

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო

უნივერსიტეტი

მედიცინის ფაკულტეტი

ლელა წიტიანი

**სტომატოლოგიურ დაავადებათა გავრცელება საქართველოს
ზრდასრულ მოსახლეობაში და პრევენციის თანამედროვე
მიდგომები**

დისერტაცია

წარმოდგენილი მედიცინის დოქტორის აკადემიური ხარისხის

მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, სრული პროფესორი

ვლადიმერ მარგველაშვილი

მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი

მანანა კალანდაძე

თბილისი, 2015

შინაარსი

შესავალი-----	4
თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა	
1.1 სტომატოლოგიური დაავადებების გავრცელება და რისკ- ფაქტორები-----	13
1.2 სტომატოლოგიური და სომატური დაავადებები-----	22
1.3 სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის ძირითადი პრინციპები-----	30
თავი 2. გამოკვლევის მასალა და მეთოდები	
2.1 შესავალი-----	34
2.2 საკვლევი პოპულაციის შერჩევა და კვლევის მეთოდოლოგია-----	38
თავი 3. საკუთარი გამოკვლევის შედეგები	
3.1 გამოკვლეული პოპულაციის ზოგადი დახასიათება-----	43
3.2 ზრდასრული მოსახლეობის სტომატოლოგიური სტატუსის დადგენა და სტომატოლოგიურ დაავადებათა გავრცელება საკვლევ პოპულაციაში-----	50
3.3 კარიესის და პაროდონტის დაავადებათა სიხშირე და გავრცელება ასაკისა და სქესის მიხედვით საკვლევ პოპულაციაში-----	58
3.4 სტომატოლოგიურ დაავადებათა ტერიტორიული განაწილება(რეგიონების მიხედვით) და თავისებურებები საკვლევ პოპულაციაში-----	66

3.5 კარიესის და პაროდონტის დაავადებათა კავშირი რისკ-ფაქტორებთან საკვლევ პოპულაციაში-----	74
თავი 4. კვლევის შედეგების განხილვა -----	96
დასკვნა -----	114
პრაქტიკული რჩევები და რეკომენდაციები-----	116
გამოყენებული ლიტერატურა-----	119

შესავალი

პრობლემის აქტუალობა

პირის ღრუს ჯანმრთელობის სფეროში არსებული მნიშვნელოვანი წარმატებების მიუხედავად სტომატოლოგიური დაავადებები კვლავ აქტუალურ და მწვავე პრობლემად რჩება, განსაკუთრებით მსოფლიო პოპულაციის არაპრივილეგირებულ ჯგუფებში, როგორც განვითარებულ ისე განვითარებად ქვეყნებში.

სტომატოლოგიური დაავადებებიდან ყველაზე გავრცელებულია კბილის კარიესი და პაროდონტის ანთებადი დაავადებები, რომელთა განვითარებაში მთავარი ეტიოლოგიური როლი მიკრობს ენიჭება, თუმცა ეს დაავადებები მულტიფაქტორული ხასიათისაა და მათ წარმოქმნასა და განვითარებაზე მრავალი ადგილობრივი და ზოგადი ფაქტორი მოქმედებს.

კბილის კარიესი არის ქრონიკული პათოლოგიური პროცესი, რომელიც ვლინდება კბილების ამოჭრის შემდეგ, მიმდინარეობს კბილის მაგარი ქსოვილების (მინანქარი, დენტინი, ცემენტი) დემინერალიზაციით და შემდგომი დეფექტის წარმოქმნით. კარიესული პროცესის წარმოქმნის მიზეზია კბილის ნადების სპეციფიკური მიკრობები: *Streptococcus Mutans* და *Lactobacillus* რომლებიც ნახშირწყლების (საქაროზა, ფრუქტოზა, გლუკოზა) ფერმენტაციის შედეგად კბილის ზედაპირზე არსებულ ნადებში წარმოქმნიან რძემჟავას, ხდება მინანქრის ზედაპირზე pH-ის ლოკალური ცვლილებები, ირღვევა მინანქრის ორგანული მატრიქსი, რასაც მივყავართ დემინერალიზაციის კერის წარმოქმნასთან.

კარიესის განვითარებაზე გავლენას ახდენს კვების ხასიათი (ნახშირწყლების სიჭარბე) და რეჟიმი, ნერწყვდენის რაოდენობა და ხარისხი (ჰიპოსალივაცია ან ქსეროსტომია), ორგანიზმის ზოგადი დაავადებები და მდგომარეობები, რადგან ისინი აქვეითებენ კარიესისადმი კბილის ქსოვილების სტრუქტურულ რეზისტენტობას, გენეტიკური წინასწარგანწყობა, სასმელ წყალში ფტორის შემცველობა, ორგანიზმზე მოქმედი გარე ფაქტორები(რადიაცია), თამბაქოს

მოხმარება, პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა (ქვეებისა და ნადებების, უხარისხო ორთოდონტიული და ორთოპედიული კონსტრუქციების არსებობა), თუმცა პირის ღრუს არასრულფასოვანი ჰიგიენა რისკ-ფაქტორია არამარტო კარიესის, არამედ პაროდონტის დაავადებათა განვითარებაშიც. აქაც წამყვანია კბილის ნადების მიკრობების როლი. მიკროორგანიზმების ცხოველყოფილობის პროდუქტები ტოქსიურ და ადგილობრივ გამაღიზიანებელ ზემოქმედებას ახდენენ ღრძილის ქსოვილზე, რის შედეგადაც ვითარდება ღრძილოვანი სითხის რაოდენობრივი და თვისობრივი ცვლილებები, ირღვევა კბილ-ღრძილოვანი შეერთება და ღრძილის მიკროცირკულაცია, რასაც პაროდონტული ჯიბის ჩამოყალიბებამდე და ძვლოვან ქსოვილში ანთების გავრცელებამდე მივყავართ. ხდება კბილბუდის ძვლოვანი ქსოვილის განლევა, კბილები ნაკლებადაა გამაგრებული კბილბუდეში, იწყება მათი მორყევა და გადანაცვლება, საბოლოოდ კი კბილების დაკარგვა. ადგილობრივად დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს პირის ღრუს დაბალი კარიბჭე, ენისა და ტუჩის მოკლე ლაგამი, ლორწოვანის მოკლე ჭიმები, კბილთა დგომისა და თანკბილვის ანომალიები, არასრულფასოვნად და არასწორად გაკეთებული ბჟენები, ორთოპედიული და ორთოდონტიული კონსტრუქციები და სხვა. პაროდონტის ანთებითი დაავადებების განვითარების ხელშემწყობ ზოგად ფაქტორებს კი მიეკუთვნება საჭმლის მომწელებელი, ენდოკრინული, გულ-სისხლძარღვთა, სისხლმზადი, ნერვული სისტემების დაავადებები, იმუნური სისტემის პათოლოგიები.

კარიესის ან პაროდონტის დაავადების გამო განვითარებული ტკივილი, დისკომფორტი და კბილების დაკარგვა ფუნქციური და ესთეტიური ხასიათის დარღვევებს იწვევს და ხელს უშლის პიროვნების ჯანსაღ ინტეგრაციას საზოგადოებაში.

სტომატოლოგიური დაავადებები სერიოზულ პროფესიულ მიდგომას და მკურნალობას საჭიროებს შემდგომი გართულებების თავიდან ასაცილებლად. სტომატოლოგიური დახმარების ხელმისაწვდომობა მსოფლიო მასშტაბით მნიშვნელოვნად დაბალია ასაკოვან ადამიანებში, ასევე დაბალი განათლებისა და შემოსავლის მქონე პირებში, შესაბამისად პირის ღრუს ჯანმრთელობა

დაქვეითებულია დაბალი სოციალური სტატუსის მოსახლეობაში. ამიტომ ისეთი საზოგადოებრივი პროექტებისა და პროგრამების შექმნა რომელიც ითვალისწინებს დარიბი და დაბალი სოციალური ფენის მაქსიმალურ ჩართულობას პირის ღრუს დაავადებათა მკურნალობასა და პრევენციაში ჯანდაცვის და სახელმწიფოს პრეროგატივაა.

ტრადიციული სამკურნალო სტომატოლოგიური მომსახურება მნიშვნელოვან ეკონომიკური დატვირთვას წარმოადგენს მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ბიუჯეტის 5–10% პირის ღრუს დაავადებათა მკურნალობასა და პროფილაქტიკას ხმარდება[23], დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე განვითარებად ქვეყნებში პირის ღრუს ჯანმრთელობის საზოგადოებრივი პროგრამები იშვიათია. სტომატოლოგიური მომსახურების მაღალი ხარჯები შეიძლება თავიდან იქნეს აცილებული ეფექტური პრევენციით, კარგად დაგეგმილი პროფილაქტიკა კი დაავადებათა შემცირების მნიშვნელოვანი საფეხურია.

სტომატოლოგიური დაავადებების შესამცირებელი ღონისძიებები პირველ რიგში რისკ-ფაქტორების მოცილებისაკენ უნდა იყოს მიმართული; ნახშირწყლების ნაკლები მოხმარება, ბალანსირებული კვება, თამბაქოს მოხმარების შემცირება, პირის ღრუს სრულფასოვანი ჰიგიენა ხელს უშლის პაროდონტის დაავადებების და კარიესის განვითარებასა და გავრცელებას. დიდი მნიშვნელობა აქვს ასევე ფტორის ოპტიმალური რაოდენობის შენარჩუნებას კბილის ზედაპირზე, რასაც უზრუნველყოფს ფტორის შემცველი კბილის პასტების, სავლებების, ფტორირებული სასმელი წყლის, რძის, მარილის მოხმარება. ოპტიმალური რაოდენობით ორგანიზმში ფტორის მიწოდება მნიშვნელოვნად ამცირებს კარიესით ავადობის რისკს.

სტომატოლოგიური ავადობის შესაფასებლად დადგენილია გარკვეული მოთხოვნები. ჯანმოს(ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია) რეკომენდაციით 3წლის ასაკში ხდება სარძევე კბილების, 6 წლის ასაკში–მუდმივი პირველი მოლარების, 12 წლის ასაკში–მუდმივი კბილების, ხოლო 15 წლისათვის – პაროდონტის მდგომარეობის, 35–44 და 65–74 წლისათვის კი კბილებისა და პაროდონტის მდგომარეობის შეფასება[27]. თუმცა მნიშვნელოვანია არაკარიესული დაავადებების

გავრცელების შეფასებაც, რამდენადაც ეს დაავადებები ხშირად უგულვებელყოფილი რჩება როგორც პაციენტის, ისე ექიმის მხრიდან და საბოლოოდ სერიოზულ ესთეტიურ, ფუნქციურ და მორფოლოგიურ ცვლილებებამდე მივყავართ. ამ მხრივ განსაკუთრებით აღსანიშნავია კბილის მაგარი ქსოვილების პათოლოგიური ცვეთა, რომელიც ხასიათდება კბილის მაგარი ქსოვილების (მინანქარი, დენტინი) პროგრესირებადი განლევიტით. ამ პათოლოგიის განვითარების გამომწვევი და ხელშემწყობი ფაქტორებია ბრუქსიზმი (კბილების ძლიერი შეხება და კრაჭუნი საღეჭი მუსკულატურის მომატებული ტონუსის ფონზე), კბილთა მწკრივის დეფექტები და ოკლუზიური ტრამვები, თანკბილვის ანომალიები. ადამიანებს აღენიშნებათ კბილების მომატებული მგრძნობელობა, კბილების ზომებისა და ფორმის ცვლილება, თანკბილვის დადაბლება, საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის დისფუნქცია და შედეგად ესთეტიური და ფუნქციური ხასიათის ცვლილებები, რაც მნიშვნელოვან ფსიქოლოგიურ ზეგავლენას ახდენს პიროვნებაზე.

ბოლო წლებში პირის ღრუს დაავადებათა სიხშირესა და სიმწვავესთან დაკავშირებული ოპტიმისტური ტენდენციების მიუხედავად კბილის კარიესი ძალიან გავრცელებული დაავადებაა მსოფლიო ქვეყნების უმრავლესობაში და მოიცავს ბავშვთა კონტინგენტის 60–90%-ს, ხოლო მოზრდილი პოპულაციის დიდ უმრავლესობას. მსოფლიო მოსახლეობის 30–ს 65–74 წლის ასაკში აღარ აქვთ ბუნებრივი კბილები. [1] ინდუსტრიულ ქვეყნებში ჩატარებული კვლევები მოწმობს, რომ თამბაქოს წვეა ერთ-ერთ უმთავრეს ფაქტორს წარმოადგენს პაროდონტის დაავადებათა განვითარებაში, თუმცა ქრონიკული დაავადებების როლი ასევე მნიშვნელოვანია.

უმრავლესობა განვითარებად ქვეყნებში სტომატოლოგიური დახმარების ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია, კბილები ხშირად რჩება უმკურნალელები ან ექვემდებარება ამოღებას, ტკივილის, დისკომფორტის და მატერიალური ხელმოკლეობის გამო. კბილების დაკარგვა და პირის ღრუს გაუარესებული ფუნქციური მდგომარეობა გადაიზრდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემაში. თუმცა ბევრ განვითარებად ქვეყანაში კბილების დაკარგვა მოზრდილ პოპულაციაში ასევე პაროდონტის დაავადებებითაც არის განპირობებული. 35–44წწ

ასაკობრივ ჯგუფში სწრაფად პროგრესირებადი მწვავე გენერალიზებული პაროდონტიტი მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონებში 5–15% ფარგლებში მერყეობს, ხოლო ქრონიკული მსუბუქი და საშუალო ფორმების არსებობა მოზრდილი მოსახლეობის დიდ უმრავლესობაში შეინიშნება [64] მაღალი შემოსავლების მქონე ინდუსტრიულ ქვეყნებში პირის ღრუს ჯანმრთელობა მიიღწევა სამკურნალო და პრევენციული ღონისძიებებით და დაფუძნებულია კერძო ან სახელმწიფო სისტემებზე. მაშინ როცა განვითარებადი ქვეყნების უმრავლესობაში ღარიბი საზოგადოება, გარკვეული ეთნიკური უმცირესობები, უსახლკარო და შეზღუდული უნარის მქონე ადამიანები და ასაკოვნები არ არიან დაკმაყოფილებული სტომატოლოგიური მომსახურებით. ეს ქვეყნები განიცდის პირის ღრუს ჯანმრთელობის მომსახურე პერსონალის დეფიციტს, მომსახურებას უზრუნველყოფს უმთავრესად რეგიონალური ან (და) ურბანული ცენტრები და ნაკლები ყურადღება ექცევა პრევენციასა და რესტავრაციულ მკურნალობას.

ადამიანური განვითარების ინდექსით 0.744 [135] საქართველოს მოსახლეობა შეადგენს დაახლოებით 4,5 მილიონს, რომლის 53% ურბანულ არეებში ცხოვრობს [136].

XX საუკუნის 90–იან წლებში სოციო-ეკონომიკური პირობების მნიშვნელოვანი გაუარესების გამო მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკვეთრად შეიცვალა, ჯანმრთელობის მაჩვენებლები ძლიერ განსხვავდებოდა ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებისგან, აღინიშნებოდა სიგარეტის და ნარკოტიკის გაზრდილი მოხმარება. მოწვევის მაღალი მაჩვენებლები ჯანმრთელობის უმთავრეს პრობლემას ქმნიდა და განსაკუთრებით პრევალირებდა ქალებსა და მოზარდებში, ალკოჰოლოს ჭარბი მოხმარება და ნარკოტიკები მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური, საარსებო პირობებით და უმუშევრობით გამოწვეული იმედგაცრუებისა და პესიმიზმის დრამატულ შედეგს წარმოადგენდა.

სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური განვითარების კვალდაკვალ საქართველოს მოსახლეობაში ბოლო წლებში შედარებით გაიზარდა სამედიცინო და სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა, იმატა სამედიცინო განათლების და კულტურის ხარისხმა, შესაბამისად გაიზარდა სტომატოლოგიური

აქტივობა, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა პირის ღრუს დაავადებათა გავრცელების საფრთხე და ტენდენცია, თუმცა მულტიფაქტორული სტომატოლოგიური დაავადებები კვლავ მწვავე და აქტუალურ პრობლემად რჩება საქართველოშიც. სავარაუდოდ სწორედ არადამაკმაყოფილებელი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი განსაზღვრავს საქართველოს მოსახლეობის სტომატოლოგიური მომსახურების ნაკლებ ხელმისაწვდომობას ევროპის ქვეყნებთან შედარებით. ჯანმრთელობის სერვისი უმთავრესად ფინანსდება კერძო სადაზღვევო კომპანიებისა და თვითონ მოსახლეობის მიერ. ჯანმოს 2010 წლის მონაცემებით 350 000 ადამიანია ჩართული კერძო კორპორაციულ სადაზღვევო სქემებში. სახელმწიფო ვერ აფინანსებს სამედიცინო მომსახურების ყველა სახეს, სტომატოლოგიური მომსახურება უმთავრესად ფინანსდება კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ და ვრცელდება ძირითადად სახელმწიფო სტრუქტურებში ან კერძო კომპანიებში დასაქმებულ პირებზე, ამიტომ ადამიანთა უმრავლესობას თვითონ უწევს სტომატოლოგიური მომსახურების გადახდა ან ვერ ხელეწიფება არასათანადო მატერიალური მდგომარეობის გამო. მატერიალური პირობები ამცირებს ადამიანთა ვიზიტის სიხშირეს სტომატოლოგთან, პირის ღრუს სანაციის ალბათობას, რაც აუარესებს პირის ღრუს ჰიგიენას და ხელს უწყობს კარიესისა და პაროდონტის დაავადებების განვითარებას. ამას ემატება სხვა რისკ-ფაქტორებიც: კლიმატ-გეოგრაფიული, მემკვიდრული წინასწარგანწყობა და ქსოვილების სტრუქტურული არასრულფასოვნება, ორგანიზმის ზოგადი დაავადებები და მდგომარეობები და შედეგად ორგანიზმის იმუნური სისტემის დაქვეითება, ასევე ქცევითი ფაქტორები, რომელთა მნიშვნელოვანი როლი პირის ღრუს დაავადებათა განვითარებაში აღწერილია მრავალრიცხოვან ეპიდემიოლოგიურ კვლევებში – ადამიანთა სამედიცინო განათლების დონე, სტომატოლოგიური მომსახურების საჭიროების და მნიშვნელობის გაცნობიერება ზოგადი ჯანმრთელობისათვის, კვების ხასიათი და რეჟიმი, არაჯანსაღი ცხოვრების სტილი(თამბაქოს, ნარკოტიკის და სასმელის მოხმარება) პაციენტთა დამოკიდებულება პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენურ ჩვევებთან– ეს ყველაფერი ზეგავლენას ახდენს სტომატოლოგიურ დაავადებათა განვითარებასა და გავრცელებაზე.

მაღალი ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების არსებობა და მათი უფულვებელყოფა მრავალ მედიკო-სოციალურ და ეკონომიკურ პრობლემას შეუქმნის საქართველოს მოსახლეობას მოსალოდნელი გართულებების სიხშირისა და ორგანიზმზე ნეგატიური გავლენის გზით[127]. სწორედ ამიტომ ამ მაჩვენებლების გამოვლენა, შესწავლა-შეფასება აქტუალური საკითხია, მით უმეტეს რომ საქართველოში ბოლო 22 წლის მანძილზე არ არსებობს სტომატოლოგიურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური მონაცემები, რაც საშუალებას მოგვცემს აღირიცხოს ამ დაავადებათა გავრცელება, სიხშირე და ინტენსივობა, გამოვლინდეს ხელშემწყობი თუ მაპროვიცირებელი ფაქტორები (მედიკო-ბიოლოგიური, კლიმატო-გეოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური და სხვ.), ხოლო მიღებული მონაცემების დამუშავების საფუძველზე მოხდეს სტომატოლოგიურ დაავადებათა პრევენციული ღონისძიებების გატარება, რასაც მნიშვნელოვანი პრაქტიკული ღირებულება აქვს დაავადებათა გავრცელების შემცირების თვალსაზრისით.

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოს მოზრდილ მოსახლეობაში სტომატოლოგიურ დაავადებათა სიხშირისა და გავრცელების დადგენა, მათი თავისებურებების შესწავლა კლიმატო-გეოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური, ჰიგიენური, ქცევითი, მედიკო-ბიოლოგიური და ასევე სხვა რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით და ამ ფაქტორების საფუძველზე პრევენციული ღონისძიებების თანამედროვე მიდგომების ჩამოყალიბება.

ამ მიზნის მისაღწევად დაისახა შემდეგი ამოცანები:

- საქართველოს მოზრდილ მოსახლეობის სტომატოლოგიური სტატუსის დადგენა
- საქართველოს მოზრდილ მოსახლეობაში სტომატოლოგიურ დაავადებათა ტერიტორიული, ასაკობრივი, სქესის მიხედვით განაწილების და სიხშირის შესწავლა.

- სტომატოლოგიურ დაავადებათა კორელაციის შესწავლა სხვადასხვა კლიმატო-გეოგრაფიულ, სანიტარულ-ჰიგიენურ, მედიკო-ბიოლოგიურ, სოციალურ-ეკონომიკურ, ქცევით და სხვა ფაქტორებთან.
- გამოვლენილი ფაქტორების გათვალისწინებით სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის თანამედროვე პრინციპების და მიმართულებების ჩამოყალიბება, რასაც მნიშვნელობა აქვს როგორც სოციალური, ისე სამედიცინო თვალსაზრისით.

კვლევის სიახლე

- პირველად საქართველოში ბოლო 22 წლის მანძილზე განხორციელდა ფართომასშტაბიანი, კომპლექსური ეპიდემიოლოგიური კვლევა ზრდასრული მოსახლეობის სტომატოლოგიურ დაავადებათა აქტიური გამოვლენის მიზნით.
- პირველად 22 წლის მანძილზე განხორციელდა საქართველოს ზრდასრული მოსახლეობის პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობის შეფასება, დადგენილ იქნა სტომატოლოგიურ დაავადებათა სიხშირე და გავრცელება და მათი ტერიტორიული განაწილება.
- შესწავლილი იქნა ასევე სხვადასხვა რისკ-ფაქტორების (სოციალურ-ეკონომიკური, კლიმატო-გეოგრაფიული, მედიკო-ბიოლოგიური, სანიტარულ-ჰიგიენური, ქცევითი, და სხვა) გავლენა საქართველოს მოსახლეობის სტომატოლოგიურ დაავადებათა გავრცელებაზე.
- მიღებული მონაცემების საფუძველზე შემუშავდა თანამედროვე პრევენციული ღონისძიებების კომპლექსი.

ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება

კვლევის შედეგად დადგინდა საქართველოს მოზრდილი მოსახლეობის სტომატოლოგიური სტატუსი, გამოიკვეთა კორელაციური კავშირი საქართველოს მოზრდილი მოსახლეობის სტომატოლოგიურ სტატუსსა და რისკ-ფაქტორებს შორის, რისკ-ფაქტორების გამოვლენის საფუძველზე შემუშავდა დიფერენცირებული პროფილაქტიკური ღონისძიებების კომპლექსი.

საქართველოში ბოლო 22 წლის მანძილზე არ არსებობს ეპიდემიოლოგიური კვლევა სტომატოლოგიურ დაავადებათა გამოსავლენად, ვფიქრობთ, კვლევის შედეგები საინტერესო იქნება ეპიდემიოლოგების, სტომატოლოგებისა და ჰიგიენისტებისათვის. მათ მიეცემათ საშუალება მიღებული მონაცემების ანალიზის შედეგად დაიგეგმოს და განხორციელდეს სამკურნალო პროფილაქტიკური პროგრამები სხვადასხვა კუთხით, რომლებიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის მაქსიმალურ ჩართულობას დაავადებათა შესამცირებლად, რათა მათ მინიმუმადე დაიყვანონ შაქრის, თამბაქოს, ალკოჰოლის მოხმარება, დიდი ყურადღება დაუთმონ პირის ღრუს ჰიგიენას და აიმაღლონ ჰიგიენური უნარ-ჩვევები. სპეციალისტებს მიეცემათ საშუალება შექმნან პროგრამები, რომლებიც გააძლიერებს მოსახლეობის პირის ღრუს ნადების და დაავადებათა კონტროლს, ასევე ფტორის ორგანიზმისათვის მიწოდების ხერხებს და შესაძლებლობებს, განახორციელონ პროექტები სტომატოლოგიურ დაავადებათა აღწერისა და კონტროლისათვის, რაც ხელს შეუწყობს მოსახლეობაში სამედიცინო და სტომატოლოგიური კულტურის ჩამოყალიბებასა და ამაღლებას.

რადგან კვლევა ითვალისწინებს საქართველოს სხვადასხვა რეგიონების კლიმატო-გეოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური, მედიკო-ბიოლოგიური, ქცევითი და სხვა ფაქტორების, მათ შორის სხვადასხვა ზოგადი დაავადებების ზეგავლენის შეფასებას პირის ღრუს დაავადებათა განვითარებაზე, კვლევის შედეგები მნიშვნელოვანი იქნება სხვადასხვა პროფილის მედიკოსებისათვის, რათა დაიგეგმოს და განხორციელდეს სამკურნალო და პრევენციული ღონისძიებათა კომპლექსი. მაგალითად, ცნობილია კარიესის მაღალი გავრცელება ენდემური ჩიყვის რეგიონებში[127]. რადგან ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები გავლენას

ახდენს კარიესის განვითარებაზე, ჩიყვის ენდემურ რაიონებში ისეთი პროგრამის განხორციელება რომელიც ერთდროულად მოიცავს კარიესის და ჩიყვის მასობრივ პროფილაქტიკასა და მკურნალობას ასეთ რეგიონებში, მნიშვნელოვნად შეამცირებს ორივე დაავადების გავრცელებას, ჩამოაყალიბებს ადამიანების ცნობიერებაში ექიმთან ვიზიტის და დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკის საჭიროებას, რაც დიდ წვლილს შეიტანს საზოგადოების სამედიცინო კულტურის ამაღლებაში.

თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1 სტომატოლოგიური დაავადებების გავრცელება და რისკ-ფაქტორები

პირის ღრუს ჯანმრთელობის სფეროში არსებული წარმატებების მიუხედავად სტომატოლოგიური დაავადებები კვლავ რჩება მწვავე და აქტუალურ პრობლემად მსოფლიოში, განსაკუთრებით მსოფლიო პოპულაციის ღარიბ და არაპრივილეგირებულ ჯგუფებში როგორც განვითარებულ ისე განვითარებად ქვეყნებში.

სტომატოლოგიური დაავადებებიდან ყველაზე გავრცელებულია კბილის კარიესი და პაროდონტის დაავადებები. მათ განვითარებაში მთავარი როლი მიკრობს ენიჭება, თუმცა ეს დაავადებები მულტიფაქტორული ხასიათისაა და მათ განვითარებაზე მრავალი ადგილობრივი და ზოგადი რისკ- ფაქტორი მოქმედებს.

კბილის კარიესი ძალიან გავრცელებული დაავადებაა მსოფლიო მასშტაბით. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (ჯანმოს) მონაცემებით კარიესის გავრცელება მოიცავს ბავშვთა კონტინგენტის 60–90%-ს, ზრდასრული პოპულაციის თითქმის 100% აღენიშნება კარიესი, ხოლო 30% -ს აღარ აქვთ ბუნებრივი კბილები 65-74 წლის ასაკში. დღესდღეობით კარიესის გავრცელება და სიხშირე ვარირებს არამხოლოდ პლანეტის სხვადასხვა ნაწილში არამედ ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონშიც[1].

პირის ღრუს დაავადებათა გავრცელება ვარირებს გეოგრაფიული რეგიონების და სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობის მიხედვით. უმრავლესობა ინდუსტრიულ ქვეყნებში და ლათინო-ამერიკის ზოგიერთ ქვეყანაში შეინიშნება კარიესით ავადობის(კბა ინდექსი) მაღალი მაჩვენებლები: >13,9. უკბილო ზრდასრულ ადამიანთა პროცენტული მაჩვენებელი მაღალია მთელ რიგ ქვეყნებში კანადა-58%, ალბანეთი-69%, ისლანდია 72%, მცირე აზია 57%, ბელგია 53% [2].

ინდოეთში ჩატარებულმა კვლევამ ბავშვებში გამოავლინა 58% კარიესის გავრცელება, ამერიკის ზრდასრულ მოსახლეობაში ის შეადგენს 93,8%-ს ხოლო ბავშვებში 45,3% -ს, ბრაზილიასა და ჩინეთში დაავადების გავრცელებამ ეპიდემიურ მაჩვენებელს მიაღწია[3].

ბევრ განვითარებად ქვეყანაში კარიესის დონე მატულობს დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში და განსაკუთრებით მაღალია ღარიბ და არაპრივილეგირებულ პოპულაციურ ჯგუფებში, როგორც ბავშვებში, ასევე ზრდასრულებში. აფრიკელი ბავშვების 60-80%-ს აქვთ კარიესით დაზიანებული კბილები რასაც უკავშირებენ შაქარზე გაზრდილ მოთხოვნილებასა და ფთორიდების არაადექვატურ გამოყენებას[4]. განვითარებულ ქვეყნებში კი პირიქით კარიესის გავრცელება შემცირდა ბოლო ასწლეულის მანძილზე [5].

