

УДК 616.314-008.6:613.84

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ КУРЕНИЯ И ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ РТА И ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ В ВОСТОЧНОМ КАЗАХСТАНЕ**

**М. А. Сухоруков, Ж. Д. Брыжахина**

**Государственный медицинский университет города Семей**

**Введение.** Табачная зависимость оказывает негативное влияние на все органы и системы человеческого организма, в том числе на частоту стоматологических заболеваний. Однако имеются разноречивые данные о воздействии употребления табака на развитие стоматологической патологии.

**Цель исследования.** Оценить влияние табачной зависимости на развитие патологии полости рта у жителей Восточно-Казахстанской области.

**Методы.** Проанализированы материалы первичной и повторной регистрации больных с патологией полости рта и зубочелюстной системы, проходящих диагностические и лечебные мероприятия. Проведено клиническое обследование и опрос пациентов с использованием методик выявления табачной зависимости. В исследование включены 237 пациентов в возрасте от 20 до 75 лет. Проведен расчет относительного риска между группами курящих и некурящих пациентов (Risk ratio). Граничным критерием для опровержения нулевой гипотезы принимали  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В результате исследования выявлена большая общая частота заболеваний слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы у обследованных с табачной зависимостью. Средняя частота исследованных патологий составила 1,86 на 1 курящего пациента и 1,25 – на некурящего ( $RR=1,49$ ,  $p=0,03$ ). При употреблении жевательного или нюхательного табака соответствующие показатели составили 2,69 в сравнении с 1,25 в подгруппе пациентов стоматологических клиник без табачной зависимости ( $RR=2,15$ ,  $p=0,01$ ).

**Выводы.** У лиц с табачной зависимостью отмечается превышение частоты таких клинически значимых патологий, как осложненные формы кариеса, болезни пульпы и периапикальных тканей, пародонтоз, предопухолевые заболевания слизистой оболочки рта. Важными факторами, определяющими риск развития поражений слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы у лиц с табачной зависимостью, являются продолжительность и интенсивность курения.

**Ключевые слова:** табачная зависимость; курение; жевание табака; патология полости рта и зубочелюстной системы.

## **INTERACTION OF SMOKING AND ORAL PATHOLOGY AND TEETH-JAW SYSTEM DISEASES IN EAST KAZAKHSTAN AREA**

**M. A. Sukhorukov, Zh. D. Bryzhakhina**

**Semey State Medical University, Semey City, Kazakhstan**

**Introduction.** Tobacco dependence has negative impact on all organs and systems of a human body, including on the frequency of stomatologic diseases. However there are contradictory data on impact of the use of tobacco on development of stomatologic pathology.

**Research objective.** To estimate influence of tobacco dependence on development of oral cavity pathology in population of the East Kazakhstan region.

**Methods.** Materials of primary and repeated registration of patients with oral cavity pathology and the dental-maxillary system passing diagnostic and medical actions are analysed. Clinical examination

and poll of patients with use of techniques of detection of tobacco dependence is conducted. Research included 237 patients aged from 20 till 75 years. Calculation of relative risk between groups of smokers and non-smoking patients (Risk ratio) is carried out. Boundary criterion for a denial of a zero hypothesis accepted  $p < 0,05$ .

**Results.** As a result of research the big general frequency of diseases of a mucous membrane of an oral cavity and dental-maxillary system at surveyed with tobacco dependence is revealed. Average frequency of the studied pathologies made 1,86 on 1 smoker of the patient and 1,25 – on non-smoking (RR=1,49,  $p=0,03$ ). At the use of chewing or snuff tobacco the corresponding indicators made 2,69 in comparison with 1,25 in subgroup of patients of dental clinics without tobacco dependence (RR=2,15,  $p=0,01$ ).

**Conclusions.** At persons with tobacco dependence excess of frequency of such clinically significant pathologies as the complicated forms of caries, diseases of a pulp and the periapikalnykh of fabrics, periodontosis, pretumoral diseases of a mucous membrane of a mouth is noted. The important factors defining risk of development of damages of a mucous membrane of an oral cavity and dental-maxillary system at persons with tobacco dependence are duration and intensity of smoking.

