

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ОРГАНІЗАЦІЯ, ІСТОРІЯ

УДК 616.31+479.24

А. Ч. Пашаев, к.м.н.

Азербайджанский Медицинский Университет

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНА**

Проведено стоматологическое обследование населения в возрасте 15-60 лет и старше в 7 различных природно-климатических условиях: низменном (Курдамир), предгорном (Шамкир), горном (Кедабек), субтропическом (Джалилабад), очаге эндемии флюороза (Зыря), очаге эндемии зоба (Шеки) и г. Баку. Всего осмотрено 4900 человек. Результаты стоматологических обследований показали, что пораженность зубов кариесом, некариозными болезнями и заболеваниями пародонта населения различна. Наиболее высокая распространенность кариеса и болезней пародонта наблюдалась в очаге эндемии зоба (100; 45,1±1,88 %), наиболее низкая в очаге эндемии флюороза (87,7±1,24%, 27,5±1,68 %) и в горном районе (82,5±1,43 %; 32,0±1,76 %). Частота гиперестезии зубов колебалась в пределах 26,3 ±1,66 % – 50,8±1,89%, стираемость—7,62±1,0 %–13,3±1,28 %. Подобная пораженность стоматологическими заболеваниями связана с рядом природно-климатических условий местности (содержанием фтора, йода и др. микроэлементов в питьевой воде, благоприятными природными факторами региона и некоторыми биологическими показателями полости рта).

Необходимо разработать комплексную программу по лечебно-профилактическим мероприятиям для всех регионов республики в новых социально-экономических условиях на государственном уровне.

Ключевые слова: кариес (К), болезни пародонта (БП), гиперестезия зубов (ГЗ), стираемость зубов (СЗ).

А. Ч. Пашаев

Азербайджанський Медичний Університет

**СТОМАТОЛОГІЧНА
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ
АЗЕРБАЙДЖАНУ**

Проведено стоматологічне обстеження населення у віці 15-60 років і старше в 7 різних природно-кліматичних умовах: низовинному (Курдамір), передгірному (Шамкир), гірному (Кедабек), субтропічному (Джалилабад), вогнищі ендемії флюорозу (Зиря), вогнищі ендемії зобу (Шеки) і м. Баку. Всього оглянуто 4900 чоловік. Результати стоматологічних обстежень показали, що ураженість зубів карієсом, некаріозними хворобами і захворюваннями пародонту населення різна. Найбільш висока поширеність карієсу і хвороб пародонту спостерігалася у вогнищі ендемії зобу (100; 45,1±1,88 %), найбільш низька у вогнищі ендемії флюорозу (87,7±1,24%, 27,5±1,68 %) і в гірсь-

кому районі (82,5±1,43 %; 32,0±1,76 %). Частота гіперестезії зубів коливалася в межах 26,3 ±1,66 % – 50,8±1,89%, стертість—7,62±1,0 %–13,3±1,28 %. Подібна ураженість стоматологічними захворюваннями пов'язана з рядом природно-кліматичних умов місцевості (змістом фтору, йоду і ін. мікроелементів в питній воді, сприятливими природними чинниками регіону і деякими біологічними показниками порожнини рота).

Необхідно розробити комплексну програму по лікувально-профілактичних заходах для всіх регіонів республіки в нових соціально-економічних умовах на державному рівні.

Ключові слова: карієс (К), хвороби пародонту (ХП), гіперестезія зубів (ГЗ), стертість зубів (СЗ).

A. Ch. Pashaev

Azerbaijan Medical University

**THE STOMATOLOGICAL MORBIDITY
OF THE POPULATION IN AZERBAIJAN**

The stomatological examination of the population at the age of 15-60 and older was held in 7 different natural-climatic conditions: low-lying (Kurdamir), piedmont (Shamkir), upland (Kedabek), subtropical (Dzhalilabad), the focus of endemy of fluorosis (Zyria), the focus of endemy of goiter (Sheki) and Baku. 4900 people were examined. The results of stomatological examinations have shown, that the affection of teeth with caries, non-carious diseases and diseases of periodontium in population is different. The highest morbidity of caries and periodontal diseases was observed in the focus of endemy of goiter (100; 45,1±1,88 %), the lowest one in the focus of endemy of fluorosis (87,7±1,24%, 27,5±1,68 %) and in mount ain region (82,5±1,43 %; 32,0±1,76 %). The frequency of teeth hyperesthesia derived within 26,3 ±1,66 % – 50,8±1,89%, of dental abrasion 7,62±1,0 %–13,3±1,28 %. Such affection with stomatological diseases is connected with some natural-climatic conditions of the place (content of fluorine, iodine and other microelements in table water, favorable natural factors of the region and some biological indices of oral cavity). It is necessary to elaborate the complex program on the treatment and prophylactic measures for all regions of the republic in new social-economical conditions on the national level.