კბილის კარიესი დღესდღეობით მისი უკვე ცნობილი მულტიეტოლოგიური ბუნებისა და ეფექტური პრევენციის შესაძლებლობების მიუხედავად კვლავ წარმოადგენს ჩვენი ცივილიზაციის ყველაზე გავრცელებულ დაავადებას ის აზიანებს ყველა პოპულაციას და ასაკობრივ ჯგუფს და წარმოადგენს ძნელად აღმოსაფხვრელ დაავადებას რაც განპირობებულია სხვადასხვა ფაქტორებთან ურთიერთკავშირით: სოციო-ეკონომიკური სტატუსი, ბიოლოგიური, ქცევითი ფაქტორები, გარემო პირობები, ნერწყვის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი ცვლილებები, გენეტიკური წინასწარგანწყობა, ფტორის ნაკლები შემცველობა სასმელ წყალში, რადიაცია, ზოგადი ქრონიკული დაავადებები. უფრო მეტიც ზოგად დაავადებებს ხშირად აქვთ პირის ღრუში გამოვლინება(მაგ. დიაბეტი) მნიშვნელოვანია ინდივიდუალური ფაქტორებიც,[6]როგორცაა კვება (განსაკუთრებით შაქრის ხშირი მოხმარება) ფტორიდების არასაკმარისი გამოყენება, პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა, არაჯანსაღი ცხოვრების სტილი, (არასრულფასოვანი დიეტა, თამბაქოს და

ალკოჰოლის მოხმარება), სტომატოლოგიური მომსახურების ნაკლები ხელმისაწვდომობა [6].

კვებითი ფაქტორი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს კარიესის განვითარებაში. კბილის ბალთაში არსებული მიკროორგანიზმების Streptococcus Mutans and Lactobacillus მოქმედების შედეგად პირის ღრუში არსებული ნახშირწყლები დაშლის შედეგად წარმოქმნილი მჟავა იწვევს კბილის მაგარი ქსოვილების რღვევას რასაც მიყვავართ დემინერალიზაციის პროცესთან და საბოლოოდ ღრუს ჩამოყალიბებასთან, თუმცა ისეთი ფაქტორები როგორცაა საკვების ხასიათი, ნახშირწყლების მოხმარების სიხშირე და პირის ღრუში მათი დაყოვნების დრო, ნერწყვის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი ცვლილებები, რომლებიც განსაზღვრავენ კბილის ქსოვილების რემინერალიზაციის პროცესებს მნიშვნელოვანია დემინერალიზაციის პროცესის განვითარებაში [7-9].

მრავალმა კვლევამ ცხადყო რომ არსებობს დამოკიდებულება პირის ღრუს დაავადებებსა და სოციო-ეკონომიკურ სტატუსს შორის: რაც ნაკლებია ეს სტატუსი მით უარესია ადამიანთა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა [10-12].

ფინანსური სტატუსი, ქცევითი ფაქტორები და ცხოვრების სტილი დაკავშირებულია პირის ღრუს დაავადებებთან [11].

ამ ფაქტორების გავლენა პირის ღრუს დაავადებებზე აღწერილია სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებულ კვლევებში [13-15]. ის მოქმედებს კარიესის განვითარებაზე სხვადასხვა გზით: ოჯახის დაბალი შემოსავალი გავლენას ახდენს საკვების არჩევასა და დედისა და შვილის მიერ კვებითი ელემენტების მიღებაზე კბილების განვითარების პერიოდში. მან ასევე შეიძლება გავლენა იქონიოს განათლების ხარისხზე, ჯანმრთელობის ღირებულებებზე, ცხოვრების წესსა და ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობაზე. განსხვავება ამოღებულ, დაბჟენილ და კარიესული კბილების რაოდენობებს შორის სხვადასხვა სოციალური სტატუსის მქონე ადამიანებში განპირობებულია პროფილაქტიკური ღონისძიებებით, ადრეული დიაგნოსტიკით და დროული მკურნალობით, რომლებიც უფრო ხელმისაწვდომია კარგი ეკონომიკური შესაძლებლობების ადამიანებში. ამგვარად სოციო-

ეკონომიკური ფაქტორი კარიესის განვითარების რისკის ინდიკატორს წარმოადგენს [15].

ბევრი დაავადებისაგან განსხვავებით კარიესს იშვიათად მივყავართ დრამატულ შედეგებამდე მაგრამ ორგანიზმში ბევრი მნიშვნელოვანი პრობლემის მიზეზი შეიძლება გახდეს [16].

კბილის ქსოვილების მნიშვნელოვანი დესტრუქციის შედეგად მცირდება ლეჭვითი უნარი (ტკივილის გამო), არასრულფასოვნად დაღეჭილი და გადამუშავებული საკვები კი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანების მიზეზი შეიძლება გახდეს და კუჭის და ნაწლავების ლორწოვანში შეუქცევადი ცვლილებებიც კი გამოიწვიოს, გარდა ამისა კარიესისაგან დაზიანებული კბილების ბასრი კიდეები იწვევენ პირის ღრუს რბილი ქსოვილების ლორწოვანის გაღიზიანებას და გინგივიტის, გლოსიტის, სტომატიტის და პრეკანცერული დაზიანებების წარმოქმნას, კარიესის გართულება კი შეიძლება ორგანიზმის ბაქტერიული ინვაზიის და სხვადასხვა ანთებითი დაავადებების მიზეზი გახდეს, როგორცაა ოსტეომიელიტი, აბსცესი , ფლეგმონა, ლიმფადენიტი და სეფსისი. მან ასევე შეიძლება გამოიწვიოს კანის, თვალის, გულის, ფილტვების, თირკმელების და სახსრების მეორადი დაზიანება[17].

პირის ღრუს დაავადებები უმთავრესი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემაა მაღალი გავრცელების და სიხშირის გამო მთელს მსოფლიოში[18]. ევროპასა და ჩრდილო ამერიკაში კვლავ აღინიშნება მნიშვნელოვანი უთანასწორობა ჯანმრთელობასა და პირის ღრუს დაავადებებს შორის[19,20].

დასავლეთის ბევრ განვითარებულ ინდუსტრიულ ქვეყანაში პოპულაციისათვის ხელმისაწვდომი სტომატოლოგიური მომსახურება მოიცავს პრევენციულ და სამკურნალო ღონისძიებებს და დაფუძნებულია კერძო ან საჯარო სისტემებზე. თუმცა ღარიბი საზოგადოება, გარკვეული ეთნიკური უმცირესობები, უსახლკარო და უნარშეზღუდული ადამიანები და მოხუცებულები არასათანადოდ არიან უზრუნველყოფილნი სტომატოლოგიური მომსახურებით. ბევრი განვითარებადი ქვეყანა განიცდის სტომატოლოგიური პერსონალის ნაკლებობას, მომსახურებას უმთავრესად უზრუნველყოფს ურბანული ცენტრების რეგიონული ან

ცენტრალური ჰოსპიტლები და ნაკლები ყურადღება ექცევა პრევენციასა და რესტავრაციულ მკურნალობას. სტომატოლოგების წილი მოსახლეობაზე აფრიკაში შეადგენს 1:150 000, ხოლო უმრავლეს ინდუსტრიულ ქვეყნებში 1: 2000[21]. ბევრ განვითარებად ქვეყანაში სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია, კბილები ხშირად რჩება უმკურნალებელი ან ამოიღება ტკივილის და დისკომფორტის და მატერიალური ხელმოკლეობის გამო, ამიტომაც, კბილების კარგვა და პირის ღრუს გაუარესებული მდგომარეობა გადაიზრდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემაში ბევრ განვითარებად ქვეყანაში[21].

კარიესული დაზიანების შედეგად განპირობებული ტკივილი, დისკომფორტი და კბილების კარგვა იწვევს ესთეტიურ და ფუნქციურ დარღვევებს და მნიშველოვან უარყოფით გავლენას ახდენს პირის ღრუსა და ზოგად ჯანმრთელობაზე, ადამიანთა ცხოვრების ხარისხზე[22]. ამიტომაც სტომატოლოგიური დაავადებები საჭიროებს სერიოზულ პროფესიულ დამოკიდებულებას და მკურნალობას გართულებების თავიდან ასაცილებლად. ტრადიციული მკურნალობა საკმაოდ ძვირია და წარმოადგენს მნიშვნელოვან ეკონომიკურ დატვირთვას ინდუსტრიული ქვეყნებისათვის სადაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ბიუჯეტის 5-10% მოდის პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე (პრევენციასა და მკურნალობაზე)[23]. კბილის კარიესი ერთ -ერთი ყველაზე უფრო ძვირი დაავადებაა სამკურნალოდ. ევროპის მასშტაბით კბილის კარიესთან დაკავშირებული სტომატოლოგიური მომსახურება 2011 წელს შეფასდა 79 მილიარდ ევროდ[24].

განვითარებად ქვეყნებში სახსრები უმთავრესად გამოყოფილია გადაუდებელ დახმარებასა და ტკივილის შემსუბუქებაზე[1] და ნაკლები ყურადღება ექცევა პრევენციას. ფინანსური ხელმოკლეობა განსაზღვრავს სტომატოლოგიური მომსახურების ნაკლებ ხელმისაწვდომობას. სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორი შაქრის გაზრდილ მოხმარებასა და ფტორიდების არასაკმარის გამოყენებასთან ერთად მნიშვნელოვანი წინაპირობაა პირის ღრუს ჯანმრთელობის პრობლემების და ავადობის გაზრდაში განვითარებად ქვეყნებში.

ავადობა არის დაავადების გავრცელების მაჩვენებელი, რომლის გამოვლენა ან რეგისტრირება მოხდა წლის განმავლობაში მთლიანად მოსახლეობაში ან მის

გარკვეულ ჯგუფებში (წლოვანების, სქესის, ტერიტორიული განაწილების პროფესიული და სხვათა მიხედვით)

კარიესით ავადობის შესაფასებლად მოწოდებულია 3 მაჩვენებელი [25]:

1) კარიესის გავრცელება (განისაზღვრება 100 გამოკვლეულზე კარიესით დაავადებული ადამიანების რიცხვით). კარიესის გავრცელება დაბალია თუ ის <30%-ზე, 31-80% ითვლება საშუალო, ხოლო 81%-ზე ზევით მაღალ გავრცელებად.

2) კარიესის ინტენსივობა (განისაზღვრება 1 გამოკვლეულზე კარიესით დაზიანებული დაზეენილი და კარიესის ან მისი გართულების გამო ამოღებული კბილების ჯამით) [25]. კარიესის ინტენსივობის შესაფასებლად ჯანმო-ს მიერ მოწოდებულია კბა(DMFT), კბა-ზ(DMFS) ინდექსები. კბა გამოხატავს კარიესით დაზიანებული(კ) კბილების, კარიესის გამო დაკარგული კბილების(ა), დაზეენილი ან რესტავრირებული კბილების(ბ) საერთო რაოდენობას, ხოლო კბა-ზ შეესაბამება კარიესით დაზიანებული(კ), კარიესის გამო დაკარგული(ა), დაზეენილი ან რესტავრირებული კბილების(ბ) ზედაპირების საერთო რაოდენობას. კარიესის ინტენსივობის შესაფასებლად მუდმივ თანკბილვაში ჯანმოს მოწოდებული აქვს შემდეგი კრიტერიუმები:35-44წწ და 65-74წწ ასაკობრივ ინდექსურ ჯგუფებში კარიესის ინტენსივობა ძალიან დაბალია თუ კბა ინდექსი <5,0-ზე, დაბალი-5,0-8,9-მდე, კბა მაჩვენებელი 9,0-13,9 განიხილება ზომიერ, ხოლო >13,9 - მაღალ ინტენსივობად [26].

3) კარიესის ინტენსივობის ზრდა ანუ ინტენსივობის ნამატი, რაც განისაზღვრება გარკვეული დროის პერიოდში ახალი კარიესული ღრუების რაოდენობით.

სტომატოლოგიური ავადობის შესაფასებლად დადგენილია გარკვეული მოთხოვნები. ჯანმო-ს რეკომენდაციით 3 წლის ასაკში ხდება სარძევე კბილების, 6 წლის ასაკში-მუდმივი პირველი მოლარების, 12 წლის ასაკში-მუდმივი კბილების, ხოლო 15 წლისათვის – პაროდონტის მდგომარეობის, 35-44წ კბილებისა და პაროდონტის მდგომარეობის შეფასება. 65-74 წლისათვის კი გამოკვლევა ტარდება მოხუცებულთა სტომატოლოგიური დაზიანების დასადგენად [27].

კბილების დაკარგვა მოზრდილ პოპულაციაში არა მხოლოდ კარიესის და მისი გართულებების, არამედ პაროდონტის დაავადებებითაც არის განპირობებული. კბილის კარიესი და პაროდონტის დაავადება ყველა სოციალურ-ეკონომიკურ კლასს და მსოფლიო პოპულაციის დიდ უმრავლესობას მოიცავს და მთავრდება ყბა-სახის ინფექციებით და კბილების კარგვით არაადექვატური მკურნალობის შემთხვევაში [4].

პაროდონტის დაავადება განისაზღვრება როგორც პათოლოგიური პროცესი, რომელიც აზიანებს პაროდონტის ქსოვილს და გამოვლინდება გინგივიტის და პაროდონტიტის სახით. მთავარი ეტიოლოგიური ფაქტორი არის ბაქტერიული ნადები, რომელიც გროვდება კბილ-ღრმლოვანი კავშირის დონეზე [28] პირის ღრუს არასრულფასოვანი ჰიგიენის ფონზე. მიკროორგანიზმები და მათი დაშლის პროდუქტების პაროდონტის ქსოვილზე მოქმედების შედეგად ადგილი აქვს კბილ-ღრმილოვანი ღარის სითხის რაოდენობრივ და თვისობრივ ცვლილებებს, კბილ-ღრმილოვანი კავშირი ირღვევა, ყალიბდება ე.წ პაროდონტალური ჯიბე როგორც პათოგენური მიკრობისა და მასპინძელი ორგანიზმის იმუნური სისტემის კომპლექსური ურთიერთქმედების შედეგი [29,30].

ქრონიკული პაროდონტიტი პაროდონტის ქსოვილის ქრონიკული ინფექციური დაავადებაა, რომელიც უმთავრესად გრამ-უარყოფითი ბაქტერიებით არის გამოწვეული მათ შორის: *Porphyromonasgingivalis* (Pg), *Prevotellaintermedia* (Pi), *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa) and *Tannerella forsythia* (Tf) [31].

პროცესის პროგრესირებისას ანთება ძვლოვან ქსოვილში ვრცელდება. ხდება კბილბუდის ძვლოვანი ქსოვილის განლევა, კბილები ნაკლებადაა გამაგრებული კბილბუდეში, იწყება მათი მორყევა და გადანაცვლება, საბოლოოდ კი კბილების დაკარგვა. ადგილობრივად დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს პირის ღრუს დაბალი კარიბჭე, ენისა და ტუჩის მოკლე ლაგამი, ლორწოვანის მოკლე ჭიმები, კბილთა დგომისა და თანკბილვის ანომალიები, არასრულფასოვნად და არასწორად გაკეთებული ბჟენები, ორთოპედიული და ორთოდონტიული კონსტრუქციები და სხვა.

პაროდონტიტი წლების მანძილზე განიხილებოდა ასაკის დაავადებად, თუმცა მრავალმა ექსპერიმენტულმა და ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა გამოავლინა ის სპეციფიკური რისკ-ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავენ ადამიანის მიდრეკილებას და რისკს პაროდონტის დაავადებების მიმართ: თამბაქოს მოხმარება, სოციალურ-ეკონომიკური და დემოგრაფიული სტატუსი, მთელი რიგი ქრონიკული ზოგადი დაავადებები, როგორცაა, ქრონიკული რესპირატორული დაავადება, გულ-სისხლძარღვთა, ენდოკრინული, იმუნური სისტემის, კუჭ-ნაწლავის და ნერვული სისტემის დაავადებები და მოშლილობები, სიმსუქნე, საცხოვრებელი გარემო-პირობები თუ ფსიქოლოგიური სტრესი[32-34], მეორეს მხრივ მზარდი მტკიცებულება არსებობს იმის შესახებ რომ პაროდონტის დაავადებებმა შეიძლება განაპირობოს სხვადასხვა ზოგადი დაავადებები ანთებითი მედიატორებისა და პირის ღრუს პათოგენების სისტემური ცირკულაციის შედეგად [35].

პირის ღრუს ეკოსისტემაში ბევრი მიკრობული სახეობა არსებობს პირის ღრუს რბილ და მაგარ ქსოვილებზე, დაახლოებით 700 სახეობის მიკრობი შეინიშნება პირის ღრუს მიკრობულ შემადგენლობაში[36]. ეს მიკრობები ქმნიან რთულ კომპლექსს[37-40]. მიკრობული ფლორის შემადგენლობა დამოკიდებულია მასპინძლის პასუხზე, პირის ღრუს დაავადებებსა და პირის ღრუში ლოკალიზაციაზე [41- 43].

ეკოსისტემის შემადგენლობა ვარირებს პათოლოგიური პროცესების გამო, როგორცაა, კარიესი და პაროდონტის დაავადებები, ცვლიან რა ისინი მიკრობული ფლორის შემადგენლობას[43-45]. ხოლო პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა ხლს უწყობს ნადების დაგროვებას, რასაც მივყავართ პათოგენური ბაქტერიის გამრავლებასა და პაროდონტის დაავადებების მწვავე ფორმების განვითარებასთან.

მსოფლიოში მრავალრიცხოვანი კვლევები ადასტურებს, რომ კბილის ნადების ზრდა და ღრძილის ქსოვილის ანთება მჭიდროდ დაკავშირებულია ერთმანეთთან ასაკის, სქესის და რასობრივი თუ ეთნიკური წარმომავლობისგან დამოუკიდებლად[46]. დადებითი დამოკიდებულება კბილების რეგულარულ ხეხვას, პირის ღრუს კარგ ჰიგიენასა და პაროდონტის დაავადებების დაბალ გავრცელებას შორის კარგად ცნობილია [47] და აღწერილია სხვადასხვა კვლევებში[48- 50].

თამბაქოს წვევა უმთავრესი ქცევითი ფაქტორია პაროდონტის დაავადებათა განვითარებაში[51-54]. მწვეველებს 11-ჯერ მეტად აღენიშნებათ პაროდონტიტის გამომწვევი ბაქტერიები, ვიდრე არამწვეველებს და 4-ჯერ უფრო ხშირად პაროდონტის დაავადებები არამწვეველებთან შედარებით[55,56], პაროდონტის დაავადებათა მკურნალობის უკეთესი შედეგები შეინიშნება არამწვეველებში ვიდრე მწვეველებში[57]. გარდა ამისა, მწვეველებში უფრო მწვავედ არის გამოხატული ალვეოლური ძვლოვანი ქსოვილის განლევა, კბილების მორყევა, ღრმა პაროდონტალური ჯიბეები და კბილების კარგვა ვიდრე არამწვეველებში[58].

პაროდონტის დაავადებების გავრცელება იზრდება ასაკთან ერთად [59-61], გვხვდება უფრო ხშირად მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში[62,63].

ჯანმო-ს მონაცემებით მსოფლიოში 35–44წ ასაკობრივ ჯგუფში სწრაფად პროგრესირებადი მწვავე გენერალიზებული პაროდონტიტი მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონებში 5–15% ფარგლებში მერყეობს, ხოლო ქრონიკული მსუბუქი და საშუალო ფორმების არსებობა მოზრდილი მოსახლეობის დიდ უმრავლესობაში შეინიშნება [64]. პაროდონტიტი მწვავე და მნიშვნელოვანი პრობლემაა ამერიკის ზრდასრულ პოპულაციაში, მათ 35%-ს აქვთ ქრონიკული პაროდონტიტი და 10%-15% დაავადების მწვავე ფორმები აღენიშნებათ[65]. პაროდონტის ქსოვილების პათოლოგიები ფინეთში 11%-ს შეადგენს, ჰონგ-კონგში 20-37%-ს, ხოლო 70%-ს დიდი ბრიტანეთის ზრდასრულ მოსახლეობაში [66].

კარიესის თუ პაროდონტის დაავადების გამო განვითარებული ტკივილი, დისკომფორტი და კბილების დაკარგვა ფუნქციური და ესთეტიური ხასიათის დარღვევებს იწვევს და მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრების ხარისხზე. უკბილობა მნიშვნელოვნადაა დაკავშირებული ასაკთან[67-72], განათლებასთან[73-75], ფინანსურ მდგომარეობასთან[76-80], სოციალურ კლასთან[81-83] და მოწვევასთან [84-87], როგორც ამას სხვადასხვა ქვეყნების მონაცემები მოწმობს.

სტომატოლოგიურ მონაცემთა გლობალური ბანკი გვიჩვენებს, რომ განვითარებული ქვეყნები და ლათინური ქვეყნების ნაწილი პაროდონტალური ინდექსის საკმაოდ მაღალი და საშუალო მაჩვენებლებით ხასიათდებიან, (WHO,2004), უმრავლესობა განვითარებად ქვეყნებში სტომატოლოგიური დახმარების

ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია, კბილები ხშირად რჩება უმკურნალებელი ან ექვემდებარება ამოღებას ტკივილის, დისკომფორტის და მატერიალური ხელმოკლეობის გამო. კბილების დაკარგვისა და პირის ღრუს გაუარესებული ფუნქციური მდგომარეობის შედეგად სპეციალისტები მოელიან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემების მომატებას განვითარებად ქვეყნებში.

1.2 სტომატოლოგიური და სომატური დაავადებები

პირის ღრუს დაავადებები, კერძოდ კი კარიესი და პაროდონტის დაავადებები დაკავშირებულია მრავალ სომატურ დაავადებასთან. ხშირად ისინი წარმოადგენენ ზოგადი დაავადების მიზეზს ან პირიქით, ამ დაავადების პირის ღრუში გამოვლინებას.

ქრონიკული დაავადებები უფრო დამახასიათებელია ღარიბი სოციალური ფენისათვის და ხშირად ასოცირდება რასასა და ეთნიკურობასთან. ეკონომიური სიდუხჭირის მქონე ადამიანები ხშირად უმუშევრები არიან, განიცდიან სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობას და ნაკლებად აკონტროლებენ თავიანთ ცხოვრების სტილსა და ჯანმრთელობას.

ყბების, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისა და პირის ღრუს ირგვლივი ქსოვილების დაზიანება ზოგჯერ კუჭ-ნაწლავის დაავადებების გამოვლინებაა. ორალური დაზიანებები დაავადებების აღმოცენებამდე შეიძლება განვითარდეს, არსებობდეს დაავადების მიმდინარეობის პროცესში, ან გაგრძელდეს დაავადების აღმოფხვრის შემდეგაც, ზოგჯერ ორალური ცვლილებები მსგავსია კუჭ-ნაწლავის დაზიანებებისა, სხვა დროს კი ისინი ვითარდება მეორადად, კუჭ-ნაწლავის პრობლემებთან, კერძოდ კი შეწოვის ფუნქციის დარღვევასთან დაკავშირებულ სისტემურ ცვლილებებთან დაკავშირებით [88].

კუჭ-ნაწლავის დაავადებებს ხშირად თან ახლავს ცვლილებები პირის ღრუში რაც მთლიანად პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანებით გამოვლინდება, განსაკუთრებით კი ენის ლორწოვანის ცვლილებებით, რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა და მიაწინებდეს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფარულ დაზიანებაზე. ყველაზე ხშირი სიმპტომია ნადებიანი ენა. ნადები ძირითადად ვლინდება გასტრიტის, კუჭისა და და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებების ენტეროკოლიტის, კუჭის სიმსივნის დროს[89].

კუჭ-ნაწლავის დაავადებების კიდევ ერთი სიმპტომია ენის შეშუპება, რომელიც წარმოადგენს ნაწლავთა ქრონიკული დაზიანების პათოგნომურ ნიშანს და განპირობებულია ნაწლავების შემწოვი უნარისა და ბარიერული ფუნქციის დარღვევით. ცვლილებები ვითარდება ენის დვრილოვან აპარატშიც და გამოვლინდება ჰიპერპლაზიური და ჰიპოპლაზიური გლოსიტის სახით. მსხვილი ნაწლავების დაავადებების დროს ხშირად ვითარდება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის წყლულოვანი დაზიანებები რაც დაავადების დროს განვითარებული ტროფიკული დარღვევის შედეგია. წყლულოვანი დაავადებების, კოლიტის და ენტეროკოლიტის დროს პირის ღრუში ვითარდება კატარული სტომატიტი და ვლინდება ჰიპერემიული უბნების სახით [89].

კუჭ-ნაწლავის დაავადებები, რომლებიც დაკავშირებულია მიკროელემენტებისა და ცილების არასრულფასოვან მიღებასთან ხშირად გავლენას ახდენს პირის ღრუს ქსოვილებზე. კლასიკურ მაგალითს წარმოადგენს რკინისა და ვიტამინ B12 შეწოვის დარღვევა რკინა დეფიციტური და პერნიციოზული ანემიების დროს შესაბამისად. პირველ გამოვლინებას პირის ღრუში წარმოადგენს ატროფიული გლოსიტი, რომლის დროსაც ენის ზურგზე განლაგებული ფოთლისებური და სოკოსებური დვრილები განიცდიან ატროფიას. შედეგად მიიღება გამიშვლებული წითელი ენა, ძალიან მწვავე შემთხვევებში შესაძლებელია გაჩნდეს ზედაპირული მრგვალი ან ოვალური ხანგრძლივად მოუშუშებელი წყლულები მკვეთრი წითელი საზღვრებით, რომლებიც კლინიკურად აფტოზურ წყლულებს წააგავს. დაზიანებები საკმაოდ მტკივნეულია, მაგრამ უფრო ხშირი ჩივილი არის წვის შეგრძნება, რომელიც შესაძლოა კლინიკურად გამოხატულ ორალურ დაზიანებას უსწრებდეს წინ. ატროფია

შეიძლება მოიცავდეს ლორწოვანის სხვა უბნებსაც წყლულების და წვის სახით, მაგრამ ეს სიმპტომები ენასთან შედარებით ნაკლებადაა გამოხატული და ხშირად შეუმჩნეველი რჩება. პაციენტები მიდრეკილნი არიან სოკოვანი ინფექციის და განსაკუთრებით ანგულარული ჰეილიტის განვითარებისადმი, ამგვარად ატროფიული გლოსიტი შეიძლება წარმოადგენდეს საკვები ნივთიერებების შეწოვის დარღვევის ინდიკატორს და შესაძლებელია დიაგნოსტიკის როგორც სტომატოლოგის ასევე გასტროენტეროლოგის მიერ[90].

პირის ღრუს ლორწოვანის ცვლილებები აღინიშნება ღვიძლისა და სანაღვლე გზების დაავადებების დროსაც. ქრონიკული ჰეპატიტის დროს ადგილი აქვს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთებით და დისტროფიულ ცვლილებებს: ჰიპერემია, შეშუპება, პირის სიმშრალე, ეპითელიუმის დესქვამაცია, ჰემორაგიები და ტელეანგიექტაზიები და სხვ.

კვლევებით დადგენილია გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადების მნიშვნელოვნად მაღალი გავრცელება ქრონიკული პაროდონტიტით დაავადებულ პაციენტებში. გარდა ამისა, დადგინდა, რომ ეს დაავადება ქრონიკული პაროდონტიტის დამოუკიდებელ რისკ -ფაქტორს წარმოადგენს სხვა რისკ-ფაქტორების არსებობის მიუხედავად როგორც კარიესი, თამბაქოს მოხმარება და სხვა. გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადების, როგორც ქრონიკული პაროდონტიტის განმაპირობებელი ფაქტორის ყველაზე გონივრული ახსნას წარმოადგენს სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქციის მოშლა და ჰიპოსალივაცია, პირის ღრუს ქსოვილები შეღწევადი ხდება კუჭის წვენის მჟავის და პროტეოლოზური ფერმენტების მიმართ და საბოლოოდ იწვევს ქრონიკული პაროდონტიტის განვითარებას[65].

გასტროეზოფაგური რეფლუქსის, ქრონიკული ალკოჰოლიზმის და ბულემიის დროს ხშირად აღინიშნება კბილების ისეთი არაკარიესული დაავადება როგორცაა მინანქრის ეროზია, კლინიკურად ეს გამოვლინდება მინანქრის საკმაოდ ვრცელი დაზიანებით, კერძოდ კი იმ უბნებში დაკარგვით, რომლებიც განიცდიან კუჭის შიგთავსის ზემოქმედებას. ბულემიით დაავადებულ პირებში ჩვეულებრივ გაცვეთას განიცდის ზედა ყბის ფრონტალური კბილების შიგნითა ზედაპირები. გაცვეთილი

მინაქრის ზედაპირი არის გლუვი, მკვრივი და მზინავი, თუ ის ძალიან დათხელდა ქვემდებარე ქსოვილი მოყვითალო ფერის დენტინი შიშვლდება და შესამჩნევი ხდება. ხშირად აღინიშნება კბილების აწეული მგრძობელობა(ჰიპერესთეზია) ტემპერატურული ცვლილებებზე [91,92].