**Keywords:** tobacco dependence; smoking; tobacco chewing; pathology of an oral cavity and dental-maxillary system.

## **ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ЖӘНЕ ТІС – ЖАҚ ЖҮЙЕСІ ПАТОЛОГИЯСЫ МЕН ШЫЛЫМ ШЕГУДІҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫ**

**М. А. Сухоруков, Ж. Д. Брыжахина**

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті, Семей қ, Қазақстан

**Кіріспе.** Темекіге тәуелділік адам ағзасының барлық органдарына және жүйелеріне жағымсыз әсер етеді, соның ішінде стоматологиялық аурулардың жиілігіне. Бірақ стоматологиялық патологияның дамуына шылымды қолданудың әсері туралы кереғар мәліметтер бар.

**Зерттеу мақсаты.** Шығыс Қазақстан облысы тұрғындарындағы ауыз қуысы патологиясының дамуына темекіге тәуелділіктің әсерін бағалау.

**Әдістері.** Диагностикалық және емдеу іс-шараларынан өтушілердің ауыз қуысы және тіс жақ жүйелерінің патологиясымен науқастарды алғашқы және қайта тіркеу материалдары талданды. Темекіге тәуелділікті анықтау әдістемесін қолданумен науқастарды клиникалық тексеру мен сұрастыру өткізілді. Зерттеуге 20 жастан 75 жасқа дейінгі 237 науқас енгізілді. Шылым шегетін және шылым шекпейтін науқастар (Riskratio) топтары арасында салыстырмалы қауіпке есеп өткізілді. нольдік гипотезаны жоққа шығару үшін шектік критерилер  $p < 0,05$  қабылдады.

**Нәтижелері.** Зерттеу нәтижесінде темекіге тәуелділікпен тексерілгендер ауыз қуысы және тіс жақ жүйесінің шырыштары ауруларының үлкен жалпы жиілігі анықталды. Патологиямен зерттелгендердің орташа жиілігі 1 темекі шегушіге 1,86 құрады және темекі шекпеушіге 1,25 (RR=1,49,  $p=0,03$ ). Шайнайтын немесе искейтін темекіні қолданған кезде тиісті көрсеткіштер 2,69 салыстырғанда темекіге тәуелділіксіз стоматологиялық клиникалар науқастары кіші топтарында 1,25 құрады (RR=2,15,  $p=0,01$ ).

**Қорытындылары.** Темекіге тәуелді тұлғаларда кариес, пульпаның және периапикалды тіндердің, пародонтоз, ауыз шырышты қабатының ісікалды ауруларының созылмалы формалары сияқты клиникалық маңызды патологиялардың жиілігінің артуы белгілі болды. Темекіге тәуелді тұлғалардағы ауыз қуысы және тіс – жақ жүйелері шырыштарының зақымдануының даму қаупін анықтайтын маңызды факторлардың бірі темекі шегудің ұзақтығы мен белсенділігі болып табылады.

**Негізгі сөздер:** темекіге тәуелділік; шылым шегу; шылымды шайнау; ауыз қуысы және тіс - жақ жүйелерінің патологиясы.

**Библиографическая ссылка:**

Сухоруков М. А., Брыжахина Ж. Д. Взаимосвязь курения и патологии полости рта и зубо-челюстной системы в Восточном Казахстане // Наука и Здравоохранение. 2015. №3. С. 80-88.

Sukhorukov M. A., Bryzhakhina Zh. D. Interaction of smoking and oral pathology and teeth-jaw system diseases in East Kazakhstan area. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 3, pp. 80-88.

Сухоруков М. А., Брыжахина Ж. Д. Шығыс Қазақстандағы ауыз қуысының және тіс – жақ жүйесі патологиясы мен шылым шегудің өзара байланысы // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. №3. Б. 80-88.

Табакокурение относится к числу важнейших медико-социальных проблем современного общества, представляя серьезную опасность для здоровья населения за счет развития целого ряда хронических неинфекционных заболеваний, которые становятся причиной преждевременной смерти [3,14]. Одним из наиболее распространенных последствий табачной зависимости является поражение полости рта [11].

Несмотря на многочисленные и многоплановые подходы к изучению проблемы курения табака в ее клиническом, патогенетическом и терапевтическом аспектах, она далека от разрешения [4]. Клиническая классификация включает более десяти нозологических форм патологий полости рта и зубочелюстной системы, непосредственно вызываемых курением [7]; еще больше значимость злокачественных новообразований полости рта, для которых курение или жевание табака является одним из ведущих факторов риска [15]. Существует множество механизмов, посредством которых табачная зависимость оказывает негативное влияние на состояние слизистой полости рта и зубов. Это как непосредственное воздействие токсических факторов табачного дыма, так и участие системных факторов, которые в наибольшей степени проявляется в плане инфекционной патологии [5]. Поэтому нет ни одного заболевания данной локализации, на которое не могло бы, исходя из патофизиологических механизмов, оказывать влияние курение [9].

