития медицины. - Воронеж, 2006.-С. 100-102.

23. Губина, Л. К. Факторы риска, гомеостаз, интенсивность и распространенность кариеса у детей дошкольного возраста / Л. К.Губина. С.А. Гарькавец // Актуальные вопросы черепно-челюстно-лицевой хирургии: материалы 5 междунар. симп., Москва 19-21 окт. 2005 г.-М., 2005. - С. 21.

24. Губина, Л. К. Интенсивность и распространенность кариеса у детей раннего и дошкольного возраста /Л. К. Губина, С. А. Гарькавец II Материалы межрегион, науч.-прак. конф., посвящ. 100-летию создания Саратовского одонтологического общества. - Саратов, 2005 -С. 159-161.

25. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.МИА.-2009. – С.336.

26. Демина Р.Р. Кариес зубов у детей раннего возраста, факторы риска, профилактика: Автореф. дис... к.м.н./ Самарский государственный медицинский университет. – 2006. – 22 с.

27. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под.ред. Леонтьева В.К., Кисельниковой Л.П. – М.:ГЭОТАР.- 2010.-890с.

28. Дмитриева Л.А. Национальное руководство. Терапевтическая стоматология. – ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – С.912

29. Драчев С.Н., Юшманова Т.Н., Ипатов О.Н. /Стоматологические аспекты здоровья взрослого населения, проживающего на территориях экологического риска // Экология человека. – 2008.- №2.- С. 14-16.
30. Завистяева Т.Ю. Значение почвы как одного из показателей состояния здоровья населения в системе социально-гигиенического мониторинга // Здоровье населения и среда обитания. 2006. №1(154). – С. 18-22.
31. Зарипова Н.Р., Аверьянов С.В., Костина Е.И., Амалетдинов А.Ш. Распространенность эстетических нарушений зубов и зубных рядов у студентов высших учебных заведений г.Уфы. – Уральский стоматологический журнал. - 2004. - №6. – С.15-17.
32. Зеленова Е.Г., Заславская М.И., Салина Е.В., Рассанов С.П. Микрофлора полости рта: норма и патология. Ниж.Новгород., 2004. – 160 С.
33. Зуева О.А. Особенности оказания стоматологической помощи лицам пожилого и преклонного возраста.//Автореф.дисс...канд.мед. наук. – Екатеринбург, 2006. – 21 С.
34. Иванов В. С.Заболевания пародонта. М.: Медицина, 2001. 294 с.
35. Иванов А.В., Тареева Е.А. Эффективность санитарно-эпидемических мероприятий в районах нефтедобычи. //Гигиена и санитария. – 2004. - №1. – С. 22-25
36. Игнатьева Л.П., Потапова М.О. Анализ возрастной динамики риска заболеваний от воздействия факторов окружающей среды. //Тихоокеанский медицинский журнал. – 2006. - №3. – С. 91-93
37. Карасева Р.В. Некоторые особенности этиологии и патогенеза циркулярного кариеса с оценкой элементного статуса у детей первых лет жизни: Автореф. дис...к.м.н. / МГМСУ – 2007. – 23с.
38. Казеко Л.А., Борисенко Л.Г., Леус П.А. Болезни периодонта у людей среднего и старшего возраста. – Современная стоматология. - 2003.- №4.- С.41-43.

39. Казеко Л.А., Юдина Н.А. Болезни пародонта у населения Республики Беларусь. – Dental Forum. - 2005. - №2. – С.16-19.

40. Кашапов Н.Г. Гигиеническая оценка влияния факторов окружающей среды в нефтедобывающем регионе на здоровье подростков призывного возраста. / Н.Г. Кашапов, В.Ф. Кучма // Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения: Матер. науч.-практ. конф. 14–15 марта 2007 года. – М., 2007. – С. 25–26

41. Кашапов Н.Г. Влияние иммунопрофилактики на состояние заболеваемости управляемыми инфекциями в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре. / Н.Г. Кашапов, Н.А. Остапенко, А.А. Казачинин, П.С. Гнездилов, А.Г. Щербаков // Современные проблемы эпидемиологии: Сб. стат., посвящ. 65-лет. каф. эпидемиологии Ниж. ГМА / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.В. Шкарина. – Н. Новгород: НГМА, 2007. – С. 420–424

42. Кашапов Н.Г. Медико-демографическая ситуация в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре. / Н.Г. Кашапов, А.А. Казачинин, П.С. Гнездилов, М.М. Курбанов //Здор. насел. и среда обитания: Инф. бюлл. – 2007. – № 9. – С. 8–10.

