

следования и потому требуют привлечения большой выборки материала.

Показано, что национальные популяции могут иметь разную частоту распространения этих генов. Так, в большой выборке (более 2 000 пациентов) исследования по генотипированию, в серии большой-контроль, вариант (экзон E23K) гена KCNJ11 достоверно ассоциирует с диабетом 2 типа у представителей Великобритании и Финляндии. В то время, как варианты гена ABCC8 (экзоны 16 и 18) не обнаруживают достоверной ассоциации с болезнью [2,3]. В этих популяциях достоверно было показано, что патология диабета 2 типа связана также с активностью КАТФ канала.

В течение последних десятилетий в Якутии наблюдается большой рост заболеваемости диабетом 2 типа среди местного населения, ранее не наблюдаемый в таких масштабах. Возможной причиной является смена традиционного питания местного населения, основанного на продуктах животного происхождения, на преобладание растительного рациона. Так как клинические формы диабетического синдрома определяются наследственными факторами, природа которых еще не раскрыта и зависит от типа популяции, то вопросы профилактики и лечения этого заболевания разработаны еще недостаточно.

Цель исследования. Поиск генов предрасположенности к заболеванию сахарным диабетом 2 типа у представителей якутской популяции.

Материал и методы. Нами были предприняты исследования по генотипированию вариантов гена ABCC8 (экзоны 12,16, 31) и гена KCNJ11 (экзоны E23K, 1339V) у представителей якутской субпопуляции Центральной Якутии. Были анализированы 213 больных диабетом 2 типа и 231 контролей из мест проживания больных по генотипам гена ABCC8: экзон 12(GG, GA, AA), экзон16(GG, GA, AA), экзон31(GG, GAAA) и гена KCNJ11: экзон E23K(CC, CT, TT), экзон1330V(TT, TC, CC).

Результаты исследования и обсуждение. Статистические расчеты по полиморфизму этих генов выявили достоверные различия по частоте аллеля «А» только по экзону 31 гена ABCC8. Так частота аллеля «А» у больных составила 0,23 против контроля 0,29. Снижение аллеля А у трех вариантов генотипов гена ABCC8 привело к повышенной частоте аллеля G в популяции. Критерий достоверности этих изменений (OR=1,312 и p=0,047) свидетельствует о значимости этого факта и роли гена ABCC8 в развитии патологии диабета.

Заключение. У представителей якутской популяции с генотипом AG, GG экзона 31 гена ABCC8 аллель G

формирует вариант субъединицы SUR1. Он повышает открытие КАТФ канала и способствует развитию диабетогенного синдрома по типу ABCC8 (как описано выше), т.е. формы диабета, ассоциированные с геном ABCC8, которые определяют, в основном, переходящие формы диабета, когда секреция инсулина испытывает периоды активности и спада (истощения). Эти исследования помогут понять особенности поздних клинических осложнений, связанных с функцией этого гена при диабете 2 типа в якутской популяции.

Литература

1. **Activating** mutations in the ABCC8 gene in neonatal diabetes mellitus / A.P. Babenko [et al.] // The New England Journal of Medicine / - 2006. - 355: 456-466
2. **A genome-wide** association study of types 2 diabetes in Finns defects multiple susceptibility variants / L.J. Scott [et al.] // Science. - 2007. 26 April.
3. **Large-scale** association studies of variants in genes encoding the pancreatic -cell KATP channel subunits Kir6.2 (KCNJ11) and Sur1(ABCC8) confirm that the KCNJ11 E23K variant is associated with type 2 diabetes / A.L. Gloyn [et al.] // Diabetes. - 2003. - 52:568-572
4. **Genome-wide** prediction of imprinted murine genes / P.P. Luedi [et al.] // Genome research. - 2005, 15(6):875-884.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

О.В. Ефимова, И.Г. Созонов, И.Д. Ушницкий

ПРОБЛЕМА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНОГО ХАРАКТЕРА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

УДК 616.31

Ключевые слова: заболевания пародонта, этиология, патогенез, патологические процессы тканей пародонта.