В настоящее время неизвестны эпидемиологические показатели распространенности табачной зависимости у лиц с патологией зубочелюстной системы и полости рта в нашем регионе. Также не изучен вклад употребления табака в различных его формах и риск развития заболеваний данной анатомической области.

Коррекция аддиктивного поведения является единственным существенным подходом к борьбе с курением [2].

Существенную роль в данном плане играет наличие осведомленности зависимых лиц о вреде зависимости в целом и ее отдельных аспектах в частности [3,4]. Несмотря на использование сведений о негативном влиянии табачной зависимости на состояние полости рта, данные аспекты остаются наименее активными при борьбе с курением, а другие формы употребления табака вовсе выпадают из контролируемой области.

**Цель исследования:**

Оценить влияние табачной зависимости на развитие патологии полости рта у жителей Восточно-Казахстанской области.

**Задачи исследования:**

1. Определить относительную частоту наиболее распространенных заболеваний полости рта и зубо-челюстной системы у лиц с табачной зависимостью (курение, употребление жевательного/нюхательного табака) и лиц без табачной зависимости.
2. Определить влияние продолжительности и интенсивности курения на относительный риск развития заболеваний полости рта и зубо-челюстной системы.

**Материалы и методы исследования**

Проанализированы материалы первичной и повторной регистрации больных с патологией полости рта и зубочелюстной системы, проходящих диагностические и лечебные мероприятия на клинической базе исследования. Проведено целенаправленное клиническое обследование полости рта с учетом заболеваний, этиологически связанных с табакокурением и другими видами табачной зависимости.

Осуществлен опрос пациентов в устной форме и с использованием специально разработанной анкеты.

**Критерии включения в исследование:**

- первичное (с момента начала исследования) поступление для обследования полости рта или лечения ранее выявленной патологии на клинической базе;
- получение у пациента информированного согласия на включение в исследование, проведение обследований и опроса и

анонимное использование полученных данных для достижения цели научной работы;

- осуществление адекватного клинического обследования и проведение в полном объеме устной беседы с исследователем и анкетирования.

*Критерии исключения:*

- первичное поступление в стоматологическую клинику с основным заболеванием, требующим стационарного лечения в условиях клиники другого профиля, в том числе челюстно-лицевой хирургии;

- наличие расхождения анкетных данных (непризнание курения) и типичных признаков табачной зависимости (патология полости рта, запах табака);

- невозможность получения информированного согласия пациента до момента первичного обследования;

- отказ пациента от участия в исследовании на любом этапе до завершения анализа полученной информации.

Всего в исследование включены 237 пациентов (взрослые лица обоего пола, в возрасте от 20 до 75 лет), прошедших первичное обследование полости рта и зубочелюстной системы и лечение выявленных заболеваний.

При анализе возрастно-половой характеристики обследованных основной группы, т.е. лиц, обратившихся в стоматологические клиники, было выявлено, что общее число пациентов женского и мужского пола было примерно одинаковым. В обеих гендерных группах наблюдалось преобладание возрастных градаций 31-40, 41-50 и 51-60 лет. Наибольшая часть пациентов приходилась на градацию 41-50 лет (22,8%). Средний возраст по всей группе обследованных составил  $44,7 \pm 3,5$  года, мужчин –  $46,0 \pm 3,1$  года, женщин –  $42,8 \pm 2,9$  года.

В ряде случаев проводилось повторное обследование и лечение, проанализированы результаты первичного лечения, сроки необходимости и объем повторных вмешательств в зависимости от наличия употребления табака.

Численные данные были представлены в виде абсолютных и относительных (процентных) величин. Сравнение последних осуществлено с помощью расчета относительного риска между группами курящих и некурящих пациентов (Risk ratio) [1]. Граничным критерием для опровержения нулевой гипотезы принимали  $p < 0,05$ .