43. Кашапов Н.Г. Состояние среды обитания человека и ее влияние на здоровье детей в Ханты-Мансийском автономном округе. / В кн.: Социальная защита населения ХМАО. Детская инвалидность: ее профилактика и проблемы реабилитации детей с ограниченными возможностями в Ханты-Мансийском автономном округе. – Ханты-Мансийск: Полиграфист, 2008. – С. 27–32

44. Ковалевская А. В. Эффективность гигиенического воспитания подростков в коммунальной программе профилактики кариеса зубов и болезней пародонта: Автореф. дисс...канд. мед. наук. Минск, 2003. 20 с.

45. Козловская Л.В., Яцук А.И. Динамика показателей стоматологического статуса у дошкольников – участников программы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта // Мониторинг качества

педагогического образования: теоретико-методологические основы и пути решения: Материалы научно-практической конференции; 21-22 марта 2007 г.; Барановичи; Респ. Бел. / Ред. кол.: Е.И.Пономарева (гл. ред.) [и др.]. – Барановичи: РИО БарГУ, 2007. - С. 276-278.

46. Кондрукевич О.В., Агиевцева СВ., Борисенко Л.Г., Казеко Л.А. Кариес цемента у населения Республики Беларусь. *Стоматологический журнал* 2001; 1: 24-26.

47. Костина И.Н. Клиника, диагностика, лечение ранних стадий остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава. //Автореф.дисс...канд.мед.наук. – Екатеринбург, 2002. – 22С.

48. Кирилук Л.И., Буганов А.А. Медико-экологические аспекты исследования тяжелых металлов на Крайнем Севере. // *Экология человека, гигиена и медицина окружающей среды на рубеже веков: состояние и перспективы развития* / Под ред. академика РАМН Ю.А. Рахманина. – М., 2006. – С. 77-84

49. Корчина Т.Я., Кушникова Г.И. Эколого-медицинские последствия загрязнения нефтепродуктами геологической среды // *Гигиена и санитария*. 2008. №4. С. 23-26

50. Кузьмина Э.М. *Гигиенист стоматологический*. – М., 2005. – 230С.

51. Кузьмина Э.М. *Стоматологическая заболеваемость населения России* / Э.М. Кузьмина. – М.: Медицина. – 2009. – 236с.

52. Кузьмина Э.М. Профилактика кариеса зубов как важнейший аспект сохранения стоматологического здоровья детей / Э.М. Кузьмина, И.И.Лысенкова// *Российский педиатрический журнал*.-2006-№6.-С.58-60.

53. Курбанов О.Р. Определение потребности населения в различных видах зубных протезов.- *Российский стоматологический журнал*. – 2002. - №5. – С.9-11.

54. Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа.- М., «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 187С.
55. Куриков, В. М. Основы жизнедеятельности народов Севера : учебник / под ред. д-ра социол. наук Н. Г. Хайруллиной, д-ра экон. наук Л. Л. Тонышевой. – Тюмень : ТюмГНГУ, 2007. – 302 с.;
56. Курякина Н.В., Савельева Н.А. Стоматология профилактическая (руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний). – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: издательство НГМА. – 2005. – 284с.
57. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. – М.: Медицинская книга, Н-Новгород: НГМА, 2003. – 280 С.
58. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2006. – 415 С.
59. Леонтьев В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективах её развития // Труды VII съезда стоматологов России. – М., 2001. – С.6-9.
60. Леонтьев В.К. Экологические и медикосоциальные аспекты основных стоматологических заболеваний. Междисциплинарный научный и прикладной журнал «Биосфера». – 2010. - № 1 – С.230-236.
61. Леус П.А. Коммунальная стоматология. – Брест: ОАО «Брестская типография», 2008. – 284 С.
62. Леус П.А., Борисенко Л.Г., Казеко Л.А., Агиевцева СВ. Утеря зубов у пожилого населения Беларуси. Стоматологический журнал 2003; 2: 36-37.
63. Леус П.А., Борисенко Л.Г. Улучшение стоматологического здоровья пожилых людей – подход глобальной стоматологической программы ВОЗ. - Dental Forum. – 2005. - №3. - С.5-13.
64. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. – Медицинская книга. – Москва, 2008. – С.444

