

ний, и практическом их соответствии с исходными (до лечения) значениями. В третьей группе через год активность ЩФ не достигла исходных значений, оставаясь меньше на 11% ($p < 0,05$). Восстановление активности МПО и ЩФ спустя год после проведения лечения свидетельствует об активации скрытого воспалительного процесса в десне и необходимости повторной комплексной терапии.

Таким образом, при заболеваниях пародонта цитоэнзимохимические методы определения содержания КБ, активности МПО и ЩФ могут быть использованы в качестве чувствительных и информативных критериев оценки противовоспалительной эффективности различных методов лечения. Использование при лечении гингивита сочетания фотодинамической и лазерной терапии позволяет потенцировать действие каждого из этих методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксёнов И. Н. Цитоэнзимохимическая оценка состояния тканей маргинальной десны при воздействии несъемных протезов / И. Н. Аксёнов, Ю. Н. Майборода, Е. А. Белая // Сб. науч. работ «Актуальные вопросы клинической стоматологии». – Ставрополь, 2004. – С. 202–207.
2. Гаража С. Н. Влияние лазерного излучения на проницаемость дентина и функциональное состояние пульпы препарированных зубов / С. Н. Гаража, П. А. Кашников, Е. Н. Гришилова, Т. Ш. Коджакова // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1. – С. 18–21.
3. Гаража С. Н. Влияние лечения пародонтита иммобилизованными противовоспалительными препаратами на гемодинамику в тканях пародонта / С. Н. Гаража, Е. Н. Гришилова, Т. М. Хацаева, К. Ю. Демина, Д. Д. Батчаева, З. З. Моргоева // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5; URL: <http://www.science-education.ru/111-10050>.
4. Гаража С. Н. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием иммобилизованных препаратов / С. Н. Гаража, А. В. Зеленская, Е. Н. Гришилова, Д. Д. Батчаева, Т. М. Хацаева, З. З. Моргоева // Современные проблемы

науки и образования. – 2013. – № 3; URL: <http://www.science-education.ru/109-9292>.

5. Гаража С. Н. Лечение заболеваний пародонта гелем концентратом фторида олова / С. Н. Гаража, З. З. Моргоева, З. Б. Чочиева // Актуальные вопросы клинической стоматологии: Сборник материалов XLVI научно-практической конференции стоматологов Ставропольского края. – Ставрополь, 2012. – С. 96–98.

6. Караков К. Г. Использование лазерной фотодинамической системы при лечении воспалительных заболеваний пародонта / К. Г. Караков, К. Д. Чавушьян // Дентал Юг. – Краснодар, 2008. – № 48. – С. 34.

7. Караков К. Г. Использование фотодинамической системы при лечении пародонтита / К. Г. Караков, К. Д. Чавушьян, З. М. Гадзацева // Врач. – 2009. – № 2. – С. 70–72.

8. Кражан Д. С. Состояние микробицидных систем нейтрофильных лейкоцитов при лечении хронического генерализованного катарального гингивита с применением геля эвкалипта, иммобилизованного на полисорбе / Д. С. Кражан, М. Н. Орлов // Актуальные вопросы клинической стоматологии: Сб. материалов XLVI научно-практической конференции стоматологов Ставропольского края. – Ставрополь, 2012. – С. 168–171.

9. Моргоева З. З. Применение иммобилизованного фторида олова в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести / З. З. Моргоева, С. Н. Гаража, Е. Н. Гришилова, Н. Н. Гаража // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1; URL: <http://www.science-education.ru/115-12016>.

10. Сафронова В. Н. Практическое пособие по использованию цитоэнзимохимических методов исследования лейкоцитов крови при дифференциальной диагностике бруцеллеза у людей / В. М. Сафронова, О. В. Логвиненко, Н. А. Локтев. – Ставрополь, 1996. – 53 с. (Деп. ВНИМИ, № Д-25118).