სურ 1. ბულემიით დაავადებული პაციენტის ზედა ფრონტალური კბილების ეროზიისაგან გაცვეთილი მინანქარი [88]

რადგანაც მინაქრის ეროზიის სიმძიმე დამოკიდებულია კუჭის წვენის ზემოქმედების დროზე, გასტროენტეროლოგმა შეიძლება დაზიანების ხარისხის მიხედვით წარმოდგენა იქონიოს რეფლუქსის სიხშირესა და ხანგრძლივობაზე, ხოლო სტომატოლოგის მიერ დასმული დიაგნოზი დაეხმაროს გასტროენტეროლოგს დაავადების შეფასებაში.

ნაწლავების ანთებითი დაზიანება კრონის დაავადებისა და წყლულოვანი კოლიტის დროს არამარტო გავლენას ახდენს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე, არამედ გამოვლინდება პირის ღრუშიც. ეს ორალური გამოვლინებები შესაძლოა დამხმარე აღმოჩნდეს კლინიცისტიკისათვის დაავადების დიაგნოსტიკისა და მონიტორინგისათვის. კრონის დაავადებისათვის დამახასიათებელია ლორწოვანი გარსიდან წამოწეული ვარდისფერი გრანულაციური ქსოვილი ლოყის ლორწოვანზე[88].(სურათი 2) ტუჩებზე ორალური დაზიანებები შეიძლება იყოს მტკივნეული, გამოიწვიოს ფუნქციური და ფსიქოლოგიური დაზიანებები [93]



სურათი 2: ლოყის ლორწოვანის ცვლილება კრონის დაავადების დროს [88]

დუპუიმ აღმოაჩინა, რომ კრონის დაავადების შემთხვევაში პაციენტთა მხოლოდ 0,5%-ს განუვითარდა ორალური დაზიანებები[94]. მათ ასევე აღენიშნებოდათ ანალური და ეზოფაგიალური დაზიანებები და გამოხატული იყო უფრო მამაკაცებში და ახალგაზრდებში. ზოგჯერ ორალური გამოვლინება შეიძლება იყოს კრონის დაავადების პირველი ნიშანი, თუმცა ძირითადად ისინი ნაწლავთა დაზიანებასთან ერთად გვხვდება. ორალური დაზიანებები მულტიფოკალური, ხაზოვანი, კვანძოვანი, პოლიპოიდური წარმონაქმნების ან ლორწოვანის გაფანტული შესქელებების სახით გამოვლინდება და უფრო ხშირად აზიანებს ენისა და ლოყის ლორწოვანს, და ლოყის ლორწოვან ჭიმებს, წარმონაქმნებისათვის დამახასიათებელია სიმკვრივე, ვარდისფერი შეფერილობა და უმტკივნეულობა პალპაციისას, მათი დაწყლულების შემთხვევაში კი აღინიშნება ტკივილი შეხებისას, ასევე მჟავე, მწარე და ცხელი საკვების მიღებისას, წყლულები ხანგრძლივია, ხაზოვანი და ღრმა და განსხვავდება აფტოზური წყლულებისაგან რომლებიც ხასიათდება პირის ღრუს ლორწოვანის ზედაპირული, მრგვალი ან ოვალური დაზიანების სახით ეპითელიუმისქვეშა შესქელებით და 7-14 დღის განმავლობაში სპონტანური შეხორცების უნარით.

შაქრიანი დიაბეტი ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორია პაროდონტის დაავადებათა განვითარებაში და ხშირად პაროდონტის ანთება ამ დაავადების გამოვლინებას წარმოადგენს. დიაბეტი იწვევს ცვლილებებს პირის ღრუში, როგორცაა ღრძილებთან დაკავშირებული პრობლემები ჰიპერტროფული გინგივიტის და პაროდონტიტის სახით. სხვა დიაბეტ-დაკავშირებული პირის ღრუს პრობლემებს წარმოადგენს კბილის კარიესი, პირის ღრუს კანდიდოზი და გლოსოდიტია. ზოგ ადამიანს აღენიშნება აცეტონის გემო პირში, ზოგს კი ქსეროსტომია [95].

დიაბეტის პირის ღრუში გამოვლინება შეიძლება ორ ჯგუფად დაიყოს: 1) პირის ღრუს მაგარი ქსოვილების და 2) რბილი ქსოვილების დაზიანება. პაროდონტის ქსოვილების დაზიანება აღინიშნება შემთხვევათა 34% -ში, ორალური კანდიდოზი 24%-ში, პირის ღრუს ლორწოვანის წყლულოვანი დაზიანებები-22%-ში, გემოვნების გაუკუღმართება 20% -ში, სანერწყვე ჯირკვლების ჰიპოფუნქცია და

ქსეროსტომია 14 %-ში, კბილის კარიესი 24%-ში, ხოლო პირის ღრუს წვის შეგრძნებები 10-% შემთხვევებში [96]. შაქრიანი დიაბეტი უარყოფითად მოქმედებს კაპილარული ქსელით მდიდარ ორგანოებსა და ქსოვილებზე, როგორცაა თირკმელები, ბადურა და ნერვები მეორადი მიკროანგიოპათიის განვითარებით. მსგავსი ცვლილებები ვითარდება პირის ღრუს ქსოვილებში, ამიტომაც დიაბეტით დაავადებული ადამიანები პაროდონტის დაავადებების განვითარების გაზრდილი რისკის ქვეშ არიან [97].

დიაბეტიანი ადამიანები ნაკლებად არიან მიდრეკილნი კარიესის განვითარებისაკენ ვიდრე არადიაბეტიკები, დღის განმავლობაში საკვების უფრო ხშირად მიღების მიუხედავად. სავარაუდოდ, დაავადების მიმდინარეობის ხანგრძლივობა გავლენას ახდენს კარიესის განვითარებაზე, ხოლო საქაროზის შეზღუდული მოხმარება იწვევს კარიესის ნაკლებად განვითარებას დიაბეტიკებში [98]. პაროდონტის დაავადებები აუარესებს გლუკოზის კონტროლს დიაბეტიან ადამიანებში, ხოლო არაკონტროლირებულმა დიაბეტმა შეიძლება გაამწვავოს პაროდონტის დაავადება [99].

ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა გამოავლინა ასოციაცია პირის ღრუსა და სისტემურ დაავადებებს, კერძოდ კარდიო-ვასკულარულ დაავადებას, პნევმონიასა და რევმატოიდულ ართრიტს შორის. ამ კვლევებმა აჩვენა დენტალური დაავადებების მკურნალობის გავლენა სისტემურ მდგომარეობებზე. კერძოდ, პაროდონტის დაავადების მკურნალობა დადებით გავლენას ახდენს კარდიო-ვასკულარულ დაზიანებებზე და გლუკოზის კონტროლზე [93].

პაროდონტის დაავადებების გამომწვევი ბაქტერია სისხლის ნაკადში დაკავშირებულია ათეროსკლეროზთან, კორონარული არტერიების დაავადებებსა და ინსულტის განვითარებასთან. ორალური პათოგენების ჰემატოგენური გზით გავრცელება არანამკურნალევი კარიესის პოტენციური რეზულტატია მას შემდეგ, რაც ბაქტერია მოხვდება პულპის კამერაში. ბაქტერიული ენდოკარდიტი წარმოადგენს ყველაზე ხშირ გართულებას. ბაქტერიული ენდოკარდიტის დაახლოებით 27% გამოწვეულია სწორედ streptococcus mutans-ით. კარიესოგენული და პაროდონტის გამომწვევი მიკროორგანიზმების ჰემატოგენური გავრცელება

განსაკუთრებით ასაკოვან ადამიანებში იწვევს სერიოზულ კარდიალურ და ორთოპედიულ დაზიანებებს. ხოლო ბაქტერიემიის განვითარება და სიმწვავე კორელაციაშია ღრძილების ანთების პროგრესირებასთან[91].

დანტისტი და პირის ღრუს გამოკვლევა შესაძლოა მნიშვნელოვანი ფაქტორი აღმოჩნდეს გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მიმართ ადამიანის რისკის განსაზღვრაში. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მქონე ადამიანთა პირის ღრუს მდგომარეობის შეფასებამ კვლევებში აჩვენა პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი დაბალი დონე. ღრძილების დაავადებების მკურნალობა ამცირებს გულის დაავადების რისკს და აუმჯობესებს ჯანმრთელობის მდგომარეობას პაციენტებში გულ-სისხლძარღვთა და პაროდონტის დაავადებებით. კვლევებმა ასევე აჩვენა, რომ პაროდონტის არაჯანმრთელი მდგომარეობის მაჩვენებლები წინ უსწრებს გულ-სისხლძარღვთა პრობლემებს, ხოლო ძვლოვანი ქსოვილის განლევის მაღალი მაჩვენებლები მნიშვნელოვან წინაპირობას წარმოადგენს კორონარულ სისხლძარღვთა დაავადებებისა და ინსულტის განვითარებისათვის [101-103].

ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებში აღწერილია, რომ ორალური ინფექცია შესაძლოა დამოუკიდებელ რისკს წარმოადგენდეს სხვა სისტემური მდგომარეობისთვისაც, როგორცაა ოსტეოპოროზი, ფილტვის დაავადებები და ნაადრევი მშობიარობა [104]. ასევე ნაჩვენებია პაროდონტის დაავადებების კავშირი სისხლძარღვების ათეროსკლეროზულ დაზიანებასთან რადგან ქრონიკული პაროდონტიტის გამომწვევი მიკრობები შესაძლოა მიგრირდეს ღრძილის ქსოვილის სისხლძარღვებიდან ათეროსკლეროზულ ფოლაქებში[105-107]. გარდა ამისა, ქოლესტერინისა და ტრიგლიცერიდების მაღალ შემცველობასა და პაროდონტიტის განვითარებას შორის არსებობს კავშირი [108-113].

კორონარული სისხლძარღვების დაზიანება და პაროდონტის დაავადებები ყველაზე გავრცელებული დაავადებებია დასავლეთის ინდუსტრიულ ქვეყნებში და საფრთხეს უქმნის მსოფლიო პოპულაციის ზოგად ჯანმრთელობას. კორონარების დაზიანება ნაადრევი სიკვდილის წამყვანი მიზეზია, ხოლო პაროდონტის დაავადებები-კბილების კარგვის. ორივე დაავადებას მსგავსი რისკ-ფაქტორები

გააჩნია, როგორცაა, მოწვევა, დიაბეტი და სქესი[114-117]. ორივე დაავადება ანთებითი პროცესის ქრონიკული მიმდინარეობით ხასიათდება. კვლევებმა აჩვენა მნიშვნელოვანი კავშირი გულის კორონარულ დაავადებასა(coronary heart disease) და პაროდონტიტს შორის [118- 121] ასევე ბაქტერიული სპექტრის მსგავსება პირის ღრუს ნადებსა და კორონარულ დანალექში(plaques) [122,123].

პაროდონტიტი ასევე დაკავშირებულია სისხლში C რეაქტიული ცილის დონის მომატებასთან[124]. ეს არის ფენოტიპი, რომელიც განსაზღვრავს ზოგად გენეტიკურ რისკ-ფაქტორს პაროდონტიტისა და ათეროსკლეროზისათვის და მიუთითებს შესაძლო გენეტიკურ საფუძვლის არსებობაზე ორივე დაავადებისათვის [125,126].

საქართველოში ჩატარებული კვლევები ადასტურებს ზოგადი ქრონიკული დაავადებების გავრცელებას ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში, რომელიც აუცილებელია იქნეს მიღებული მხედველობაში საქართველოს ზრდასრული მოსახლეობის სტომატოლოგიური სტატუსის შეფასებისას. ცნობილია რომ არსებობს კავშირი ჩიყვსა და კბილის კარიესს შორის[127,128]. საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის(NCDC) 2012 წლის მონაცემების თანახმად, ჩიყვის გავრცელება მაღალია გურიაში, შიდა ქართლში, სამცხე-ჯავახეთში, იმერეთსა და აჭარაში და ნაკლებად კახეთში, მცხეთა-მთიანეთსა და ქვემო ქართლში [129]. საქართველოს ბევრი რეგიონი წარმოადგენს ჩიყვის ენდემურ კერას და იოდდეფიციტის ეფექტური პრევენციული ღონისძიებების გატარების მიუხედავად ჩიყვი კვლავ რჩება საქართველოს მოსახლეობის სერიოზულ პრობლემად და გავრცელებულ დაავადებად. ეს შესაძლოა განპირობებულია სხვადასხვა ფაქტორით, რომლებიც გავლენას ახდენენ დაავადების განვითარებაზე. ძირითადად კი არაბალანსირებული დიეტა, რომელიც განაპირობებს ფარისებური ჯირკვლის ფუნქციონირებისათვის მნიშვნელოვანი და აუცილებელი პროტეინების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების, ვიტამინებისა და მიკროელემენტების დეფიციტს [128].

1.3 სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის ძირითადი პრინციპები

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, ტრადიციული სამკურნალო სტომატოლოგიური მომსახურება მნიშვნელოვან ეკონომიკური დატვირთვას წარმოადგენს მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში, ხოლო დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე განვითარებად ქვეყნებში პირის ღრუს ჯანმრთელობის საზოგადოებრივი პროგრამები იშვიათია. სტომატოლოგიური მომსახურების მაღალი ხარჯები შეიძლება თავიდან იქნეს აცილებული ეფექტური პრევენციით, კარგად დაგეგმილი პროფილაქტიკა კი დაავადებათა შემცირების მნიშვნელოვანი საფეხურია.

სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის უპირატესობა და ღირსება მკურნალობასთან შედარებით მისი დაბალი ღირებულებაა, გარდა ამისა, ის ამცირებს ავადობის ინციდენტობას და გვამღევს სტომატოლოგიურ დაავადებათა მართვის შესაძლებლობას.

პროფილაქტიკა წარმოადგენს სახელმწიფო, სოციალური, ჰიგიენური სამედიცინო და პირადი ღონისძიებების სისტემას, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონის ამაღლებასა და დაავადებათა თავიდან აცილებას [26].

განასხვავებენ პირველად(სოციალურ),მეორად (სოციალურ-სამედიცინო), და მესამე რიგის (სამედიცინო) პროფილაქტიკას[130].

პირველადი პროფილაქტიკის მიზანია ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა და მიმართულია დაავადებების თავიდან აცილების, მათი წარმოქმნისა და განვითარების მიზეზების და პირობების აღმოფხვრისაკენ, ასევე გარემოს არახელსაყრელი საწარმოო და საყოფაცხოვრებო ფაქტორების მიმართ ორგანიზმის მდგრადობის ამაღლებისაკენ, მოიცავს კბილის მაგარი ქსოვილების სტრუქტურული ანომალიების მიზანმიმართულ ანტენატალურ ღონისძიებებს. მაგ. კარიესის რისკის შემცირებისათვის შაქრის შემცირებული მოხმარება, ფტორის პრეპარატების სწორი მიღება, პირის ღრუს ეფექტური ჰიგიენა, პროფილაქტიკის ინდივიდუალური

სქემების შექმნა, ფისურების ჰერმეტიზაცია, მოსახლეობის სანიტარულ-ჰიგიენური აღზრდა და სწავლება.

მეორადი პროფილაქტიკა გულისხმობს დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე ან სტადიაზე გამოვლინებას და პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებისა და შესაძლო გართულებების თავიდან აცილებას. მაგ. კარიესისა და პაროდონტის დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა დაავადებების პროგრესირების თავიდან ასაცილებლად.

მესამეული პროფილაქტიკის მიზანია უკვე არსებული დაავადების უარყოფითი ეფექტების და გართულებების შემცირება, ფუნქციის აღდგენა, პროცესის სტაბილიზირებულ მდგომარეობაში შენარჩუნება და მოიცავს ღონისძიებათა მთელ კომპლექსს (თერაპიული, ორთოპედიული, ქირურგიული, ორთოდონტიული).

პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა დაგეგმვა შესაძლებელია სახელმწიფოებრივ, ჯგუფურ ან ინდივიდუალურ დონეზე.

სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკური ღონისძიებები აუცილებელია დაიწყოს მუცლადყოფნის პერიოდიდანვე და და გაგრძელდეს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში, რადგან სწორედ მუცლადყოფნის პერიოდში იწყება კბილების ჩასახვა და განვითარება, რაც მნიშვნელოვანად განსაზღვრავს მათ შემდგომ მდგომარეობას. კბილის მაგარი ქსოვილების სტრუქტურული სრულფასოვნება და მინერალიზაციის ხარისხი კი განსაზღვრავს კარიესრეზისტენტობას, ამიტომაც სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის ერთ-ერთ მთავარ მიზანს დედის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა წარმოადგენს (ბალანსირებული კვება, ზოგადი დაავადებების პროფილაქტიკა და მათი ადრეულ ეტაპზე მკურნალობა).

კარიესის და პაროდონტის დაავადებების მიმართ ძირითადი პროფილაქტიკური ღონისძიებები დაფუძნებულია დაავადებათა გამომწვევ მიზეზებზე. გამოყოფენ 4 ძირითად პროფილაქტიკურ სტრატეგიას კარიესის თავიდან ასაცილებლად:

კვება - ბალანსირებული დიეტა რაფინირებული ნახშირწყლების ნაკლები შემცველობით ამცირებს კარიესის განვითარების რისკს. ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა აჩვენა, რომ სახამებლის შემცველი საკვების და ახალი ხილის მოხმარება კარიესის დაბალ ინტენსივობასთან ასოცირდება. როდესაც შაქრის მოხმარება შეადგენს <15-20კგ წელიწადში კარიესის დონე ნაკლებია. რეკომენდირებულია რომ თავისუფალი შაქრების შემცველობის საკვები უნდა შეიძღუდოს მაქსიმუმ 4-ჯერ დღეში [130], ამასთან ყურადღება ექცევა ადვილად ფერმენტირებადი ნახშირწყლების პირის ღრუში დაყოვნების ხანგრძლივობას. ამიტომ კარიესის პროფილაქტიკისათვის მნიშვნელოვანია კვების სწორი რეჟიმი, საჭიროა კვებათა შორის შუალედში ტკბილეულის მიღების გამორიცხვა, მიღების რეჟიმის დარღვევისას კი აუცილებელია კბილების გაწმენდა ან პირის ღრუს გამოვლება. ბალანსირებულ დიეტაზე საუბრისას ასევე აუცილებელია საკვები ნივთიერებების ერთმანეთთან შეხამება და მათი მიღების თანმიმდევრობის დაცვა. ნახშირწყლები მაღალი კალორიულობის გამო აჯერებს ორგანიზმს და ხელს უშლის ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების შეთვისებას, ცხიმში ხსნადი ვიტამინები ორგანიზმის მიერ ცხიმთან ერთად უფრო მეტად შეითვისება, ვიდრე ცხიმების გარეშე, ცხიმების ჭარბი მიღება თრგუნავს კალციუმის შეთვისებას, ხოლო ცილების მიღება ააქტიურებსამ პროცესს, გარდა ამისა, კბილების განვითარების პერიოდში ცილების დეფიციტი განაპირობებს მათი მასისა და ზომის შემცირებას, მინანქრის სტრუქტურის დარღვევას, ამიტომ საყურადღებოა მათი მიღება მუცლადყოფნის პერიოდში, განსაკუთრებით შეუცვლელი ამინომჟავებისა (არგინინი, ლიზინი, გლიცინი, თიროზინი), რომლებსაც ყველა ცხოველური ცილა შეიცავს და რომელთა ცვლა მკვეთრად ირღვევა კარიესის დროს [131].

პირის ღრუს ჰიგიენა- კბილების რეგულარული ხეხვა, კბილებზე ნადებების მოცილება, განსაკუთრებით ინტერდენტალურ არეებში, უზრუნველყოფს ჯანმრთელი კბილების შენარჩუნებას.

ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა- სტომატოლოგთან რეგულარული ვიზიტი უზრუნველყოფს კარიესის ადრეულ სტადიებზე დიაგნოსტიკასა და დროულ მკურნალობას

ფტორიდების მოხმარება- ფტორი მნიშვნელოვანი ელემენტია, რომელიც მონაწილეობს რემინერალიზაციის პროცესში. როდესაც ფტორის კონცენტრაცია პირის

დრუს სითხეში საკმარისია, რემინერალიზაციის პროცესი სტიმულირდება, ხოლო დემინერალიზაციის პროცესი ფერხდება[132]. ფტორის ადგილობრივი მიწოდება ორგანიზმისთვის ხორციელდება ფტორირებული პასტების, სავლებების, ლაქებისა და გელების სახით.

ყოველივე ზემოთაღნიშნული შესაძლებელია განხორციელდეს ინდივიდუალურ დონეზე, თუმცა ასეთი ღონისძიებების გატარებისას მნიშვნელოვანია ადამიანის ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებების, დენტალური და ჰიგიენური სტატუსის გათვალისწინება. ასე მაგალითად, ადამიანები არსებობენ ნადების დაგროვების დაბალი, საშუალო და მაღალი ტემპით. ის ფაქტი, რომ მსგავს პირობებში მცხოვრებ პირების ნაწილს აღენიშნება მრავლობითი კარიესი, ნაწილს კი არა, ამტკიცებს კარიესის მიმართ რეზისტენტული და მგრძობიარე ადამიანთა არსებობას [133]. რეგულარული კონტროლი კბილის ნადების და კარიესული პროცესის განვითარებაზე მისდამი განწყობის მქონე პირებში აუცილებელი ფაქტორია კარიესისა და პაროდონტის დაავადებათა თავიდან აცილებისათვის.

სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის რეგიონალური პროგრამების შემუშავების დროს აუცილებელია მოსახლეობის ავადობის საწყისი მონაცემების ცოდნა, რასაც ეპიდემიოლოგიური კვლევები უზრუნველყოფს.

რეგიონალური პროგრამების განხორციელების მნიშვნელოვან ეტაპს სისტემური გზით ფტორის მიწოდება წარმოადგენს. იგი ხორციელდება სასმელი წყლის, რძის, სუფრის მარილის ფტორირების, ფტორის ტაბლეტების და წვეთების მიწოდების გზით [134]. ამ ელემენტს კარისაწინააღმდეგო მოქმედება ახასიათებს და მისი ოპტიმალური კონცენტრაცია სასმელ წყალში 0,7-1,2 მგ-ს შეადგენს. ასეთი კონცენტრაციის არარსებობის დროს მიმართავენ ორგანიზმში ფტორის ენდოგენურ შეყვანას სასმელი წყლის ფტორირებით და ასევე ფტორირებული მარილის, რძის გამოყენებით. სისტემური მეთოდის განხორციელებისას აუცილებელია მკაფიო ჩვენებების არსებობა, კერძოდ :

- მოსახლეობის კარიესით მაღალი ავადობა
- სასმელ წყალში ფტორიდების დაბალი შემცველობა
- ფტორიდების სისტემური შეყვანის დამატებითი წყაროების არარსებობა [127].

ფტორიდების ენდოგენური შეყვანის დროს აუცილებელია რეგულარული კონტროლი

და უსაფრთხოების დაცვა ფტორიდების რაოდენობაზე, რათა დოზა ეფექტური იყოს კარიესის პროფილაქტიკისათვის და უსაფრთხო ორგანიზმისათვის.

ოპტიმალური რაოდენობით ორგანიზმში ფტორის მიწოდება მნიშვნელოვნად ამცირებს კარიესით ავადობის რისკს, თუმცა ბევრი ქვეყანაში არ შეინიშნება ფტორიდების ადექვატური მოხმარება, მათი მოსახლეობისთვის მიწოდების ღონისძიებების შემუშავების და დანერგვის უზრუნველყოფა ხელისუფლების პრეროგატივაა[130].

თავი 2. გამოკვლევის მასალა და მეთოდები

2.1 შესავალი

ადამიანური განვითარების ინდექსით (Human Development Index -HDI) 0,745 [135] საქართველოს მოსახლეობა შეადგენს დაახლოებით 4,5 მილიონს (2012 წლის მონაცემებით- 4.497.600 ადამიანი, 52.3%- ქალი, 47.7%-მამაკაცი) რომლის 53% ცხოვრობს ურბანულ არეებში [136].

სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესების გამო XX საუკუნის 90-იან წლებში მოსახლეობის ზოგადი და პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა სერიოზულად შეიცვალა. 90-იან წლებამდე ჯანმრთელობის სერვისი უფასო იყო და არსებობდა პრევენციული პროგრამები სკოლებსა და სხვადასხვა დაწესებულებებში რომელიც მოიცავდა პროფილაქტიკურ შემოწმებებს და საჭიროების შემთხვევაში უფასო სამედიცინო მომსახურებასა და მკურნალობას.

საბჭოთა კავშირის დაშლის და საქართველოს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ პოლიტიკური და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესების კვალდაკვალ გაუქმდა სახელმწიფო პროგრამები და დაფინანსება, ყველა სახის

სამედიცინო და სტომატოლოგიური მომსახურება თანდათან გახდა კერძო და ფასიანი. ფინანსური ხელმოკლეობა აიძულებდა ადამიანებს სამედიცინო დახმარება მიეღოთ მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში (ტკივილის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის სერიოზული გაუარესების შემთხვევაში) რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა სამედიცინო და სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა და პაციენტთა მიმართვიანობა სამედიცინო დაწესებულებებში. სამწუხაროდ, საქართველოში არ არსებობს ეპიდემიოლოგიური კვლევა, რომელიც აღწერდა სტომატოლოგიური დაავადებების გავრცელებას საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში. 1998 წელს ჩატარებულმა კვლევამ ბავშვთა პოპულაციაში გამოავლინა კარიესის მაღალი გავრცელება (90%) საქართველოს სხვადასხვა რეგიონის 15 წლის ბავშვებში, ხოლო კბა მაჩვენებელი 4,75-ით განისაზღვრა. კვლევამ ასევე გამოავლინა პაროდონტის დაავადებების მაღალი გავრცელება- 92% ბიჭებში, 89,8%-გოგონებში[137]. 2014 წელს ჩატარდა კვლევა 6,12,15 წლის ბავშვებში, რომელმაც გამოავლინა კარიესის მაღალი გავრცელება საქართველოს ბავშვთა პოპულაციაში(85.2%, 68.9% და 82,3% შესაბამისად) ხოლო კარიესის ინტენსივობა აღმოჩნდა 6 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 4.57 ± 3.42 , 12 წლის ბავშვებში 2.04 ± 2.02) ხოლო 15 წლის ასაკის პოპულაციაში 3.51 ± 3.14) [138].

სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური განვითარების კვალდაკვალ ბოლო წლებში საქართველოს მოსახლეობაში შედარებით გაიზარდა სამედიცინო და სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა, იმატა სამედიცინო განათლების და კულტურის ხარისხმა, შესაბამისად გაიზარდა სტომატოლოგიური აქტივობა, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა პირის ღრუს დაავადებათა გავრცელების საფრთხე და ტენდენცია, თუმცა მულტიფაქტორული სტომატოლოგიური დაავადებები კვლავ მწვავე და აქტუალურ პრობლემად რჩება საქართველოშიც. სავარაუდოდ არადაამაკმაყოფილებელი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი განსაზღვრავს საქართველოს მოსახლეობის სტომატოლოგიური მომსახურების ნაკლებ ხელმისაწვდომობას ევროპის ქვეყნებთან შედარებით. ჯანმრთელობის სერვისის უმთავრესად ფინანსდება კერძო სადაზღვევო კომპანიებისა და თვითონ მოსახლეობის მიერ. ჯანმოს 2010 წლის მონაცემებით 350 000 ადამიანია ჩართული კერძო კორპორაციულ სადაზღვევო სქემებში. სახელმწიფო ვერ აფინანსებს

სამედიცინო მომსახურების ყველა სახეს, სტომატოლოგიური მომსახურება უმთავრესად ფინანსდება კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ და ვრცელდება ძირითადად სახელმწიფო სტრუქტურებში ან კერძო კომპანიებში დასაქმებულ პირებზე ამიტომ ადამიანთა უმრავლესობას თვითონ უწევს სტომატოლოგიური მომსახურების გადახდა ან ვერ ხელეწიფება არასათანადო მატერიალური მდგომარეობის გამო. სოციალური პირობები ამცირებს ადამიანთა ვიზიტის სიხშირეს სტომატოლოგთან, პირის ღრუს სანაციის ალბათობას, რაც აუარესებს პირის ღრუს ჰიგიენას და ხელს უწყობს კარიესისა და პაროდონტის დაავადებების განვითარებას. ამას ემატება სხვა რისკ ფაქტორებიც: კლიმატო-გეოგრაფიული, მემკვიდრული წინასწარგანწყობა და ქსოვილების სტრუქტურული არასრულფასოვნება, ორგანიზმის ზოგადი დაავადებები და მდგომარეობები და შედეგად ორგანიზმის იმუნური სისტემის დაქვეითება, ასევე ქცევითი ფაქტორები, რომელთა მნიშვნელოვანი როლი პირის ღრუს დაავადებათა განვითარებაში აღწერილია მრავალრიცხოვან ეპიდემიოლოგიურ კვლევებში-ადამიანთა სამედიცინო განათლების დონე, სტომატოლოგიური მომსახურების საჭიროებისა და მნიშვნელობის გაცნობიერება ზოგადი ჯანმრთელობისათვის, კვების ხასიათი და რეჟიმი, არაჯანსაღი ცხოვრების სტილი(თამბაქოს, ნარკოტიკის, სასმელის მოხმარება), პაციენტთა დამოკიდებულება პირის ღრუს ჰიგიენურ ჩვევებთან-ეს ყველაფერი ზეგავლენას ახდენს სტომატოლოგიურ დაავადებათა განვითარებასა და გავრცელებაზე.