65. Лосев А.В. Распространенность и механизмы развития зубочелюстных аномалий у детей и подростков республики Алтай.- Омск, 2005. – 25С.

66. Лунёва Н.А. Источник получения санитарно-гигиенических знаний по вопросам профилактики стоматологических заболеваний / Е.Е. Маслак //Российская научная конференция с международным участием «Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии». – Курск, 2006. – Т.2. – 0,29 п.л

67. Луцкая И.К. Профилактическая стоматология. - Медицинская литература. - 2009, С.544

68. Мазницына Л.С. Гигиенические, экологические и социальные аспекты формирования стоматологического здоровья 15-17летних школьников - жителей различных районов Волгограда// Автореф...канд.мед.наук, Волгоград, 2002. - 19С.

69. Максимовская Л. Н., Кузмина Э. М., Дахкильчов М. У. и др. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у подростков и взрослого населения в Республике Ингушетия // Рос. стоматолог. журн. 2000. № 3. С. 22-23.

70. Максимовская Л.Н. Комментарии к приказу № 289 от 14 апреля 2006 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию стоматологической помощи детям в Российской Федерации». – Вестник СтАР. - №6 - М, 2006.

71. Мониторинг эпидемиологии стоматологических заболеваний у детей / А.В.Алимский // Материалы XVI Всероссийской научно – практической конференции. – М., 2006.-С. 10-12.

72. Мягкова Н.В. Результаты эпидемиологического обследования зубочелюстной системы пациентов 18-45 лет. – Стоматология детского возраста. – 2002. – С.20-21.

73. Николаев А.И. Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. Учебное пособие. - ООО «МЕДпресс-информ», 2008 – 928с.
74. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология. - Медпресс. - 2010, С. 928
75. Ожгихина Н.В. Проблема острого кариеса временных зубов в раннем детском возрасте. – Проблемы стоматологии.-2007.- №3. – С.35-37.
76. *Онищенко Г. Г.* Влияние состояния окружающей среды на здоровье населения. Нерешенные проблемы и задачи. // Гигиена и санитария. 2003. № 1. – С. 3-10
77. Отт Р.В. Клиническая и практическая стоматология. - МЕДпресс-информ. - 2010, С. 640
78. Пахомов, В. П. Социально-экономическое развитие коренных этносов в условиях рыночных отношений / В. П. Пахомов, В. Г. Логинов. – Екатеринбург : Ин-т УрО РАН, 2003. – 272 с. ;
79. Пашин Д.В. Факторы риска возникновения основных стоматологических заболеваний // Институт стоматологии. 2006. - № 2. – С.30-32.
80. Пахомов Г.Н., Колесник А.Г., Шамшева А.А. и др. Эффективность фторирования молока в контролируемом исследовании и динамика распространенности кариеса зубов в условиях широкой доступности средств местного применения фторида. Стоматология 2005; 4: 37-41.
81. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – Изд.5-е, перераб. И доп. – М.: ОАО «Издательство медицина», 2006. – 640с.
82. Попруженко Т.В. Профилактика основных стоматологических заболеваний/Попруженко Т.В., Терехина Т.Н. – М., 2009. – 463с.
83. Плюхин Д.В. Медико-социальные аспекты распространённости зубочелюстных аномалий у детей / А.А. Тюкова, Д.В. Плюхин. //



Инновационные технологии в организации, экономике и управлении здравоохранением в Уральском регионе. – Екатеринбург, – 2008. – С. 80-84

84. Рахманин Ю.А. Современные проблемы экологии человека и гигиены окружающей среды в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения России // Материалы X Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. – М., 2007. – С. 793-796

85. Ронь Г.И., Костромская Н.Н., Чернышева Н.Д. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта: аспекты клинической диагностики. – Проблемы стоматологии. – 2006. - №2. – С.3-7.