Заболевания пародонта являются одной из наиболее сложных стоматологических патологий, что связано с не до конца решенными проблемами лечения и профилактики. По данным ВОЗ, в мировом масштабе заболевания пародонта характеризуются ши-

рокой распространенностью среди различных возрастных групп населения [2, 15]. Необходимо отметить, в последние десятилетия наблюдается тенденция повышения уровня их распространенности [13]. Так, около 80% детей школьного возраста страдают гингивитом [12, 15].

По определению специалистов ВОЗ (1994), к заболеваниям пародонта относятся все патологические процессы, возникающие в нем, также они могут ограничиваться какой-либо одной составной частью пародонта (гингивит), поражать несколько или все его структуры [16].

Известно, что детский организм имеет определенные физиологические и функциональные различия органов и систем по сравнению со взрослым. В связи с этим клинические формы заболеваний пародонта по характеру течения и выраженности патологического процесса имеют много различий. Это объясняется тем, что у детей все патологические процессы развиваются в растущих, развивающихся и перестраивающихся тканях, которые в морфологическом и функциональном плане характеризуются как незрелые [6, 12]. Клиническая картина воспалительных процессов краевой десны у детей в

ЕФИМОВА Ольга Владимировна – врач стоматолог терапевтического отделения МУЗ «Городская стоматологическая поликлиника», т. (4112)210171; **СОЗОНОВ Илья Гаврильевич** – врач-стоматолог стоматологической поликлиники МИ ЯГУ, т. (4112)366453; **УШНИЦКИЙ Иннокентий Дмитриевич** – д.м.н., проф, зав. кафедрой терапевтической стоматологии МИ ЯГУ, т. (4112)496961, e-mail: incadima@mail.ru.

некоторой степени зависит от диспропорции роста и созревания незрелых структур, которые по сути определяют компенсаторно-приспособительные реакции организма.

С клинической точки зрения такая ситуация особенно в пубертатном периоде вследствие метаболического и гормонального дисбаланса может способствовать формированию и развитию ювенильных хронических патологий тканей пародонта [19]. Также известно, что наличие общесоматических патологий в организме повышает вероятность тяжелого клинического течения болезней пародонта [14].

Среди заболеваний пародонта особое место в клинике уделяется воспалительным процессам (хронический катаральный гингивит, хронический генерализованный пародонтит). Этим патологиям посвящены многочисленные исследования, где подробно излагается тактика врача-стоматолога по организации лечебно-профилактических мероприятий. Но, несмотря на это, некоторые проблемы их терапии и предупреждения остаются нерешенными.

Развитие воспалительно-деструктивного процесса тканей пародонта имеет прямую корреляционную связь с состоянием гигиены полости рта и количеством зубных отложений. Также определенная взаимосвязь была выявлена между распространенностью, интенсивностью болезней пародонта и заболеваниями желудочно-кишечного тракта [2]. В настоящее время четко установлены закономерности формирования патологических состояний зубочелюстной системы (в т. ч. заболеваний пародонта) у больных сахарным диабетом [17]. К воспалительному процессу десны также могут привести аномалии зубочелюстной системы [10].

Согласно современной концепции ВОЗ (1994), практическую значимость приобретает теория предупреждения гингивита, которая является надежной профилактикой пародонтита [16]. Следовательно, в большинстве случаев гингивиты можно предупредить, поддерживая гигиену полости рта надлежащим образом.

По мере развития клинической стоматологии наблюдались попытки систематизации заболеваний пародонта и выделения в их совокупности агрессивных форм. Например, в XVI в. Джироламо Кардано (1501-1576 гг.) впервые систематизировал агрессивные формы воспалительных заболеваний пародонта. В дальнейшем это стало основой в классификациях Gottlieb B.

(1920), Orban B. и Weinman J.P. (1942) [24, 25].

В 1989 г. на рабочем совещании секции пародонтологии ВОЗ была принята классификация заболеваний пародонта, в которой было сохранено основное разделение воспалительных заболеваний пародонта на гингивит и пародонтит [23].

С целью повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий в зависимости от клинических форм на заседании XVI Пленума Правления Всесоюзного общества стоматологов в 1983 г. была принята известная классификация заболеваний пародонта, которая успешно используется в клинической детской стоматологии.