Key words: caries (C), periodontal diseases (PD), dental hyperesthesia (DH), dental abrasion (DA).

Среди различных заболеваний организма человека стоматологические болезни занимают существенное место. На частоту и интенсивность поражения стоматологическими заболеваниями оказывают влияние природно-климатические и специально-медицинские факторы, которые отличаются своими особенностями в различных

местностях проживания населения. В литературе существует многочисленные исследования, посвященные этим вопросам.[1-4]

В тоже время происходящие экологические, социально-медицинские и другие изменения оказывают неоднозначное влияние на здоровье населения в целом и том числе на состояние органов полости рта.[5-7] Поэтому, в настоящее время изучение эпидемиологии основных стоматологических заболеваний позволяет по-новому оценить их распространение и интенсивность поражения, определить потребности населения в стоматологической помощи и разработать оптимальные лечебно-профилактические мероприятия на государственном уровне.[8-10]

Учитывая вышеизложенное мы провели настоящую работу со следующей целью.

Цель исследования. Изучение стоматологической заболеваемости населения проживающего в различных природно-климатических условиях Азербайджанской Республики.

Материал и методы. Стоматологические обследования проведены в 6 районах республики: низменный – Кюрдамир, предгорный – Шамкир, горный – Кедабек, субтропический – Джагилабад, очаг эндемии зоба – Шеки, очаг эндемии флюороза зубов – Зыря (фтор в воде 1,8-2,1 мг/л), а также в городе Баку. В этих населенных местностях обследовано 4900 человек (по 700 человек в каждом районе) в возрасте 15-60 лет и старше, по дворовой системе (по домам). Во всех обследованиях использовали стоматологическое зеркало и зонд при дневном освещении. Среди обследованных количество мужчин и женщин было примерно одинаковым.

При стоматологическом обследовании к кариесу зубов были отнесены случаи, в которых определялись полости в зубах или имел место симптом “застревания зонда” и отмечалась характерная пигментация твердых тканей. Раздельно фиксировались неосложненные и осложненные формы кариеса зубов (пульпит и периодонтит), подлежащие лечению, а также зубы, подлежащие удалению, пломбированные и удаленные.

По заболеваниям пародонта определяли формы поражения: гингивит, пародонтит, пародонтоз.

При диагностике гиперестезии отмечали форму (ограниченная и генерализованная), степень тяжести (I-III), возможные этиологические причины возникновения; при стираемости – форму (ограниченная и генерализованная), виды: физиологическая, переходная, патологическая, степень тяжести (I-III).

Статистических материалы обработаны по методу Стьюдента с использованием критерия Т.

Результаты и обсуждение. Наши стоматологические обследования показали, что распространенность кариеса зубов в среднем в обследованных районах составляла $82,5 \pm 1,43$ – 100 %. Наиболее низкий уровень распространенности кариеса зубов наблюдался в горном районе Кедабеке – $82,5 \pm 1,43$ и очаге эндемии флюороза Зыря – $87,7 \pm 1,24$ %, наибольший – Кюрдамире – $97,2 \pm 0,62$ % и очаге эндемии зоба Шеки – 100 %. Анализ данных по распространенности кариеса показал, что в среднем из 7 изучаемых районов в 5-ти частота кариеса имела высокое распространение и величина ее колебалась в пределах $93,3 \pm 0,94$ – 100 %, а в 2 районах имелись относительно низкие величины – $82,5 \pm 1,43$ и $87,7 \pm 1,24$ %.

Изучение влияния возрастного фактора на уровень распространенности кариеса зубов установило следующее: в первой возрастной группе (15-19) уровень распространенности кариеса в горном районе и очаге эндемии флюороза имел меньшие величины и составлял 50,1 – 67,2 % по сравнению с остальными районами обследования – 70,0 – 100 %. Данная разница между обследованными районами сохранялась до 30-39 летнего возраста, а в последующих возрастных группах уже имелись близкие величины распространенности кариеса, это составляло 95,0 – 100 %. Одновременно следует отметить, что в очаге эндемии зоба, начиная с 15-19 летнего возраста, частота кариеса составляла 100 %, т.е. в этом населенном пункте, где широкая распространенность патологии щитовидной железы из-за дефицита йода в питьевом рационе, не было выявлено ни одного обследованного без кариозных зубов.