საქართველო გამოირჩევა კლიმატო -გეოგრაფიული მრავალფეროვნებით. ქვეყნის ტერიტორიის შედარებითი სიმცირის მიუხედავად აქ წარმოდგენილია ჰავის ყველა ტიპი. რელიეფის თავისებურება და მრავალფეროვნება განსაზღვრავს კლიმატის სხვადასხვაობას. ძირითადად საქართველოს ტერიტორია ამ მხრივ შეიძლება დაიყოს 3 ძირითად ნაწილად 1) კავკასიის მთები (ზღვის დონიდან 2000 მ და მეტი)-ზომიერი ჰავა. 2) კოლხეთის დაბლობი გარემომცველი მთებით -ნოტიო სუბტროპიკული ჰავა 3) აღმოსავლეთი საქართველო -მშრალი კონტინენტური ჰავა. ცნობილია რომ რელიეფისა და კლიმატის მრავალფეროვნება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სხვა გეოგრაფიულ კომპონენტებზე (ნიადაგი, ფლორა და ფაუნა) [139], ამ მხრივ განსაზღვრავს ბიოელემენტების შემცველობას საკვებსა და წყალში და

გავლენას ახდენს ადამიანის ზოგად ჯანმრთელობაზე. გარდა ამისა, კლიმატო-გეოგრაფიული პირობები განსაზღვრავს ზოგადი დაავადებების გავრცელებისა და განვითარების თავისებურებებს და ამ მხრივ გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე.

სტომატოლოგიურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიისა და ეტიოლოგიის შესწავლისას მნიშვნელოვანია მხედველობაში მივიღოთ ეკოლოგიური ფაქტორები, რამდენადაც თანამედროვე მრეწველობის ნეგატიურ გავლენას ახდენს გარემოზე. ეკო-პათოგენური ფაქტორები მოიცავს ქიმიურ აგენტებს, მძიმე მეტალებს, მზის და მაიონიზებელ გამოსხივებას, რეგიონის გეოფიზიკურ და გეოქიმიურ თავისებურებებს[140]. ეკო-პათოლოგიური რისკი საქართველოს მოსახლეობაში მნიშვნელოვნად მაღალია. ამას ემატება „ დაბალი ეკონომიკური სტატუსის შედეგად პირის ღრუს ჰიგიენის გაუარესება, სტრესი, მძიმე მეტალებით და გამონაბოლქვით გარემოს დაბინძურება, მატულობს ტყვიისა და მძიმე მეტალების შემცველობა ნერწყვსა და ადამიანის ორგანიზმის სხვა ბიოლოგიურ სითხეებში, რაც იწვევს ნერწყვის რაოდენობრივ და თვისობრივ ცვლილებებს, პათოგენური და პირობით პათოგენური მიკრობების გააქტიურებას და ქმნის ხელსაყრელ პირობებს პირის ღრუში პათოლოგიური ცვლილებების განვითარებისათვის“[140].

მაღალი ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების არსებობა და მათი უგულვებელყოფა მრავალ მედიკო-სოციალურ და ეკონომიკურ პრობლემას შეუქმნის საქართველოს მოსახლეობას, რადგანაც სტომატოლოგიურ დაავადებათა გართულებები ნეგატიურ გავლენას ახდენენ მთლიანად ორგანიზმზე. სწორედ ამიტომ ამ მაჩვენებლების გამოვლენა, შესწავლა-შეფასება აქტუალური საკითხია, მით უმეტეს რომ საქართველოში ბოლო 22 წლის მანძილზე არ არსებობს ზრდასრული მოსახლეობის სტომატოლოგიურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური მონაცემები, რაც საშუალებას მოგვცემს აღირიცხოთ ამ დაავადებათა გავრცელება, სიხშირე და ინტენსივობა, გამოვლინდეს ხელშემწყობი თუ მაპროვიცირებელი ფაქტორები (მედიკო-ბიოლოგიური, კლიმატო-გეოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური და სხვ.), ხოლო მიღებული მონაცემების დამუშავების საფუძველზე მოხდეს სტომატოლოგიურ დაავადებათა პრევენციული ღონისძიებების გატარება,

რასაც პრაქტიკული ღირებულება აქვს დაავადებათა გავრცელების შემცირების თვალსაზრისით.

2.2 საკვლევი პოპულაციის შერჩევა და კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოს ზრდასრული მოსახლეობის სტომატოლოგიური სტატუსის და პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობის შეფასება, კარიესის გავრცელების და ინტენსივობის(კბა,კბა_ზ,კ,ბ,ა) მაჩვენებლების განსაზღვრა სქესის მიხედვით გამოყოფილ, ასაკობრივ ჯგუფებში და რეგიონებში[141], ასევე პაროდონტის დაავადებების გავრცელების შესწავლა ასაკის, სქესის, რეგიონული განაწილების მიხედვით, სტომატოლოგიურ დაავადებათა კორელაციის განსაზღვრა სხვადასხვა კლიმატო-გეოგრაფიულ, სანიტარულ-ჰიგიენურ, მედიკო-ბიოლოგიურ, სოციალურ-ეკონომიკურ, ქცევით და სხვა ფაქტორებთან. გამოვლენილი ფაქტორების გათვალისწინებით სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის თანამედროვე პრინციპების და მიმართულებების ჩამოყალიბება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის (NCDC)თანხმად, საქართველოს ზრდასრული მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება 20-85+ წლის ასაკის ადამიანებით განისაზღვრება. მთელი პოპულაცია იქნა განაწილებული 4 ასაკობრივ ჯგუფად: 20-34წწ, 35-44წწ, 45-64წწ, 65-74წწ, ხოლო სქესის მიხედვით ორ ჯგუფად- ქალები და მამაკაცები. ორი ასაკობრივი ჯგუფი(35-44წწ და 65-74წწ) შევარჩიეთ ჯანმო-ს რეკომენდაციების

საფუძველზე, როგორც ინდექსური ჯგუფები კბილებისა და პაროდონტის მდგომარეობის შეფასებისათვის, ხოლო კიდევ ორი ასაკობრივი ჯგუფი წარმოადგენდა კვლევისათვის საინტერესო ჯგუფებს მათი მნიშვნელოვანი პროცენტული წილის გამო საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში: (33.6%(20-34წწ) და 36%(45-64წწ), მაშინ როდესაც 35-44 წლის ადამიანთა წილი 19,5%-ს შეადგენს ხოლო 65-74წწ. ადამიანთა წილი 10,9% -ით განისაზღვრება) [142].

გამოკვლევულ იქნა ქვეყნის 9 რეგიონის და დედაქალაქის მოსახლეობა, ქალები და მამაკაცები, ქალაქის და სოფლის მაცხოვრებლები.

სოციალურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარება ზრდასრულ მოსახლეობაში დაკავშირებულია ორგანიზაციულ და ფინანსურ სირთულეებთან. საკვლევი პოპულაციის შერჩევა კი წარმოადგენს მნიშვნელოვან საფეხურს ასეთი კვლევებისათვის. ჩვენი კვლევა განხორციელდა ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული შერჩევის მეთოდით pathfinder survey [143]. ეს არის ალბათური ტიპის სტრატეგიცირებულ-კლასტერული შერჩევის ტექნიკა, რომელიც შეიძლება იყოს პილოტური ან მასობრივი. ჩვენი კვლევა განხორციელდა მასობრივ ეროვნულ დონეზე, რათა მოგვეცვა პოპულაციის ყველა მნიშვნელოვანი სუბჯგუფები პირის ღრუს ჯანმრთელობის პროგრამების დანერგვისა და მონიტორინგისათვის სანდო მონაცემთა ბაზის შესაქმნელად.

შერჩევა განხორციელდა მულტიკლასტერულ დონეზე. კლასტერული შერჩევის სახის- ტერიტორიული შერჩევის ფარგლებში კლასტერები გეოგრაფიული ერთეულებისაგან შედგება. პირველი საფეხურის კლასტერები შედგებოდა 10 გეოგრაფიული ერთეულისაგან: 9 რეგიონი(ჩრდილო -დასავლეთი, სამხრეთი, ცენტრალური, აღმოსავლეთი და სამხრეთ-აღმოსავლეთი) და თბილისი. კლასტერებს შიგნით მოხდა სტრატეგიცირება ჰომოგენური ჯგუფების-სტრატების შექმნა იმ ცვლადებზე დაყრდნობით რომელიც კვლევის ფარგლებში გვინტერესებდა:WHO-ს მიერ მოწოდებული ასაკობრივი ინდექსური და კვლევისთვის საინტერესო ასაკობრივი ჯგუფების და ასევე სქესის მიხედვით გამოყოფილი ჯგუფების გათვალისწინებით. ამგვარად, მთელი ქვეყანა დაიყო 6 სტრატად, რომელიც მოიცავდა 10 გეოგრაფიულ ერთეულს. ზრდასრული

ადამიანების შერჩევა ხშირად რთულია და შესაძლებელია ორგანიზებული ჯგუფებიდან და დაწესებულებებიდან (ოფისები, ქარხნის მუშები)[143]. ამიტომაც, მეორე დონის კლასტერული შერჩევა განხორციელდა ორგანიზაციების, დაწესებულებების, და შინამეურნეობების რანდომული არჩევით. შერჩეული ორგანიზაციები იყო სხვადასხვა და ადამიანები მათში განსხვავდებოდნენ სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსით, განათლების დონით, პირის ღრუს დაავადებებით და მკურნალობის საჭიროებით. გამოკვლეული იქნა ქიმიური ქარხნის, ქვანახშირის მადარობის, ავტოსახელოსნოს, სამკერვალო ფაბრიკის, ზღვის პორტის, ტკბილეული წარმოების, სკოლების (მასწავლებლები და სხვა პერსონალი), უნივერსიტეტების (სტუდენტები, პროფესორ-მასწავლებლები), სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომლები(ექიმები, ასისტენტები, ექთნები), მაგრამ არა სტომატოლოგიური კლინიკის პაციენტები რათა თავიდან აგვეცილებინა შერჩევის აშკარა შეცდომები(bias). რანდომულად შერჩეული ოჯახების წარმომადგენლებს გააჩნდათ სხვადასხვა სოციალურ-ეკონომიკური და განათლების დონე, იყვნენ დასაქმებულნი ან დაუსაქმებელი ადამიანები .

რეპრეზენტატულობისთვის 10 -15 შესარჩევი ადგილი არის საკმარისი. ჩვენს შემთხვევაში ეს იყო 9 რეგიონი და დედაქალაქი. კლასტერებს შიგნით მოხდა სტრატეგიული ცვლილება: ჰომოგენური ჯგუფების-სტრატების შექმნა იმ ცვლადებზე დაყრდნობით, რომელიც კვლევის ფარგლებში გვინტერესებდა: WHO-ს მიერ მოწოდებული ასაკობრივი ინდექსური და კვლევისთვის საინტერესო ასაკობრივი ჯგუფების, სქესის და ადმინისტრაციული ერთეულების (რეგიონების) გათვალისწინებით.

WHO-ს რეკომენდაციით[143] თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში სუბიექტების რაოდენობა განისაზღვრება 25-50 ადამიანით კარიესის სიმწვავეზე დამოკიდებულებით, მაგრამ რადგან წინასწარი პილოტური კვლევის საფუძველზე გამოვლინდა, რომ კარიესის გავრცელების ინდექსი მაღალია, თითოეული ასაკობრივი ჯგუფისათვის შერჩევის სტანდარტული ზომა ავიღეთ 40 -50 WHO-ს რეკომენდაციის საფუძველზე: 4 ასაკობრივ ჯგუფში მივიღეთ 160-200 ადამიანი თითოეული კლასტერისათვის. კლასტერებს შიგნით სტრატების მოცულობა განისაზღვრა მათში შემავალი ელემენტების პროცენტული მაჩვენებლების

გათვალისწინებით. რაც უფრო დიდია სტრატეგია, მით მეტ ზეგავლენას ახდენს ის გენერალური ერთობლიობის პარამეტრთა საშუალო მნიშვნელობების ფორმირებაზე, შესაბამისად იგი მეტი მოცულობით უნდა იყოს წარმოდგენილი შერჩევით ერთობლიობაში[144].

საქართველოს დემოგრაფიული მონაცემების მიხედვით[136], ჩვენთვის საინტერესო სტრატეგიის ელემენტები არაპროპორციულად არის წარმოდგენილი გენერალურ ერთობლიობაში, სწორედ მათი პროცენტული მაჩვენებლების გათვალისწინებით, მათი რაოდენობის პროპორციულობის საფუძველზე შეირჩა ელემენტების მოცულობა(რაოდენობა) თითოეული სტრატეგიისათვის. 52 შეჩვევის ადგილი (6 თბილისში და 46 რეგიონებში) მოიცავდა 12 ქალაქს და 18 სოფელს. შერჩევის მთლიანი მოცულობა განისაზღვრა 2370 ადამიანით.

კვლევა განხორციელდა გამოცდილი პრაქტიკოსი ექიმი- სტომატოლოგის მიერ 4 ასისტენტის თანხლებით, რომლებიც აგროვებდნენ ინფორმაციას რისკ-ფაქტორების შესახებ კვლევაზე მორგებული სოციოლოგიური კითხვარების განაწილებით კვლევის ყველა მონაწილეს შორის. ორგანიზაციების ადმინისტრაცია წინასწარ იქნა ინფორმირებული კვლევის მიზნების, ამოცანებისა და მიმდინარეობის შესახებ. ისინი დაგვებმარნენ ადამიანთა მიმართვიანობისა და კვლევის პროცესში მათი მაქსიმალური ჩართულობის უზრუნველყოფაში.

ჩვენს მიერ შედგენილი სოციოლოგიური კითხვარები მოიცავდა კითხვებს რისკ-ფაქტორების დასადგენად: სოციალური სტატუსი და ოჯახის მატერიალური შემოსავალი, ზოგადი დაავადებების არსებობა, ადამიანთა დამოკიდებულება პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების მიმართ (კბილების გამოხეხვა, დენტალური ძაფისა და პირის ღრუს სავლებების გამოყენება), ადვილად ფერმენტირებადი შაქრის მოხმარების სიხშირე, სტომატოლოგიური დახმარების ხელმისაწვდომობა და მოსახლეობის სტომატოლოგიური აქტივობა, თამბაქოს მოწევა, ხორცის, რძის და სხვა პროდუქტების მოხმარება.

გამოსაკვლევი პოპულაციის სტომატოლოგიური სტატუსის შეფასება მოხდა ჯანმო-ს რეკომენდაციის საფუძველზე (WHO - 'Oral Health Assessment Form 2013'). პირის ღრუს გამოკვლევა წარმოებდა ბუნებრივი განათების პირობებში

სტომატოლოგიური სარკის, დენტალური ზონდისა და პაროდონტალური ზონდის (CPI) გამოყენებით (პაროდონტალური ჯიბეების გასაზომად).

კარიესის დიაგნოსტიკა და აღრიცხვა ვაწარმოეთ ჯანმო-ს მიერ შემუშავებული მეთოდების და კრიტერიუმების გამოყენებით, ხოლო პაროდონტის ქსოვილების გამოკვლევა მოიცავდა შემდეგი პარამეტრების შეფასებას :

1. ნადების ინდექსი- ხილული ნადების არსებობა ან არარსებობა კბილის ნებისმიერ ზედაპირზე
2. ქვის ინდექსი- ხილული კალკულოზური ნადების არსებობა ან არარსებობა თითოეული კბილის გარშემო.
3. პაროდონტალური ჯიბეების სიღრმე- მანძილი თავისუფალი ღრძილის კიდიდან კბილ-ღრძილოვანი ღარის ფუძემდე (გაზომილი მმ-ში).
4. ზონდირებისას სისხლდენა-სისხლდენის არსებობა ან არარსებობა კბილის გარშემო ღრძილის ზონდირებისას [145].

პაროდონტალური გაზომვები განხორციელდა რამფორდის ინდექსური კბილებისათვის 16, 21, 24, 36, 41, 44 მოიცავდა რა სხვადასხვა კბილთა ჯგუფს [145].

პირის ღრუს ჰიგიენური სტატუსის შესაფასებლად გამოყენებულ იქნა პირის ღრუს ჰიგიენური გამარტივებული ინდექსი (Oral Hygiene Index-Simplified(OHI-S)), ნადების გამარტივებული ინდექსი(Debris Index-Simplified(DI-S)), ქვის გამარტივებული ინდექსი (Calculus Index Simplified (CI-S)). ინდექსების შეფასებისათვის 6 (4 სადექი და 2 ფრონტალური) კბილის ზედაპირები იქნა გამოკვლეული 16(17),11,26(27),36(37),31,46(47) [146].

გამოყენებული სტატისტიკური აპარატი :

მონაცემები დამუშავდა SPSS.21-ში. გამოყენებულ იქნა შემდეგი სტატისტიკური ოპერაციები და კრიტერიუმები:

- ჯგუფების აღსაწერად: ცენტრალური ტენდენციის (საშუალო არითმეტიკული) და ცვალებადობის (სტანდარტული გადახრა) საზომები,

განაწილების ნორმალურობისა (კოლმოგოროვ-სმირნოვის) და დისპერსიების ჰომოგენურობის (ლევენის) ტესტები.

- არაპარამეტრული ტესტებიდან გამოვიყენეთ კრუსკალ-უოლესის ტესტი, კროსტაბულაცია და ხი-კვადრატ კრიტერიუმი სამიზნე ცვლადების მიხედვით გამოყოფილი ჯგუფების შესადარებლად და კორელაციური კავშირების დასადგენად კარიესისა და პაროდონტის დაავადებათა გავრცელებასა და რისკ-ფაქტორებს შორის: ასაკი, სქესი, სოციალური და ფინანსური სტატუსი, ადამიანთა განათლების დონე, ქცევითი ფაქტორები(პირის ღრუს ჰიგიენა, სტომატოლოგიური დახმარების ხელმისაწვდომობა და სტომატოლოგიური აქტივობა, კვების რეჟიმი და ხასიათი (ადვილად ფერმენტირებადი ნახშირწყლებისა და კვების სხვა პროდუქტების მოხმარება).

თავი 3. საკუთარი გამოკვლევის შედეგები და განსჯა

3.1 გამოკვლეული პოპულაციის ზოგადი დახასიათება

აღნიშნულ თავში წარმოვადგენთ გამოკვლეული პოპულაციის შესახებ მიღებული მონაცემების ანალიზს. ანკეტა-კითხვარში (დანართი1) შემავალი ძირითადი ბლოკები იყო საპასპორტო და დემოგრაფიული მონაცემები, მონაცემები საცხოვრებელი და სამუშაო პირობების, თანმხლები სომატური და სტომატოლოგიური დაავადებების, პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობის, თანკბილვის სახეობის, კვების რეჟიმის, საკვების ხასითის, პირის ღრუს ჰიგიენური ჩვევებისა და ადამიანთა სამედიცინო აქტივობის, სიგარეტის მოხმარების შესახებ.

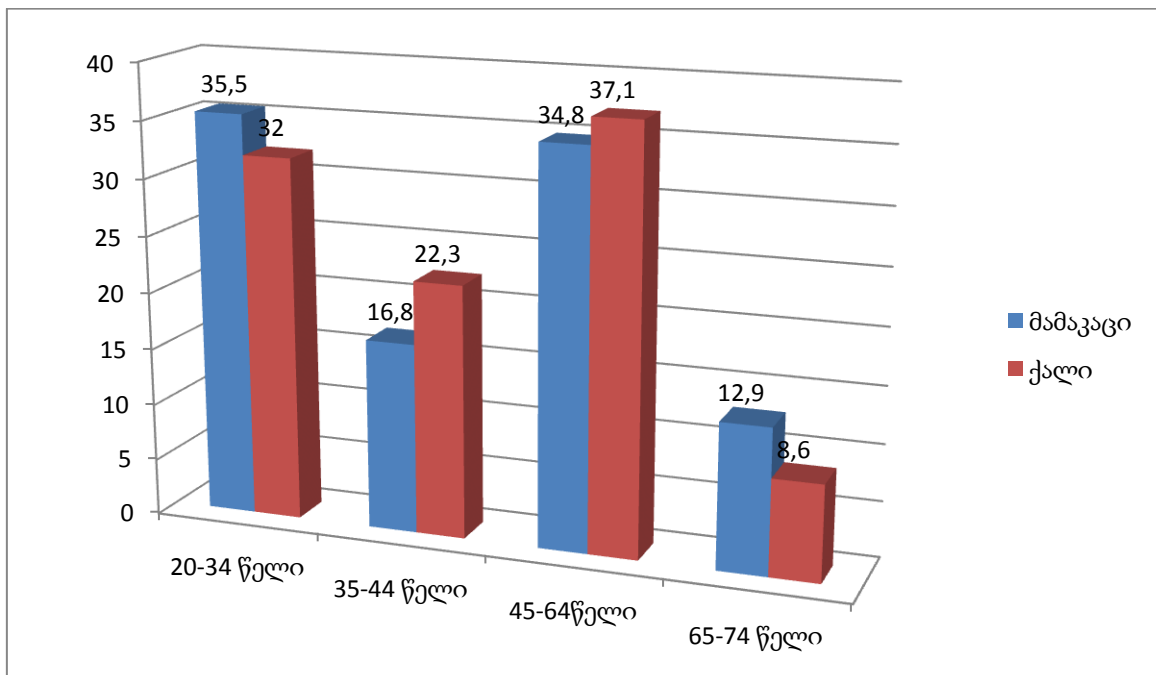
გამოკვლევამ მოიცვა 2370 ადამიანი 1089(46%) მამაკაცი და 1281 (54%)ქალი . გამოკვლეული იყო 4 ასაკობრივი ჯგუფი20-34, 35-44 ,45-54, 55-64. გამოკვლეული

პოპულაციის განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრილი 1) და დიაგრამაზე. (დიაგრამა 1)

სქესი	ასაკი				სულ
	20-34	35-44	45-64	65-74	
	აბსოლ რაოდ %	აბსოლ რაოდ %	აბსოლ რაოდ %	აბსოლ რაოდ %	აბსოლ რაოდ %
მამაკაცი	384 35,5%	182 16,8%	376 34,8%	139 12,9%	1081 46%
ქალი	413 32,0%	287 22,3%	478 37,1%	111 8,6%	1289 54%
სულ	797 33,6%	469 19,8%	854 36,0%	250 10,5%	2370 100%

$\chi^2 = 21,794$, $p = 0,00$ $p < 0,01$

ცხრილი 1 . გამოკვლეული პოპულაციის დახასიათება ასაკისა და სქესის მიხედვით



დიაგრამა 1 . გამოკვლეული პოპულაციის დახასიათება ასაკისა და სქესის მიხედვით

გამოკვლეული იქნა 9 რეგიონი და თბილისი მათში პოპულაციის განაწილების პროპორციულობის გათვალისწინებით: (ცხრილი 2)

რეგიონები	სიხშირე	%
თბილისი	385	16.2
მცხეთა	161	6.8
გურია	170	7.2
სამცხე-ჯავახეთი	191	8.1
შიდა ქართლი	210	8.9
აჭარა	230	9.7
კახეთი	230	9.7
სამეგრელო	252	10.6
ქვემო ქართლი	250	10.5
იმერეთი	291	12.3
სულ	2370	100.0

ცხრილი 2: საკვლევი პოპულაციის განაწილება რეგიონების მიხედვით

საქართველოს მოსახლეობა ქართველების გარდა სხვა ეროვნებებსა და ეთნიკურ უმცირესობებსაც მოიცავს. კვლევისათვის საინტერესო იყო მათი გამოკვლევაც. რანდომულად შერჩეული პოპულაცია მოიცავდა საქართველოში მცხოვრებ თითქმის ყველა ეროვნებას და ეთნიკურ უმცირესობას: (ცხრილი3)

ეროვნება	სიხშირე	%
ქართველი	2194	92.5
რუსი	24	1.0
სომეხი	43	1.8
ბერძენი	5	.2
აზერბაიჯანელი	89	3.8
სხვა	13	.5
სულ	2370	100.0

ცხრილი 3: საკვლევი პოპულაციის განაწილება ეროვნების მიხედვით

განათლების მიხედვით მოხდა ადამიანთა კატეგორიზება-საშუალო, პროფესიული და უმაღლესი განათლების ადამიანები. მონაცემთა სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ გამოკვლეული პოპულაციის უმეტესი ნაწილი- 1561 (65,9%) წარმოდგენილი იყო უმაღლესი განათლებით, 601 (25,4%) სრული და არასრული საშუალო, ხოლო 208(8,8%) პროფესიული განათლებით.

ოჯახის მატერიალური შემოსავლის კატეგორიზაცია მოხდა დაბალი საშუალო და მაღალი შემოსავლის მიხედვით ადამიანთა მიერ საკუთარი შემოსავლის თვითშეფასების მიხედვით. დროებით უმუშევრები ან ადამიანები, რომლებიც შემოსავლის წყაროდ პენსიას, სოციალურ დახმარებას ან 500 ლარამდე ხელფასს ასახელებდნენ, განიხილავდნენ თავიანთ შემოსავალს როგორც დაბალს, სხავდასხვა სახელმწიფო თუ კერძო დაწესებულებაში მომუშავე პირები ყოველთვიური ანაზღაურებით -500- 600 ლარი (საშუალო შემოსავალი საქართველოში (597,6ლარი)[135] თავიანთ ხელფასს თვლიდნენ საშუალოდ, მაღალი შემოსავლების ადამიანები მიუთითებდნენ ხელფასთან ერთად შემოსავლის სხვა წყაროების არსებობას (მაგ: მცირე ბიზნესი).

დაბალი მატერიალური შემოსავალი კონსტატირებულ იქნა 699 (29,5%) ადამიანის, საშუალო - 1642(69,3%) კვლევის მონაწილის მიერ, ხოლო ოჯახის მაღალი შემოსავალი მხოლოდ 29(1,2%) ადამიანის მიერ. კითხვარებში ასევე მითითებული იყო კითხვა ოჯახის საყოფაცხოვრებო პირობების შესახებ, რომელიც შემდეგნაირად კატეგორიზდა: ცუდი, საშუალო და კარგი. ცუდი საცხოვრებელი პირობები მიუთითა 207(8,7%) ადამიანმა, საშუალო პირობებში ცხოვრობდა 1860 (78,5%), ხოლო კარგი საყოფაცხოვრებო პირობების მქონე მხოლოდ 300(12,7%) აღმოჩნდა.

ანკეტა-კითხვარების შემდეგი ბლოკი შეეხებოდა ადამიანთა ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებას და ზოგადი სომატური დაავადებების გამოვლინებას. ანამნეზურ მონაცემთა შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრილი 4).

სომატური დაავადებები		აქვს		არა აქვს		არ იცის	
		სიხშირე	%	სიხშირე	%	სიხშირე	%
ენდოკრინული დაავადებები	ჩიყვი	205	8.6%	1952	82.4%	145	6.1%
	დიაბეტი	59	2.5%				
	ჩიყვი და დიაბეტი	9	0.4%				
კუჭნაწლავის დაავადებები		531	22,4%	1657	69,9%	182	7,7%
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები		511	21,6%	1703	71,9%	156	6,6%
შარდ-სასქესო დაავადებები		97	4,1%	2267	95,7%	6	0,2%
ძვალ სახსროვანი დაავადებები		271	11,4%	2094	88,4%	5	0,2%
ნერვული სისტემის დაავადებები		287	12,1%	1953	82,4%	129	5,4%
სხვა ქრონიკული დაავადება		191	8,1%	2179	91,9%	-	-

ცხრილი 4. სომატური დაავადებების განაწილება საკვლევ პოპულაციაში.

ჩვენთვის მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენდა კვების რეჟიმისა და ხასიათის შეფასება, რადგან ის მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია როგორც კარიესის, ისე სომატური დაავადებების კუთხით. რესპოდენტის კვების რეჟიმის მიხედვით გამოკვლეულ კონტინგენტში შედარებით მაღალი ხვედრითი წილით იქნა წარმოდგენილი ორჯერადი (33.5%) და სამჯერადი (39.9%) კვება დღის განმავლობაში, არარეგულარულად იკვებებოდა 18,3%, დღეში ერთხელ 2,0%, ხოლო დღეში ოთხჯერ- 6,3%. პურ-პროდუქტების, როგორც ნახშირწყლების მიღების წყაროს 2-3-ჯერ მიღება საკმაოდ მაღალი მაჩვენებლით გამოვლინდა (75%), დღეში 4-ჯერ ან მეტჯერ პურს მიირთმევდა 9,5%, დღეში ერთხელ 13,8%, ხოლო 1,7% საერთოდ გამორიცხავდა პურ-ფუნთუშეულს დღის რაციონიდან. ადვილად ფერმენტირებადი ნახშირწყლების მიღების კიდევ ერთი წყაროს- ტკბილეულის მომხმარებელი დღეში 2-3 ჯერ პოპულაციის 29,7% აღმოჩნდა, ხოლო დღეში 4-ჯერ და მეტჯერ მხოლოდ 5,4%, გამოკვლეული პოპულაციის ნახევარზე მეტი 50,3%- დღეში ერთხელ, ხოლო 14,3% საერთოდ უარყოფდა ტკბილეულის მოხმარებას .

