

выбора пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации и если по данным анамнеза имеется повышенная чувствительность к адреналину или его стабилизатору бисульфиту.

4. Использовать 4% артикаин (Ultracain DS forte, 4% Articaine) с добавлением адреналина 1:100 000 у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации при наличии острых воспалитель-

ных явлений, а также при отсутствии у них в анамнезе повышенной чувствительности к адреналину или его стабилизатору бисульфиту.

Н. В. Следует помнить, что внутрисосудистое введение анестетиков, содержащих высокие концентрации катехоламинов, особенно опасно для пациентов групп риска, прежде всего для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В., Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической клиники. – М: ГОУ ВУМНЦ МЗ РФ, 2002. – 144с.
2. Зорян Е.В., Анисимова Е.Н., Московец О.Н., Рабинович С.А. Артикаиновые анестетики – препараты выбора в современной стоматологии. Клинико- фармакологический аспект применения артикаинсодержащих анестетиков //Новое в стоматологии. – 2002. – № 6. – С. 15-19.
3. Петрикас А.Ж. Какой сегодня применять местный анестетик? //Новое в стоматологии. – 1998. – № 2. – С.19-27.

УДК 616.31(083.13)

ПОЛИПАТИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКИХ КАРТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ)

Цепов Л.М., Цепова Е.Л., Михеева Е.А., Голева Н.А., Нестерова М.М.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

POLYPATHIA IN DENTAL PATIENTS (ACCORDING TO THE DATA OF RETROSPECTIVE STUDY OF MEDICAL RECORDS OF DENTAL PATIENTS)

Tsepov L.M., Tsepova E.L., Mikheeva E.A., Goleva N.A., Nesterova M.M.
The Smolensk State Medical Academy

В последние годы всё большее внимание уделяют состояниям с сочетанием двух и более заболеваний у одного пациента. Сосуществование болезней нередко в отечественных работах описывают как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния. В зарубежной литературе чаще применяют термин «коморбидные заболевания» или состояния.

Ключевые слова: полипатии, коморбидность, коморбидные заболевания.

In recent years the more attention is paid to the conditions with a combination of two or more diseases in one patient. In Russian publications the co-existence of diseases is quite often described as combined, concomitant, associated diseases and disorders. In foreign publications the term comorbid diseases or disorders is commonly used.

Kew words: polypathia, comorbidity, multimorbidity.

В 1948 году ВОЗ дала следующее определение здоровью человека: «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Современная концеп-

ция общественного здравоохранения большинства развитых стран ориентируется на интегрированный подход путем снижения или устранения общих факторов, являющихся причиной возникновения нескольких хронических неинфекционных заболеваний [32].

Наряду с выборочными профилактическими осмотрами населения стоматологическая заболеваемость в СССР и в России изучалась также по материалам обращаемости в лечебные учреждения. Изучение стоматологической заболеваемости по обращаемости осуществлялось как на основе медицинских материалов стоматологических учреждений одного города [21], так и данных, полученных из аналогичных учреждений с охватом большого числа городов. Ещё в 1940 году И.З. Озерян и Р.С. Шноль [40] использовали материалы стоматологического обследования около 4000 больных, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику. Они выявили зависимость распространённости заболеваний пародонта от пола и тяжести течения от возраста. По мнению некоторых авторов [28], данные стоматологической заболеваемости по обращаемости могут служить вполне обоснованным критерием состояния здоровья и использоваться при планировании специализированной стоматологической помощи.

Сравнение методов стоматологического обследования путем больших и малых выборок позволило [1] прийти к заключению, что метод малых выборок позволяет за сравнительно короткие сроки получить вполне достоверную информацию, обладающую должной репрезентативностью. Согласно последним методическим рекомендациям ВОЗ [49, 66], разработан оптимальный объем выборки в каждом индексном возрасте и возрастной группе в количестве от 25 до 50 лиц.

Актуальность проблемы множественных заболеваний, или полипатий, обусловленных сочетанными и комбинированными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания, болезнями обмена веществ, патологией органов и тканей полости рта, не вызывает сомнений [13, 14, 22, 23, 24, 25, 27, 53, 60]. В свете современных знаний хронический генерализованный пародонтит считается мультифакториальным заболеванием, тем самым подчеркивается отсутствие определенного этиологического фактора. Зубной налет рассматривается как необходимый компонент для развития заболеваний пародонта, но его абсолютная роль в этом должна быть подвергнута сомнению [68]. А в патогенезе пародонтита многое решает иммунная система [42, 48, 58].