11. Matthews D. C. Seeing the light – the truth about soft tissue lasers and nonsurgical periodontal therapy // J. can. dent. assoc. – 2010. – Vol. 76. – P. 107–102.

12. Van Dyke T. E. The etiology and pathogenesis of periodontitis revisited // J. appl. oral sci. – 2009. – Vol. 17. № 1. – P. 4–5.

Поступила 27.09.2014

О. В. ГУЛЕНКО¹, В. В. ВОЛОБУЕВ², Н. И. БЫКОВА²,
Е. А. ФАРАПОНОВА³, С. Б. ХАГУРОВА³

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹Кафедра хирургической стоматологии,

²кафедра детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии,

³кафедра фундаментальной и клинической биохимии

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

Отсутствие у детей с психоневрологическими расстройствами (ПНР) готовности к стоматологическому лечению влечет за собой существенные затраты как для отдельного человека, так и для всего общества, усугубляя стоматологическую патологию. Поэтому выявление пациентов с низким уровнем комплаенса поможет в дальнейшем сфокусировать на них внимание и сделать акцент на необходимые стоматологические манипуляции с целью повышения уровня мотивации к лечению.

При обследовании стоматологического статуса детей школьного возраста с психоневрологическими расстройствами разной степени тяжести были выявлены более высокие показатели гигиены полости рта, заболеваемости кариесом и болезнями пародонта по сравнению со здоровыми. Кроме того, результаты проведенного анкетирования свидетельствуют о более низком уровне стоматологического комплаенса детей с ПНР и их родителей.

Ключевые слова: дети, стоматологический статус, умственная отсталость, комплаенс.

O. V. GULENKO¹, V. V. VOLOBUEV², N. I. BYKOVA², E. A. FARAPONOVA³, S. B. HAGUROVA³

COMPARATIVE ASSESSMENT LEVEL OF COMPLIANCE AND DENTAL
STATUS OF MENTALLY RETARDED CHILDREN

¹Department of surgical stomatology,

²department of paedodontics, orthodontics and maxillofacial surgery,

³department of fundamental and clinical biochemistry

SBGI HPE Kuban state medical university of Ministry of health of Russia,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina, str., 4; tel. (861) 268-02-10. E-mail: vladimir.volobueff@yandex.ru

The absence of mentally retarded children readiness to dental treatment entails significant costs for the individual and for society, exacerbating dental pathology. Therefore, the identification of patients with a low level of compliance in the future will help them to focus on their influence and to focus on the necessary dental procedures, in order to increase the level of motivation for treatment.

In a study of dental status of school-age mentally retarded children of varying severity were found higher rates of oral hygiene, caries and periodontal disease compared to healthy. In addition, the results of the survey indicate a lower level of compliance of mentally retarded children and their parents.

Key words: children, dental status, mentally retarded children, compliance.

Мотивация к лечению и профилактике стоматологических заболеваний определяется как частный вид мотивации, характеризующий уровень медицинской активности индивида для поддержания оптимального состояния здоровья [11]. Мотивация к лечению определяется целым рядом специфических факторов: характером медицинского вмешательства; организацией лечебно-профилактических мероприятий в учреждении; особенностями самого пациента (пол, возраст, уровень интеллектуального развития, уровень притязаний, самооценка); личностными особенностями [2, 9, 16, 19]. Согласно данным ВОЗ, около половины пациентов, имеющих хронические заболевания, не выполняют врачебных рекомендаций [20], и данное явление представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Поэтому успех стоматологического лечения во многом зависит от настроенности пациента и желания сотрудничать с врачом. В связи с этим основными задачами психотерапевтического аспекта работы врача-стоматолога являются

купирование тревожности пациентов, коррекция неадекватного отношения к стоматологическому лечению, предотвращение психоневрологических реакций и ятрогенных состояний [9].