Клиническая характеристика болезней пародонта детского возраста имеет определенные особенности. Так, во временном прикусе патологии тканей пародонта характеризуются медленным и затяжным течением [12]. Клинические проявления патологий пародонта у детей объясняются тем, что ткани еще не полностью сформированы, преобладают процессы образования костной и других тканей. Следует отметить, что на вредные воздействия организм ребенка реагирует быстро и интенсивно по сравнению со взрослыми. В связи с этим при проведении лечебно-профилактических мероприятий регрессирование патологических процессов тканей пародонта идет более быстро, вследствие значительной сопротивляемости и регенерационной способности детского организма [7].

По данным Э.М. Кузьминой [11], среди населения Российской Федерации эпидемиологическая ситуация заболеваний пародонта характеризуется как неблагоприятная. Так, в результате проведенных исследований по стоматологической заболеваемости населения страны было выявлено, что у 12-15-летних подростков имеется такой симптом, как кровоточивость десен, зубной налет и камень - 82 % случаев, патологические пародонтальные карманы - 4% [18]. Симптомы хронического катарального воспаления десен, как правило, впервые появляются у детей школьного возраста. В.С. Иванов (1989) указывает, что поражаемость патологическими процессами тканей пародонта с возрастом имеет тенденцию к увеличению. Так, в возрастной группе детей от 7 до 17 лет показатель распространенности заболеваний пародонта колеблется в пределах 53-88% [8].

В клинической практике кроме показателей распространенности патологий тканей пародонта важное значение

имеет выраженность воспалительного процесса на различных участках десны. Она определяет степень тяжести заболевания, которая учитывается при проведении комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Так, для гингивита легкой степени характерно поражение преимущественно межзубных сосочков; процесс средней тяжести распространяется и на свободную (краевую) десну. Гингивит тяжелой степени характеризуется воспалением всей десны, включая прикрепленную (альвеолярную) часть [12].

Известно, что пораженные воспалительным процессом ткани пародонта как хронический инфекционный очаг полости рта способствуют развитию сенсibilизации организма и хроническому состоянию, а также отрицательно влияют на функцию пищеварения, понижают сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам окружающей среды [15].

В настоящее время для выявления и диагностики болезней пародонта в практической стоматологии используется широкий спектр клинко-лабораторных, функциональных методов исследования. Рациональное их клиническое использование позволяет определить степень тяжести, распространенность, течение воспалительных процессов, а также выяснить эффективность проведенного лечения и профилактических мероприятий.

Установлено, что в структуре болезней пародонта наиболее часто встречаются воспалительно-деструктивные процессы в тканях пародонта (гингивит и пародонтит), реже изменения обменно-дистрофического характера (пародонтоз), еще реже идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта и опухоли, опухолеподобные образования. Так, у детей школьного возраста наиболее часто встречается катаральный гингивит (90%), при этом незначительную часть составляет гипертрофический гингивит (4,25%), а также редко локальный первично-хронический атрофический гингивит у детей, имеющих зубочелюстные аномалии [20].

Как известно, в формировании и развитии гингивита важную роль играет зубной налет. У детей основной причиной, способствующей отложению мягкого налета на поверхности различных групп зубов, является нерациональная гигиена полости рта и в определенной степени некоторые сопутствующие заболевания (сахарный диабет, врожденные пороки сердца, дизэнцефальный синдром и т. д.) [6]. При наличии обильных зубных отложений происхо-

дит изменение цвета коронковой части зубов, которые со временем могут превратиться в более твердую фазу - зубной камень. Выраженные изменения цвета наблюдаются в пришеечной части коронки зуба со стороны преддверия полости рта в виде отграниченных, темно-коричневых, зеленоватых или розовых пятен. Они могут быть удалены только сильным трением, но после полного формирования органов и систем организма в период полового созревания изменения цвета исчезают сами по себе [7]. Вышеизложенное позволяет утверждать, что в развитии воспалительных процессов на десне играет важную роль гигиеническое состояние полости рта. В связи с тем, что у детей низкий уровень санитарной культуры, первые признаки гингивита выявляются в раннем школьном возрасте. Так, проведенные эпидемиологические исследования в Италии, Англии, Германии, Польше детей от 7 до 17 лет выявили высокий уровень распространенности гингивита, показатели которых колеблются в пределах от 70 до 97 % [9].