Нужно отметить, что у отдельно взятого пациента, особенно в пожилом возрасте, выявляется, как правило, определенный набор заболеваний. Накоплено множество свидетельств сопряженности хронического генерализованного пародонтита с различными заболеваниями внутренних органов [45]. В работах, посвященных анализу причин возникновения заболеваний пародонта, большое значение придается общесоматической патологии – как фактору, определяющему сопротивляемость тканей пародон-

та к патогенным воздействиям. Важнейшими при этом являются заболевания эндокринной системы [36] (так, например, при сахарном диабете – в 29–100% случаев [6, 37, 38, 54, 69]), крови и кроветворных органов [46], заболевания желудочно-кишечного тракта [7, 8, 22, 31, 39, 44, 51], почек и мочеполовых органов [3, 29, 41, 55], нарушения минерального обмена [13], болезни сердечно-сосудистой и дыхательной систем [9, 12, 15, 17, 18, 43, 47], заболевания опорно-двигательного аппарата [11], ЛОР-патология [16, 19, 26] и другие формы соматической патологии [4, 50], психические заболевания [34], синдромные поражения [57], подтверждающие тесную органную, этиологическую и патогенетическую взаимосвязь заболеваний пародонта, слизистой оболочки рта, языка и других органов и систем организма [5, 56, 59, 64, 65, 67].

Системный остеопороз может быть фактором риска генерализованного пародонтита. В свою очередь, генерализованный пародонтит является одним из ранних признаков системного остеопороза [62]. Указывается на влияние хронического стресса и хронического психоэмоционального напряжения [33] как на фактор, способствующий возникновению различных нарушений в организме.

Серьезным фактором риска возникновения и развития заболеваний пародонта является курение [20, 70, 71]. Входящие в состав табачного дыма химические соединения повреждают различные морфологические структуры эпителиального покрова полости рта и дыхательных путей, чувствительные к окислительному стрессу, вызванному табачным дымом [63].

Таким образом, пародонтит – многофакторное заболевание. С одной стороны, нельзя отрицать справедливость тезиса «нет бактерий – нет пародонтита». С другой стороны, бактерии, в том числе и пародонтопатогенные, далеко не всегда вызывают пародонтит [10].

Следовательно, актуальность проблемы множественных (сочетанных) заболеваний, или полипатий, обусловленных сочетанными и комбинированными заболеваниями пародонта, сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания, болезнями обмена веществ и другими соматическими и неврологическими формами патологии, не вызывает сомнений. Высокая распространенность хронических неинфекционных заболеваний обусловлена чрезвычайной распространенностью их факторов риска, роль которых в формировании полипатий до сих пор изучена недостаточно.

Целью исследования была оценка распространенности заболеваний пародонта при множественных заболеваниях у мужчин и женщин, обратившихся в стоматологические поликлиники города Смоленска.

Материал и методы исследования

При анализе записей стоматологов в медицинских картах стоматологических больных учи-

тивалось наличие основного стоматологического заболевания (гингивит, пародонтит), сведения, полученные при опросе больных о соматических заболеваниях. Все обследованные были подразделены на группы: отсутствие указаний о наличии соматической патологии, лица с одним соматическим заболеванием, двумя, тремя, четырьмя и более.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Анализ данных таблицы позволяет констатировать, что ХГК отмечен у лиц как при отсутствии соматической патологии, так и при наличии одной-двух сочетанных форм их. Число пациентов с ХГПсс и ХГПтс нарастало по мере увеличения у них количества соматических болезней.

Таблица 1. Распространенность соматической патологии (абс.; % $M \pm m$) у больных с хроническим генерализованным катаральным гингивитом (ХГКГ) и хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) легкой, средней и тяжелой степени (лс, сс, тс)