## Результаты исследования

У лиц, включенных в клиническую группу, в подавляющем большинстве случаев первичный визит к врачу-стоматологу был связан с наличием заболевания зубочелюстной системы (105 человек, 92,5%), главным образом в стадии обострения, а также с тяжелым течением и обострениями других заболеваний с локализацией в полости рта, и лишь в небольшом числе случаев это были визиты, предполагающие лечебно-профилактическое направление.

Поэтому в качестве основной причины посещения врача и ведущей нозологии преобладали различные формы кариеса зубов (K02.1, K02.2, K02.8 и K02.9 согласно МКБ-10), болезни пульпы и периапикальных тканей (K04.0, K04.4, K04.6, K04.7), гингивиты и пародонтиты (K05.0, K05.1, K05.2, K05.3, K05.4), стоматиты (K12.0, K12.1), хейлит (K13.0) и лейкоплакии (K13.2), причем последние выявлялись в качестве сопутствующих состояний и не были причиной обращения к врачу.

В структуре патологии полости рта и зубочелюстной системы преобладал кариес зубов, наблюдавшийся в 56,6 % случаев. Болезни пульпы и периапикальных тканей имели место в 54 случаях (22,8 %), гингивиты – в 8 случаях (3,3 %), различные формы пародонтитов были выявлены в 41 случае (17,3 %), число пациентов со стоматитами составило 24 (10,1 %), хейлиты наблюдались у 8 больных – 3,4 % и лейкоплакии слизистой оболочки полости рта – у 29 человек (12,2 %).

В общей сложности у 237 пациентов было выявлено 345 случаев нозологических форм патологии полости рта и зубочелюстной системы, т.е. около 1,5 на каждого обследованного.

Распределение данных нозологий в зависимости от курения представлено в таблице 1.

В обеих подгруппах ведущей нозологией являлся кариес зубов, несколько чаще выявлявшийся у курящих больных (63,0% против 56,7% в группе не курящих,  $p = 0,11$ ). Однако обращает на себя внимание большая распространенность тяжелых кариозных поражений у курящих (K02.2 – 22,9% и 13,3% соответственно,  $RR = 1,71$ ,  $p < 0,03$ ). Частота болезней пульпы и периапикальных тканей, главным образом пульпитов, была существенно выше в группе курящих лиц ( $RR = 1,43$ ,  $p = 0,04$ ).

Таблица 1.

**Зависимость патологии полости рта и зубочелюстной системы в клинической группе от курения.**

Нозология	Коды МКБ-10	Курящие (n=105)		Без табачной зависимости (n=120)	
		абс.число	%	абс.число	%
Кариес зубов	K02.0	13	12,4	18	15,0
	K02.1	26	24,8	29	24,2
	K02.2	24	22,9	16	13,3
	K02.8	1	1,0	2	1,7
	K02.9	2	1,9	3	2,5
	Всего	<b>66</b>	<b>63,0</b>	<b>68</b>	<b>56,7</b>
Болезни пульпы и периапикальных тканей	K04.0	20	19,0	18	15,0
	K04.4	6	5,7	3	2,5
	K04.6	2	1,9	2	1,7
	K04.7	2	1,9	1	0,8
	Всего	<b>30</b>	<b>28,5</b>	<b>24</b>	<b>20,0</b>
Гингивиты	K05.0	3	2,9	3	2,5
	K05.1	2	1,9	0	0,0
	Всего	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>3</b>	<b>2,5</b>
Пародонтиты	K05.2	6	5,7	7	5,8
	K05.3	16	15,2	12	10,0
	Всего	<b>22</b>	<b>20,9</b>	<b>19</b>	<b>15,8</b>
Пародонтоз	K05.4	<b>31</b>	<b>29,5</b>	<b>16</b>	<b>13,3</b>
Стоматиты	K12.0	8	7,6	7	5,8
	K12.1	6	5,7	3	2,5
	Всего	<b>14</b>	<b>13,3</b>	<b>10</b>	<b>8,3</b>
Хейлит	K13.0	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>3</b>	<b>2,5</b>
Лейкоплакии	K13.2	<b>22</b>	<b>21,0</b>	<b>7</b>	<b>5,8</b>
<b>Итого</b>		<b>195</b>	<b>185,7</b>	<b>150</b>	<b>125,0</b>

Гингивиты встречались в небольшом числе случаев, в связи с чем, численный анализ не дал существенных различий между подгруппами данной клинической группы. Также не было существенных различий по частоте пародонтитов, хотя относительное число пациентов с данными нозологиями было большим в группе курящих лиц.