Наиболее полную картину пораженности зубов можно получить при изучении показателя интенсивности – КПУ и его составных элементов.

Как видно из табл. в обследованных регионах показатель КПУ составлял $7,19 \pm 0,10$ – $14,0 \pm 0,12$ зубов. При анализе величин показателя КПУ можно отметить, что по интенсивности поражения кариесом зубов население можно разделить на 3 группы: с относительно низким, средним и высоким уровнем поражения. В группу с относительно низким поражением мы относим население, проживающее в горном районе и очаге эндемии флюороза, где КПУ составлял $7,19 \pm 0,10$ – $7,62 \pm 0,10$ зубов; к среднему уровню – низменный, предгорный, субтропическом районы и г. Баку, где КПУ составлял $8,35 \pm 0,10$ – $10,2 \pm 0,12$ зубов; к высокому уровню – очаг эндемии зоба, КПУ составлял $14,0 \pm 0,12$ зубов.

Таблица

Распространенность стоматологических заболеваний у населения Азербайджана

Районы обследования	Распространенность кариеса зубов в %%	Показатель КПУ на одного обследованного	Распространенность болезней пародонта в %%	В том числе			Распространенность гиперестезии зубов в %%	Распространенность стираемости зубов в %%
				гингивит	пародонтит	пародонтоз		
Кюрдамир (низменный)	97,2±0,62	10,2 ±0,12	48,8±1,89	31,0±1,74	10,3±1,14	7,50±0,99	50,8±1,89	10,9±1,18
Шамкир (предгорный)	93,3±0,94	8,35± 0,10	38,3±1,83	26,4±1,66	7,70±1,00	4,20±0,75	38,9±1,84	11,0±1,39
Кедабек (горный)	82,5±1,43	7,62±0,10	32,0±1,76	20,1±1,51	7,20±0,98	4,70±0,79	36,7±1,82	10,1±1,13
Шеки (очаг эндемии зоба)	100	14,0±0,12	45,1±1,88	27,9±1,69	10,7±1,16	6,53±0,93	48,6±1,89	13,3±1,28
Зыря (очаг эндемии флюороза)	87,7±1,24	7,19±0,10	27,5±1,68	17,9±1,44	5,50±0,86	4,11±0,75	26,3±1,66	7,62±1,00
Джалилабад (субтропический)	94,1±0,88	10,1±0,12	45,9±1,88	28,5±1,70	11,3±1,19	6,13±0,90	46,7±1,88	9,0±1,08
г. Баку	96,7±0,68	9,12±0,14	37,2±1,82	20,5±1,52	9,20±1,09	7,50±0,99	32,0±1,76	9,83±1,12

Изучение интенсивности поражения кариесом зубов в возрастном аспекте устанавливало однозначную картину во всех районах обследования, которая выражалась в том, что показатель КПУ имел четко выраженную прямую зависимость от возраста обследованных. Т.е. по мере увеличения возраста обследованных, увеличивалась его величина. Так, например, в Джалилабаде величина КПУ по отдельным возрастным группам составляла 1,96 – 3,51 – 6,73 – 11,4 – 15,2 – 22,0. Аналогичные соотношения наблюдались в других районах обследования.

Что касается составных элементов показателя КПУ, то во всех районах обследования установлено следующее: число удаленных зубов составляло значительный вес по сравнению с другим составными элементами. Так, например, в Кюрдамире из среднего показателя КПУ равного 10,2 зуба на долю удаленных зубов приходилось 9,30 зуба (91,2 %), в Шамкире из 8,35 зуба на долю удаленных зубов приходилось 7,48 зуба (89,6 %) и т.д. Аналогичные данные выявлялись по другим регионам обследования.

Число леченых зубов, согласно нашим данным, по всем районам находилось на весьма низком уровне и колебалось в пределах 0,01– 0,03 зуба на одного обследованного. Некоторое исключение составляли данные по г. Баку, где число леченых зубов равнялось 0,35 зуба. Большое количество удаленных и незначительное число запломбированных зубов свидетельствует о недостаточном уровне терапевтической стоматологической помощи в обследованных регионах и требует принятия безотлагательных мер по улучшению данного вида стоматологической помощи населению.