Изучение поведения пациентов в отношении назначенной терапии – достаточно новое направление научных исследований. Стимулами к развитию этого направления послужили несколько факторов: с одной стороны, свою роль сыграли новая парадигма взаимодействия врача и пациента, переход с патерналистской модели к партнерским отношениям и осознание активной роли больного. С другой стороны, для врача понимание истинной ситуации важно с точки зрения недопущения врачебных ошибок в виде необоснованных клинически передозировок или интенсификации терапии. Еще один фактор – чисто экономический, поскольку, как оказалось, существенный урон ресурсам здравоохранения может быть обусловлен игнорированием врачебных назначений [11].

Новое направление исследований постепенно привело к формированию целостной концепции, повлекло за собой разработку специальных методов, а также собственной специфической терминологии. Общеупотребительными для специалистов, занимающихся проблемами медицинской информации, информирования пациентов и взаимодействия с ними, стали термины «комплаенс» (от англ. compliance – уступчивость, податливость), иногда также «комплаентность» (труднопереводимые на русский язык слова в контексте концепции), «нон-комплаенс» (отсутствие комплаенса), а также производные термины, такие как «пациентский комплаенс» [1, 17, 18]. Обычно под комплаенсом понимают точное выполнение пациентом всех врачебных рекомендаций и назначений в рамках профилактики, лечения заболевания и реабилитации [5, 13, 15]. ВОЗ предлагает более сложное определение, а именно: «степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнения рекомендаций по питанию или изменению образа жизни назначениям и указаниям врача» [20].

Отсутствие у детей с психоневрологическими расстройствами (ПНР) готовности к стоматологическому лечению влечет за собой существенные затраты как для отдельного человека, так и для всего общества, усугубляя стоматологическую патологию. Сложности удержания этой категории пациентов в терапевтическом процессе объясняются существенными особенностями психосоциального контекста детей с ПНР, снижающими эффективность проводимых стоматологических мероприятий.

В детской стоматологической практике среди множества других аспектов, влияющих на приверженность к лечению детей с ПНР, ведущая роль принадлежит семейному фактору. В процессе стоматологического лечения родители становятся посредниками между ребенком и врачом в выполнении врачебных рекомендаций, обеспечивая своевременность обращения за медицинской помощью в процессе динамического наблюдения, своевременный и правильный прием лекарственных средств, выявление признаков ухудшения психического состояния ребенка и т. д. [6, 7]. Необходимым условием адекватного использования родительского ресурса при этом является усиление ответственности родителей за результаты проводимого лечения. Тем самым обеспечивается практическая реализация принципа «делегирования полномочий» как базового компонента лечебно-реабилитационного процесса, отражающего важность включения психосоциальной составляющей в систему комплексной стоматологической помощи детям и подросткам с психоневрологическими расстройствами [6, 9].

В доступных литературных источниках имеется большое количество публикаций, посвященное вопросу взаимоотношений между пациентом и врачом [1, 2, 10]. Большинство их касается медицинских областей, связанных с общесоматической патологией и применением фармакологических препаратов [5, 7]. Вопросы взаимодействия пациента и врача-стоматолога встречаются в доступной литературе [6, 9, 12, 14], однако имеются единичные публикации об исследовании стоматологического комплаенса у детей с ПНР [8, 19].

Достоверно установлено, что стоматологический статус пациентов, имеющих различные формы психоневрологических нарушений, отличен в сторону ухудшения по ряду объективных и субъективных факторов [3, 4, 6]. Поэтому повышение уровня стоматологического комплаенса является одной из основных задач при оказании стоматологической помощи детям с ПНР.