ხორცის მიღების სიხშირე შემდეგნაირად განაწილდა: 49,5% კვირაში 2,4-ჯერ მოიხმარდა ხორცის პროდუქტებს, 43,3% კვირაში ერთხელ ან უფრო იშვიათად , 2,2% კი საერთოდ გამორიცხავდა ხორცის მიღებას. რაც შეეხება რძის პროდუქტებს, 45,6% აღნიშნავდა მათ კვირაში 2-4ჯერ გამოყენებას, 33,9%- კვირაში ერთხელ ან უფრო იშვიათად, 14,5% რძის პროდუქტების ყოველდღიური მომხმარებელი აღმოჩნდა, ხოლო 6,0% საერთოდ უარყოფდა მათ მიღებას. გამოკვლეული კონტინგენტის მნიშვნელოვანი ნაწილი(47,6%) ხილ-ბოსტნეულის, როგორც ორგანიზმისათვის აუცილებელი ვიტამინებისა და მიკროელემენტების წყაროს და უჯრედისით მდიდარი საკვების კვირაში 2-4-ჯერ მომხმარებელი აღმოჩნდა, ხოლო 38,3%- ყოველდღიური, 13,4% კვირაში ერთხელ ან უფრო იშვიათად იღებდა ხილ-ბოსტნეულს და მხოლოდ 0,8% უარყოფდა მათ მოხმარებას.

ანკეტა- კითხვარების შემდეგი ბლოკი შეეხებოდა კბილის მაგარი ქსოვილების დაზიანების და პაროდონტის დაავადებების რისკ -ფაქტორებიდან ქცევითი ხასიათის ფაქტორების შესწავლას, როგორცაა პირის ღრუს ჰიგიენა, ჰიგიენური ჩვევები და ადამიანთა სამედიცინო აქტივობა. გამოკვლეულ კონტინგენტში პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობის შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრილი 5):

პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი	სიხშირე	%
0-0,6 ბალი (პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა)	423	17,8%
0,7-1,6 ბალი (პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა)	1594	67,3%
1,7-2,5 (პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა)	178	7,5%
2,6≥(პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა)	175	7,4%
სულ	2370	100%

ცხრილი 5. პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობის მახასიათებლები გამოსაკვლევ პოპულაციაში

მიღებული შედეგები გვიჩვენებს, რომ გამოკვლეულ კონტინგენტში მაღალი აღმოჩნდა დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენის მაჩვენებლის ხვედრითი წილი, ყველაზე დაბალი სიხშირით კი წარმოდგენილია ცუდი ჰიგიენის მაჩვენებელი.

კითხვარების სტატისტიკური ანალიზის შედეგად შეფასდა ადამიანთა

დამოკიდებულება პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევებისა და სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ, ასევე სტომატოლოგიური აქტივობა ექიმთან მიმართვის სიხშირისა და ამ მიმართვის მოტივაციის საფუძველზე. პრევალირებდა კბილების გამოხეხვის სიხშირე დღეში ორჯერ, თუმცა გამოკვლეულთა მხოლოდ ნახევარი (50,5%) მიმართავდა მას, დღეში ერთხელ კბილების გამოხეხვის სიხშირე აღინიშნა გამოკვლეულთა 39,8%-ში, ხოლო კონტინგენტის ყველაზე მცირე რაოდენობა (5%) საერთოდ იგნორირებდა კბილების გაწმენდას, ხსნიდა რა ამას კბილების გახეხვის არასაჭიროებით ან კბილების არარსებობით პირის ღრუში.

გამოკვლეულთა საკმაოდ დიდი ნაწილი 93,5% უგულვებელყოფდა კბილის ძაფის, ხოლო 81,8% სავლების გამოყენებას, რაც აიხსნებოდა მათ მიერ ამ ჰიგიენური საშუალებების შესახებ ინფორმაციის სიმწირით ან გამოყენების საჭიროების არქონით.

ადამიანთა სტომატოლოგიური აქტივობის შესახებ მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრილი 6):

სტომატოლოგიური აქტივობა		სიხშირე	%
სტომატოლოგთან ვიზიტი ბოლო ერთ წელიწადში	არ ვყოფილვარ	1497	63,2
	ერთხელ	434	18,3
	ორჯერ	248	10,5
	სამჯერ	97	4,1
	4 -ჯერ და მეტად	94	4,0
სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზი	პროფილაქტიკა	100	4,3
	ტკივილი ან დისკომფორტი	2269	95,7
სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზი	არ არის საჭირო თუ არაფერი აწუხებს	1079	45,5
	შიში	236	10,0
	უფულობა	863	36,4
	დაზღვევის არარსებობა	95	4,0
სულ		2370	100

ცხრილი 6 . გამოკვლეული კონტინგენტის სტომატოლოგიური აქტივობა წლის განმავლობაში

როგორც ცხრილიდან ჩანს, წლის მანძილზე სტომატოლოგიური აქტივობა მოსახლეობის მხოლოდ 36,8%-ით განისაზღვრება, პოპულაციის უმეტესი ნაწილი (95,7%) მხოლოდ ტკივილის ან დისკომფორტის შემთხვევაში აკითხავს სტომატოლოგს და მხოლოდ მცირე ნაწილი (4,3%) უთმობს ყურადღებას პირის ღრუს პროფილაქტიკურ შემოწმებას, ხოლო დაბალი სტომატოლოგიური აქტივობის ძირითად მიზეზად ფინანსების არქონასთან (36,4%) ერთად სტომატოლოგთან ვიზიტის არასაჭიროება (უკიდურესი შემთხვევების გარდა) სახელდება, რაც პოპულაციის დაბალ სამედიცინო კულტურაზე მეტყველებს და კბილების კარგვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს .

პოპულაციის ანკეტირებასთან ერთად წარმოებდა სტომატოლოგიური სტატუსის ერთმომენტური შეფასება, რამაც შესაძლებლობა მოგვცა გამოგვევლინა შესწავლილ კონტინგენტში სტომატოლოგიური დაავადებების, კერძოდ , კბილის მაგარი ქსოვილების (კარიესი და არაკარიესული დაავადებები) და პაროდონტის დაავადებათა არსებობა და მათი გავრცელება.

3.2. ზრდასრული მოსახლეობის სტომატოლოგიური სტატუსის დადგენა და სტომატოლოგიურ დაავადებათა გავრცელება საკვლევ პოპულაციაში

გამოკვლეული პოპულაციის სტომატოლოგიური სტატუსის შეფასება წარმოებდა შემდეგი პარამეტრების საფუძველზე:

- პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა (ქვების და ნადებების არსებობა);

- კარიესი;
- არაკარიესული დაავადებები;
- პაროდონტის დაავადებები;

სტომატოლოგიური სტატუსის დადგენისას პირველ რიგში შეფასდა ადამიანთა პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა, რომლის მაჩვენებელი განისაზღვრა როგორც საშუალო, ხოლო პირის ღრუს ჰიგიენა -დამაკმაყოფილებელი (ცხრილი 7):

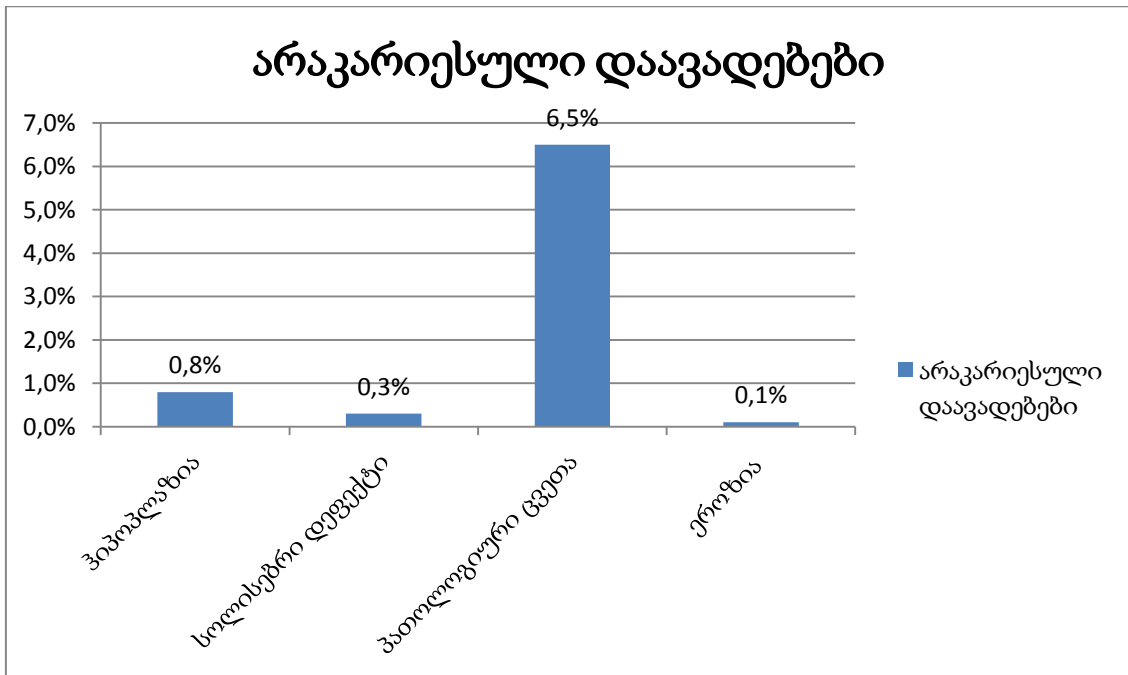
ცვლადი	მაჩვენებელი (საშუალო±სტ.გადახრა)
ნადებისინდექსი	.47±.66
ქვისინდექსი	.33±.52
პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი	0,8±1,1

ცხრილი 7 . ყველა მონაწილის (2370) საშუალო მაჩვენებლები

გამოკვლევულ კონტინგენტში კბილის მაგარი ქსოვილების არაკარიესულ დაავადებათა შესწავლისას შედარებით მაღალი სიხშირით გამოვლინდა პათოლოგიური ცვეთა. მიღებული შედეგები მოტანილია ცხრილში (ცხრილი 10) და დიაგრამაზე (დიაგრამა 2):

არაკარიესული დაავადებები	სიხშირე	%
არ არის	2177	91.9
ჰოპოპლაზია	19	.8
სოლისებრი დეფექტი	7	.3
პათოლოგიური ცვეთა	165	6.9
ეროზია	2	.1
სულ	2370	100

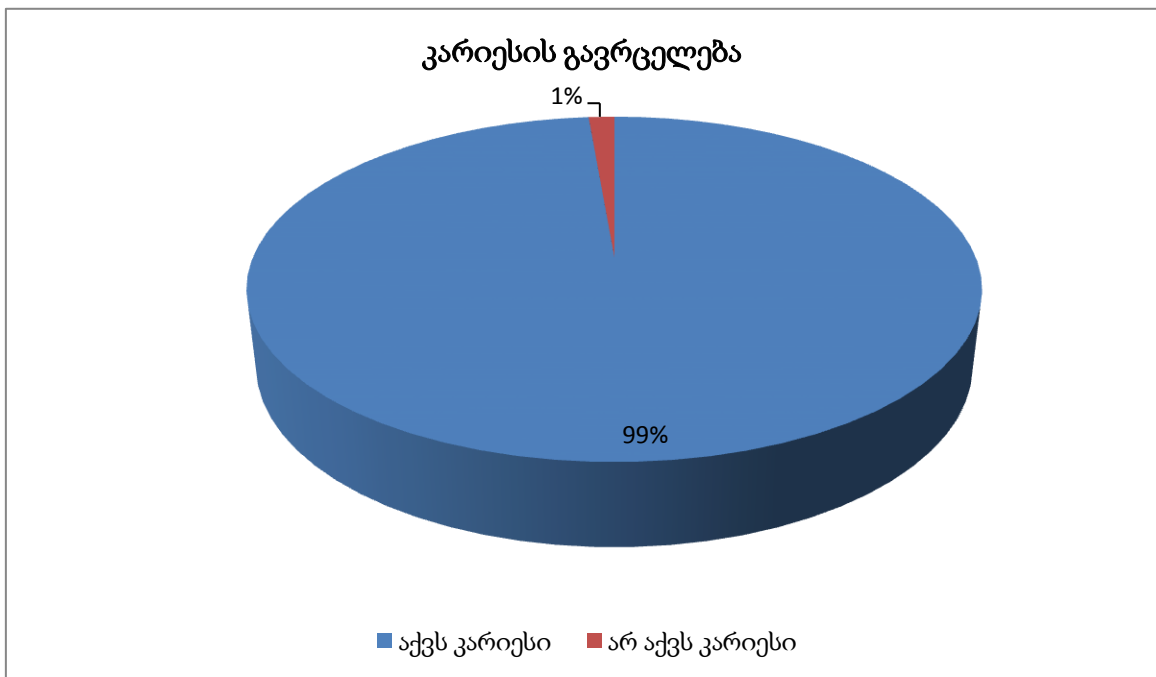
ცხრილი 10 . არაკარიესულ დაავადებათა გავრცელება საკვლევ პოპულაციაში



დიაგრამა 2. არაკარიესული დაავადებების პროცენტული განაწილება საკვლევ პოპულაციაში

კარიესით ავადობის შესაფასებლად განისაზღვრა როგორც კარიესის გავრცელება ასევე კარიესის ინტენსივობა.

კარიესის გავრცელების მიხედვით გამოიყო ორი ჯგუფი. მათი სიხშირეებისა და პროცენტული გადანაწილება წარმოდგენილია დიაგრამაზე (დიაგრამა 3):



დიაგრამა 3: კარიესის გავრცელების მაჩვენებელი.

როგორც აღმოჩნდა კარიესის გავრცელება საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში ძალიან მაღალია.

კარიესის ინტენსივობა განისაზღვრა კბა და კბა_ზ ინდექსების საფუძველზე. კერძოდ, გამოთვლილ იქნა ამ ინდექსების საშუალო მაჩვენებლები, კარიესით დაზიანებული(კ), კარიესის გამო დაკარგული(ა) და დაბჟენილი ან რესტავრირებული კბილების(ბ) საშუალო რაოდენობა. შედეგები მოცემულია ცხრილში (ცხრილი 11,12):

ცვლადი	საშუალო±სტ.გადახრა
კბა	11.53±7.69
კბა-ზ	42.28±38.37
კ	2.78±3.02
ა_კარიესი	4.46±5.95
ბ	1.71±2.51

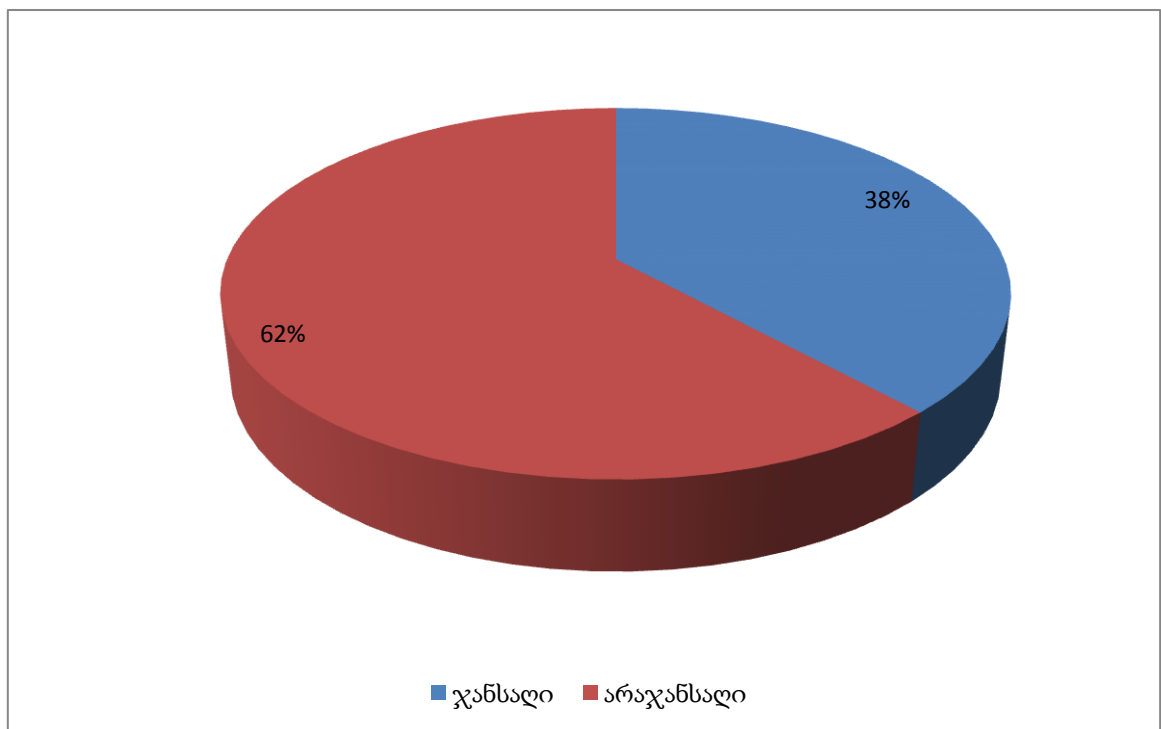
ცხრილი 11. ყველა მონაწილის (2370) საშუალო მაჩვენებლები სამიზნე ცვლადების მიხედვით

	კბა	კბა-ზ	კ	ა-კარიესი	ა-პაროდონტიტი	ბ	ინტაქტური
რაოდენობა	2370	2370	2370	2370	2370	2370	2370
საშუალო	11.54	42.33	2.78	4.46	2.59	1.71	18.18
მედიანა	10.00	31.00	2.00	2.00	.00	1.00	19.00
სტანდარტული გადახრა	7.692	38.386	3.016	5.953	7.697	2.508	8.267
დისპერსია	59.164	1473.501	9.098	35.435	59.244	6.291	68.346
რანჟი	32	148	17	32	32	24	32
მინიმუმი	0	0	0	0	0	0	0
მაქსიმუმი	32	148	17	32	32	24	32

ცხრილი: 12 სამიზნე ცვლადების აღწერითი სტატისტიკა

როგორც ცხრილი 12-დან ჩანს, გამოკვლეულ პოპულაციაში დაზიანებული კბილების მაქსიმალური რაოდენობა 17-ს შეადგენს, დაზიანებული კბილების- 24-ს, ხოლო დაკარგული და ასევე ჯანმრთელი კბილების მაქსიმალური რაოდენობა 32-ს. კარიესის ინტენსივობა მთელს პოპულაციაში ზომიერია და ძირითადად განისაზღვრება კარიესის გამო დაკარგული კბილების საშუალო მაჩვენებლით (4.46 ± 5.95).

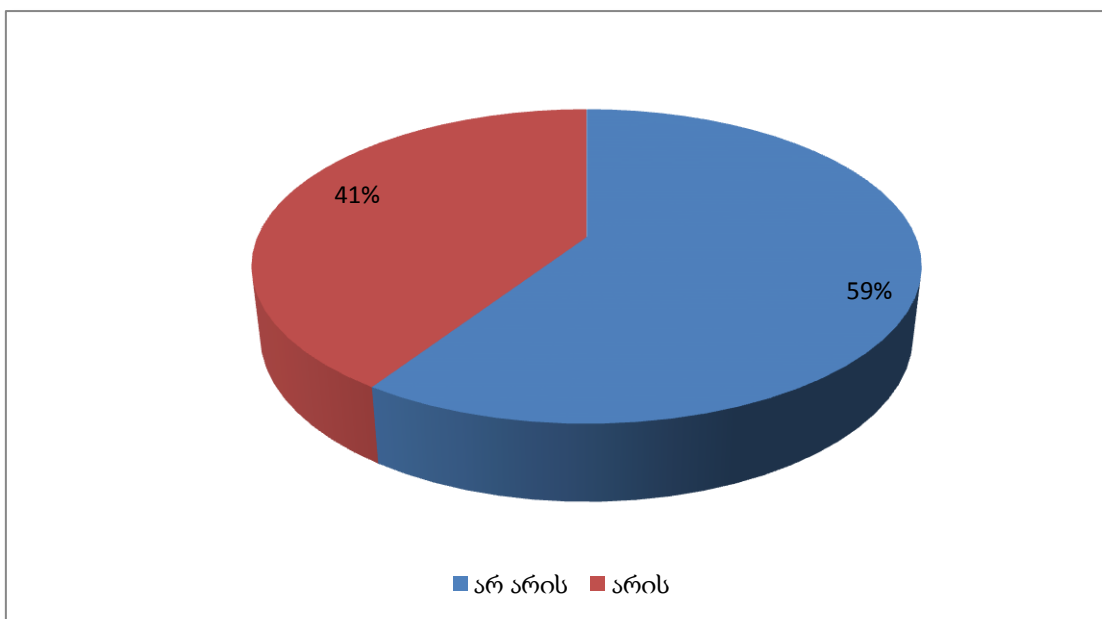
საკვლევი პოპულაციის სტომატოლოგიური სტატუსის შესწავლისას მნიშვნელოვანი იყო ასევე შეგვეფასებინა პაროდონტის მდგომარეობა. ამ ცვლადის მიხედვით გამოიყო ორი ჯგუფი: ჯანსაღი და არაჯანსაღი. მონაცემები წარმოდგენილია დიაგრამაზე (დიაგრამა 4):



დიაგრამა 4. პაროდონტის მდგომარეობა საკვლევი პოპულაციაში

შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა პაროდონტის არაჯანსაღი მდგომარეობის პრევალირება ჯანმრთელ პაროდონტზე. არაჯანსაღი მდგომარეობა განისაზღვრა ზონდირებისას სისხლდენის არსებობით, პაროდონტალური ჯიბეების არსებობით, კბილ-ღრძილოვანი მიმაგრების დარღვევით.

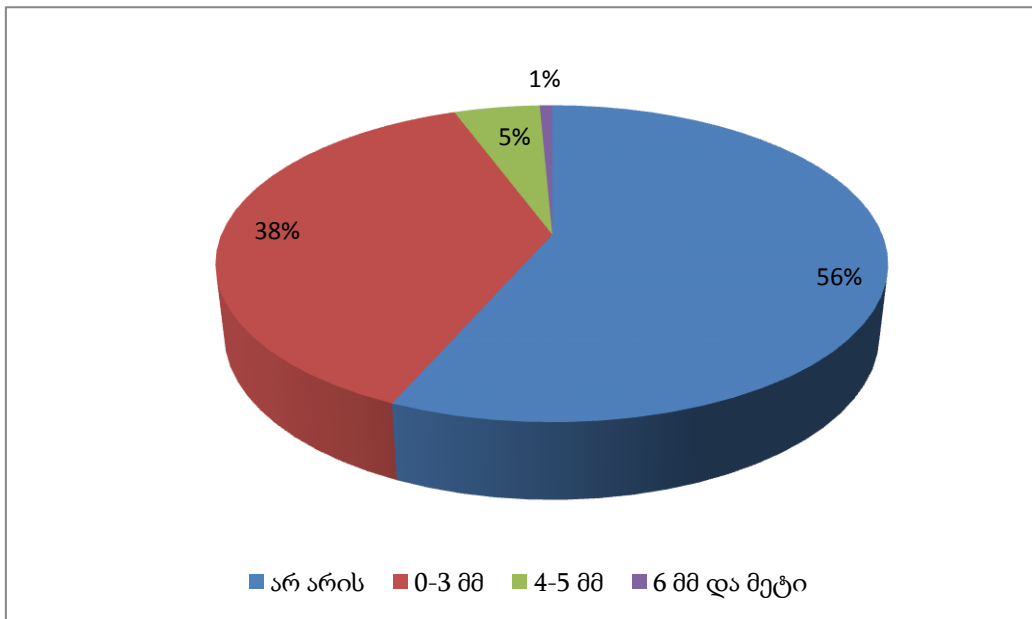
სისხლდენის ხარისხი შეფასდა ღრძილების ზონდირებისას სისხლდენის არსებობით. ამ ცვლადის მიხედვით გამოიყო ორი ჯგუფი, რომელთა მაჩვენებლებიც წარმოდგენილია დიაგრამაზე (დიაგრამა 5):



დიაგრამა 5. სისხლდენის მიხედვით ჯგუფების განაწილება.

როგორც აღმოჩნდა ზონდირებისას სისხლდენა აღინიშნა გამოკვლეული პოპულაციის 41%-ში, თუმცა სისხლდენის არარსებობა (მაგალითად ნამკურნალევი პაროდონტიტისა და გინგივიტის შემთხვევაში) არ მიუთითებდა ჯანმრთელ პაროდონტის მდგომარეობას.

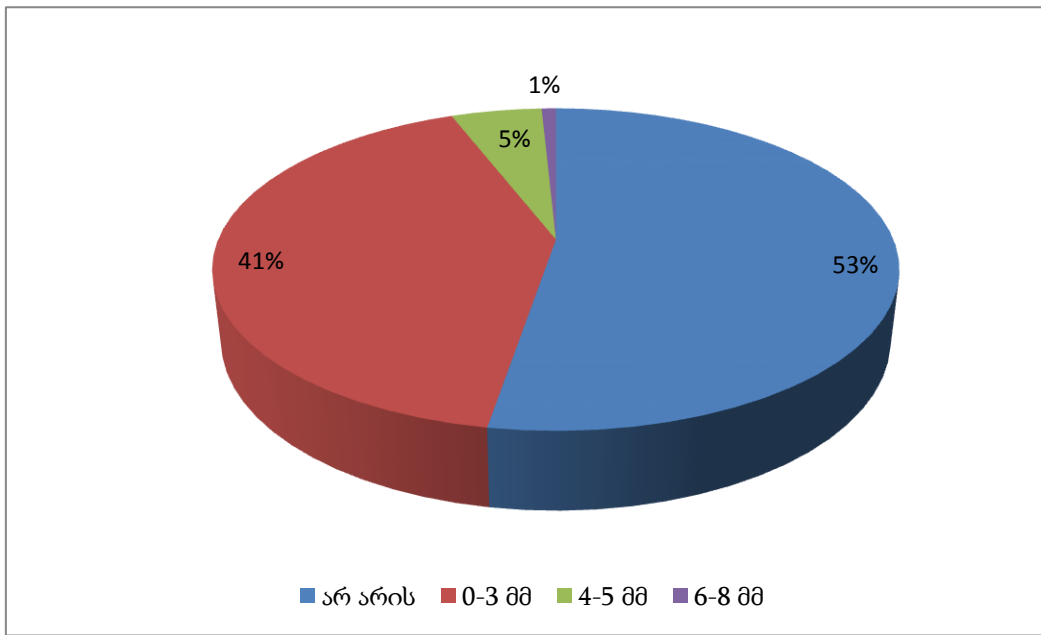
პაროდონტალური ჯიბეების მიხედვით გამოიყო ოთხი ჯგუფი. შედეგები წარმოდგენილია დიაგრამაზე (დიაგრამა 6):



დიაგრამა 6. ჯგუფების განაწილება პაროდონტალური ჯიბეების მიხედვით.

როგორც შედეგებმა აჩვენა, საკვლევ პოპულაციაში პრევალირებდა 0-3მმ სიღმის პაროდონტალური ჯიბეები, ხოლო ყველაზე მცირე რაოდენობით იყო წარმოდგენილი 6მმ და მეტი სიღრმის ჯიბეები. ეს მიუთითებს გამოკვლეულ პოპულაციაში პაროდონტის ქრონიკული ფორმების პრევალირებაზე მწვავე ფორმასთან შედარებით, რადგან პაროდონტის დაავადებათა სიმწვავე განისაზღვრება 4-5 და 6>მმ ჯიბეების პროცენტული მაჩვენებლით [147].

რაც შეეხება კბილ-ღრძილოვან მიმაგრებას, როგორც პაროდონტის დაავადების კიდევ ერთ ნიშანს, ამ ცვლადის მიხედვით მიხედვით გამოიყო ოთხი ჯგუფი. შედეგები წარმოდგენილია დიაგრამაზე (დიაგრამა 7):



დიაგრამა 7: ჯგუფების განაწილება კბილ-ღრძილოვანი მიმაგრების დარღვევის მიხედვით.

კბილ-ღრძილოვანი მიმაგრების შეფასებისას ასევე გამოიკვეთა 0-3მმ სიღრმეზე კბილ-ღრძილოვანი კავშირის დარღვევის პრევალირება, აქაც ყველაზე მცირე რაოდენობით წარმოჩინდა აღნიშნული მიერთების დარღვევა 6-მმზე და მეტ სიღრმეზე.

პაროდონტის დაავადებების გავრცელების შესწავლისას კვლევისათვის მნიშვნელოვანი იყო გაგვესაზღვრა საკვლევ პოპულაციაში როგორც ანთებადი დაზიანებების(გინგივიტი, პაროდონტიტი) არსებობა და სიხშირე, ისე პაროდონტის ქსოვილების არაანთებადი დაზიანებაც. პაროდონტის ანთებადი დაზიანება აღინიშნა პოპულაციის 58%-ში, ხოლო არანათებითი დაზიანება- მხოლოდ 4 %- ში.

მონაცემთა სტატისტიკური ანალიზის პროცესში ასევე საინტერესო იყო გაგვესაზღვრა კარიესისა და პაროდონტის დაავადებათა სიხშირე და გავრცელება არამხოლოდ მთელი პოპულაციის მიხედვით, არამედ ჩვენთვის საინტერესო ჯგუფების, კერძოდ ასაკის, სქესისა და ტერიტორიული განაწილების ფარგლებში და იმ ფაქტორებთან კორელაციური კავშირების დადგენა, რომლებიც სავარაუდოდ განსაზღვრავენ სტომატოლოგიურ დაავადებათა გავრცელებას საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში.