Количество соматических болезней	Пол, возраст больных, заболевания пародонта										ХГКГ	ХГПлс	ХГПсс	ХГПтс
	всего больных	муж.	жен.	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет	61–70 лет	71–80 лет	81 и > лет					
Нет	31,2± 0,05 (262)	33,9± 0,18 (89)	66,1± 0,18 (173)	45,8± 0,19 (120)	35,1± 0,18 (92)	17,5± 0,14 (46)	1,5± 0,05 (4)	–	–		10,7± 0,12 (28)	48,5± 0,19 (127)	37,8± 0,18 (99)	3,05± 0,06 (8)
Одна	40,8± 0,14 (343)	38± 0,12 (130)	62± 0,12 (213)	23,0± 0,12 (79)	21,3± 0,12 (73)	37,3± 0,14 (128)	14,0± 0,1 (48)	3,5± 0,05 (12)	0,9± 0,02 (3)		11,3± 0,09 (39)	29,7± 0,13 (102)	49,0± 0,14 (168)	10,0± 0,08 (34)
Две	15,6± 0,27 (131)	44,3± 0,4 (60)	55,7± 0,4 (71)	16,8± 0,3 (22)	12,2± 0,25 (16)	27,5± 0,34 (36)	31,3± 0,3 (41)	7,6± 0,2 (10)	4,6± 0,15 (6)		3,8± 0,14 (5)	35,0± 0,36 (46)	50,4± 0,4 (66)	10,0± 0,2 (14)
Три	10,4± 0,34 (88)	12,5± 0,37 (11)	87,5± 0,37 (77)	3,4± 0,2 (3)	3,4± (3)	10,2± 0,34 (9)	29,5± 0,5 (26)	37,5± 0,5 (33)	16,0± 0,4 (14)		–	11,3± 0,3 (10)	67,0± 0,5 (59)	21,6± 0,46 (19)
Четыре и более	2,0± 0,82 (17)	47,0± 2,9 (8)	53,0± 2,9 (9)	–	–	–	23,5± 2,4 (4)	41,2± 2,8 (7)	35,3± 2,8 (6)		–	–	35,3± 2,8 (6)	64,7± 2,8 (11)
Итого	841	298	543	224	184	219	123	62	29		72	285	398	86

Заключение

Одним из важнейших общих патогенетических факторов при различных заболеваниях служат нарушения клеточного обновления эпителиоцитов слизистой оболочки десны, нарушения в микроциркуляторном русле, что является основой воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта. Во всех случаях полезно детальное изучение всей медицинской документации, имеющейся у больного (амбулаторной карты, выписок из историй болезни, клинических и биохимических анализов крови). Представляется необходимой адаптация к условиям полиморбидности классических испытанных приёмов, разработанных для диагностики изолированных заболеваний [30]. Напрашивается вывод, что своим пациентам из различных групп риска врач-стоматолог должен обеспечить комплексный подход как при диагностике, так и при лечении и профилактике заболеваний пародонта [35].

Анализ приведенных данных показывает, что интенсивность поражения пародонта и СОР у лиц с соматической патологией в большей степени связана с длительностью, количеством и тяжестью течения

(соматического) заболевания, а не с возрастом. При всем различии механизмов влияния указанных форм соматической патологии на состояние пародонта, общим результатом является нарушение обменных процессов и факторов защиты тканей пародонтального комплекса, что предрасполагает к его поражению или ускоряет действие имеющихся патогенных факторов [24]. Тем более это важно для практически здоровых лиц, среди которых имеются носители бактерий, способствующих не только поражению тканей пародонта, но и содействующих формированию соматической патологии различной локализации [52].

Поскольку действию пародонтопатогенных бактерий, а также воспалению пародонта, вызванному продуктами метаболизма самих бактерий, принадлежит важная роль в формировании дисбаланса процессов костного ремоделирования, то именно эрадикация микробных агентов – в сочетании, например, с препаратами кальция и витамина D₃ – может явиться оптимальным условием комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита [2], так как базовыми препаратами в профилактике и лечении всех форм остеопороза и остеопений является назначение препаратов кальция и витамина D₃.

Основная причина недостаточного количества эпидемиологических исследований, проводимых в настоящее время в стоматологии, связана прежде всего не с недостатком тех или иных методик стоматологического обследования, а с реальными условиями их практического воплощения. Несмотря на настоятельную необходимость проведения регулярных эпидемиологических исследований стоматологического профиля [61], реальное осуществление данных исследований в подобных масштабах проблематично.

Мы полагаем, что полипатии в практике стоматолога встречаются чаще, чем принято считать, хотя

хорошо известно, что наличие сопутствующих болезней негативно влияет на течение и исход заболеваний пародонта, а это требует учета как при диагностике, так и при лечении болезней.