Цель исследования – экспликация соотношения мотивации к лечению и стоматологического статуса детей с ПНР в контексте влияния на уровень комплаентности.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленной задачи проведено клиническое обследование 92 детей в возрасте 8–17 лет, разделенных на 4 группы. Первую основную группу (О1) составили 20 детей в возрасте 8–12 лет с ПНР разной степени тяжести, учащиеся профильной коррекционной школы VIII типа. Вторую основную группу (О2) составили 20 детей с аналогичным психоневрологическим фоном в возрасте 13–17 лет. Первую контрольную группу (К1) – 25 соматически здоровых детей в возрасте 8–12 лет, и вторую контрольную группу (К2) – 27 здоровых детей в возрасте 13–17 лет. По полу обследованные дети обеих групп распределились в основном в соотношении мальчики к девочкам 1:1,25. Все дети постоянно проживают в г. Краснодаре. Обследование детей проводили по схеме согласно рекомендациям ВОЗ, с использованием стандартного набора инструментов при искусственном освещении. Данные вносились в медицинскую карту стоматологического больного. Кроме того, родителям или опекунам детей было предложено заполнить анкету оценки уровня стоматологического комплаенса. Данная анкета была нами разработана на основе уже имеющихся литературных источников [6, 8] и состояла из 15 вопросов, касающихся данных анкетируемых о характере питания, знаний о гигиене полости рта и кратности диспансерного стоматологического наблюдения, и предлагаемых вариантов ответа. Каждый ответ оценивался в баллах от 0 до 3 (табл. 1).

Далее путем расчета количественно выражали показатели анкеты. Количество баллов от 0 до

Анкета по оценке стоматологического комплаенса

Сколько лет вашему ребенку?			
Есть ли у вашего ребенка кариозные зубы, которые его беспокоят?			
Да	Да	Да	Да
Имеется ли у вашего ребенка кровоточивость дёсен во время чистки зубов?			
Да	Да	Да	Да
У вашего ребенка задерживается пища между зубами после еды?			
Да	Да	Да	Да
Потребляет ли ваш ребенок большое количество сладкого и мучного?			
Да	Да	Да	Да
Укажите режим ухода за зубами вашего ребенка			
Чистка утром	Чистка утром	Чистка утром	Чистка утром
Сколько времени вы/ваш ребенок тратит(е) на чистку зубов?			
Меньше минуты	Меньше минуты	Меньше минуты	Меньше минуты
Используете ли вы дополнительные средства гигиены полости рта?			
Не использую	Не использую	Не использую	Не использую
Как часто ваш ребенок пропускает чистку зубов (утреннюю или вечернюю)?			
Никогда	Никогда	Никогда	Никогда
Компенсируете ли вы этот пропуск?			
Да, жевательной резинкой	Да, жевательной резинкой	Да, жевательной резинкой	Да, жевательной резинкой
Какие источники информации о средствах гигиены полости рта вы используете?			
Врач-стоматолог	Врач-стоматолог	Врач-стоматолог	Врач-стоматолог
Следуете ли вы рекомендациям стоматолога по улучшению гигиены полости рта вашего ребенка?			
Всегда	Всегда	Всегда	Всегда
Как часто вы со своим ребенком посещаете стоматолога?			
Согласно рекомендациям Стоматолога	Согласно рекомендациям стоматолога	Согласно рекомендациям стоматолога	Согласно рекомендациям стоматолога
По какому поводу вы со своим ребенком обращаетесь к стоматологу?			
Эпизодически, Для профилактики	Эпизодически, для профилактики	Эпизодически, для профилактики	Эпизодически, для профилактики
Укажите причину, по которой вы можете отложить визит к детскому стоматологу			
Недостаток времени	Недостаток времени	Недостаток времени	Недостаток времени
Удалялись ли у вашего ребенка зубы по поводу осложнений кариеса?			
Да	Да	Да	Да

7 соответствовало очень низкому уровню, от 8 до 15 – низкому, от 16 до 23 – среднему и от 24 до 33 баллов – высокому уровню комплаенса.