Одновременно следует отметить, что основной контингент обследованных в г. Баку составляли трудящиеся предприятий, а так же неработающие лица, которые по материальному обеспечению находились не на должном уровне. Безусловно, если проводить стоматологическое обследование среди жителей с достаточным материальным уровнем, то показатели лечения и удаления зубов будут иными и соответствовать современным требованиям.

Распространенность заболеваний пародонта в изучаемых регионах представлялась в следующем. Как видно из таблицы 1 в среднем частота заболеваний пародонта по регионам составляла 27,5±1,68– 48,8±1,89 %. Наиболее низкий уровень наблюдался в очаге эндемии флюороза Зыря – 27,5±1,68 % и горном районе Кедабеке – 32,0±1,76 %. Наибольший уровень – в очаге эндемии зоба Шеки – 45,1±1,88 %, субтропическом районе Джалилабаде – 45,9±1,88 % и в низменном районе Кюрдамире – 48,8±1,89 %. По от-

дельным формам заболеваний пародонта нами установлено следующее: частота гингивита по районам составляла 17,9±1,44 – 31,0±1,74; пародонтита – 5,50±0,86– 10,7±1,16 %, пародонтоза – 4,11±0,75 – 7,50±0,99 %.

Анализ показателей заболеваний пародонта между районами обследования установил, что имеются статистически достоверные различия по частоте гингивита и пародонтита, а частота пародонтоза было примерно одинаковой. Для подтверждения отмеченного обратимся к данным таблицы 1, из которых видно, что частота пародонтита в очаге эндемии флюороза зубов составляла 5,50±0,86 %, в горном районе Кедабеке – 7,20±0,98 %, а в низменном районе Кюрдамире – 10,3±1,14 %, очаге эндемии зоба Шеки – 10,7±1,16%, субтропической зоне – 11,3±1,19 %. Разница между частотой пародонтита в очаге эндемии флюороза зубов и горном районе по сравнению с вышеотмеченными районами статистически достоверна ($t > 2$). Распространенность пародонтоза в обследованных районах имела близкие величины и составляла 4,11–7,50 %.

Частота гиперестезии среди жителей обследованных районов составляла 26,3±1,66– 50,8±1,89 %. Наиболее низкий уровень распространенности гиперестезии наблюдался в очаге эндемии флюороза 26,3±1,66 %, наиболее высокий в Шеки – 48,6±1,89 и Кюрдамире – 50,8±1,89%. В остальных районах выявлены в большинстве случаев примерно близкие величины. По частоте различных форм гиперестезии выявлено больше лиц с ограниченной формой, нежели с генерализованной. По степени тяжести чаще встречались лица с I степенью поражения, а затем со II степенью и на последнем месте были обследованные с III степенью гиперестезии. В отношении возможных этиологических причин установлено, что по всем районам обследования наиболее часто гиперестезия возникала в связи с заболеваниями пародонта. Для подтверждения отмеченного приводим данные по одному из обследованных районов, по Джалилабаду, где из общей распространенности гиперестезии 46,7 % на долю ограниченной формы приходилось 29,5 %, а генерализованной 17,2 %. Частота по степеням поражения была следующей: I степень – 29,4 %, II степень – 14,1 % и III степень – 3,2 %.

Возможные этиологические причины гиперестезии в этом районе составляли: из-за заболеваний пародонта – 32,3 %, в области кариозных полостей – 7,50 %, после препаровки зуба – 2,50 %, патологическая стираемость – 2,90 %, эрозия эмали – 0,58 % и общие нарушения в организме – 0,88 %. Аналогичные данные мы имели по другим районам обследования, которые не представили с учетом объема данной статьи.

Как видно из таблицы, частота стираемости зубов у населения республики в среднем составляла $7,62 \pm 1,0 - 13,3 \pm 1,28$ %. Наиболее низкий уровень распространенности стираемости наблюдался в очаге эндемии флюороза, наиболее высокий в очаге эндемии зоба, а в остальных районах величины были близкими и колебались в пределах $9,0 \pm 1,08 - 11,0 \pm 1,39$ %.