В структуре воспалительных заболеваний пародонта преобладают хронические формы генерализованного гингивита. В некоторых случаях он может затруднить проведение коррекции зубочелюстных аномалий у детей, при котором врач нередко вынужден прекратить лечение до нормализации состояния пародонта [1]. В связи с этим тактика врача-стоматолога у пациента, находящегося на ортодонтическом лечении, будет заключаться в проведении комплексного лечения гингивита с устранением причин возникновения.

Известно, что болезни пародонта являются актуальными проблемами клинической стоматологии [2]. Многими исследователями был установлен факт значительной распространенности заболеваний пародонта среди различных возрастных групп населения [11]. По данным ВОЗ (1983), более 80% населения подвержено заболеваниям пародонта [2].

Широкое изучение многогранных проблем болезней пародонта четко установило их негативное влияние на функциональное состояние зубочелюстной системы и на организм в целом. При этом потеря зубов приводит к нарушению функций пережевывания пищи, височно-нижнечелюстного сустава, желудочно-кишечного тракта и метаболических процессов [5].

Оптимизация оказания специализированной стоматологической помощи населению всегда основывается на данных эпидемиологического исследова-

ния. В настоящее время изучение частоты и распространенности болезней пародонта является новым направлением современной клинической стоматологии [2]. Анализ эпидемиологических данных позволяет рационально использовать силы и средства, направленные на снижение уровня распространенности и выраженности патологических процессов тканей пародонта.

В настоящее время установлена корреляционная зависимость между болезнями пародонта и возрастом. Так, первые симптомы хронического воспаления десны выявляются в школьном возрасте [2]. А с возрастом, как правило, выявляются более тяжелые формы болезней пародонта. Это говорит о том, что эпидемиологическая характеристика патологических процессов тканей пародонта имеет определенные особенности. Данные факты указывают, что у детей наиболее часто выявляется воспалительный процесс краевой десны легкой степени, а у взрослых тяжелые формы заболеваний пародонта со значительной деструкцией.

Известно, что на распространенность и выраженность болезней пародонта оказывают некоторое влияние социально-экономические факторы, местные причины, вредные привычки и системные заболевания. Кроме этого на стоматологический статус могут влиять вредные производственные условия и экологическая обстановка окружающей среды.

Следует отметить, что профилактика заболеваний пародонта фактически невозможна без широких эпидемиологических исследований с постоянным их мониторингом. Это дает значительные положительные моменты, которые могут быть успешно использованы в оптимизации оказания пародонтологической специализированной помощи у различных возрастных групп населения.

По данным многих исследователей, среди болезней пародонта наиболее часто выявляются воспалительные процессы. При этом значительная часть гингивитов представлена хроническим катаральным гингивитом очагового или диффузного характера. А у лиц в возрасте 35-44 года и старше выявляются клинические формы пародонтита разной степени тяжести [18]. В связи с этим важно подчеркнуть, что в клинической стоматологической практике наибольшее значение имеют болезни пародонта воспалительно-деструктивного характера, которые сре-

ди всех поражений пародонта занимают около 90%.

По данным Кузьминой Э.М. [13], эпидемиологическое состояние болезней пародонта в нашей стране оценивается как неудовлетворительное у большинства населения, независимо от возраста и места проживания. При этом по частоте патологические процессы на тканях пародонта занимают второе место после кариеса у людей до 30 лет и первое - у лиц после 30 лет. Распространенность заболеваний пародонта у детей школьного возраста колеблется в пределах 65-88%. В последнее время была выявлена негативная тенденция роста показателей распространенности заболеваний пародонта среди различных групп населения. Также фактически установлены группы факторов риска, которые в комплексе с другими факторами могут привести к формированию и развитию патологических процессов тканей пародонта, они естественно оказывают влияние на показатели частоты заболеваний. К данной группе относятся зубные отложения, плохая гигиена полости рта, некачественно изготовленные ортопедические и ортодонтические конструкции, зубочелюстные деформации, недостаток фтора в питьевой воде, диета, особенности питьевого режима, ротового дыхания, лекарственные препараты, перенесенные и сопутствующие общесоматические патологии органов и систем организма [21].