Статистическую оценку результатов проводили с использованием программного обеспечения «Microsoft Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

При индексной оценке гигиены полости рта было выявлено, что в основных группах всего 10–15% имели хорошую гигиену полости рта, до 20–25% приходилось на показатели удовлетворительной гигиены полости рта, 30–35% – на неудовлетворительную и порядка, 5–35% – на плохую и очень плохую. В контрольных группах цифры имели иное распределение: 20–25,9% имели хорошую гигиену, 36–44,4% – удовлетворительную, 25,9–28% – неудовлетворительную и лишь 3,8–16% – плохую. Данные приведены на рисунке 1.

Распространенность кариеса временных зубов у детей групп О1 и К1 составила 95,0%

и 84,0%. Распространенность кариеса постоянных зубов в основных группах имела более высокие показатели, нежели в контрольных: 45,0% и 32,0% (в группах О1 и К1) и 95,0% и 92,59% (в группах О2 и К2) соответственно (рис. 2).

Показатели индексной оценки интенсивности кариозного процесса обследуемых детей приведены в таблице 1. Следует отметить, что в опытных группах преобладает показатель «к» (кариес), а в контрольных – показатель «п» (пломба), а также наличие удаленных постоянных зубов у школьников группы О2.

Среди заболеваний пародонта (оценка индекса РМА) обследованных во всех группах большую часть занимает гингивит различной степени тяжести (от 90,0% до 100%). Данные о распространенности и структуре заболеваний пародонта приведены на рисунке 3. Следует отметить, что у 2 пациентов в группе О1 и у 1 пациента в группе О2 выявлен локальный пародонтит.