86. Русакова И.В. оценка состояния стоматологического здоровья населения Свердловской области и факторов, влияющих на развитие основных стоматологических заболеваний: автореф. дис... канд. мед. наук:/ Русакова И.В.: Уральская гос. мед. акад. – Екатеринбург, 2008 – 21с.

87. Скребцова Н.В. Медико-экологическое обоснование мониторинга здоровья на территориях влияния ракетно-космической деятельности.// Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Архангельск, 2006. 37 с.

88. Суляндзига Р.В., Кудряшова Д.А., Суляндзига П.В. Коренные малочисленные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации. Обзор современного положения. М, 2003. 142 с.

89. Сунцов В.Г. Леонтьев В.К., Дистель В.А., Вагнер В.Д. Стоматологическая профилактика у детей. – М., 2001. – 343 С.

90. Сунцова В.В. Стоматологическое здоровье детей Омской области, обоснование и подходы к его коррекции. Автореф. Дис...канд.мед.наук – Омск. - 2005. – 19 С.

91. Тюкова А.А. Изучение распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей Челябинска / А.А. Тюкова, О.И. Филимонова, Д.В. Плюхин // Ортодонтия. – 2009. - №1. – С. 6-7. (из перечня ВАК)

92. Филиппов С.А. Интенсивность и распространенность кариеса зубов у 6-7-летних детей Нюрбинского района Республики Саха (Якутия). – Dental Forum. – 2005. - №5. – С.21-24.

93. Хайрутдинова А.Ф. Оптимизация диагностики мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.//Дисс...канд.мед.наук. – Уфа,2007.- 138 С.
94. Чуйкин С.В., Аверьянов С.В., Мухаметова Е.Ш., Костина Е.И. Влияние среды обитания крупного промышленного города Республики Башкортостан на стоматологическую заболеваемость детского населения. – Проблемы стоматологии. – 2006. - №6. – С.37-40.
95. В.Т. Шестаков, О.О. Янушевич, В.К. Леонтьев. Основные направления развития стоматологической службы России (Проект Концепции). - М.: Медицинская книга. - 2008. - 200 с.
96. Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России / О.О.Янушевич, Э.М.Кузьмина, И.Н.Кузьмина. – М., 2009 – 10с.
97. Янушевич О.О., Сохов С.Т., Сабгайга Т.П., Павлов Н.Б., Иванова А.Е., Модестов А.А., Клименко А.П. Стоматология России в цифрах и фактах: Учебное пособие.-М.: АНМИ.:2010 – 208с.
98. Boutigny H., Boschin F., Delcourt-Debruyn E. Periodontal diseases, tobacco and pregnancy. J. Genecol. Obstet. Diol. Reprod. (Paris) – 2005. – 34(Spec. 1) – 3 – P.74-83.
99. Bratthall D., Hansel Petersson G. Cariogram - a multifactorial risk assessment model for a multifactorial disease. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 256-264.
100. Borisenko L. Oral health and dental care of old adults in Byelorussia. – Journal of the Black Sea Countries. – 2003. - №4. - P.12-13.
101. Burt B.A., Pai S. Sugar consumption and caries risk. – J. Dent. Educ. – 2001. – 65 – 10 – P.1017-1023.
102. Christensen G.J. Special oral hygiene and preventive care for special needs. J. Am. Dent. Assoc. – 2005. - 136. – P.1141-1143.
103. Cronin M.J., Dembling W.Z., Cugini M. et al. A 30-day clinical comparison of a novel interdental cleaning device and dental floss in the reduction of plaque and gingivitis. J. Clin. Dent. – 2005. - №16. – P.33-37.