Кроме того, в эпидемиологической картине общей заболеваемости определенную роль может играть неблагоприятная экологическая ситуация среды обитания населения того или иного региона. Так, С.В. Филиппов [21] в неблагоприятном с экологической точки зрения Нюрбинском улусе (районе) Республики Саха (Якутия) выявил высокий уровень распространенности заболеваний пародонта среди различных групп населения. При этом 98% взрослого населения данного улуса нуждались в комплексной пародонтологической помощи, а 90% детей дошкольного и школьного возраста - в гигиеническом обучении и воспитании. Данные факты позволяют утверждать, что формирование и развитие болезней пародонта напрямую зависит от комплекса местных и общих факторов.

По частоте и распространенности среди всех стоматологических патологий заболевания пародонта занимают второе место. По данным ВОЗ, во многих странах мира среди разных возрастных групп населения показатели

распространенности патологических процессов тканей пародонта находят-ся на высоком уровне [4].

В последнее время в результате проведенных многочисленных исследований выделяется «отдельная» форма патологических процессов тканей пародонта, которая обозначается термином «агрессивные формы пародонтита». Впервые термин «быстро-прогрессирующий пародонтит» в клинической стоматологии ввел Grawford A. в 1975 г. [3]. С клинической точки зрения он характеризуется высокоактивным очаговым и генерализованным поражением тканей пародонта с рентгенологическими признаками активной деструкции костной ткани [26]. По мнению ряда авторов, проводивших эпидемиологические исследования, были выявлены атипичные, или агрессивные формы пародонтита, составляющие в общей структуре заболеваний пародонта не более 5-10% [27].

Многочисленными исследованиями установлено, что патологические процессы органов и систем организма значительно повышают вероятность возникновения воспалительных процессов тканей пародонта [22]. Данный факт диктует необходимость проведения активного поиска эффективных методов лечения и профилактики при наличии сопутствующих общесоматических заболеваний [28].

Эффективность лечения и его результаты в значительной мере зависят от уровня организации лечебно-профилактических мероприятий [4]. Оптимизация специализированной пародонтологической помощи населению включает 5 основных принципов – комплексность, индивидуальность, последовательность, систематичность, взвешенность и сбалансированность проводимого лечения. Комплексность предусматривает использование в каждом конкретном случае целого комплекса терапевтических методов, которые будут способствовать максимальному восстановлению функций тканей пародонта. Принцип индивидуальности предусматривает более детальный анализ формы и тяжести патологического процесса, характера сопутствующей патологии, состояния органов и тканей полости рта. Последовательность характеризует поэтапность использования лечебных методов и средств воздействия. Систематичность подразумевает проведение повторных курсов лечения с целью профилактики периодических осложнений и обострений. И немаловажным принципом является взвешенность и

сбалансированность проводимого лечения. Данный принцип позволяет выбрать максимально эффективный для конкретного случая комплекс методов лечения.

Лечение болезней пародонта всегда предусматривает комплексный подход с обязательным максимально индивидуализированным подходом к каждому больному с учетом общего состояния организма [2]. Основной целью комплексного лечения воспалительного заболевания пародонта являются ликвидация воспалительных либо гиперпластических процессов в тканях десны, устранение пародонтальных карманов, остановление разрушения кости и связочного аппарата пародонта, что соответственно приводит к устранению хронического источника скопления микроорганизмов, а также предупреждению развития возможных осложнений.

Как правило, начальный этап лечения включает удаление зубного налета и камня, санацию полости рта, местную и общую терапию, направленную на купирование воспалительного процесса, стимуляцию иммунологической реактивности организма и нормализацию метаболических процессов, функции тканей пародонта. В связи с тем, что в пародонтальном кармане выявляется значительное количество спирохет, подвижных форм кокков, особенно анаэробных организмов, в практической стоматологии успешно используются различные антибактериальные препараты. Эффективность комплексного лечения болезней пародонта в значительной мере определяется воздействием антибактериальных фармакологических средств на перечисленные микроорганизмы.

После устранения различной степени выраженности воспалительного процесса тканей пародонта в некоторых клинических случаях по показаниям проводится шинирование подвижных зубов и избирательное пришлифовывание зубов. А при наличии показаний проводятся хирургические методы лечения, которые включают хирургические методы лечения пародонтальных карманов, лоскутные операции, формирование преддверия полости рта и коррекцию уздечек. А дальше предусматривается проведение поддерживающей терапии и реабилитационных мероприятий.