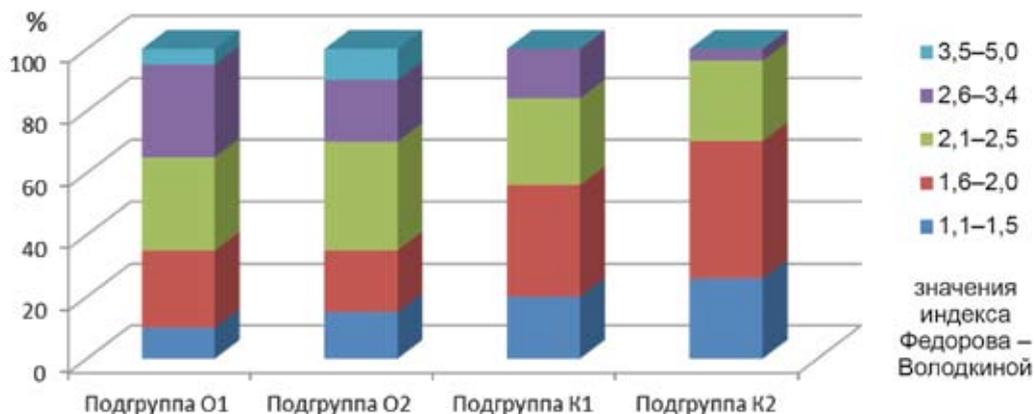


Рис. 1. Гигиеническое состояние полости рта у обследуемых детей

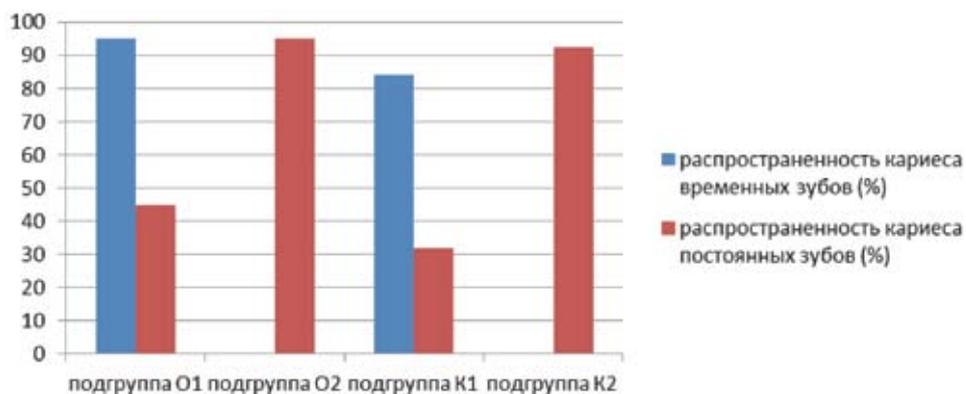


Рис. 2. Показатели распространенности кариеса зубов в исследуемых группах

Таблица 2

Показатели интенсивности кариеса зубов

Группа	Показатель	Показатель интенсивности кариеса					
		«к»	«п»	«у»	«К»	«П»	«У»
Группа O1		2,0±0,140*	0,70±0,357	0,75±0,037*	1,65±0,627*	1,55±0,502	0
Группа O2		0,05±0,008	0,10±0,036	0	3,60±1,475*	2,15±0,844	0,20±0,06
Группа K1		0,96±0,276	1,48±0,367*	0,12±0,021	0,60±0,18	1,16±0,21	0
Группа K2		0,037±0,006	0,074±0,019	0	1,444±0,216	2,074±0,676	0

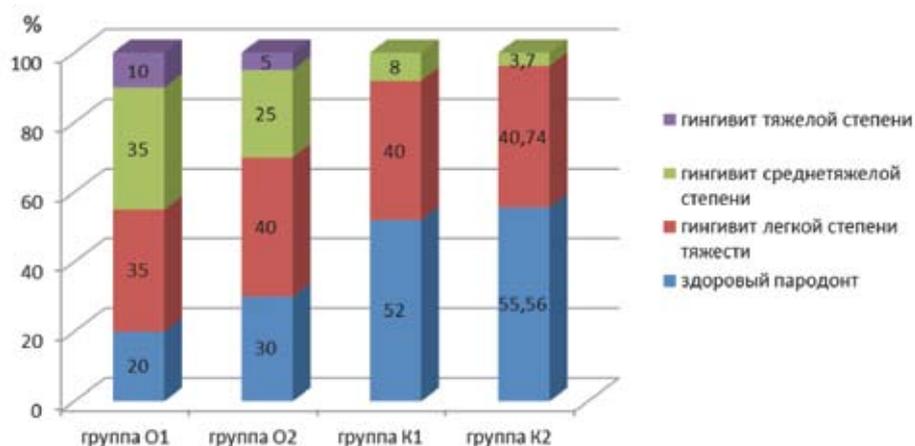
Примечание: * значение $p < 0,05$ по t-критерию.

Рис. 3. Распространенность и структура заболеваний пародонта

Оценка уровня стоматологического комплаенса (% опрошенных)

Подгруппа / Показатель	Группа О1	Группа О2	Группа К1	Группа К2
Очень низкий уровень (0–7 баллов)	0	0	0	0
Низкий уровень (8–15 баллов)	35%	30%	12%	7,4%
Средний уровень (16–23 балла)	60%	60%	32%	37%
Высокий уровень (24–33 балла)	5%	10%	56%	55,6%
Средний балл	17,5±1,65	18,35±1,87	27,227±0,98	24,037±1,94

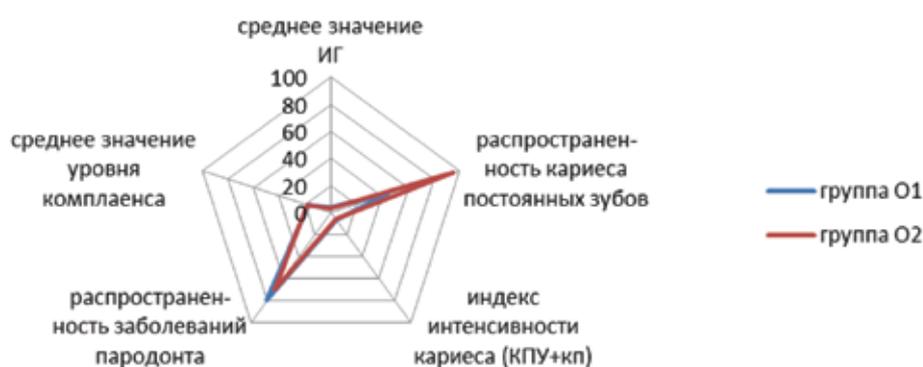


Рис. 4. Соотношение уровня стоматологической патологии и уровня комплаенса в опытных группах