104. Farrell S., Baker R. A., Somogyi-Mann M., Witt J. J., Gerlach R. W. Oral malodor reduction by a combination of chemotherapeutical and mechanical treatments. *Clin Oral Investig* 2006; 10(2): 157-163.
105. Gjermo P.E. Impact of periodontal preventive programmes on the data from epidemiologic studies. – *J. Clin. Periodontol.* – 2005. – 32 (Suppl. 6) – P.264-300.
106. Gordon P.H. Prevention of malocclusion. In: *Prevention of oral diseases*. Ed. By Murray. – J. Oxford. – 2003. – P.155-164.
107. Greenberg R., Daniels S., Flanders D. *Medical epidemiology*. – Large Medical Books. – 2001.- 215.
108. Harrel S.K. More about occlusion. – *J. Am. Dent. Assoc.* – 2005. – 136. – P.854.
109. Hrvoje Juric. Профилактика или лечение? – *Dental Forum*. – 2005. - №3.- С.32-36.
110. Jainkittivong A., Aneksuk V., Langlais R.P. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. – *Oral Diseases*. – 2002. – V.8. – P.218-223.
111. Jenkis B., Heasman P. Prevention and control of periodontal diseases. In: *Prevention of oral diseases*. Ed. By Murray. – J. Oxford. – 2003. – P.144-152.
112. Ju J., Hong J., Zhou J.N. et al. Inhibition of intestinal tumorigenesis in mice by epigallocatechin-3-gallate, the major catechin in green tea. *Cancer Res* 2005; 65: 22: 10623 10631.
113. Kidd E., Nunn E. Managing caries in enamel. In: *Prevention of oral diseases*. Ed. by Myers K.E. *Optimal oral health and 80/20. Dentistry today* 2005; 24: 14.
114. Marino R.J., Villa A.E., Weitz A., Guerrero S. Prevalence of fluorosis in children aged 6-9 years-old who participated in a milk fluoridation programme in Codegua, Chile. *Community Dent Health* 2004; 21: 143-148.

115. Marino R.J., Villa A.E., Weitz A., Guerrero S. Caries prevalence in a rural Chilean community after cessation of a powdered milk fluoridation program. *J Public Health Dent* 2004; 64: 101-105.
116. Milosevic A., Bardsley RE, Taylor S. Epidemiological studies of tooth wear and dental erosion in 14-year old children in North West England. Part 2: The association of diet and habits. *Br Dent J* 2004; 197: 473, 479-483.
117. Moynihan P. Diet and dental caries. In: *Prevention of oral diseases*. Ed. By Murray. – J. Oxford. – 2003. – P.10-34.
118. Murray In: *Prevention of oral diseases*. Ed. By. – J. Oxford. – 2003. – P.144-152.
119. Myers K.E. Optimal oral health and 80/20. *Dent Today* 2005; 24: 14.
120. Niederman R. Triclosan-containing dentifrice may slow periodontal disease progression. *Evid Based Dent* 2004; 5: 107.
121. Obeid P.R., D'Hoore W., Bercy P. Comparative clinical responses related to the use of various periodontal instrumentation. *J Clin Periodontol* 2004; 31: 3: 193-199.
122. Oho T., Mitoma M., Koga T. Functional domain of bovine milk lactoferrin which inhibits the adherence of *Streptococcus mutans* cells to a salivary film. *Infect Immun* 2002; 70: 9: 5279-5282.
123. Petersen P.E., Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. – *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. – 2005. – V.33. – P.81-92.
124. Russell R. Microbiological aspects of caries prevention. In: *Prevention of oral diseases*. Ed. by Murray J.J., Nunn J.H., Steel J.G. Oxford 2003; 63-75.
125. Scheidegger N., Lussi A. Tooth cleaning with different children's toothbrushes. A clinical study. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2005; 115: 2: 100-106.