Значимые различия были выявлены в отношении частоты пародонтоза (RR=2,21, p=0,01). Также значимыми оказались различия по частоте стоматитов (RR=1,60, p=0,04).

Частота лейкоплакии у курящих пациентов превышала показатель в группе некурящих весьма значительно (RR=3,59, p=0,001).

Средняя частота исследованных патологий составила 1,86 на 1 курящего пациента и 1,25 – на некурящего (RR=1,49, p=0,03).

Таким образом, в группе курящих лиц была выявлена большая частота и тяжесть поражений полости рта и зубочелюстной

системы по сравнению с некурящими. Основными особенностями являются повышение распространенности глубокого кариеса, осложненного кариеса зубов и предопухолевых изменений со стороны слизистой оболочки полости рта.

В таблице 2 представлены данные об исследованных патологиях у лиц, употребляющих табак способами, альтернативными курению.

Отмечалось превышение частоты наличия патологии полости рта по всем нозологиям среди лиц основной группы. Так, по общей частоте кариеса превышение составило RR=1,43, p=0,05; болезней пульпы и периапикальных тканей – RR=1,88, p=0,02; гингивитов – RR=7,52, p=0,01.

Также статистическая значимость различий была выявлена по частоте пародонтоза (RR=3,00, p=0,03) и лейкоплакии (RR=7,55, p=0,01).

Таблица 2.

**Патология полости рта и зубочелюстной системы у лиц, употребляющих жевательный/нюхательный табак.**

Нозология	Коды МКБ-10	Употребление табака (n=16)		Без табачной зависимости (n=120)	
		абс.число	%	абс.число	%
Кариес зубов	K02.0	2	12,5	18	15,0
	K02.1	7	43,8	29	24,2
	K02.2	4	25,0	16	13,3
	K02.8	0	0,0	2	1,7
	K02.9	0	0,0	3	2,5
	<b>Всего</b>	<b>13</b>	<b>81,3</b>	<b>68</b>	<b>56,7</b>
Болезни пульпы и периапикальных тканей	K04.0	3	18,8	18	15,0
	K04.4	2	12,5	3	2,5
	K04.6	1	6,3	2	1,7
	K04.7	0	0,0	1	0,8
	<b>Всего</b>	<b>6</b>	<b>37,6</b>	<b>24</b>	<b>20,0</b>
Гингивиты	K05.0	2	12,5	3	2,5
	K05.1	1	6,3	0	0,0
	<b>Всего</b>	<b>3</b>	<b>18,8</b>	<b>3</b>	<b>2,5</b>
Пародонтиты	K05.2	1	6,3	7	5,8
	K05.3	3	18,8	12	10,0
	<b>Всего</b>	<b>4</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>15,8</b>
Пародонтоз	K05.4	<b>5</b>	<b>31,3</b>	<b>16</b>	<b>13,3</b>
Стоматиты	K12.0	2	12,5	7	5,8
	K12.1	2	12,5	3	2,5
	<b>Всего</b>	<b>4</b>	<b>25,0</b>	<b>10</b>	<b>8,3</b>
Хейлит	K13.0	<b>1</b>	<b>6,3</b>	<b>3</b>	<b>2,5</b>
Лейкоплакии	K13.2	<b>7</b>	<b>43,8</b>	<b>7</b>	<b>5,8</b>
<b>Итого</b>		<b>45</b>	<b>268,8</b>	<b>150</b>	<b>125,0</b>

Общая частота стоматологической патологии в общей группе обследованных с употреблением жевательного табака на одного человека составила 2,69 в сравнении с 1,25 в подгруппе пациентов стоматологических клиник без табачной зависимости (RR=2,15, p=0,01).

Анализ влияния продолжительности и интенсивности курения на состояние полости рта и зубо-челюстной системы был предпринят посредством объединения данных основной группы и группы сравнения для улучшения условий статистико-математического исследования. Общность направленности характеристик сравнительных показателей распространенности стоматологической патологии в обеих исследованных группах, как мы полагаем, является основанием для возможности данного подхода.

Следует отметить, что частота кариеса зубов, хотя и имела превышение у лиц с

наличием табачной зависимости, не определяла существенной взаимосвязи с продолжительностью курения, несмотря на то, что наиболее высокие показатели были выявлены в подгруппах со стажем курения более 5 лет. Однако обращает на себя внимание наличие превышения частоты кариеса дентина и цемента в группах с длительным стажем курения и начального кариеса при небольших сроках табачной зависимости.