Таким образом, учёт взаимосвязи и взаимообусловленности соматических и стоматологических заболеваний позволит создать новые алгоритмы подхода к лечению этих заболеваний, что будет способствовать улучшению не только стоматологического, но и общего здоровья, а также качества жизни населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акатьева Г.Г. Эпидемиологическое исследование заболеваний зубов и пародонта у населения Башкирской АССР: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1990. – 22 с.
2. Арутюнов С.Д., Плескановская Н.В., Наумов А.В. и др. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее //Пародонтология. – 2009. – № 1(50). – С. 3-6.
3. Астахова М.И., Герасимова Л.П., Павлов В.Н. Состояние тканей пародонта у больных хроническим пиелонефритом по данным лазерной флоуметрии //Пародонтология. – 2008. – № 2(47). – С. 15-19.
4. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. – М.: Медицина, 1979. – 188 с.
5. Барбараш Н.А., Калентьева СВ. Полость рта как зеркало организма. Взгляд физиолога //Медицина в Кузбассе. – 2009. – Спецвыпуск № 2. – С. 16-17.
6. Барер Г.М., Григорян К.Р. Пародонтит у больных сахарным диабетом I типа (обзор литературы) //Пародонтология. – 2006. – № 2(39). – С. 6-10.
7. Булкина Н.В., Косачев О.Н., Осадчук М.А. Заболевания пародонта при патологии органов пищеварения. – Самара: ООО «Офорт», 2006. – 184 с.
8. Булкина Н.В., Осадчук М.А. Некоторые механизмы возникновения и прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта у больных с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта //Пародонтология. – № 1(42). – С. 15-19.
9. Бурдули В.Н. Оценка стоматологического статуса у пациенток с остеопорозом I типа и кардиоваскулярной патологией: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2009. – 24 с.
10. Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология; пер. с нем.; под ред. проф. Г.М.Барера. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 548 с.
11. Галикеева А.Ш., Булгакова А.И. Экологические аспекты развития воспалительно-дистрофических изменений в пародонте //Пародонтология. – 2009. – № 1(59). – С. 20-22.
12. Гильмияров Э.М. Стоматологический и соматический статус организма в показателях метаболизма ротовой жидкости: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – Самара, 2002. – 45 с.
13. Горбачева И.А., Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю. Особенности минерального обмена у больных генерализованным пародонтитом на фоне различных заболеваний внутренних органов //Пародонтология. – 2003. – № 1(26). – С. 8-12.
14. Горбачева И.А., Шестакова Л.А. Патогенетическая коморбидность заболеваний внутренних органов и полости рта //Пародонтология. – 2008. – № 3(48). – С. 3-5.
15. Горбачева И.А., Орехова Л.Ю., Сычева Ю.А. и др. Роль сердечно-сосудистой патологии в формировании воспалительно-дегенеративных заболеваний пародонта //Пародонтология. – 2008. – № 4(49). – С. 18-21.
16. Гумерова М.И., Азнабаева Л.Ф., Чемикосова Т.С., Хуснаризанова Р.Ф. Микробиоценоз пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне тонзиллярной патологии и без нее //Пародонтология. – 2007. – № 2(43). – С. 37-39.
17. Дубровская Е.Н. Клинико-лабораторное обоснование применения препарата мексидол в комплексном лечении хронического пародонтита у больных артериальной гипертензией: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Н.Новгород, 2008. – 21 с.
18. Есипова А.А., Вилова Т.В. Особенности изменений пародонта при сердечно-сосудистых заболеваниях //Медицина в Кузбассе. – 2009. – Спецвыпуск № 2. – С.59-60.