По форме поражения стираемости зубов по всем населенным местностям наблюдалась идентичная картина, которая выражалось в том, что лица с ограниченной формой чаще встречались, нежели с генерализованной формой. По видам стираемости и степеням тяжести так же по всем районам обследования имелось аналогичная картина: чаще встречались лица с физиологической стираемостью и I степенью поражения, нежели с другими видами и степенями поражения. Так, например, в низменном районе Кюрдамире частота ограниченной формы стираемости составляла 9,30 % против 1,60 % генерализованной формы, частота физиологического вида стираемости составляла 6,50 % против 2,50 % и 1,90 % переходного и патологического вида стираемости; частота I степени стираемости составляла 8,40 % против 2,50 % II степени поражения.

Таким образом, проведенные нами стоматологические обследования позволяют отметить, что пораженность зубов кариесом, некариозными болезнями и заболеваниями пародонта населения республики в обследованных районах различна. Наиболее высокая распространенность кариеса и болезней пародонта наблюдалась в очаге зоба, где у населения в пищевом районе дефицит йода, наиболее низкая – в очаге эндемии флюороза и в горном районе. Такому состоянию частоты стоматологических заболеваний способствует ряд природно-климатических факторов местности проживания населения. В очаге эндемии зоба, как было отмечено, вызванного дефицитом йода в пищевом районе, патологию щитовидной железы можно считать одной из важной среди факторов, влияющих на высокую распространенность и интенсивность поражения зубов кариесом. Кроме того, в этом районе содержание фтора в питьевой воде значительно ниже оптимальной концентрации (0,05 мг/л). Подобное содержание имеется и в отношении таких микроэлементов как медь, цинк, молибден, марганец, имеющих определенное значение в кариесрезистентности зубов.

Хорошо известно, что щитовидная железа принимает активное участие в минеральном и белковом обмене организма. Проживание беременных женщин в очаге эндемии зоба, вызывает у них определенную патологию щитовидной железы, она в свою очередь оказывает влияние на

формирование и развитие костей и, в частности, зубочелюстной системы детей. Можно предполагать, что патология щитовидной железы матери, в какой-то степени, нарушает минерализацию зубных тканей во внутриутробный период, что делает их недостаточно полноценными.

Недостаточное поступление в организм ребенка, как во внутриутробном периоде, так и в последующем фтора и других микроэлементов с питьевой водой на фоне патологии щитовидной железы, снижает резистентность зубов к кариесу. Вышеизложенные факторы так же в определенной степени являются причинами высокого уровня пораженности населения в очаге эндемии зоба болезнями пародонта.

Представляет значительный интерес и требует дальнейшего изучения установленный низкий уровень поражения кариесом зубов в горном районе Кедабеке, где содержание фтора в питьевой воде находится ниже оптимальной концентрации – 0,3 мг/л. Данное положение заслуживает особого внимания, т.к. согласно многочисленным литературным данным, при употреблении питьевой воды с таким содержанием фтора кариес, как правило, имеет высокое распространение.

По нашему мнению, такому положению способствуют некоторые биологические особенности полости рта у жителей горного района и ряд благоприятных природно-климатических условий местности. Согласно проведенным нашими исследованиям по биологии зубных тканей в районе Кедабек микротвердость и кислотная растворимость эмали значительно отличалась от подобных исследований в районе эндемического зоба, где кариес имел наивысшую пораженность среди населения. Согласно этим исследованиям в Кедабеке микротвердость эмали была высокой, а кислотная растворимость эмали низкой по сравнению с районами, где кариес зубов имел высокое распространение. Кроме того, микробиологические исследования показали, что кариес патогенная микрофлора была обнаружена у жителей Кедабека в меньшей степени, чем в других районах обследования.

В отношении благоприятных природно-климатических условий местности можно отметить следующее. Обследованный район Кедабек располагается на горах малого Кавказа, где отсутствуют отрицательные факторы высокогорья. Наоборот, имеются благоприятные факторы, способствующие общему оздоровлению организма (чистый воздух, отсутствие промышленных выбросов, шумового эффекта, умеренная зима, большое количество солнечных дней в остальные периоды года). Жители района исключительно занимаются сельским хозяйством в связи с чем, значительное время проводят на от-

крытом воздухе и у них большая физическая активность. Все вышеуказанное физически закаляет и укрепляет организм, в том числе, по отношению к кариесу и болезням пародонта. Не последнее место в этом играют особенности питания жителей горного района, где в пищевом районе меньшее место занимают углеводные продукты (сахар, кондитерские изделия и т.д.). Больше употребляется продуктов производимых в местных условиях (мясо, растительные продукты), которые богаты важными микроэлементами (медь, бор, марганец, цинк).