Отмечалась тенденция к увеличению частоты болезней пульпы и периапикальных тканей по мере повышения стажа курения – от минимального по всем группам значения при стаже курения до 1 года до максимального уровня (22,9%) при употреблении табака более 10 лет (RR=2,41 с группой сравнения, p=0,01).

Частота гингивитов также прогрессивно увеличивалась с повышением стажа курения, и различия с группой сравнения достигали

RR=3,40 в подгруппе 5-10 лет и RR=7,20 – более 10 лет ( $p=0,03$ ,  $p=0,01$  соответственно).

Распространенность пародонтитов была наиболее высокой у лиц, куривших в течение 5-10 лет, на втором месте – группа 1-5 лет. Несколько меньший показатель – 11,4%, был определен при продолжительности курения более 10 лет, хотя и он превышал уровень группы сравнения.

Напротив, распространенность стоматитов оказалась наиболее высокой в подгруппе с наиболее продолжительным стажем курения (RR=2,60,  $p=0,01$ ). У курильщиков с продолжительным сроком табачной зависимости также отмечалось превышение частоты хейлитов.

В нашем исследовании была выявлена высокая частота лейкоплакий уже у лиц с небольшим стажем курения, с динамикой к росту по мере увеличения продолжительности зависимости. Так, различия с группой сравнения в подгруппе с продолжительностью курения до 1 года составили RR=2,80, 1-5 лет – RR=2,94, 5-10 лет – RR=3,38 и более 10 лет – RR=4,16 ( $p=0,03$ ,  $p=0,02$ ,  $p=0,01$ ,  $p=0,005$  соответственно).

Имелась четкая зависимость общей частоты поражений полости рта и челюстно-лицевой системы от продолжительности табакокурения. Различия по данному параметру с некурящими лицами составили RR=1,37, RR=1,51, RR=1,77, RR=2,04 соответственно ( $p=0,04$ ,  $p=0,03$ ,  $p=0,03$ ,  $p=0,02$ ).

Прослеживалась четкая зависимость частоты всех выявленных стоматологических заболеваний от интенсивности курения. Так, в подгруппе с употреблением менее 10 сигарет в день отмечалась меньшая частота кариеса зубов, чем у лиц без табачной зависимости.

Во второй градации различия были статистически незначимые. Напротив, при интенсивном курении было зарегистрировано статистически значимое превышение частоты кариеса (RR=2,02 в подгруппе 20-30 и RR=2,42 – более 30 сигарет в день,  $p=0,01$  в обоих случаях).

Превышение риска болезней пульпы и периапикальных тканей было выявлено начиная с группы 10-20 сигарет в день где оно составило RR=1,46,  $p=0,04$ . В следующей градации курения различия достигали RR=1,92,  $p=0,01$ , а в максимальной – RR=4,02,  $p=0,002$ .

Лиц с интенсивным курением характеризовали резкие превышения частоты гингивитов (RR=6,80 и RR=14,30,  $p=0,005$ ,  $p=0,001$ ). Также значимые различия были выявлены по частоте пародонтитов (RR=2,49, RR=2,90,  $p=0,02$  в обоих случаях), пародонтоза – RR=4,61 и RR=5,43 ( $p=0,01$ ,  $p=0,005$ ). Относительное число стоматитов не имело статистически значимых различий при умеренном курении и резко превышало показатель некурящих при интенсивном (RR=2,43 и RR=6,91,  $p=0,02$ ,  $p=0,003$  соответственно).

Наиболее высокая частота хейлитов была выявлена в подгруппе курения с интенсивностью 20-30 сигарет в сутки, и статистически значимо превышала показатель у некурящих также в подгруппе с наиболее интенсивным курением ( $p=0,04$ ).

У часто курящих обследованных отмечалось резкое превышение частоты поражений слизистой оболочки в виде лейкоплакий. Различия в подгруппе курения 20-30 сигарет в сутки составили RR=5,78, а в подгруппе свыше 30 сигарет – RR=9,53 ( $p=0,005$ ,  $p=0,001$ ).