19. Зикеева Л.Д. Зависимость течения воспалительных и вирусных заболеваний органов дыхания от стоматологического статуса больного. Комплексный, совместный со стоматологом подход к лечению и профилактике заболеваний верхних дыхательных путей. Практический опыт врача-терапевта //Пародонтология. – 2004. – № 2(31). – С. 89-92.
20. Ивановский М.О., Юшманова Т.Н. Влияние курения на показатель микроциркуляции тканей пародонта //Вопросы современной стоматологии: Сб. научных трудов. – М.: Издательское товарищество «АдамантЪ», 2008. – С. 213-216.
21. Каминский Л.С. К вопросу о построении сети внебольничной помощи в г. Ленинграде. – Л.: Б.И., 1934. – 86 с.
22. Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю., Горбачева И.А. Изучение взаимосвязи заболеваний пародонта с общим состоянием организма //Пародонтология. – 1996. – № 2. – С. 41-42.
23. Кирсанов А.И., Горбачева И.А. Механизмы взаимосвязи патологии внутренних органов и пародонта //Пародонтология. – 1999. – № 1. – С. 35-36.
24. Кирсанов А.И., Горбачева И.А., Шабак-Спасский П.С. Стоматология и внутренние болезни //Пародонтология. – 2000. – № 4(18). – С. 23-25.
25. Кирсанов А.И., Горбачева И.А., Шабак-Спасский П.С. Особенности гомеостаза и комплексная его коррекция у больных генерализованным пародонтитом //Пародонтология. – 2001. – № 1-2(19-20). – С. 26-27.
26. Кишинец Т.А. Симультанное лечение детей со стоматологической и оториноларингологической патологией: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2009. – 16 с.
27. Крылов А. А. К проблеме сочетаемости заболеваний //Клиническая медицина. – 2000. – № 1. – С. 56-58.
28. Кудрявцева Т.И. К вопросу изучения заболеваемости населения болезнями полости рта и зубов по материалам обращаемости за медицинской помощью //Здравоохранение Российской Федерации. – 1962. – № 7. – С. 15-19.
29. Кулиев М.Э. Распространенность кариеса и воспалительных заболеваний пародонта у лиц с дисфункцией предстательной железы //Стоматология для всех. – 2008. – № 4. – С. 44-45.
30. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Ефремов Л.И. Некоторые особенности клинической картины и диагностики при полиморбидности //Consilium medicum. – 2008. – Т.10. – № 12. – С. 5-7.
31. Лепилин А.В., Островская Л.Ю., Еремин А.В. Патология пародонта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (обзор литературы) //Пародонтология. – 2008. – № 4(49). – С. 10-17.
32. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2006. – 416 с.
33. Лозбенев С.Н. Воспалительные заболевания пародонта у студентов в условиях хронического психоэмоционального напряжения: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 1998. – 20 с.
34. Луханина Т.В. Оценка психо-эмоционального статуса у психически больных в связи с задачами терапии: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2009. – 20 с.
35. Масис Г. Тандем врача-стоматолога и врача узкой специальности //Стоматология Сегодня Плюс. – 2007. – май-июнь. – С. 16-19.
36. Махмудов Т.Г., Керимова Г.Э., Ибрагимова Л.К. Частота заболеваний пародонта и биохимические показатели смешанной слюны у больных диффузным токсическим зобом //Пародонтология. – 2009. – № 2(51). – С. 11-13.
37. Михеева Е.А. Применение ксидифона в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита у больных сахарным диабетом 2-го типа: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 2004. – 18 с.
38. Мусаева Р.С. Клинико-лабораторное обоснование выбора средств гигиены полости рта при заболеваниях пародонта у больных сахарным диабетом: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 16 с.
39. Николаев А.И. Особенности развития и лечения кариеса и пародонтита у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 1998. – 22 с.
40. Озерян И.З., Шноль Р.С. О частоте пораженности населения пародонтозом //Стоматология. – 1940. – № 1. – С. 31-34.
41. Орехов Д.Ю. Клинико-биохимическое обоснование оказания стоматологической помощи пациентам, получающим гемодиализ: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2009. – 24 с.
42. Орехова Л.Ю. Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – СПб., 1997. – 34 с.
43. Орехова Л.Ю., Долгодворов А.Ф., Крылова В.Ю. Особенности течения заболеваний пародонта у больных с бронхиальной астмой //Пародонтология. – 2007.- № 2(43). – С. 37-43.
44. Осадчук М.А., Островская Л.Ю., Исланова Е.А. Особенности лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, сочетанными с воспалительными заболеваниями пародонта //Вестник ВолГМУ. – 2009. – Вып. 1(29). – С. 76-80.