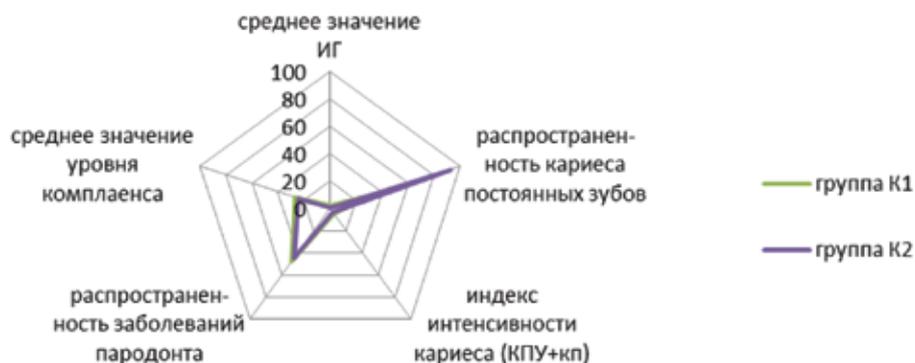


Рис. 5. Соотношение уровня стоматологической патологии и уровня комплаенса в контрольных группах

После анализа анкетных данных уровень стоматологического комплаенса выглядел следующим образом (табл. 2). Хотелось бы отметить, что мы смогли оценить уровень комплаенса опосредованно, т. е. родителей, а не детей, что, по сути, может давать одинаковый результат.

Данные по соотношению уровня стоматологической патологии и уровня комплаенса представлены на рисунках 4, 5.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

– результаты стоматологического обследования и анкетирования достоверно свидетельствуют о низком уровне комплаенса детей с

ПНР и их родителей к лечению стоматологических заболеваний. Распространенность кариеса и его осложнений у пациентов данной категории составляет 45–95%, индекс интенсивности – 6,1–6,65, а нуждаемость в лечении достигает 68%;