Относительная частота стоматологической патологии не имела превышения в подгруппе лиц с умеренным курением (менее 10 сигарет в день), но далее, по мере увеличения интенсивности, имела прогрессивное увеличение. Различия с некурящими лицами составили RR=1,22 при употреблении 10-20 сигарет в сутки, RR=2,72 – 21-30 сигарет и RR=3,95 – более 30 сигарет ( $p=0,05$ ,  $p=0,01$ ,  $p=0,004$ ).

При проспективном наблюдении за пациентами стоматологических клиник в течение 6 месяцев было выявлено значительное превышение частоты повторных визитов в клинику среди курящих, и ещё большее – среди употребляющих жевательный табак по отношению к лицам без табачной зависимости.

Различия с лицами без табачной зависимости по первой группе (курение) составили RR=2,15, по второй группе (жевательный/нюхательный табак) – RR=2,57 ( $p=0,03$ ,  $p=0,01$ ).

Литературные данные о взаимосвязях табачной зависимости, выступающей в форме табачной болезни, и развития патологии полости рта и зубо-челюстной системы далеко не однозначны. Авторы сходятся на наличии в качестве практически неизбежного при

длительном курении и других формах употребления табака развитии поражений слизистой оболочки ротовой полости [6,14,15]. Тем не менее, практически нет данных о развитии других заболеваний данной локализации у курящих взрослых.

Интересным оказывается в то же время значительное число опубликованных в последние годы статей, посвященных риску кариеса у детей, подверженных пассивному курению [10,13]. Возможно наличие особых механизмов данной патологии, связанной со сниженной устойчивостью молочных зубов к негативным влияниям внешней среды. Однако более вероятным представляется действие одних и тех же системных факторов как у детей, так и у взрослых [8,12], что приводит сходным в качественном плане результатам в отношении развития стоматологических заболеваний.

**Выводы:**

1. Имеется статистически значимое превышение частоты развития патологии слизистой оболочки полости рта и зубо-челюстной системы у лиц с табачной зависимостью в условиях Восточного региона Казахстана.

2. У лиц с табачной зависимостью отмечается превышение частоты таких клинически значимых патологий, как осложненные формы кариеса, болезни пульпы и периапикальных тканей, пародонтоз, предопухолевые заболевания слизистой оболочки рта. Наибольшее превышение частоты патологии над лицами без табачной зависимости было выявлено при употреблении жевательного табака.

3. Важными факторами, определяющими риск развития поражений слизистой оболочки полости рта и зубо-челюстной системы у лиц с табачной зависимостью, являются продолжительность и интенсивность его употребления (курения).

**Литература:**

1. Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине / Пер. с англ. В.П. Леонова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. С.41.

2. Чучалина А. Г., Сахарова Г. М., Новикова К. Ю. Практическое руководство по лечению табачной зависимости / под ред. А.Г. Чучалина, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новикова. М., 2007. 98 с.

3. Чучалин А. Г. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. Всерос.

науч. общество пульмонологов, НИИ пульмонологии Минздрава РФ. М., 2001. 14 с.

4. Школа здоровья. Табачная зависимость. Руководство для врачей / под ред. М. А. Винниковой. М.: Гэотар-Медиа. 2013. 110 с.

5. Di Franza J. R., Masaquel A., Barrett A. M., Colosia A. D., Mahadevia P. J. Systematic literature review assessing tobacco smoke exposure as a risk factor for serious respiratory syncytial virus disease among infants and young children. BMC Pediatr. 2012 Jun 21;12:81.

6. Dittmyer M., Demopoulos C., McClain M., Dounis G., Mobley C. The effect of tobacco and marijuana use on dental health status in adolescents: a trend analysis. J Adolesc Health. 2013 May; 52(5):641-8.

7. Furukawa S., Ueno M., Kawaguchi Y. Influence of tobacco on dental and oral diseases. Nihon Rinsho. 2013 Mar;71(3):459-63.

8. Javed F., Bashir Ahmed H., Romanos G. E. Association between environmental tobacco smoke and periodontal disease: a systematic review. Environ Res. 2014 Aug;133:117-22.

9. Lo J., Patel P., Roberts B. A systematic review on tobacco use among civilian populations affected by armed conflict. Tob Control. 2015 Mar 13.

10. Leader D. Limited evidence shows a possible causal relationship between secondhand smoke and caries in children // J Am Dent Assoc. 2014 Feb;145(2):179-81.

11. Muszyński P., Polańska K., Hanke W. Effects of smoking on periodontal tissues and benefits of tobacco quitting. Przegl Lek. 2014; 71(11):648-653.