3.3 კარიესის და პაროდონტის დაავადებათა სიხშირე და გავრცელება ასაკისა და სქესის მიხედვით საკვლევ პოპულაციაში.

კარიესის ინტენსივობის შესაფასებლად სქესის მიხედვით გამოიყო ჯგუფები და შედარდა სამიზნე ცვლადების მიხედვით. აღნიშნული ცვლადები აღმოჩნდა არაპარამეტრული მონაცემები. მათ შესადარებლად გამოყენებულ იქნა არაპარამეტრული კრუსკალ-უოლესის ტესტი. სტატისტიკურად სანდო განსხვავება აღინიშნა ($p=0,00, p<0,01$) დაბუქნილი და ამოღებული კბილების ($p=0.003, p<0.05$) შემთხვევაში, თუმცა ასეთი სანდო სხვაობა არ აღმოჩნდა კარიესით დაზიანებული კბილებთან მიმართებაში ($p=0,828, p>0.05$.) შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრილი 13):

ცვლადი	ასაკი(საშუალო სტანდარტ. გადახრა)		სტატისტიკურად სანდო განსხვავება
	ქალი (1289)	მამაკაცი (1081)	
კბა	11.76±7.2	11.25±8.2	$p=0.000$
კბა-ზ	41.59±36.3	43.11±40.7	$p=0.038$
კ	2.8±2	2.77±3.05	$p=0.828$
ა-კარიესი	4.49±5.7	4.42±6.27	$p=0.003$
ბ	2.17±2.78	1.15±2	$p=0.000$

ცხრილი 13. კარიესის ინტენსივობა სქესის მიხედვით გამოყოფილ ჯგუფებში.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, კარიესის ინტენსივობა ზომიერია როგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში და უმთავრესად განისაზღვრა ამოღებული კბილების რაოდენობით, ხოლო დაბუქნილი კბილების საშუალო მაჩვენებელი დაბალი აღმოჩნდა ორივე სქესში და უფრო დაბალი მამაკაცებში ვიდრე ქალებში, რაც მეტყველებს ადამიანთა ნაკლებ მიმართვიანობაზე რესტავრაციული მკურნალობის ჩასატარებლად.

ასაკის მიხედვით გამოყოფილ ჯგუფები ასევე შედარდა კრუსკალ -უოლესის ტესტის საშუალებით. შედეგებმა გვაჩვენა სტატისტიკურად სანდო განსხვავება ($p=0.00, p<0.01$)(ცხრილი 14):

ცვლადები	ასაკობრივი ჯგუფი (საშუალო სტანდარტ. გადახრ.)				სტატისტიკურად სანდო განსხვავება
	20-34წ (797)	35-44წ (469)	45-64წ (855)	65-74წ (249)	
კბა	7.02±4.55	10.09±5.37	14.18±7.71	19.61±8.9	p=.000
კბა_ზ	14.87±13.26	33.28±22.43	59.01±38	89.53±42.45	p=.000
კ	3.62±3.17	3.16±3	2.26±2.77	1.18±2.32	p=.000
ა_კარიესი	1.11±1.77	4.26±3.64	6.53±6.47	8.45±9.61	p=.000
ბ	2.25±2.62	2.29±2.9	1.28±2.21	.34±1.13	p=.000

როგორც ცხრილიდან ჩანს, კარიესის ინტენსივობა დაბალია პირველ ასაკობრივ ჯგუფში (20-34წწ), ხოლო მეოთხე ასაკობრივ ჯგუფში (64-74 წწ) ის მაღალი აღმოჩნდა და ძირითადად განისაზღვრა კარიესის და მისი გართულებების შედეგად დაკარგული კბილების მაღალი მაჩვენებლით.

სქესისა და ასაკის მიხედვით გამოყოფილ ჯგუფებში განისაზღვრა კარიესის გავრცელება. შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრილი 15):

	სქესი			ასაკი				
	მამაკაცი	ქალი	სულ	20-34წ	35-44წ	45-64წ	65-74წ	სულ
	(1081)	(1289)	(2370)	(797)	(469)	(855)	(249)	
არ არის კარიესი	21	11	32	27	4	1	0	32
არის კარიესი	1060	1278	2338	770	465	854	249	2338
სულ	1081	1289	2370	797	469	855	249	2370

$\chi^2=4.434, p=0.03, p<0.05$	$\chi^2=31.612, p=0.00, p<0.01$
--------------------------------	---------------------------------

ცხრილი 15. კარიესის გავრცელება ასაკისა და სქესის მიხედვით

როგორც ცხრილიდან ჩანს, კარიესის გავრცელება ოდნავ მეტია ქალებში(99.1) ვიდრე მამაკაცებში (98.1), ყველაზე დაბალი(96%) აღმოჩნდა პირველ ასაკობრივ ჯგუფში (20-34წწ) სხვა ჯგუფებთან შედარებით (99-100%.) მონაცემები სტატისტიკურად სანდოა ($p<0.05$)($p<0.01$).

პაროდონტის დაავადებების გავრცელების შეფასებისას საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში ასაკისა და სქესის მიხედვით მნიშვნელოვანი იყო შეგვეფასებინა ნადების, ქვისა და პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსები. ამისათვის სქესისა და ასაკის მიხედვით გამოყოფილი ჯგუფები შედარდა ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებლების მიხედვით. მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრილი 16):

ცვლადები	სქესი (საშუალო სტანდარტ. გადახრ.)		სტატისტიკურად სანდო განსხვავება
	ქალი(1289)	მამაკაცი (1081)	
ნადების ინდექსი	.31±.48	.71±.81	$p=0.000$
ქვის ინდექსი	.23±.34	.51±.7	$p=0.000$
პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი	.54±.76	1.22±1.43	$p=0.003$

ცხრილი 16. პირის ღრუს ჰიგიენური სტატუსი სქესის მიხედვით გამოყოფილ ჯგუფებში

პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსის საშუალო მაჩვენებლის მნიშვნელობა მიუთითებს ქალებში პირის ღრუს კარგ ჰიგიენურ მდგომარეობაზე, ხოლო მამაკაცებში ის განისაზღვრა როგორც დამაკმაყოფილებელი.

ასაკის მიხედვით გამოყოფილი ჯგუფებში სამიზნე ცვლადები აღმოჩნდა არაპარამეტრული მონაცემები(ისევე როგორც სქესის შემთხვევაში). ამიტომ მათ შესაძარებლად გამოყენებულ იქნა კრუსკალ უოლესის და χ^2 ტესტები . ანალიზმა აჩვენა, რომ თითოეული ჯგუფი სტატისტიკურად სანდოდ განსხვავდება ერთმანეთისაგან სამიზნე ცვლადების მიხედვით($p=0.00, p=0.003, p<0.01$) (ცხრილი 17)

ცვლადები	ასაკობრივი ჯგუფი (სამსტანდარტ. გადახრ.)				სტატისტიკურად სანდო განსხვავება
	20-34 (797)	35-44 (469)	45-64 (855)	65-74(249)	
ნადების ინდექსი	.45±.63	.58±.8	.47±.62	.33±.57	$p=.000$
ქვის ინდექსი	.24±.44	.43±.67	.38±.5	.3±.52	$p=.000$
პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი	.69±.99	.99±1.36	.85±1.1	.64±1.07	$p=.000$

ცხრილი 17. პირის ღრუს ჰიგიენური სტატუსი ასაკის მიხედვით გამოყოფილ ჯგუფებში

ოთხივე ასაკობრივ ჯგუფში პირის ღრუს ჰიგიენა შეფასდა როგორც დამაკმაყოფილებელი.

პაროდონტალური სტატუსის და პაროდონტის დაავადებების გავრცელების დასადგენად ასაკობრივი და სქესობრივი ჯგუფები შედარდა შემდეგი მაჩვენებლების მიხედვით: სისხლდენა შეხებისას, პაროდონტალური ჯიბეების სიღრმე, პაროდონტის ქსოვილების ანთებითი და არაანთებითი დაზიანება. ანალიზმა აჩვენა სტატისტიკურად სანდო განსხვავება აღნიშნული ცვლადების მიხედვით ($p=0.00, p<0.01$). (ცხრილი 18,19):

პაროდონტალური სტატუსი	ქალი(1289)		მამაკაცი(1081)		სულ(2370)	
	სიხშირე	%	სიხშირე	%	სიხშირე	%
ჯანმრთელი	547	42.5%	358	33.1%	905	38%
არაჯანმრთელი	742	57.5%	723	66.9%	1464	62%

სისხლდენა	480	37.2%	596	44.9%	965	41%
არ არის სისხლდენა	809	62.8%	485	55.1%	1405	59%
პაროდონტალური ჯიბეები						
არ არის ჯიბე	766	59.4%	575	53.2%	1341	56%
0-3მმ	470	36.5%	425	39.3%	895	38%
4-5მმ	46	3.6%	71	6.6%	117	5%
6-8მმ	7	0.5%	10	0.9%	17	1%
კბილ-ღრმ. შეერთ. დარღვევა						
არ არის	734	56.9%	514	47.5%	1248	53%
0-3მმ	499	38.7%	483	44.7%	982	41%
4-5მმ	49	3.8%	72	6.7%	121	5%
6-8მმ	7	0.5%	12	1.1%	19	1%
ანთება	707	54.8%	662	61.2%	1368	58%
არ არის ანთება	582	45.2%	419	38.8%	1001	42%
p<0.01, p=0.00						

ცხრილი 18. პოპულაციის პაროდონტალური სტატუსი სქესის მიხედვით გამოყოფილ ჯგუფებში.

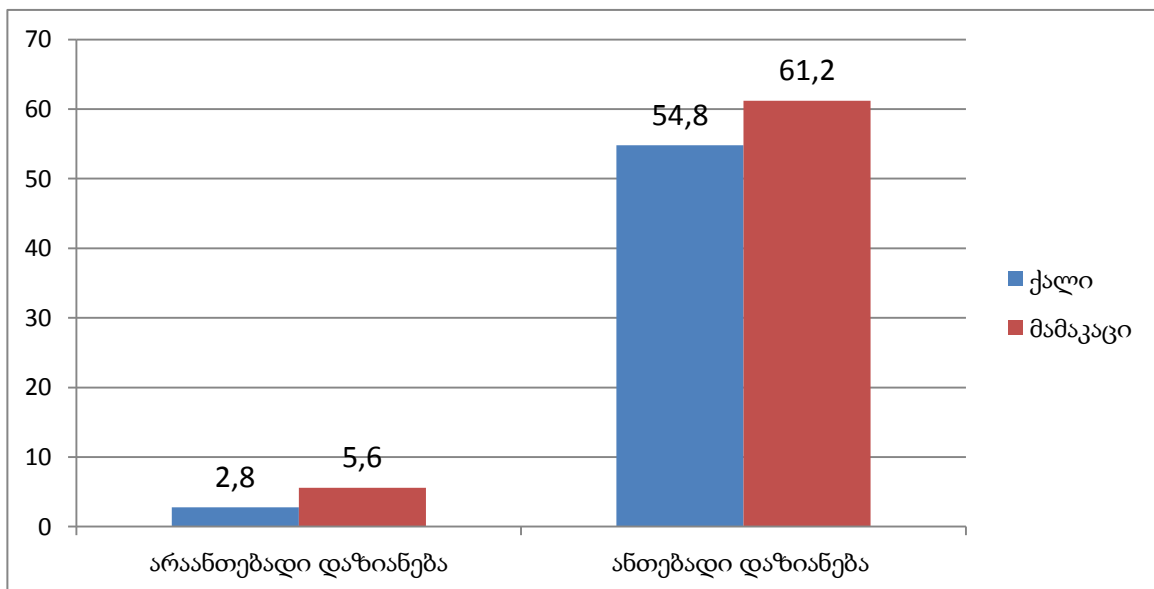
პაროდონტალური სტატუსი	ასაკობრივი ჯგუფი								სულ (2370)	
	20-34 (797)		35-44 (469)		45-64 (855)		65-74 (249)		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
ჯანმრთელი	472	59.2	178	38,0	195	22.8	60	24.1	905	38%
არაჯანმრთელი	325	40.8	291	62,0	660	77.1	189	75.9	1464	62%
სისხლდენა	306	38.4	220	46.9	366	42.8	73	29.3	965	41%
არ არის	491	61.6	249	53.1	489	57.2	176	70.7	1405	59%
სისხლდენა										
პაროდ.ჯიბე										
არ არის ჯიბე	717	90.0	255	54.4	278	32.5	91	36.5	1341	56%
0-3მმ	78	9.8	202	43.1	484	56.6	131	52.6	895	38%
4-5მმ	2	0.3	10	2.1	80	9.4	25	10.0	117	5%
6-8მმ	0	0	2	0.4	13	1.5	2	0.8	17	1%
კბილ-ღრმ. შეერთ. დარღვევა										
არ არის	718	90.1	253	53.9	217	25.4	60	24.1	1248	53%
0-3მმ	77	9.7	204	43.5	541	63.3	160	64.3	982	41%
4-5მმ	2	0.3	10	2.1	82	9.6	27	10.8	121	5%
6-8მმ	0	0	2	0.4	15	1.8	2	0.8	19	1%

ანთება	325	40.8	289	61.6	597	69.7	158	63.5	1368	58%
არ არის ანთება	472	59.2	180	38.4	258	30.3	91	36.5	1001	42%
p<0.01, p=0.00										

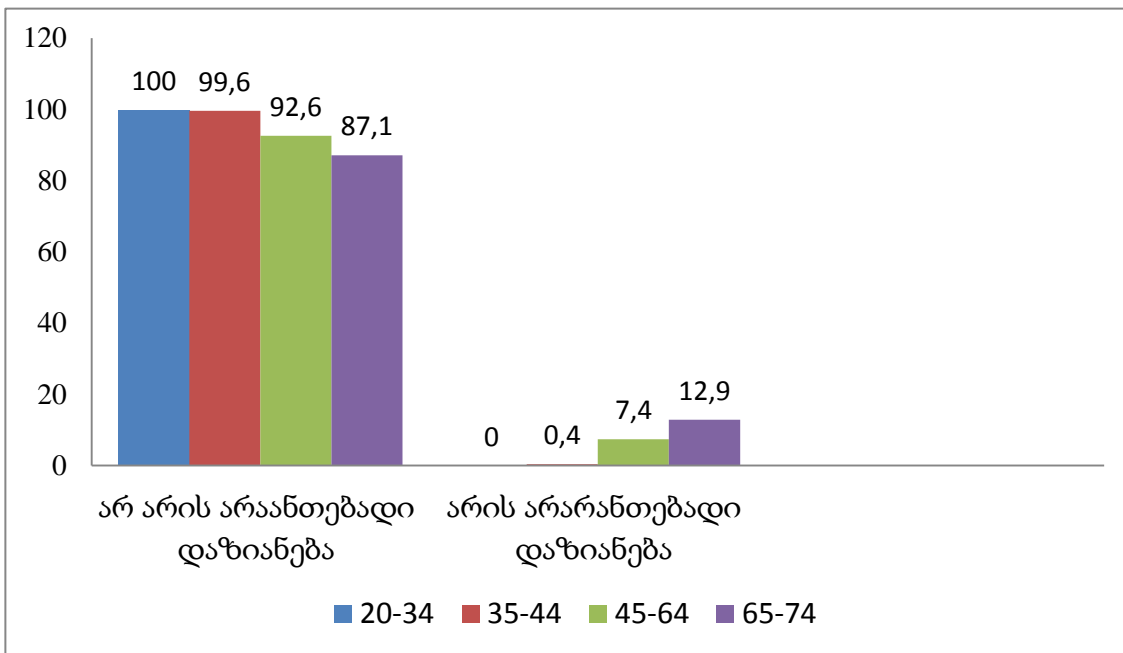
ცხრილი 19: პოპულაციის პაროდონტალური სტატუსი სქესის მიხედვით გამოყოფილ ჯგუფებში.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, არაჯანმრთელი პაროდონტალური სტატუსი აღინიშნა მამაკაცთა 66,9%-ში და ქალების 57,5%-ში, სისხლდენა პაროდონტალური ზონდით შეხებისას შეინიშნა მამაკაცების უმეტესობაში (44,9%) ქალებთან შედარებით (37,2%), ისევე როგორც პაროდონტალური ჯიბეები და კბილ-ღრძილოვანი კავშირის დარღვევა. ასაკობრივ ჯგუფებში არაჯანმრთელი პაროდონტი ყველაზე ნაკლებად პირველ ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა, ისევე როგორც პაროდონტალური ჯიბეები და კბილ-ღრძილოვანი კავშირის დარღვევა. აღნიშნული ცვლადები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი სიხშირით იქნა წარმოდგენილი მეორე და მესამე ასაკობრივ ჯგუფებში.

ასაკისა და სქესის მიხედვით გამოყოფილ ჯგუფებში ასევე განისაზღვრა ანთებადი და არანთებადი დაავადებების გავრცელება. შედეგები წარმოდგენილია დიაგრამაზე (დიაგრამა 8,9):



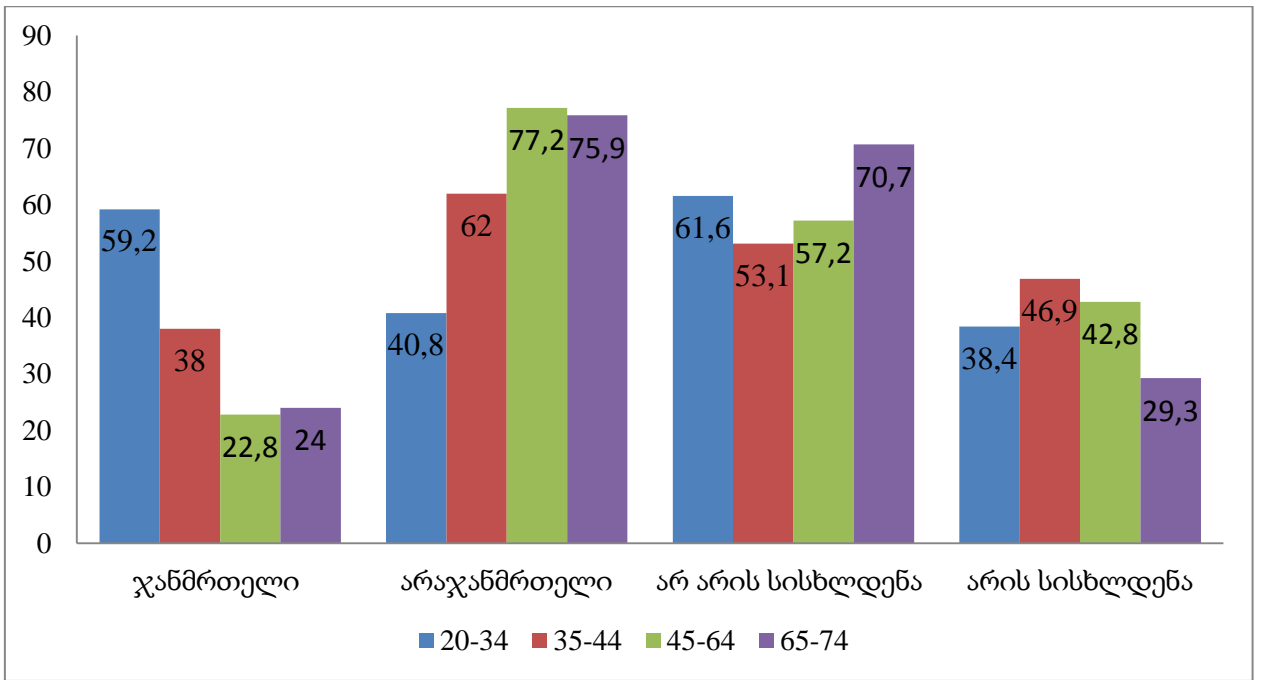
დიაგრამა 8. პაროდონტის ანთებითი და არანთებითი დაავადებების პროცენტული განაწილება სქესის მიხედვით



დიაგრამა 9. პაროდონტის არაანთებითი დაავადებების პროცენტული განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.

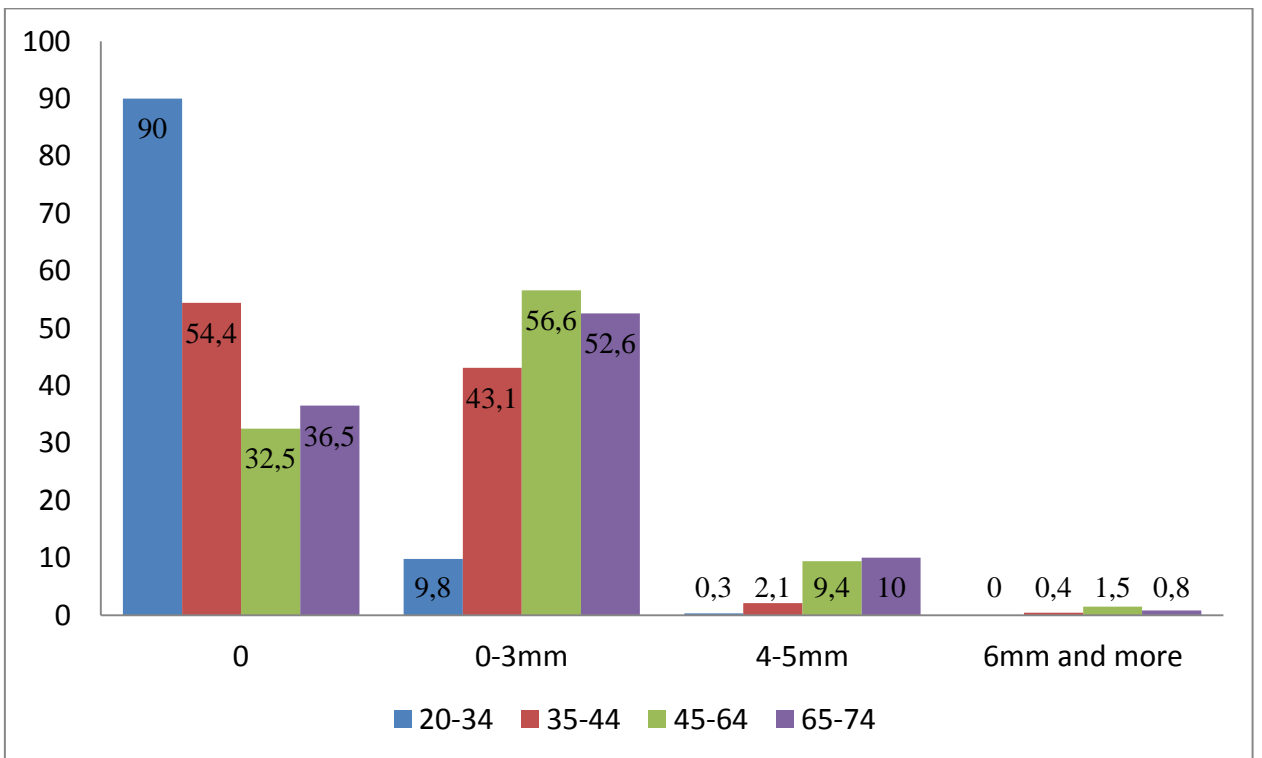
როგორც აღმოჩნდა, პაროდონტის ანთებადი და არაანთებადი დაზიანება უფრო ხშირია მამაკაცებში ვიდრე ქალებში, ხოლო ასაკობრივი ჯგუფებიდან ყველაზე მეტი სიხშირით 45-64წწ და 65-74წწ ასაკის ადამიანებში, რაც სავარაუდოდ დაკავშირებულია სხვადასხვა რისკ-ფაქტორებთან, უმთავრესად კი ორგანიზმის ინდივიდუალურ ასაკობრივ და სქესობრივ თავისებურებებთან და ასევე ქცევით ფაქტორებთან.

სტატისტიკურად სანდო მონაცემები მივიღეთ ასაკობრივი ჯგუფების შედარებისას პაროდონტის მდგომარეობის, სისხლდენის არსებობის მიხედვით. ($p=0.00$ $p<0.01$) შედეგები წარმოდგენილია დიაგრამაზე (დიაგრამა 10):



დიაგრამა 10. პაროდონტის მდგომარეობა და სისხლდენა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით(%)

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით პაროდონტალური ჯიბეების შეფასებისას კი გამოიყო 4 ჯგუფი პაროდონტალური ჯიბეების სიღმის მიხედვით (დიაგრამა 11):



დიაგრამა 11. პაროდონტალური ჯიბეების სიღრმე ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით (%)

როგორც მონაცემებიდან ჩანს, სხვადასხვა სიღრმის პაროდონტალური ჯიბეები ყველაზე მეტი სიხშირით იქნა წარმოდგენილი მეორე და მესამე და მეოთხე ასაკობრივ ჯგუფებში, მაშინ როდესაც პირველი ასაკობრივი ჯგუფის პოპულაციის 90% პაროდონტალური ჯიბეების არარსებობით გამოირჩეოდა .

3.4 სტომატოლოგიურ დაავადებათა ტერიტორიული განაწილება(რეგიონების მიხედვით) და თავისებურებები საკვლევ პოპულაციაში

როგორც ავლიშნეთ, კვლევა ჩატარდა საქართველოს 9 რეგიონში და დედაქალაქში. კბილის მაგარი ქსოვილების დაავადებების გავრცელების შესაფასებლად განისაზღვრა ამ დაავადებათა პრევალენტობა და ინტენსივობა რეგიონების მიხედვითაც. რეგიონები შედარდა კბა, კბა_ზ ინდექსებისა და კ, ა_კარიესი და ბ მაჩვენებლების მიხედვით .

კრუსკალ-უოლესის ტესტი იქნა გამოყენებული რეგიონების მიხედვით გამოყოფილი ჯგუფების შესადარებლად, რომელმაც აჩვენა, რომ ჯგუფები სტატისტიკურად სანდოდ განსხვავდება ერთმანეთისაგან ($p = 0.000$, $p < 0.01$)(ცხრილი 20):

რეგიონები (საშ.სტანდ.გადახრა)	ცვლადები				
	კბა	კბა_ზ	კ	ა_კარიესი	ბ
თბილისი(385)	11.64±7.8	13.26±40.35	2.41±2.7	4.52±6.54	2.28±2.09
მცხეთა-მთიანეთი (161)	13.26±5.97	43.72±30.27	4.26±3.51	4.07±4.1	2.62±3.05
გურია(170)	12.79±8.92	48.98±43.53	2.35±2.83	5.49±7.42	1.86±2.71
სამცხე-ჯავახეთი (191)	12.62±8.44	45.38±41.8	3.52±3.51	5.31±6.97	1.24±1.97
შიდა ქართლი (210)	12.03±7.22	42.49±36.16	2.69±2.98	4.90±6.39	2.39±2.8
აჭარა (230)	12.23±7.89	46.53±40.55	2.32±2.91	5.32±6.73	1.76±2.43
კახეთი(230)	9.86±7.02	36.00±34.57	2.77±2.86	3.00±4.01	1.68±2.32
სამეგრელო (252)	10.54±7.95	38.81±40.21	2.56±2.67	4.15±6.12	1.20±1.77
ქვემო ქართლი (250)	10.96±7.07	40.97±34.73	2.57±2.97	4.96±5.6	1.60±2.38
იმერეთი(291)	10.79±7.63	41.96±37.63	3.05±3.1	3.42±4.21	.67±1.39

ცხრილი 20. კარიესის ინტენსივობა რეგიონების მიხედვით.

როგორც აღმოჩნდა, კარიესის ინტენსივობა საშუალოა ყველა რეგიონში თუმცა ისინი განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან ამოღებული და დაბუენილი კბილების რაოდენობის მიხედვით, რაც რეგიონებით განსხვავებული მოსახლეობის მიერ სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ სხვადასხვა დამოკიდებულებაზე მეტყველებს.

სტატისტიკურად სანდო სხვაობა აღინიშნა რეგიონებში ავადობის სხვადასხვა მნიშვნელობების მიხედვით (ცხრილი 21):

რეგიონი	კბა<5.0	კბა=5,0-8.9	კბა=9.0-13.9	კბა>13,9
თბილისი	13.5%	8.8%	46.0%	31.7%
მცხეთა	3.1%	5.6%	42.2%	49.1%
გურია	11,2%	10.0%	41.8%	37.1%
სამცხე- ჯავახეთი	11.5%	9.9%	44.0%	34.6%
შიდა ქართლი	11.0%	5.7%	46.2%	37.1%
აჭარა	10.9%	9.1%	45.2%	34.8%

კახეთი	15.7%	10.9%	54.3%	19.1%
სამეგრელო	15.5%	9.1%	54.4%	21.0%
ქვემო ქართლი	12.8%	10.8%	46.0%	30.4%
იმერეთი	13.7%	12.7%	47.4%	26.1%
$\chi^2=34,081$ $P=0,00, p<0.01$				

ცხრილი 21. ავადობის მაჩვენებლები რეგიონების მიხედვით

კარიესით ავადობის საშუალო მაჩვენებლის (კბა>9,0-13,9) მაღალი ხვედრითი წილი შეინიშნა საქართველოს ყველა რეგიონში, ხოლო აღნიშნული ცვლადის მაღალი მაჩვენებლის (კბა >13,9) ყველაზე მეტი პროცენტულობა მცხეთა-მთიანეთის რეგიონში დაფიქსირდა.