Низкая пораженность изучаемых стоматологических заболеваний в очаге эндемии флюороза объясняется наличием достаточного количества фтора в питьевой воде и его положительное значение в отношении кариеса и болезней пародонта общеизвестно. Кроме этого этот район расположен на побережье Каспийского моря и имеет благоприятные курортные условия для проживания.

Таким образом, среди населения республики стоматологические заболевания, в изучаемых регионах, имели различное распространение и интенсивность поражения. Имелись населенные местности, где они относительно меньше поражали население, в то же время в большинстве районов они имели значительное распространение. Необходимо разработать и принять комплексные программы по лечебно-профилактическим мероприятиям в новых социально-экономических условиях на современном государственном уровне. Только таким путем возможно снижение уровня пораженности населения основными стоматологическими заболеваниями и предотвращение наблюдаемых массовых осложнений в полости рта – нарушений жевательной функции.

Список литературы

1. **Incidence** of caries in children of rural and subrural areas in Croatia. / Jurić H, Klarić T, Zagar M, Buković D Jr, Janković B, Spalj S. Coll Antropol. 2008; 32 (1):131-136.
2. Postma TC, Ayo-Yusuf OA, van Wyk PJ. Socio-demographic correlates of early childhood caries prevalence and severity in a developing country--South Africa. Int Dent J. 2008; 58 (2):91-97.
3. **Factors** associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. Declerck D, Leroy R, Martens L, Lesaffre E, Garcia-Zattera MJ, Vanden Broucke S, Debyser M, Hoppenbrouwers K. Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36 (2):168-78.
4. Bartold PM. Dentinal hypersensitivity: a review. Aust Dent J. 2006; 51 (3):212-218
5. Perera I, Ekanayake L. Social gradient in dental caries among adolescents in Sri Lanka. Caries Res. 2008; 42 (2):105-111.
6. Atieh MA. Tooth loss among Saudi adolescents: social and behavioural risk factors. Int Dent J. 2008; 58

(2):103-108.

7. Kovacevic M, Belojevic G. Tooth abrasion in workers exposed to noise in the Montenegrin textile industry. Ind Health. 2006; 44 (3):481-485.

8. **Distribution** and prevalence of dental caries in Bauru, Brazil, 1976-2006. / Tagliaferro EP, Meneghim MC, Ambrosano GM, Pereira AC, Sales-Peres SH, Sales-Peres A, Bastos JR. Int Dent J. 2008; 58 (2):75-80.

9. **Epidemiology** and preventive direction of periodontology in China. / Wang QT, Wu ZF, Wu YF, Shu R, Pan YP, Xia JL. J Clin Periodontol. 2007; 34 (11):946-951.

10. Hugoson A, Sjodin B, Nordervyd O. Trends over 30 years, 1973-2003, in the prevalence and severity of periodontal disease. J Clin Periodontol. 2008; 35 (5):405-414.

Поступила 27.04.09.



УДК 930.24+061.6/616.314

Г. Н. Варава, д. мед. н., К. Н. Косенко, д. мед. н.

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»

ПРЕДПОСЫЛКИ И ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ИНСТИТУТА ЗУБОВРАЧЕВАНИЯ (ГИЗА) В Г. ОДЕССЕ

Г. М. Варава, К. М. Косенко

ДУ «Институт стоматологии АМН України»

ПЕРЕДУМОВИ ТА ІСТОРІЯ ВІДКРИТТЯ ДЕРЖАВНОГО ІНСТИТУТУ ЗУБОЛІКУВАННЯ (ДІЗА) В М. ОДЕСІ

G. N. Varavva, K.N. Kosenko

SE “the Institute of Dentistry of the AMS of Ukraine

THE PREMISES AND THE HISTORY OF THE ORGANIZATION OF THE STATE INSTITUTE OF DENTISTRY (SID) IN ODESSA

До открытия ГИЗа в г. Одессе следует рассматривать два периода развития зубоврачевания в России, в том числе и в г. Одессе. Первый период – до революции 1917 года. В это время закладывается основа образования медицинской зубоврачебной специальности и материальная база зубоврачебных учреждений. Бурное развитие зубоврачевания происходило с конца XIX столетия благодаря и за счет частных предпринимателей.

© Варава Г. Н., Косенко К. Н., 2009