12. Pappas R.S. Toxic elements in tobacco and in cigarette smoke: inflammation and sensitization. Metallomics. 2011 Nov;3(11):1181-98.

13. Tanaka K., Miyake Y., Arakawa M., Sasaki S., Ohya Y. Household smoking and dental caries in schoolchildren: the Ryukyus Child Health Study. BMC Public Health. 2010;10:335.

14. Tsugane S. Tobacco smoking and cancer risk: epidemiological evidence. Nihon Rinsho. 2013 Mar;71(3):390-396.

15. Undemer M, Perriot J, Peiffer G. Smokeless tobacco. Presse Med. 2012 Jan; 41(1): 3-9.

**References:**

1. Petri A. Sebin K. *Naglyadnaya statistika v meditsine* [Visual statistics in medicine] / Per. s angl. V.P. Leonova. M.: Geotar-Med. 2003, 41 p.



2. Chuchalina A. G., Sakharova G. M., Novikova K. Yu. *Prakticheskoe rukovodstvo po lecheniyu tabachnoi zavisimosti* / pod red. A.G. Chuchalina, G.M. Sakharova, K.Yu. Novikova. M. [Practical guidance on the treatment of tobacco addiction]. M. 2007, 98 p.
3. Chuchalin A. G. *Prakticheskoe rukovodstvo po lecheniyu tabachnoi zavisimosti*. [Practical guidance on the treatment of tobacco addiction]. Vseross. nauchnoe obshchestvo pulmonologov, NII pulmonologii MZ RF. [Russian sci. soc. of pulmonologists, SRI of pulmonology MH RF]. M., 2001, 14 p.
4. *Shkola zdorov'ya. Tabachnaya zavisimost'. Rukovodstvo dlya vrachei* [Health school. Tobacco dependency. Guide of physicians] / pod red. M.A. Vinnikovo. M.: Geotar-Media. 2013. 110 p.
5. Di Franza J. R., Masaquel A., Barrett A. M., Colosia A. D., Mahadevia P. J. Systematic literature review assessing tobacco smoke exposure as a risk factor for serious respiratory syncytial virus disease among infants and young children. *BMC Pediatr.* 2012 Jun 21;12:81.
6. Ditmyer M., Demopoulos C., McClain M., Dounis G., Mobley C. The effect of tobacco and marijuana use on dental health status in adolescents: a trend analysis. *J Adolesc Health.* 2013 May; 52(5):641-8.
7. Furukawa S., Ueno M., Kawaguchi Y. Influence of tobacco on dental and oral diseases. *Nihon Rinsho.* 2013 Mar;71(3):459-63.
8. Javed F., Bashir Ahmed H., Romanos G.E. Association between environmental tobacco smoke and periodontal disease: a systematic review. *Environ Res.* 2014 Aug;133:117-22.
9. Lo J., Patel P., Roberts B. A systematic review on tobacco use among civilian populations affected by armed conflict. *Tob Control.* 2015 March 13.
10. Leader D. Limited evidence shows a possible causal relationship between secondhand smoke and caries in children. *J Am Dent Assoc.* 2014 Feb;145(2):179-81.
11. Muszyński P., Polańska K., Hanke W. *Effects of smoking on periodontal tissues and benefits of tobacco quitting.* *Przeegl Lek.* 2014; 71(11) : 648-653.
12. Pappas R.S. Toxic elements in tobacco and in cigarette smoke: inflammation and sensitization. *Metallomics.* 2011 Nov; 3(11) : 1181-98.
13. Tanaka K., Miyake Y., Arakawa M., Sasaki S., Ohya Y. Household smoking and dental caries in schoolchildren: the Ryukyus Child Health Study. *BMC Public Health.* 2010 : 10:335.
14. Tsugane S. Tobacco smoking and cancer risk: epidemiological evidence. *Nihon Rinsho.* 2013 Mar; 71(3): 390-396.
15. Underner M, Perriot J, Peiffer G. Smokeless tobacco. *Presse Med.* 2012 Jan;41(1):3-9.

**Контактная информация:**

Сухоруков Максим Александрович - магистрант 2-го года обучения Государственного медицинского университета города Семей по специальности «Общественное здравоохранение»

**Почтовый адрес:** 070016, Казахстан, г.Усть-Каменогорск, пр-т Сатпаева, 50/1

**E-mail:** stomachvip@mail.ru