რეგიონების მიხედვით ასევე განისაზღვრა კარიესის გავრცელება. მონაცემები სტატისტიკურად სანდოა ($p=0.01$) (ცხრილი 22):

	რეგიონები										სულ
	თბილისი	მცხეთა-მთიანეთი	გურია	სამცხე-ჯავახეთი	შიდა ქართლი	აჭარა	კახეთი	სამეგრელო	ქვემო ქართლი	იმერეთი	
არ არის კარიესი	11	0	6	0	1	3	4	0	2	5	32
არის კარიესი	374	161	164	191	209	227	226	252	248	286	2338
სულ	385	161	170	191	210	230	230	252	250	291	2370
$\chi^2=19.581, p=.01$											

ცხრილი 22. კარიესის გავრცელება რეგიონების მიხედვით

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საქართველოს რეგიონებში კარიესის პრევალენტობის შემდეგი მაჩვენებლები აღინიშნა: თბილისი 97%, მცხეთა -მთიანეთი

100%, გურია- 96,5%, სამცხე-ჯავახეთი 100%, შიდა ქართლი -99,5%, აჭარა-98,7%, კახეთი -98,3%, სამეგრელო -100%, ქვემო ქართლი - 99,2%, იმერეთი -98.3%.

კვლევისთვის ასევე მნიშვნელოვან ეტაპს წარმოადგენდა საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში პაროდონტის დაავადებების გავრცელება რეგიონების მიხედვით. არაპარამეტრული კრუსკალ-უოლესის ტესტი იქნა გამოყენებული რეგიონების მიხედვით ამ პარამეტრის შესაფასებლად. ანალიზმა აჩვენა სტატისკურად სანდო განსხვავება ყველა ცვლადის მიხედვით ($p=0.00, p<.001$)

პირველ რიგში განისაზღვრა ნადების, ქვის და პირს ღრუს ჰიგიენური ინდექსები რეგიონების მიხედვით. შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრილი 23):

რეგიონი	ცვლადი±სტანდ. გადახრა		
	ნადების ინდექსი	ქვის ინდექსი	პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი
თბილისი(385)	.38±.5	.23±.37	.61±.82
მცხეთა (161)	.63±.6	.38±.42	1±.94
გურია (170)	.39±.59	.27±.44	.66±.98
სამცხე-ჯავახეთი(191)	.53±.63	.31±.46	.84±1.02
შიდა ქართლი (210)	.54±.75	.37±.6	.91±1.3
აჭარა(230)	.44±.66	.34±.57	.74±1.09
კახეთი (230)	.36±.54	.27±.41	.63±.91
სამეგრელო(252)	.45±.7	.35±.54	.8±1.16
ქვემო ქართლი (250)	.61±.82	.41±.64	1.01±1.4
იმერეთი(291)	.48±.67	.43±.64	.92±1.26

ცხრილი 23 . სამიზნე ცვლადების განაწილება რეგიონების მიხედვით

პირის ღრუს ჰიგიენა შეფასდა როგორც დამაკმაყოფილებელი ყველა რეგიონში. პაროდონტალური სტატუსის შესწავლისას რეგიონების მიხედვით გამოიყო ორი ძირითადი ჯგუფი, ადამიანები ჯანმრთელი პაროდონტის ქსოვილებით და ადამიანები არაჯანმრთელი პაროდონტის მდგომარეობით, კერძოდ, სისხლდენის, პაროდონტალური ჯიბეების ან კბილ-ღრმილოვანი კავშირის დარღვევით. შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრილი 24):

რეგიონები	თბილისი	მცხეთა	გურია	სამცხ.-ჯავ.	შიდა ქართლი	აჭარა	კახეთი	სამეგრელო	ქვ. ქართლი	იმერეთი
ჯანმრთელი(N)	147	47	75	84	83	64	94	113	96	102
არაჯანმრთელი(N)	238	114	95	107	127	166	136	139	154	189
ჯანმრთელი%	38.2	29.2	44.1	44.0	39.5	27.8	40.9	44.8	38.4	35.1
არაჯანმრთელი%	61.8	70.8	55.9	56.0	60.5	71.7	59.1	55.2	61.6	64.9
სულ	385	161	170	191	210	230	230	252	250	291

ცხრილი 24. პაროდონტალური სტატუსი რეგიონების მიხედვით

შეხებისას სისხლდენა გამოხატული იყო ყველა რეგიონში თითქმის ნახევარზე მეტ პოპულაციაში მაგრამ ყველაზე მეტი ხარისხით გამოიკვეთა გურიაში, შიდა ქართლსა და ქვემო ქართლში (ცხრილი 25):

	თბილისი	მცხეთა	გურია	სამცხ.-ჯავახ.	შიდა ქართლი	აჭარა	კახეთი	სამეგრელო	ქვ. ქართლი	იმერეთი
სისხლდენა(N)	201	82	114	107	145	132	140	144	171	169

არ არის სისხლდენა(N)	184	79	56	84	65	98	90	108	79	122
სისხლდენა(%)	52.2	50.9	67.1	56.0	69.0	57.4	60.9	57.1	68.4	58.1
არ არის სისხლდენა(%)	47.8	49.1	32.9	44.0	31.0	42.6	39.1	42.9	31.6	41.9
სულ	385	161	170	191	210	230	230	252	250	291

ცხრილი 25. სისხლდენა რეგიონების მიხედვით

რაც შეეხება პაროდონტალური ჯიბეების სიღრმეს და კბილ-ღრმილოვან მიმაგრებას, ამ ცვლადების მიხედვით გამოიყო ასევე 4 ჯგუფი (ცხრილი 26):

- 1) ყველაზე ღრმა პაროდონტალური ჯიბეები (6მმ \geq) შეინიშნა გურიაში, შიდა ქართლში, იმერეთსა და ქვემო ქართლში.
- 2) 0-3მმ სიღრმის ჯიბეები მეტი სიხშირით იქნა წარმოდგენილი აჭარაში, იმერეთსა და ქვემო ქართლში.
- 3) შიდა ქართლსა და აჭარაში პრევალირებდა 4-5 მმ სიღრმის პაროდონტალური ჯიბეები.
- 4) (6მმ \geq) პაროდონტალური ჯიბეები საერთოდ არ განისაზღვრა სამცხე - ჯავახეთისა და სამეგრელოს პოპულაციაში.

პაროდ. ჯიბე	რეგიონები									
	თბილისი	მცხეთა	გურია	სამცხ.- ჯავახ.	შიდა ქართლი	აჭარა	კახეთი	სამეგრე ლო	ქვ.ქარ თლი	იმერეთი
არ არის ჯიბე	258	93	93	143	107	96	123	178	126	124
არ არის ჯიბე(%)	67.0	57.8	54.7	74.9	51.0	41.7	53.5	70.6	50.4	42.6
0-3მმ	121	58	66	42	82	114	91	67	111	143
0-3მმ(%)	31.4	36.0	38.8	22.0	39.0	49.6	39.6	26.6	44.4	49.1
4-5მმ	6	10	8	6	17	19	15	7	10	19
4-5მმ(%)	1.6	6.2	4.7	3.1	8.1	8.3	6.5	2.8	4.0	6.5
6მმ \geq	0	0	3	0	4	1	1	0	3	5

მმ≥ (%)	0	0	1.8	0	1.9	0.4	0.4	0	1.2	1.7
სულ	385	161	170	191	210	230	230	252	250	291

ცხრილი 26. პაროდონტალური ჯიბეების განაწილება რეგიონების მიხედვით

კბილ-ღრძილოვანი შეერთების დარღვევა (LOA) 0-3მმ სიღრმეზე უფრო ხშირი იყო აჭარასა და იმერეთში, LOA 4-5მმ პრევალენტური აღმოჩნდა აჭარაში, შიდა ქართლსა და მცხეთა-მთიანეთში, ხოლო LOA 6mm≥ უმეტესწილად გურიაში, შიდა ქართლსა და იმერეთში იყო წარმოდგენილი (ცხრილი 27):

LOA	თბილისი	მცხეთა	გურია	სამცხ.-ჯავახ.	შიდა ქართლი	აჭარა	კახეთი	სამეგრელო	ქვ. ქართლი	იმერეთი
მმ(N)	232	87	91	122	108	92	121	158	118	119
მმ(%)	60.3	54.0	53.5	63.9	51.4	40.0	52.6	62.7	47.2	40.9
0-3მმ(N)	146	62	68	63	81	118	93	86	119	146
0-3მმ(%)	37.9	38.5	40.0	33.0	38.6	51.3	40.4	34.1	47.6	50.2
4-5მმ(N)	7	12	8	6	17	19	15	8	10	19
4-5მმ(%)	1.8	7.5	4.7	3.1	8.1	8.3	6.5	3.2	4.0	6.5
6მმ≥(N)	0	0	3	0	4	1	1	0	3	7
6მმ≥(%)	0	0	1.8	0	1.9	0.4	0.4	0	1.2	2.4
სულ(N)	385	161	170	191	210	230	230	252	250	291

ცხრილი 27. კბილ-ღრძილოვანი შეერთების დარღვევა რეგიონების მიხედვით

მონაცემთა სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ პაროდონტის ქსოვილების არაანთებადი დაზიანება მოსახლეობის მხოლოდ 4 %-ში შეინიშნებოდა, ამ ცვლადის მიხედვით რეგიონები უმნიშვნელოდ განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისაგან სამცხე-ჯავახეთის (11%), სამეგრელოსა და (8,7%) და თბილისის გარდა (6.8%). (ცხრილი 28):

პაროდონტის არაანთებადი დაზიანება										
არ არის(N)	359	155	168	170	210	225	227	231	241	286
არის(N)	26	6	2	21	0	5	3	21	9	5
არ არის(%)	93.2	96.3	98.8	89.0	100.0	97.8	98.7	91.7	96.4	98.3
არის(%)	6.8	3.7	1.2	11.0	0	1.7	1.3	8.3	3.6	1.7

ცხრილი 28 . პაროდონტის არაანთებადი დაზიანება რეგიონების მიხედვით.

ამგვარად, მონაცემთა ანალიზმა გამოავლინა კარიესისა და პაროდონტის ანთებითი დაავადებების ფართო გავრცელება საქართველოს ზრდასრულ პოპულაციაში. კვლევის შედეგად მივიღეთ სტატისტიკურად სანდო განსხვავებები სტომატოლოგიური დაავადებების გავრცელების კუთხით, როგორც სქესისა და ასაკის, ისე ტერიტორიული განაწილების (რეგიონების) მიხედვით . ეს განსხვავებები სავარაუდოდ უნდა ყოფილიყო დაკავშირებული სხვადასხვა რისკ- ფაქტორებთან, რომლებიც გავლენას ახდენენ საქართველოს მოსახლეობის ზოგადი ჯანმრთელობისა და სტომატოლოგიური სტატუსის ჩამოყალიბებაზე. ნაშრომის შემდეგ პუნქტში ჩვენ შევეცადეთ დაგვედინა ეს რისკ -ფაქტორები, რადგან მათი შესწავლა წარმოადგენს ეპიდემიოლოგიური კვლევის მნიშვნლოვან ასპექტს და პრევენციული ღონისძიებების შემუშავების რეალურ ბაზას [127].

3.5 კარიესის და პაროდონტის დაავადებათა კავშირი რისკ-ფაქტორებთან საკვლევ პოპულაციაში

ჩვენი კვლევის მნიშვნელოვან მიზანს წარმოადგენდა არამარტო სტომატოლოგიურ დაავადებათა სიხშირისა და გავრცელების აღწერა საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში და მათი განაწილება ასაკის, სქესისა და ტერიტორიული განაწილების მიხედვით, არამედ იმის დადგენაც, თუ რომელი ფაქტორები ახდენს მნიშვნელოვან გავლენას სტომატოლოგიურ დაავადებათა გავრცელებაზე. ამისათვის განვახორციელეთ კორელაციები რისკ-ფაქტორებთან.

სტომატოლოგიურ დაავადებათა გავრცელებაში წამყვანი როლი კბილის ნადების მიკრობს და პირის ღრუს ჰიგიენას უკავია, ამიტომ კვლევისათვის საინტერესო იყო ჰიგიენური ჩვევების განსაზღვრა საკვლევ პოპულაციაში. ამისათვის სქესისა და ასაკის მიხედვით გამოყოფილი ჯგუფები შედარდა პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების მიხედვით, ამ ცვლადთან კორელაციური კავშირის დასადგენად. შედეგებმა აჩვენა სტატისტიკურად სანდო განსხვავება ($p < 0.01, p = 0.00$) (ცხრილი 29):

ჰიგიენური ჩვევები	კაცი N (1081)	ქალი N(1289)	ასაკობრივი ჯგუფი				სულ
			20-34წ N(797)	35-44წ N (469)	45-64წ N(854)	65-74წ N(250)	N(2370) 100%
კბ.რეგულ.ხეხვა	984 91%	1267 98,3%	795 99.7%	457 97.4%	799 93.6%	200 80%	2251 95%
არ იხეხავს კბილებს	97 9%	22 1.7%	2 0.3%	12 2.6%	55 6.4%	50 20%	119 5%
ხეხვა დღეში ერთხელ	601 55,6%	343 26.6%	276 34.6%	175 37.3%	370 43.3%	123 49.2%	944 39.8%
ხეხვა დღეში 2-ჯერ	349 32.3%	849 65.9%	472 59.2%	262 55.9%	398 46.6%	66 26.4%	1198 50.5%
ხეხვა დღეში 3-ჯერ	34 3.1%	75 5.8%	47 5.9%	20 4.2%	31 3.6%	11 4.4%	109 4.6%
$\chi^2=326.142$ $P=0.00, p<0.01$			$\chi^2=221.959$ $P=0.00, p<0.01$				

კბილის ძაფის გამოყენება	41 3.8%	114 8.8%	54 6.8%	37 7.9%	61 7.1%	3 1.2%	155 6.5%
$\chi^2=24.543$ P=.000, p<0.001			$\chi^2=13.640$ P=.003, p<0.01				
სავლების გამოყენება	93 8.6%	338 26.2%	129 16.2%	115 24.5%	168 19.7%	19 7.6%	431 18.2%
$\chi^2=122.665$ P=0.00, p<0.01			$\chi^2=34.888$ P=0.00, p<0.01				

ცხრილი 29. ზრდასრული პოპულაციის პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევები სქესისა და ასაკის მიხედვით

პირის ღრუს სხვადასხვა ჰიგიენური მაჩვენებლების შემთხვევაში განისაზღვრა კარიესის გავრცელება და კბა ინდექსის მნიშვნელობა. სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა არასანდო განსხვავება აღნიშნულ ცვალებებს ($p=0,482, p=0,870$ $p>0,05$) შორის, რაც ნიშნავს რომ პირის ღრუს ჰიგიენა არ არის კარიესის გავრცელებისა და ინტენსივობის აბსოლუტური დეტერმინანტი. მნიშვნელობა აქვს სხვა რისკ-ფაქტორებსაც რომლებიც გავლენას ახდენენ კარიესული პროცესის განვითარებაზე.

რადგან სომატური დაავადებები გავლენას ახდენენ სტომატოლოგიურ დაავადებათა ფორმირებაზე, კვლევისათვის საინტერესო იყო ასაკისა და სქესის მიხედვით ამ ზოგად დაავადებათა გავრცელების განსაზღვრა და ასევე კბა ინდექსის მნიშვნელობები ამ პათოლოგიების არსებობისას (ცხრილი 30):

სომატური დაავადებები		სქესი		ასაკობრივი ჯგუფი			
		ქალი	მამაკაცი	20-34წ	35-44წ	45-64წ	65-74წ
ენდოკრინული დაავადებები	ჩიყვი	189 14.7%	16 1.5%	63 7.9%	57 12.2%	72 8.4%	13 5.2%
	დიაბეტი	26 2.0%	33 3.1%	2 0.3%	5 1.1%	35 4.1%	17 6.8%
	ჩიყვი და დიაბეტი	6 0.5%	3 0.3%	0 0%	1 0.2%	6 0.7%	2 0.8%
	$X^2=137.289$, p=0.00, p<0.01		$X^2=75.155$, p=0.00, p<0.01				
კუჭ-ნაწლავის დაავადებები		368 28.5%	163 15.1%	122 15.3	110 23.5	242 28.3	57 22.8
$X^2= 62.998$, p=0.00, p<0.01		$X^2=66.475$, p=0.00, p<0.01					
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები		318 24.7%	193 17.9%	36 4.5	54 11.5	283 33.1	138 55.2

X²=18.199, p=0.00, p<0.01			X²=421.587, p=0.00, p<0.01			
შარდ-სასქესო დაავადებები	57 4.4%	40 3.7%	16 2.0	20 4.3	40 4.7	21 8.4
X ² =3.986 p=0.263			X ² =26.053 p=0.02			
ძვალ-სახსროვანი დაავადებები	197 15.3%	74 6.8%	13 1.6	39 8.3	154 18.0	65 26.0
X²=41.624 p=0.00			X²=170.819, p=0.00, p<0.01			
ნერვული სისტემის დაავადებები	201 15.6%	86 8.0%	65 8.2	48 10.2	149 17.4	25 10.0
X²=55.962, p=0.00, p<0.01			X²=63.715, p=0.00, p<0.01			
სხვა ქრონიკული დაავადება	137 10.6%	54 5.0%	42 5.3	45 9.6	86 10.1	18 7.2
X²=25.178, p=0.00, p<0.01			X²=14.773, p=0.02, p<0.05			

ცხრილი 30. სომატური დაავადებების განაწილება საკვლევ პოპულაციაში სქესისა და ასაკის მიხედვით.

მონაცემთა ანალიზმა გამოავლინა ზოგადი დაავადებების განსხვავებული დონე გამოკვლეულ პოპულაციაში: პოპულაციის 11,5% მიუთითებდა ენდოკრინული დაავადებების არსებობაზე, 22,4%-ს აღენიშნებოდა საჭმლის მომწელებელი სისტემის პრობლემები, 21,6%-ს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ხოლო 11,4%-ს ძვალ-სახსროვანი სისტემის პათოლოგიები (ოსტეოქონდროზი, ართრიტი).

საკვლევ პოპულაციაში ჩიყვი პრევალირებდა ქალებში, ხოლო შაქრიანი დიაბეტი მამაკაცებში. სტატისტიკურად სანდო განსხვავებები აღინიშნა ქალებსა და მამაკაცებში სხვა სომატური დაავადებების მიხედვით, ქალებში დომინირებდა კუჭ-ნაწლავისა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ისევე როგორც შარდ-სასქესო, ძვალ-სახსროვანი ნერვული სისტემის და სხვა ქრონიკული დაავადებები.

რაც შეეხება ასაკობრივ ჯგუფებს, ენდოკრინული დაავადებებიდან ჩიყვი წარმოდგენილი იყო ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, თუმცა პრევალირებდა მეორე ასაკობრივ ჯგუფში(35-44წ), ხოლო შაქრიანი დიაბეტი ყველაზე ხშირად აღენიშნებოდათ 55-64 და 65-74 წლის გამოკვლეულებს. ასაკის მატებასთან ერთად შეინიშნებოდა ზოგადი დაავადებების სიხშირის მატებაც. კუჭ-ნაწლავის დაავადებები უმეტესწილად გამოვლინდა მეორე (23.5%),მესამე (28.3%) და მეოთხე (22.8%) ასაკობრივ ჯგუფებში. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ყველაზე მაღალი

გავრცელება 65-74 წლის ადამიანებში აღინიშნა, ხოლო ყველაზე დაბალი სიხშირით შეგვხვდა 20-34 წლის ადამიანებში.

ზოგადი დაავადებების არსებობისას კბა ინდექსის განსაზღვრამ გამოავლინა სტატისტიკურად სანდო სხვაობები კუჭ-ნაწლავის, ენდოკრინული, გულ-სისხლძარღვთა და ძვალ-სახსროვანი დაავადებების შემთხვევაში (ცხრილი 31):

სომატური დაავადება		კარიესის გავრცელება%	კბა ინდექსი			
			კბა<5,0 აბს. რაოდ %	კბა=5,0-8,9 აბს. რაოდ. %	კბა=9,0-8,9 აბს.რაოდ. %	კბა>13,9
კუჭ-ნაწლავის დაავადება						
აქვს		99,1	7,9	7,0	49,3	35,8
არა აქვს		97,7	14,3	10,3	47,4	28,0
			X²=7.767,p=0.021,p<0.05,p>0.01			
გულ-სისხლძარღვთა დაავადება						
აქვს		99,6	6,3	6,3	40,3	47,2
არა აქვს		97,7	14,4	10,6	49,6	25,3
			X²=40.384,p=0.00,p<0.01			
ძვალ-სახსრ. დაავადება						
აქვს		-	3,3	4,1	46,1	46,5
არა აქვს		-	13,5	10,1	47,2	29,1
			X²=108.468 p=0,00, p<0,01			
ნსდ დაავადებები						
აქვს		-	8,7	7,0	41,8	42,5
არა აქვს		-	13,1	10,0	47,8	29,1
			X² =54.696,p=0,00,p<0,01			
ენდოკრინ. დაავად. აქვს						
	ჩიყვი	-	7,8	6,8	54,1	31,2
	დიაბეტი	-	1,9	6,8	30,5	50,8
	ჩიყვი და დიაბეტი	-	0	22,2	33,3	44,4
ენდ. დაავადება არა აქვს						
		-	13,2	9,8	47,2	29,8
			X²=26.208, p=0.01, p<0,05			
			P=0.228,p>0.01			
			X²=32.628,p=0.008,p<0.01			

ცხრილიდან ჩანს, რომ კარიესის გავრცელება მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება კუჭ-ნაწლავისა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემთხვევაში

ვიდრე ამ დაავადებების არარსებობისას, ხოლო ყველა ზოგადი დაავადების შემთხვევაში აღინიშნა კბა-ს ზომიერი და მაღალი მაჩვენებლის უფრო მაღალი პრევალენტობა ვიდრე მათ არარსებობისას.

ანკეტა-კითხვარების საფუძველზე გაანალიზებული იქნა რესპოდენტის სამედიცინო აქტივობა- ექიმთან მიმართვის სიხშირე და მიზეზი, ასევე სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზი. მნიშვნელოვანი იყო სქესისა და ასაკის კორელაციური კავშირის დადგენა სტომატოლოგიურ აქტივობასთან, რისთვისაც ასაკობრივი და სქესის მიხედვით გამოყოფილი ჯგუფები შედარდა სტომატოლოგიური აქტივობის და ხელმისაწვდომობის მიხედვით. შედეგებმა აჩვენა სტატისტიკურად სანდო განსხვავება ($p<0.05, p=0.017$) ($p<0.01, p=0.00$) (ცხრილი 32)

სტომატოლოგ. აქტივობა	სქესი		ასაკობრივი ჯგუფი				სულ
	კაცი N(1081)	ქალი N(1289)	20-34წ N(797)	35-44წ N (469)	45-64წ N(854)	65-74წ N(250)	N(2370) 100%
სტომ. ვიზ. სიხშ.(1 წლის განმავლობაში)							
არ ვყოფილვ.	71.4%	56.3%	55%	55.7%	68.9%	84.4%	63.2%
ერთხელ	16.7%	19.6%	19.6%	24.9%	16.3%	8.8%	18.3%
2-ჯერ	6.6%	13.7%	14.3%	11.1%	8.3%	4.0%	10.4%
3-ჯერ	2.9%	5.1%	6.5%	4.3%	2.7%	0.8%	4.1%
4-ჯერ და მეტჯერ	2.4%	5.3%	4.6%	4.1%	3.9 %	2.0%	4.0%
$\chi^2=5.675, p=0.017, p<0.05$			$\chi^2=112.05, p=0.00p<0.01$				
სტომ. ვიზ. მიზეზი							
პროფ. შემოწმ.	3.1%	5.1%	6.5%	4.9%	2.5%	1.6%	4.2%
ტკივილი ან დისკომფორტი	96.9%	94.9%	93.5%	95.1%	97.5%	98.4%	95.8%
$\chi^2=71.69, P=0.00, p<0.01$			$\chi^2=21.85 P=0.00, P<0.01$				
სტომ. მიუსვლ. მიზეზი							
არ ვთლი საჭიროდ	53%	42.6%	53.7%	42.2%	40.9%	59.3%	47.4%
შიში	11.5%	9.4%	3.4%	11.4%	9.2%	3.2%	10.4%
უფულობა	33.1%	42%	28.7%	41.3%	45.1%	35.5%	37.9%
დაზღვევის არქონა	2.3%	5.8%	3.9%	5.1%	4.7%	1.6%	4.2%

$\chi^2=44.44, p=0.00$ $p<0.01$	$\chi^2=81.18, p=0.00$ $p<0.01$
------------------------------------	---------------------------------

ცხრილი 32 . სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა ასაკისა და სქესის მიხედვით

მიღებული სტატისტიკური მონაცემები მოწმობს, რომ ასაკი და სქესი განსაზღვრავს ადამიანთა სამედიცინო ხელმისაწვდომობას. ქალები უფრო აქტიურად მიმართავენ სტომატოლოგიური მომსახურებას ვიდრე მამაკაცები, თუმცა როგორც ქალების, ისე მამაკაცების და ყველა ასაკობრივი ჯგუფის შემთხვევაში ექიმთან მიმართვის ძირითადი მოტივი უმთავრესად ტკივილს, დისკომფორტს და გადაუდებელ შემთხვევებს განეკუთვნებოდათ. ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება ადამიანთა სტომატოლოგიური აქტივობა, პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევები. კბილების რეგულარული ხეხვა ყველაზე მაღალი სიხშირით იყო წარმოდგენილი პირველ ასაკობრივ ჯგუფში (99,7%) და ყველაზე ნაკლებად ასაკოვნებში (80%), როგორც დენტალური ძაფისა და სავლების გამოყენება (6.8% და 16.2% პირველ ასაკობრივ ჯგუფში, 1.2% და 7.6% მეოთხე ასაკობრივ ჯგუფში შესაბამისად). გარდა ამისა, ასაკოვნები ყველაზე იშვიათად სტუმრობდნენ სტომატოლოგიურ კლინიკებს, რასაც ხსნიდნენ ფინანსური პრობლემებით, ან კბილების არარსებობით. მათ 84,4%-ს ბოლო წლის განმავლობაში არ მიუღია სტომატოლოგიური მომსახურება, მაშინ როდესაც პირველი და მეორე ასაკობრივი ჯგუფების (20-34წწ, 35-44წწ) დაახლოებით 55% უარს აცხადებდა სტომატოლოგთან ვიზიტზე სხვადასხვა მიზეზის გამო ($p=0.00, p<0.01$).

როგორც მრავალი კვლევა ადასტურებს, კვების ხასიათი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ადამიანთა ზოგად ჯანმრთელობაზე და ამ მხრივ შეიძლება პირის ღრუს მდგომარეობაზეც აისახოს. ასაკისა და სქესის მიხედვით განვსაზღვრეთ კვების სიხშირე, შაქრის, რძისა და ხორცის პროდუქტების ხილბოსტნეულის მოხმარება რათა დაგვედგინა კორელაციური კავშირი კვებით ფაქტორებთან (ცხრილი 33):

	სქესი		საკვი			
	კაცი N(1081)	ქალი N(1289)	20-34წ N(797)	35-44წ N (469)	45-64წ N(854)	65-74წ N(250)
ხილ-ბოსტნეულის მოხმარება						
არ მოვიხმარ	1,2	0,5				
კვირასი 1-ჯერ ან იშვიათად	15,9	11,2	-	-	-	-
კვირაში 2-4-ჯერ	49,2	46,2				
ყოველ დღე	33,7	42,1				
$\chi^2=25,670$ $\chi=0,00$, $p<0.01$			$\chi^2=11,048$ $p=0,272$			
კვების რეჟიმი						
არარეგულარულად	19.3%	17.4	19,9	20,3	19,0	6,8
დღეში 1-ჯერ	1.9	2.0	2,0	1,9	2,5	0,4
დღეში 2-ჯერ	26.2	39.7	32,6	36,7	31,7	36,8
დღეში 3-ჯერ	45.1	35.5	40,3	36,9	38,8	48,4
დღეში 4-ჯერ	7.4	5.4	5,1	4,3	8,1	7,6
$X^2=50,916$ $p=0,00$, $p<0.01$			$X^2=43,474$ $p=0,00$, $p<0.01$			
ხორცის პრ. მოხმარება						
არ მოვიხმარ	1,5	2,7	2,8	2,1	1,6	2,0
კვირაში 1-ჯერ ან იშვიათად	37,6	48,1	36,8	35,8	49,9	55,6
კვირაში 2-4-ჯერ	54,0	45,6	55,1	55,2	44,0	39,2
ყოველ დღე	6,9	3,6	5,4	6,8	4,4	3,2
$X^2=40,737$ $p=0,00$, $p<0.01$			$X^2=57,654$ $p=0,00$, $p<0.01$			
რძის პრ. მოხმარება						
არ მოვიხმარ	-	-	6,9	5,5	6,6	2,4
კვირაში ერთხელ			32,2	29,2	36,8	38,4
კვირაში 2-ჯერ			43,7	47,5	45,7	47,6
ყოველ დღე			17,2	17,7	11,0	11,6
$X^2=2,364$ $\chi=0,497$			$X^2=31,497$ $p=0,00$, $p<0.01$			

ტკბილეულის მიღება						
საერთოდ არ ვჭამ	21,6	8,1	8,3	14,1	18,0	20,8
დღეში ერთხელ	51,3	49,9	48,4	48,8	51,8	56,4
დღეში 2-3ჯერ	23,4	35,1	35,8	31,3	25,8	21,2
დღეში 4-ჯერ და მეტად	3,6	7,0	7,5	5,8	4,4	1,6
X²=115,433 p=0,00, p<0.01		X²=74,501 p=0,00, p<0.01				

ცხრილი 33. კვების რეჟიმი და ხასიათი სქესისა და ასაკის მიხედვით საკვლევ პოპულაციაში

მიღებულმა შედეგებმა გამოავლინა სტატისტიკურად სანდო კავშირი ამ ცვლადების მიხედვით. სანდო კავშირი არ აღინიშნა მხოლოდ სქესის მიხედვით რძის პროდუქტების მოხმარების, ხოლო ასაკის მიხედვით ხილ-ბოსტნეულის მოხმარების შემთხვევაში. როგორც ცხრილიდან ჩანს, ტკბილეულის ჭარბი მომხმარებელი უფრო ქალები აღმოჩნდნენ მამაკაცებთან შედარებით, ხოლო ასაკის მიხედვით პირველი და მეორე ასაკობრივი ჯგუფები. რძისა და ხორცის პროდუქტების მოხმარებით ადამიანები ნაკლებად განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისგან ისევე როგორც კვების რეჟიმის შემთხვევაში.