126. Sekino S., Ramberg P. The effect of a mouth rinse containing phenolic compounds on plaque formation and developing gingivitis. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 10: 1083-1088.
127. Sheiham A., Watt R. Oral health promotion and policy. In: *Prevention of oral diseases*. Ed. by J.J.Murray, J.H.Nunn, J.G.Steel. Oxford 2003; 245-256.
128. Simunkovic S.K., Boras V.V., Panduric J., Zilic I.A. Oral health among institutionalised elderly in Zagreb, Croatia. *Gerodontology* 2005; 22: 238-241.
129. Soh J., Sandham A. Orthodontic treatment need in Asian adult males. *Angle Orthod* 2004; 74: 6: 769-773.
130. Stahl E, Kopp H., Feldmann H., Grabowski R. Epidemiology of Hoffmeister's genetically determined predisposition to disturbed development of the dentition in patients with true skeletal class III malocclusion. *J Orofac Orthop* 2005; 66: 1:6-19.
131. Takaishi Y., Morii H., Miki T. The benzoyl-DL arginine-naphthylamide (BANA) test and polymerase chain reaction measurement of pathogenic bacteria can assess the severity of periodontal disease. *Int J Tissue React* 2003; 25: 19-24.
132. Terpenning M. Geriatric oral health and pneumonia risk. *Clin Infect Dis* 2005; 40: 1807-1810.
133. Truin G.J., van't Ho M. Professionally applied fluoride gel in low-caries 10.5-year-olds. *J Dent Res* 2005; 84: 418-421
134. Villa A.E. Critical evaluation of previously published data on the fractional urinary fluoride excretion in young children. *Community Dent Health* 2004; 21: 155-160.
135. Williams M.I., Vazquez J., Cummins D. Clinical efficacy of Colgate\* 360<sup>o</sup>™ and three commercially available toothbrushes on the removal of desquamated epithelial cells. A supplement to *Compendium of continuing*

education in dentistry. Medical World Business Press, Inc. 2004; 25, 7 (Suppl 1), 12-16.

136. Общие сведения об ХМАО-Югре [www.admhmao.ru](http://www.admhmao.ru)

137. Обзор "О состоянии окружающей среды Ханты-Мансийского автономного округа 2002 г."- Ханты-Мансийск, 2003.

138. Вестник Югорского государственного университета 2009г. выпуск 4(15).с.5-8

139. Отчет по результатам социологического исследования на тему : «Мониторинг демографической ситуации в среде коренных малочисленных народов Севера, ведущих традиционный образ жизни в границах территорий традиционного природопользования (родовых угодий) и проживающих в сельской местности (труднодоступных и удаленных местностях)» / науч. руководитель Н. Г. Хайруллина ; ООО «Тюменская региональная академия профессионального образования // Тюмень, 2008. – 119 с. ;

140. Показатели по медицинскому обслуживанию коренных малочисленных народов Севера по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре за 2009 год / Департамент здравоохранения ХМАО – Югры. – Ханты-Мансийск, 2010. – 72 с.

141. Доклад об экологической ситуации в ХМАО-Югре в 2010г. Департамент экологии ХМАО-Югры, г.Ханты-Мансийск, 2011

## Приложение 1

Анкета для родителей детей (6 лет)

01. Возраст ребенка:.....лет.
02. С какого возраста ваш ребёнок чистит зубы?
03. Как часто ваш ребёнок чистит зубы?
  1. Никогда.
  2. Не каждый день.
  3. 1 раз в день утром.
  4. 1 раз в день вечером.
  5. Утром после сна и вечером.
  6. После завтрака и вечером.
  7. После каждого приёма пищи.
04. Как часто Вы контролируете процедуру чистки зубов Вашего ребёнка?
  1. Каждый день.
  2. Иногда.
  3. Никогда.
05. Кто обучал Вашего ребёнка чистить зубы?
  1. Родители.
  2. Врач-стоматолог.
  3. Воспитатель детского сада.
  4. Другие.....
  5. Никто не обучал.
06. Как часто Вы меняете зубную щетку ребёнку?
  1. 1 раз в год.
  2. 2 раза в год.
  3. 3-4 раза в год.
  4. 1 раз в месяц.
  5. Не меняем.
07. Как часто Ваш ребёнок употребляет сладости (конфеты, шоколад)?
  1. Несколько раз в течение дня.
  2. 1-2 раза в течение дня.
  3. 3-4 раза в неделю.
  4. 1 раз в неделю.
  5. Реже, чем 1 раз в неделю.
08. Полощет ли Ваш ребёнок рот после каждого приёма пищи?
  1. Да.
  2. Нет.
  3. Иногда.
09. Как часто Вы водите ребёнка к стоматологу?
  1. Когда ребёнок жалуется на боль.
  2. С профилактической целью 1 раз в год.
  3. С профилактической целью 2 раза в год.
  4. Не вожу.