45. Пашкова Г., Журули Н., Вавилова Т., Пашков К. О взаимосвязи соматической патологии с заболеваниями пародонта у жителей Москвы //Cathedra. – 2009. – Т. 8, № 1. – С. 59-61.
46. Петрова Т.Г. Клинико-морфологические особенности течения воспалительных заболеваний пародонта у больных лимфомами на фоне полихимиотерапии //Институт стоматологии. – 2008. – № 4(41). – С. 60-61.
47. Полторак Н.А. Взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта с ишемической болезнью сердца: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2007. – 25 с.
48. Почтаренко В.А., Янушевич О.О. Генетика и пародонтология. Трудности большого пути //Стоматология для всех. – 2008. – № 4. – С. 4-6.
49. Стоматологические обследования: Основные методы. – Женева: ВОЗ, 1989. – 62 с.
50. Стрюк Р. Взаимосвязь соматической патологии с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной области //Cathedra. – 2008. – Т. 7. – № 2. – С. 52-55.
51. Сысоева О.В. Морфофункциональные нарушения слизистой оболочки полости рта и их профилактика при язвенной болезни: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Новосибирск, 2003. – 22 с.
52. Тец В.В., Орехова Л.Ю., Доморад А.А. и др. Распространенность возбудителей соматических заболеваний в нормальной микрофлоре ротовой полости //Пародонтология. – 2007. – № 4. – С. 9-12.
53. Токмакова С.И. Слизистая оболочка полости рта у лиц пожилого и старческого возраста и ее изменение при висцеральной патологии: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – Омск, 2002. – 38 с.
54. Ульянова Т.В., Володина Е.В. Особенности состояния полости рта у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих сахарным диабетом //Вопросы современной стоматологии: Сб. научных трудов. – М.: Издательское товарищество «АдамантЪ», 2008. – С. 165-166.
55. Хромченков А.П. Заболевания пародонта у больных мочекаменной болезнью: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Смоленск, 2001. – 19 с.
56. Царев В.Н., Николаева Е.Н., Саркисян Н.А. Выявление маркеров пародонтопатогенных бактерий у пациентов с инфекционным эндокардитом //Российский стоматологический журнал. – 2009. – № 2. – С. 32-35.
57. Цепов Л.М. Изменения пародонта при синдромных поражениях //Пародонтология. – 1998. – № 4(10). – С. 3-5.
58. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.
59. Цепов Л.М., Николаев А.И. Патология пародонта как проявление соматических заболеваний (обзор литературы) //Пародонтология. – 1998. – № 1(7). – С. 28-32.
60. Цепов Л.М., Николаев А.И. Межсистемные связи при болезнях пародонта //Пародонтология. – 2003. – № 2. – С. 19-24.
61. Цепов Л.М., Забелин А.С., Басова Г.А. и др. Эпидемиология стоматологических заболеваний в Смоленской области //Вестник Смоленской медицинской академии. – 2008. – № 2. – С. 133-135.
62. Цимбалистов А.В., Шторина Г.Б., Гарпач И.А., Жидких Е.Д. Генерализованный пародонтит и системный остеопороз. Клинико-рентгенологическая оценка (Часть I) //Институт стоматологии. – 2007. – № 3. – С. 98-99.
63. Чучалин А.Г. Профилактика и контроль хронических неинфекционных заболеваний //Пульмонология. – 2009. – № 1. – С. 5-10.
64. Шамурова Ю.Ю. Факторы риска множественных заболеваний //Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89, № 3. – С. 286-290.
65. Шарапова Е.А., Сучкова Н.А. Соматический статус пациентов врача-стоматолога //Медицина в Кузбасе. – 2009. – Спецвыпуск № 2. – С. 218-218.
66. Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта. – Доклад научной группы ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 1980. – 66 с.
67. Юдина Н.А. Обоснование патогенетических механизмов взаимосвязи стоматологических и общих заболеваний //Стоматологический журнал. – 2004. – № 2. – С.16-19.
68. Bartold P.V., Marshall R.I., Georgiou T., Mercado F.B. Заболевания пародонта и здоровье //Пародонтология. – 2003. – № 3(28). – С. 3-9.
69. Grossi S.G., Skrepinski F.B., De Caro T. et al. Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycated hemoglobin //J. periodontal. – 1998. – Vol. 68. – № 68. – P. 713-719.
70. Machuca G., Rosales I., Lacalle J.R. Effect of cigarette smoking on oral clastasc activity in adult periodontitis patients //Periodontology. – 2000. – Vol 71. – № 1. – P. 58-62.
71. Villar C.C., de Lima A.F. Smoking influences on the thickness of marginal gingival epithelium //Pequi odontol. Bras. – 2003. – Vol. 17. – № 1. – P. 41-45.