С целью повышения эффективности комплекса проводимых лечебно-профилактических мероприятий можно успешно использовать различные методы физиотерапии. Данные мето-

ды способствуют повышению обменных процессов, которые стимулируют физиологические функциональные системы через нервно-рефлекторную и гуморальную природу [9].

Комплекс мероприятий, направленных на предупреждение болезней пародонта, состоит из ряда немаловажных пунктов. Так, огромное значение в профилактике болезней пародонта имеет гигиеническое обучение и воспитание различных возрастных групп населения. Кроме того, необходимо реализовать программу рационального питания в регионе, а также активизировать санитарно-просветительную работу, которые играют важную роль в профилактике патологических процессов тканей пародонта [11].

Таким образом, высокий уровень распространенности болезней пародонта у населения диктует необходимость оптимизации специализированной стоматологической помощи и повышения уровня санитарной культуры жителей, которые будут оказывать позитивное действие в укреплении и сохранении их здоровья. Основой этих мероприятий являются комплексный подход к организации лечебно-профилактических мероприятий с использованием инновационных технологий, рациональное диспансерное наблюдение и укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля.

Литература

1. **Арсенина О.И.** Особенности профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у лиц, пользующихся несъемной ортодонтической техникой / О.И. Арсенина, М.В. Кабачек // Тез. докл. научно-практ. конф. - М.: ЦНИИС, 2002. - С. 250-251.
2. **Безрукова А.П.** Пародонтология / А.П. Безрукова. - М.: ЗАО "Стоматологический научный центр, 1999. - 332 с.
3. **Безрукова И.В.** Агрессивные формы пародонтита / И.В. Безрукова, А.И. Грудянов. - М., «Медицинское информационное агентство».- 2002.- 126 с.
4. **Болезни пародонта** / А.С. Григорьян [и др.]. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 320 с.
5. **Борисенко А.В.** Интенсивность биосинтеза белка в пародонте / А.В. Борисенко, А.Г. Минченко // Стоматология.- 1993, №3.- С. 18-20.
6. **Виноградова Т.Ф.** Стоматология детского возраста.- М.: Медицина, 1987.- 528 с.
7. **Заболевания полости рта.**- Изд-во академии наук Венгрии / Л. Шугар [и др.]. - Будапешт, 1980.- 383 с.
8. **Иванов В.С.** Заболевания пародонта.- М.: Медицина, 1989.- 272 с.
9. **Иванов В.С.** Заболевания пародонта.- М.: Медицинское информационное агентство, 2001.- 300 с.

10. **Кешикова И.А.** Предклиническая диагностика, прогнозирование и профилактика аномалий формы зубной дуги верхней челюсти у детей 3-6 лет: автореф. канд. мед. наук.- Новосибирск, 2007.- 22 с.
11. **Кузьмина Э.М.** Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина.- М., 2001.- 214 с.
12. **Курякина Н.В.** Терапевтическая стоматология детского возраста / Н.В. Курякина.- М., Медицинская книга, 2001.- 744 с.
13. **Профилактика** стоматологических заболеваний: учебное пособие / Э.М. Кузьмина [и др.]. - М. 1997. -136 с.
14. **Рациональная** фармакотерапия в стоматологии / Г.М. Барер [и др.]- М.: Литера, 2006.- 562 с.
15. **Руководство** к практическим занятиям по терапевтической стоматологии (заболевания пародонта): учебное пособие / Н.Ф. Данилевский [и др.]. - К.: Выща школа, 1990. - 168 с.
16. **Современные** достижения в стоматологии. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Серия

технических докладов ВОЗ. №826.- Женева, 1994.- 52 с.

17. **Спасова О.О.** Закономерности формирования патологических состояний зубочелюстной системы у больных сахарным диабетом 2 типа: автореф. канд. мед. наук / О.О. Спасова.- Иркутск, 2008.- 18 с.
18. **Стоматологическая** заболеваемость населения России и принципы планирования программ профилактики / Э.М. Кузьмина [и др.] // Стоматология, 1996.- С. 11.
19. **Ткачук О.Е.** Стоматология детского возраста / О.Е. Ткачук. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006.- 301 с.
20. **Ушницкий И.Д.** Стоматологическое здоровье населения Республики Саха (Якутия) / И.Д. Ушницкий, В.П. Зеновский.- Архангельск, 2001.- 162 с.
21. **Филиппов С.В.** Стоматологическое обследование населения / С.В. Филиппов // Средства обитания и здоровье человека на Севере.- Новосибирск: Наука, 2005.- С. 144-154.