– привлечение семьи в процесс терапии в ряде случаев более важно, чем участие самого врача или больного. Так, у беспомощных пациентов именно родственники могут контролировать соблюдение медицинских рекомендаций. Во всех случаях большую роль играет психологическая поддержка больного, которую могут оказать близкие ему люди.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вольская Е. А.* Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. – 2013. – № 11. – С. 7–20.
2. *Гречко Т. Ю.* Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии (обзор литературы) // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2009. – № 35. – С. 72–75.
3. *Гуленко О. В.* Заболеваемость кариесом зубов первоклассников различных школ г. Краснодара / О. В. Гуленко, В. В. Волобуев, И. К. Севастьянова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 3–4 (102–103). – С. 18–19.
4. *Гуленко О. В.* Структурно-функциональный анализ стоматологического статуса у детей с умственной отсталостью / О. В. Гуленко, В. В. Волобуев, И. К. Севастьянова, Н. И. Быкова, Е. А. Фарапонова, С. Б. Хагурова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 6. – С. 81–85.
5. *Данилов Д. С.* Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – № 1. – С. 13–20.
6. *Зиньковская Е. П.* Аспекты комплаенса в стоматологической практике при психических расстройствах // Вестник РГМУ. – 2007. – № 2 (55). – С. 65.
7. *Корень Е. В.* Некоторые психосоциальные факторы риска нон-комплаенса у детей и подростков с ипохондрическими расстройствами / Е. В. Корень, А. М. Марченко, Е. А. Трайнина, О. А. Болотина // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России», 13–15 сентября 2012 г. – Казань. – С. 187–188.
8. *Куюмджиди Н. В.* Состояние зубов трехлетних пациентов стоматологической поликлиники как показатель мотивации родителей к профилактике и лечению кариеса у детей раннего возраста / Н. В. Куюмджиди, Д. Д. Мохаммад, Н. Н. Климова // Материалы 63-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых ВолГМУ, 26–29 апреля 2005 года. – Волгоград, 2005. – С. 45.
9. *Наумова Е. А.* Оценка приверженности пациента к длительному лечению с точки зрения его сознательного и неосознанного поведения / Е. А. Наумова, О. Н. Семенова, Е. В. Строкова, Ю. Г. Шварц // Инновации в науке: Материалы XV международной заочной научно-практической конференции (19 декабря 2012 г.). – Новосибирск: изд. «СибАК», 2012. – С. 177–190.
10. *Савина Е. А.* Результаты практического использования опросника определения уровня стоматофобии и динамики взаимоотношений в системе «врач – пациент» / Е. А. Савина, Н. В. Булкина, О. В. Еремин, М. В. Дубровская, О. А. Олевская // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9. № 3. – С. 462–467.
11. *Фирсова И. В.* Мотивация населения к получению специализированной стоматологической помощи / И. В. Фирсова, В. Ф. Михальченко, М. П. Макарова, А. В. Порошин // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии. – Волгоград, 2006. – Т. 63. Вып. 1. – С. 193–197.
12. *Фирсова И. В.* Исследование комплаентности стоматологических пациентов // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – № 1. – С. 123–124.
13. *Фирсова И. В.* Комплаентность пациента в стоматологической практике / И. В. Фирсова, Д. В. Михальченко, А. В. Малюков // Социология медицины. – 2009. – № 1. – С. 20–22.
14. Medicaid compliance for the dental professional / L. D. Mouden / December 12, 2013. URL: [http://www.aapd.org/assets/1/7/Medicaid compliance webinar 2013. pdf](http://www.aapd.org/assets/1/7/Medicaid%20compliance%20webinar%202013.pdf) (дата обращения 29.11.2014).
15. *Müller B.* Wie motiviere ich meine patienten? // Curriculum. schweiz. med. forum. – 2005. – № 5. – P. 1045–1053.
16. *Terezhalmly G.* Patient compliance: strategies for success. A peer-reviewed publication / G. Terezhalmly, M. Florman, P. Martin, S. C. Barnard // Academy of dental therapeutics and stomatology. – 2008. – 14 p.
17. *Urquhart J.* New findings about patient adherence to prescribed drug dosing regimens: an introduction to pharmionics / J. Urquhart, B. Vrijens // Eur. j. hospital. pharm. sci. – 2005. – № 11 (5). – P. 103–106.
18. *Vrijens B.* Patient adherence to prescribed antimicrobial drug dosing regimens / B. Vrijens, J. Urquhart // Antimicrob. chemother. – 2005. – May. № 55 (5). – P. 616–627.
19. *Wang N. J.* Children who break dental appointments / N. J. Wang, G. O. Aspelund // Eur. arch. paediatr. dent. – 2009. – № 10 (1). – P. 11–14.
20. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action. – Geneva: WHO, 2003. – 230 p.

Поступила 15.11.2014

Ю. Л. ДЕНИСОВА

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ КАПИЛЛЯРНОГО ДАВЛЕНИЯ ПАРОДОНТА

3-я кафедра терапевтической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета,
Республика Беларусь, 220000, Минск, ул. Сухая, 28;
тел. +375296104321. E-mail: denisova_yul@mail.ru

Разработано и апробировано устройство для определения капиллярного давления пародонта. Доказано, что капиллярное давление пародонта имеет разнонаправленный характер изменения в зависимости от вида