## Приложение 2

Анкета для учащихся (12, 15 лет)

01. Возраст:.....лет.

02. Как часто ты чистишь зубы?

1. Никогда.
2. Не каждый день.
3. 1 раз день утром.
4. 1 раз в день вечером.
5. Утром после сна и вечером.
6. Утром после еды и вечером.
7. После каждого приёма пищи.

03. Напоминают ли тебе родители о необходимости почистить зубы?

1. Да.
2. Нет.
3. Иногда.

04. Кто обучал тебя чистке зубов?

1. Никто не обучал.
2. Родители.
3. Врач-стоматолог.
4. Воспитатель детского сада.
5. Учитель.
6. Узнал из программ телевидения.
7. Увидел на плакате в поликлинике.
8. Другое.....

05. Полощешь ли ты рот после приёма пищи?

1. Да.
2. Нет.
3. Иногда.

06. Напоминают ли тебе родители о необходимости прополоскать рот после приёма пищи?

1. Да.
2. Нет.
3. Иногда.

07. Часто ли ты меняешь зубную щётку?

1. 1 раз в месяц.
2. 3-4 раза в год.
3. 2 раза в год.
4. 1 раз в год.
5. Не меняю.

08. Как часто ты употребляешь сладости (конфеты, шоколад, сладкие напитки и др.)?

1. Несколько раз в течение дня.
2. 1-2 раза в день.
3. 3-4 раза в неделю.



4. Реже, чем 1 раз в неделю.

09.Полощешь ли ты рот после еды или приёма сладостей?

1. Да.
2. Нет.
3. Иногда.

10.Пользуешься ли ты зубочистками, зубными нитями-флоссами?

1. Да.
2. Нет.
3. Иногда.

11.Как часто и с какой целью ты посещаешь стоматолога?

1. Когда заболит зуб.
2. Когда появиться «дырка».
3. Для осмотра 1 раз в год.
4. Для осмотра 2 раза в год.
5. Я не посещаю стоматолога.

## Приложение 3

### Анкета для опроса взрослого населения

Предлагаем Вам принять участие в опросе, позволяющем оценить уровень профилактики стоматологических заболеваний у жителей нашего города. Просим высказать свое личное мнение, ответив на вопросы предложенной Вашему вниманию анкеты. При заполнении анкеты отметьте ответы, которые соответствуют Вашему мнению. Недостающую информацию впишите. В случае возникновения вопросов Вы можете обратиться к организаторам исследования по телефону \_\_\_\_\_.

Ваш возраст:.....лет.

01.Образование

1. Среднее.
2. Среднее специальное.
3. Высшее.

02.Как часто Вы чистите зубы?

1. Никогда.
2. Не каждый день.
3. 1 раз в день утром.
4. 1 раз в день вечером.
5. Утром после сна и вечером.
6. Утром после еды и вечером.
7. После каждого приёма пищи.

03.Как часто Вы меняете зубную щетку?

1. 1 раз в год.
2. 2 раза в год.
3. 3-4 раза в год.
4. 1 раз в месяц.
5. Не меняю.

04.Полощите ли вы рот после каждого приёма пищи?

1. Да.
2. Нет.
3. Иногда.

05.Пользуетесь ли Вы зубочистками, нитями-флоссами?

1. Да.
2. Нет.
3. Иногда.

07. Как часто и с какой целью Вы посещаете стоматолога?

1. Только когда заболит зуб.
2. Когда обнаруживаю «дыру» в зубе или выпадает пломба.
3. Когда есть проблемы с деснами.
4. С профилактической целью 1 раз в год.
5. С профилактической целью 2 раза в год.
6. Не посещаю.

Благодарим Вас за предоставленные сведения!