22. **Barrett A.P.** Gingival lesions in leukemia: A classification / A.P. Barrett. - J. Periodontol. - 1984. - Vol. 55, № 10. - P. 585-588.
23. **Caton J.** Periodontal diagnosis and diagnostic aids // proceedings of the workshop in clinical periodontics / J. Caton. - Chicago, 1989.
24. **Gottlieb B.** Zur Aetiologie und Therapie der Alveolarpyorrhoe / B. Gottlieb// Z. Stomatol.- 1920.- N 18.- P. 59-62.
25. **Orban B.** A diffuse atrophy of the alveolar bone (periodontosis) / B. Orban, J.P. Weinman//J. Periodontol. - 1942. - Vol. 13. - P. 88.
26. **Ranney R.** Immunological mechanisms of pathogenesis in periodontal disease / R. Ranney // J. Periodontol. - 1991, Vol. 67. - P. 317- 322.
27. **Renvert S.** Effect of root debridement on the elimination of A. actinomycetemcomitans and Bacteroides gingivalis from periodontal pockets / S. Renvert, G. Dahlen // J. Clin. Periodontol.- 1990. - Vol. 17, № 3. - P. 345-350.
28. **Watson W.H., Tansey P.** The myelodysplastic syndrome presenting with oral symptoms / W.H. Watson, P. Tansey. - Brit. Dent. J., 1987, Vol. 163, № 7.- P. 234-235.

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ ГОДА

АКЦИЯ «СОХРАНИ СВОЕ ЗДОРОВЬЕ» В ОЛЕКМИНСКОМ РАЙОНЕ

По данным Госкомстата Республики Саха (Якутия), болезни системы кровообращения (БСК) в Якутии в структуре всех причин смерти населения занимают лидирующее положение (45,8%), отмечается рост заболеваемости и смертности от инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта с явной тенденцией «омоложения» данной патологии. Только за последнее пятилетие (2002-2007 г.г.) смертность от острого инфаркта миокарда увеличилась в 1,4 раза, от цереброваскулярных болезней – в 1,1, особенно среди мужского населения республики. Увеличивается количество больных с онкопатологиями. Увеличивается с каждым годом смертность среди мужчин, связанных с внешними причинами, алкоголизмом, травмами.

Значительное увеличение распространенности заболеваемости и смертности от инфаркта миокарда и инсульта, сахарного диабета, особенно мужчин трудоспособного возраста с явной тенденцией «омоложения», определяет социальную значимость и огромную актуальность изучения различных аспектов данной проблемы и проведение профилактических мероприятий.

В связи с данным фактом ученые ЯНЦ СО РАМН и врачи-уроженцы Олекминского района, проживающие в г. Якутске, с 16 по 25 июля 2008 г выезжали в Олекминский район в труднодоступные населенные пункты для проведения акции «Сохрани свое

здоровье» – в села Токко – Тяня – Бэс-Кюель – Куду-Кюель.

Первым этапом, с 20 апреля до 20 мая 2008 г., в Олекминском районе проведен конкурс плакатов среди школьников совместно с Саха государственной педагогической академией, Детским центром г. Олекминска и МОУ Токкинской средней общеобразовательной школой-интернатом. Целью явилось формирование у молодых людей чувства заботы о своем здоровье, привлечение внимания к актуальным проблемам укрепления и сохранения здоровья, ориентация учащихся на здоровый образ жизни. После проведения конкурса лучшие работы использованы для разработки плакатов для пропаганды ЗОЖ и распространения среди школ республики, организована выставка в выставочном зале магазина

«Детский мир», всем участникам были выданы сертификаты участника акции «Сохраним свое здоровье».

Вторым этапом бесплатно осмотрено 458 чел. взрослого населения. При выявлении тяжелых заболеваний даны рекомендации для обследования и лечения, при выявлении факторов риска сердечно-сосудистых катастроф про-



Акция «Сохрани свое здоровье» в с. Тяня. Встреча с главой наслега