ადამიანთა განათლების დონე და ოჯახის მატერიალური შემოსავალი ხშირად განსაზღვრავს ადამიანთა დამოკიდებულებას ჰიგიენური ჩვევებისა და სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობასა თუ სტომატოლოგიური აქტივობის მიმართ. ამ ცვლადებს შორის კავშირის დასადგენად საქართველოს მოსახლეობაში შეფასდა თუ რა გავლენას ახდენს განათლების დონე და მატერიალური შემოსავალი საქართველოს ზრდასრული მოსახლეობის პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენურ ჩვევებსა და სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ დამოკიდებულებაზე. მონაცემები სტატისტიკურად სანდოა (p=0.00,p<0.01) (ცხრილი 34):

სტომ. აქტივობა და პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევები	განათლება		ოჯახის მატერიალ. შემოსავალი		
	საშუალო	უმაღლე სი	დაბალი	საშუალო	მაღალი

სტომ.ვიზიტის სიხშირე 1 წლის გან.-ში არ ვყოფილვარ ერთხელ 2-ჯერ 3-ჯერ 4-ჯერ და მეტჯერ	79.9% 11.6% 4.8% 2.2% 1.5%	55.8% 20.8% 13.3% 5.0% 5.1%	77.0% 13.7% 5.2% 1.9% 2.3%	57.5% 20.4% 12.6% 5.1% 4.5%	51.7% 13.8% 17.2% 3.4% 13.8%
	p=0.00,p<0.01		p=0.00,p<0.01		
სტომ. ვიზ. მიზეზი პროფ. შემოწმ. ტკივილი ან დისკომფორტი	1.2% 98.8%	5.8% 94.2%	0.9% 99.1%	5.3% 94.7%	20.7% 79.3%
	p=0.00,p<0.01		p=0.00,p<0.01		
სტომ. მიუსვლ. მიზეზი არ ვთლი საჭიროდ შიში უფულობა დაზღვევის არქონა	41.2% 8.4% 49.9% 0.5%	52.1% 11.0% 30.8% 6.1%	33.9% 6.8% 57.3% 2.0%	53.2% 11.9% 29.8% 5.1%	82.6% 13.0% 0% 1.1%
	p=0.00,p<0.01		p=0.00,p<0.01		
(წლის გან-ში ქვის და ნადების მოცილება) არ მივმართავ როცა შევნიშნავ წელ-ში ერთხელ წელ-ში 2-ჯერ	89.9% 7.0% 3.2% 0%	64.1% 22.0% 11.6% 2.2%	83.3% 10.7% 5.4% 0.6%	67.7% 19.9% 10.8% 1.7%	34.5% 37.9% 17.2% 10.3%
	p=0.00,p<0.01		p=0.00,p<0.01		
კბილ. გამოხეხვ.სიხშირე არ იხეხავს კბილებს ხეხვა დღეში ერთხელ ხეხვა დღეში 2-ჯერ ხეხვა დღეში 3-ჯერ	12.8% 61.7% 23.5% 2.0%	1.5% 30.5% 62.3% 5.7%	12.4% 55.2% 29.6% 2.7%	1.9% 33.6% 59.4% 5.1%	0% 20.7% 55.2% 24.1%
	p=0.00,p<0.01		p=0.00,p<0.01		
კბილის ძაფის გამოყენება	1.7%	8.7%	3.9%	7.2%	31.0%
	p=0.00,p<0.01		p=0.00, p<0.01		
სავლების გამოყენება	8%	22.2%	11.3%	20.7%	41.4%
	p=0.00, p<0.01		p=0.00, p<0.01		

ცხრილი 34. პოპულაციის დამოკიდებულება პირის ღრუს ჰიგიენისა და სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ განათლების დონისა და ოჯახის შემოსავლის მიხედვით

სოციალური სტატუსის გავლენის განსაზღვრისათვის კარიესის და პაროდონტის დაავადებებზე, მათი გავრცელება შევისწავლეთ სხვადასხვა განათლების დონისა და სოციალური სტატუსის ადამიანებში. მონაცემები სტატისტიკურად სანდო არ არის ($p>0.01, p>0.05$) (ცხრილი 35)

	განათლება		ოჯახის მატერიალური შემოსავალი		
	საშუალო	უმაღლესი	დაბალი	საშუალო	მაღალი
პაროდონტის მდგომარეობა ჯანმრთელი არაჯანმრთელი	40% 60%	37.1% 62.9%	38.6% 61.4%	38.2% 61.8%	31.0% 69.0%
	p=0.285, p>0.01		p=0.848, p>0.01		
პაროდონტის ანთებადი დაზიანება	56.3%	58.6%	58.4%	57.4%	62.1%
	p=0.538, p>0.01		p=0.928, p>0.01		
პაროდონტის არაანთებადი დაზიანება	3.7%	4.4%	3.0%	4.5%	6.9%
	p=0.478, p>0.01		p=0.318, p>0.01		

ცხრილი 35. პაროდონტის დაავადებების გავრცელება საქართველოს ზრდასრულ პოპულაციაში განათლების დონისა და ოჯახის მატერიალური შემოსავლის მიხედვით.

განათლების მიხედვით სტატისტიკურად სანდო განსხვავებები არ აღინიშნა კარიესის გავრცელებისა ($p=0,405, p>0.05$) და ინტენსივობის მიხედვითაც. ($p=0,087, p>0.05$) რაც ნიშნავს, რომ განათლება უშუალოდ არ განსაზღვრავს კარიესის გავრცელებასა და ინტენსივობას, ხოლო მატერიალური შემოსავლის მიხედვით სტატისტიკურად სანდო განსხვავებების მიღება საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ ოჯახის მატერიალური შემოსავალი გავლენას ახდენს ამ მაჩვენებლებზე (ცხრილი 36):

	კარიესის გავრცელება %	კარიესის ინტენსივობა

ოჯახის მატერიალური შემოსავალი		ძალიან დაბალი კბა <5,0	დაბალი კბა =5,0-8,9	საშუალო კბა=9,0-13,9	მაღალი კბა> 13,9
დაბალი	99,4				
საშუალო	97,7				
მაღალი	93,1				
		8,0%	7,7%	39,1%	45,2%
		13,8%	10,1%	50,7%	25,3%
		34,5%	13,8%	34,5%	17,2%
	$X^2=12,035,$ $p=0,02, p<0.05$	$X^2=107,815$ $p=0,00, p<0.01$			

ცხრილი 36. კარიესის გავრცელება და ინტენსივობა ოჯახის მატერიალური შემოსავლის მიხედვით

ადამიანები პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევებით და სამედიცინო აქტივობით ასევე შედარდნენ პაროდონტის დაავადებების და კარიესის გავრცელების მიხედვით. ანალიზმა სტატისტიკურად სანდო განსხვავება არ გამოავლინა ($p>0.01$), რაც მიუთითებს, რომ თუნდაც მაღალი სტომატოლოგიური აქტივობა ან დღეში ორჯერ კბილების გახეხვა ვერ აფერხებს კარიესის და პაროდონტის დაავადებათა განვითარებას, რადგან სხვა ფაქტორებიც თამაშობენ გარკვეულ როლს, მათ შორის კბილისა და პაროდონტის ქსოვილების სტრუქტურული არასრულფასოვნება, კარიესის განვითარებისა და ნადების დაგროვების მიმართ ორგანიზმის დაბალი რეზისტენტობა, რომელიც პირის ღრუს კარგი ჰიგიენისა და სტომატოლოგთან მაღალი მიმართვიანობის შემთხვევაშიც კი არ გამორიცხავს კარიესის და პაროდონტის დაავადებათა განვითარებას. თუმცა პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა და სტომატოლოგთან დროული და ხშირი ვიზიტი ხელს უშლის კბილების ნაადრევ კარგვას.

კვლევისათვის საინტერესო იყო გაგვეკეთებინა კორელაცია პოპულაციის კვებასა და პაროდონტის დაავადებათა შორის, თუმცა სტატისტიკურმა ანალიზმა ასეთი კავშირის სანდოობა არ გამოავლინა ($p>0.01$)($p>0.05$) მეორეს მხრივ, სტატისტიკურად სანდო მონაცემები მივიღეთ განათლების დონისა და ოჯახის მატერიალური შემოსავლის კავშირის შეფასებისას კვების სიხშირესა და ხასიათთან $p<0.01, p<0.05$) (ცხრილი 37):

	განათლების დონე		ოჯახის მატერიალური შემოსავალი		
	საშუალო	უმაღლესი	დაბალი	საშუალო	მაღალი
ხილ-ბოსტნეულის მოხმარება არ მოვიხმარ კვირაში ერთხელ ან იშვიათად კვირაში 2-4-ჯერ ყოველ დღე	1% 16.3% 50.4% 32.3%	0.8% 11.7% 46.7% 40.9%	0.9% 15.2% 51.8% 32.2%	0.7% 12.7% 46.2% 40.3%	3.4% 6.9% 20.7% 69.0%
	P=0.00,p<0.01		P=0.00,p<0.01		
კვების რეჟიმი არარეგულარულად დღეში 1-ჯერ დღეში 2-ჯერ დღეში 3-ჯერ დღეში 4-ჯერ	- - - -	- - - -	18.5% 2.3% 38.3% 34.9% 6.0%	18.3% 1.9% 31.7% 42.0% 6.2%	13.8% 0% 20.7% 44.8% 20.7%
	P=0.32, p>0.01		P=0.01, p<0.05		
ხორცის პრ. მოხმარება არ მოვიხმარ კვირაში 1-ჯერ ან იშვიათად კვირაში 2-4-ჯერ ყოველ დღე	2.5% 51.7% 41.4% 4.3%	2% 38.3% 54.0% 5.7%	3.4% 61.7% 32.2% 2.7%	1.6% 35.9% 56.5% 6.0%	0% 13.8% 72.4% 13.8%
	P=0.00 ,p<0.01		P=0.00,p<0.01		
რძის პრ. მოხმარება არ მოვიხმარ კვირაში ერთხელ კვირაში 2-ჯერ ყოველ დღე	6.2% 43.8% 39.9% 10.1%	5.7% 28.8% 48.9% 16.5%	8.4% 47.1% 36.1% 8.4%	4.9% 28.8% 49.9% 16.5%	13.8% 6.9% 31.0% 48.3%
	P=0.00, p<0.01		P=0.00,p<0.01		

ტკბილეულის მოხმარება					
არ ვჭამ	20,6	10,8	19,7	11,9	13,8
დღეში ერთხელ	53,2	49,5	52,9	49,9	31,0
დღეში 2-3ჯერ	22,6	32,9	24,5	31,8	41,4
დღეში 4-ჯერ და მეტჯერ	3,5	6,8	2,9	6,4	13,8
P=0.00, P<0.01			P=0.00, P<0.01		
პურ-ფუნთუშეულის მოხმარება					
არ ვჭამ	0,5	2,2	1,1	1,8	10,3
დღეში ერთხელ	10,3	14,9	12,9	14,3	10,3
დღეში 2-3ჯერ	73,0	75,9	72,7	76,1	69,0
დღეში 4-ჯერ და მეტჯერ	16,2	7,0	13,3	7,9	10,3
P=0.00, P<0.01			P=0.00, P<0.01		

ცხრილი 37. კვების ხასიათი და სიხშირე განათლების დონისა და ოჯახის მატერიალური შემოსავლის მიხედვით

ამგვარად, მონაცემები აჩვენებს რომ კვების სიხშირე და ხასიათი პირდაპირ გავლენას არ ახდენს პაროდონტალურ სტატუსზე, მაგრამ განათლების დონე და ოჯახის შემოსავალი განსაზღვრავს საკვების არჩევას და ამ გზით მონაწილეებს ადამიანთა ზოგადი ჯანმრთელობის ჩამოყალიბებაზე და შეიძლება გავლენა იქონიოს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზეც.

კარიესისა და პაროდონტის დაავადებების კორელაციების შეფასებისას მნიშვნელოვანი იყო ასევე გაგვესაზღვრა სომატურ დაავადებათა გავრცელება რეგიონების მოსახლეობაში და ამ ადამიანების დამოკიდებულება პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევებისა და სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ (ცხრილი 38):

რეგიონი	ენდოკრინული დაავადებები %			სულ	კ-ნ. დაავ.	გ-ს. დაავ.	ძვ.სახს რ.დაავ	ნ.ს .დ	სხვა ქრ დაავ.
	ჩიყვი	დიაბეტი	ჩიყვი და დიაბეტი						
თბილისი	4.9%	2.1%	0.3%	7,3	18.4%	19.2%	7.8%	4.4%	5.7%
მცხეთა	13.0%	2.5%	0.0%	15,5	29.2%	21.1%	5.6%	17.4%	5.0%
გურია	1.2%	3.5%	0.0%	4,7	24.7%	32.9%	12.9%	14.1%	6.5%
სამცხე-ჯავახეთი	14.1%	4.7%	0.5%	19,3	24.1%	19.9%	4.7%	12.0%	7.9%
შიდა ქართლი	9.5%	2.4%	0.5%	12,4	21.9%	21.0%	5.7%	17.1%	10.5%
აჭარა	10.4%	1.3%	0.0%	11,7	18.7%	13.9%	14.3%	9.6%	9.1%
კახეთი	10.9%	3.0%	0.0%	13,9	29.6%	20.4%	12.6%	13.9%	4.8%
სამეგრელო	9.9%	2.4%	1.2%	13,5	17.1%	25.4%	11.9%	4.8%	14.7%
ქვემო ქართლი	10.0%	2.0%	0.4%	12,4	19.2%	18.0%	16.4%	13.2%	6.4%
იმერეთი	5.8%	2.1%	0.7%	8,6	26.5%	26.5%	19.2%	20.6%	9.6%
p=0,00									

ცხრილი 38. ზოგადი დაავადებების განაწილება საკვლევ პოპულაციაში რეგიონების მიხედვით

როგორც ცხრილიდან ჩანს ენდოკრინული დაავადებები სამცხე-ჯავახეთსა (19,3%) და მცხეთაში (15,5%) იქნა ყველაზე მეტი სიხშირით წარმოდგენილი, ყველაზე მცირე რაოდენობით გურიაში(4,7%). კუჭ-ნაწლავის დაავადებათა სიხშირით მცხეთა(29,2%), კახეთი(29,6%), და იმერეთი (26,5%) გამოირჩეოდნენ, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები პრევალირებდა გურიაში (32,9 %), სამეგრელოსა (25,4%) და იმერეთში (26,5%), ძვალ-სახსროვანი დაავადებებით იმერეთი(19,2 %) და ქვემო ქართლი(16,4%) გამოირჩეოდნენ, ხოლო სხვა ქრონიკული დაავადებები პრევალირებდა სამეგრელოში (14,7%).

რეგიონები სტატისტიკურად სანდოდ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან სომატური დაავადებების გავრცელების მიხედვით. აღნიშნული სანდო განსხვავება მივიღეთ სტომატოლოგიური დაავადებების გავრცელების კუთხითაც, რაც საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ რომ ტერიტორიული განაწილება და კლიმატო-გეოგრაფიული პირობები (ჰავა, წყალი, ნიადაგი საკვების შემადგენლობა და

სპეციფიკა) გავლენას ახდენს სტომატოლოგიური და სომატური დაავადებების ჩამოყალიბება- გავრცელებაზე.

რეგიონების მიხედვით ადამიანთა სტომატოლოგიურმა აქტივობამ ასევე აჩვენა სტატისტიკურად სანდო განსხვავება (ცხრილი 39):

რეგიონი	სტომატოლოგთან ვიზიტი ბოლო ერთ წელიწადში					სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზი		სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზი			
	არ ვყოფილვარ	ერთხელ	ორჯერ	3-ჯერ	4-ჯერ და მეტჯერ	პროფილაქტიკა	ტკივილი და დისკომფორტი	არ ვთვლი საჭიროდ	შიში	უფულობა	დაზღვარქონა
თბილისი	55.8%	24.2%	10.1%	4.2%	5.7%	5.7%	94.3%	57.2%	9.3%	30.5%	2.5%
მცხეთა	58.4%	14.3%	16.1%	5.6%	5.6%	1.2%	98.8%	30.2%	12.6%	50.3%	6.9%
გურია	52.4%	25.9%	8.2%	5.3%	8.2%	7.1%	92.9%	47.5%	16.5%	34.2%	1.9%
სამცხე-ჯავახეთი	79.1%	10.5%	7.3%	3.1%	0.0%	0.0%	100.0%	35.6%	12.6%	49.2%	2.1%
შიდა ქართლი	47.6%	21.0%	12.9%	7.6%	11.0%	11.4%	88.6%	56.1%	7.9%	27.5%	8.5%
აჭარა	66.5%	12.2%	13%	4.8%	3.5%	6.1%	93.9%	45.4%	14.8%	35.2%	4.6%
კახეთი	59.6%	19.6%	13.5%	4.8%	2.6%	0.9%	99.1%	53.9%	11.8%	30.7%	3.1%
სამეგრელო	71.4%	17.1%	9.5%	1.6%	0.4%	2.4%	97.2%	43.5%	7.7%	39.4%	9.3%
ქვემო ქართლი	60.4%	23.6%	8.4%	4.4%	3.2%	4.4%	95.6%	58.3%	10.0%	29.6%	1.7%
იმერეთი	78.0%	12.0%	7.6%	1.4%	1.0%	2.4%	97.6%	36.6%	5.3%	55.3%	2.8%

p=0,00

ცხრილი 39 . საკვლივი პოპულაციის სტომატოლოგიური აქტივობა რეგიონების მიხედვით

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მოსახლეობის დიდი უმრავლესობა მხოლოდ ტკივილის და დისკომფორტის შემთხვევაში აკითხავს სტომატოლოგს და ნაკლებ ყურადღებას უთმობს პრევენციას, თუმცა ამ კუთხით საკმაოდ სანდო სტატისტიკური განსხვავება აღინიშნა რეგიონებში. სამცხე-ჯავახეთის, კახეთისა და მცხეთის მოსახლეობის მიერ პროფილაქტიკური შემოწმების მიზნით სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში მიმართვის უნარიანობა საკმაოდ დაბალი აღმოჩნდა(სამცხე-ჯავახეთი 0%, კახეთი 0,9% და მცხეთა-მთიანეთი 1,2%) მაშინ როცა, შიდა ქართლის

გამოკვლევული პოპულაციის 11,4% საკმაოდ დიდ უპირატესობას ანიჭებდა პრევენციას.

სამწუხაროდ, საქართველოს ყველა გამოკვლევულ რეგიონში აღნიშნა მოსახლეობის დაბალი სტომატოლოგიური აქტივობა, თუმცა ამ მხრივ გამოირჩეოდნენ სამცხე-ჯავახეთი, იმერეთი და სამეგრელო, სადაც პოპულაციის დიდი ნაწილი (79,1%, 78,0 % და 71,4% შესაბამისად) წლის მანძილზე ერთხელაც არ აღნიშნავდა სხვადასხვა მიზეზების გამო სტომატოლოგთან ვიზიტს. დაბალი სტომატოლოგიური აქტივობის მიზეზი საქართველოს რეგიონებში სხვადასხვა აღმოჩნდა: მცხეთის(50,3%), სამცხე ჯავახეთისა(49,2%) და იმერეთის მოსახლეობისათვის (55,3%) ეს მიზეზი სახსრების უქონლობით განისაზღვრა, ქვემო ქართლის (58,3%), თბილისისა(57,2%), შიდა ქართლის (56,1%) პოპულაციის დიდი ნაწილი კი არ თვლიდა საჭიროდ სტომატოლოგთან ვიზიტს გადაუდებელი შემთხვევის, ძლიერი ტკივილის ან სერიოზული დისკომფორტის აღმოცენების გარეშე.

ცნობილია, რომ პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ღონისძიებების მიმართ არასაკმარისი ყურადღება ხშირად სტომატოლოგიურ დაავადებათა განვითარების მიზეზს, წინაპირობასა და შედეგს წარმოადგენს[127]. როგორც მიზეზს მას დაავადების განვითარებამდე მივყავართ, არასრულფასოვანი ჰიგიენა ხელს უწყობს დაავადების განვითარებასა და პროგრესირებას, შედეგად, პაციენტები ტკივილის, სისხლდენის თუ დისკომფორტის გამო წყვეტენ პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვას, რაც თავის მხრივ აუარესებს და ამწვავებს კიდევ დაავადების მიმდინარეობას. ამიტომაც კვლევისათვის ჰიგიენური ჩვევებისა და პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობის შეფასება მნიშვნელოვანი იყო შეგვესწავლა როგორც განსხვავებული ასაკისა და სქესის ადამიანებში, ისე სხვადასხვა რეგიონების მიხედვით. (ცხრილი 40):

რეგიონი	კბილების ხეხვა				ძაფის გამოყენება		სავლების გამოყენება	
	საერთოდ არ ვიხეხავ	დღეში ერთხელ	დღეში ორჯერ	დღეში სამჯერ	არა	კი	არა	კი
თბილისი	2.1%	31.2%	60.0%	6.8%	88,6	11.4%	79,5	20.5%
მცხეთა	2.5%	26.7%	64.6%	6.2%	91,3	8.7%	68,3	31.7%
გურია	3.5%	28.2%	57.6%	16.5%	91,8	8.2%	82,4	17.6%
სამცხე-ჯავახეთი	7.9%	54.5%	34.6%	3.1%	99,5	0.5%	77,5	22.5%
შიდა ქართლი	7.1%	37.1%	51.4%	4.3%	88,6	11.4%	87,1	12.9%
აჭარა	7.8%	37.4%	48.3%	6.5%	93,5	6.5%	82,2	17.8%
კახეთი	6.1%	40.4%	50.0%	3.5%	95,7	4.3%	87,0	13.0%
სამეგრელო	3.6%	33.3%	60.3%	2.8%	97,6	2.4%	79,4	20.6%
ქვემო ქართლი	6.0%	50.4%	41.2%	2.4%	93,6	6.4%	83,6	16.4%
იმერეთი	5.2%	55.7%	37.8%	1.4%	96,6	3.4%	87,3	12.7%
p=0,00, p<0,001								

ცხრილი 40 . საკვლევი პოპულაციის პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევები რეგიონების მიხედვით

როგორც აღმოჩნდა, რეგიონები სტატისტიკურად სანდოდ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების მიხედვით: მცხეთის (64,6%), სამეგრელოს(60,3%) და თბილისის(60,0%) პოპულაციის უმეტესი ნაწილი მნიშვნელობას ანიჭებდა დღეში ორჯერ კბილების გამოხეხვას, ხოლო იმერეთის (55,7%), სამცხე-ჯავახეთისა(54,5%) და ქვემო ქართლის გამოკვლეული კონტინგენტის (50,4%) ნახევარზე მეტ პოპულაციაში პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ღონისძიებები ძირითადად დღის განმავლობაში ერთჯერადი ჰიგიენით განისაზღვრებოდა. სავლების გამოყენება ყველაზე მაღალი სიხშირით იყო წარმოდგენილი მცხეთის პოპულაციაში (31,7%), ყველაზე ნაკლებად კი იმერეთის (12,7%), შიდა ქართლისა(12,9%) და კახეთის მოსახლეობაში(13,0%), კბილის ძაფის გამოყენებით შიდა ქართლი(11,4%) და თბილისი გამოირჩეოდნენ(11,4%), ხოლო ყველაზე ნაკლები მაჩვენებელი (0,5%) დაფიქსირდა სამცხე- ჯავახეთში, რაც კბილის ძაფის როგორც პირის ღრუს ჰიგიენური საშუალების შესახებ ინფორმაციის უქონლობით ან გამოყენების უგულვებელყოფით აიხსნებოდა.

მნიშვნელოვანი იყო შეგვეფასებინა რეგიონების მიხედვით ქვებისა და ნადების მოცილების მიმართ ადამიანთა დამოკიდებულება და მიმართვიანობა სტომატოლოგთან აღნიშნული პროცედურის, როგორც პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ღონისძიების და პაროდონტის დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მნიშვნელოვანი ეტაპის ჩასატარებლად (ცხრილი 41):

რეგიონი	ქვების და ნადების მოცილება ერთი წლის მანძილზე			
	საერთოდ არ ვიტარებ	როცა შევნიშნავ	წელიწადში ერთხელ	წელიწადში ორჯერ
თბილისი	64.7%	23.1%	10.1%	2.1%
მცხეთა	67.7%	24.2%	6.2%	1.9%
გურია	54.1%	22.9%	20.0%	2.9%
სამცხე-ჯავახეთი	89.0%	9.4%	1.6%	0.0%
შიდა ქართლი	59.0%	24.8%	14.8%	1.4%
აჭარა	71.7%	13.0%	13.0%	2.2%
კახეთი	72.6%	16.1%	9.1%	2.2%
სამეგრელო	76.2%	18.7%	5.2%	0.0%
ქვემო ქართლი	75.6%	13.6%	9.2%	1.6%
იმერეთი	84.5%	9.3%	5.5%	0.7%
სულ	71,9%	17,4%	9,3%	1,5%
p=0,00				

ცხრილი 41. პროფესიონალური ჰიგიენა რეგიონების მიხედვით საკვლევ პოპულაციაში

ქვებისა და ნადების მოცილების მიმართ განსაკუთრებით უარყოფითი დამოკიდებულებით სამცხე-ჯავახეთი (89,0%) და იმერეთი (84.5%) გამოირჩეოდნენ, ხოლო ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი გურიაში გამოვლინდა (54,1%), გურიის პოპულაციის 20% წელიწადში ერთხელ მაინც იტარებდა აღნიშნულ პროცედურას, მაშინ როცა სამცხე-ჯავახეთის მოსახლეობის მხოლოდ 1,6% აკითხავდა სტომატოლოგს წელიწადში ერთხელ ნადების მოსაცილებლად, ხოლო წელიწადში ორჯერ ექიმთან ვიზიტის სიხშირე სამცხე -ჯავახეთსა და სამეგრელოში პოპულაციაში 0% -ით განისაზღვრა, სხვა რეგიონებში კი 0,7-2,9%-ით.

სტატისტიკურად სანდო განსხვავება მივიღეთ პირის ღრუს ჰიგიენური მაჩვენებლის მიხედვით რეგიონებში (ცხრილი 42):

რეგიონი	პირის ღრუს ჰიგიენური მაჩვენებელი			
	ჰიგიენა კარგი	დამაკმაყოფილებელი	არადამაკმაყოფილებელი	ცუდი
თბილისი	72.2%	19.0%	5.2%	3.6%
მცხეთა	48.4%	30.4%	12.4%	8.7%
გურია	76.5%	12.9%	4.7%	5.9%
სამცხე-ჯავახეთი	51.3%	29.3%	13.1%	6.3%
შიდა ქართლი	69.5%	11.4%	10.5%	8.6%
აჭარა	77.8%	12.2%	1.7%	8.3%
კახეთი	80.4%	9.6%	4.3%	5.7%
სამეგრელო	65.9%	15.1%	9.1%	9.9%
ქვემო ქართლი	60.0%	20.4%	10.0%	9.6%
იმერეთი	63.4%	20.7%	6.9%	9.0%
სულ	67.3%	17.9%	7.5%	7.4%
p=0.00, p<0.01				

ცხრილი 42. პირის ღრუს ჰიგიენური მაჩვენებელი რეგიონების მიხედვით

ცხრილიდან ჩანს, რომ კარგი ჰიგიენური მაჩვენებელი გამოვლინდა თითქმის ყველა რეგიონში, შედარებით ნაკლებად-მცხეთაში (48,4%). არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენის მხრივ სამცხე-ჯავახეთი და მცხეთის რეგიონი გამოირჩეოდნენ, თუმცა არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენის მაჩვენებელი სულ 7,5% ადამიანებში

განისაზღვრა, ხოლო ცუდი ჰიგიენური მაჩვენებელი -7,4%- ში. რადგან როგორც გამოკვლევებმა აჩვენა, ქვებისა და ნადების მოცილებისათვის ადამიანთა მიმართვიანობა სტომატოლოგთან საკმაოდ დაბალია, სავარაუდოდ ჰიგიენური მაჩვენებლები უნდა დაკავშირებული ყოფილიყო მაღალ კბა და კბა_ზ ინდექსებთან და განსაკუთრებით ამოღებული კბილების მაღალ მაჩვენებელთან, შესაბამისად კბილების არარსებობის შემთხვევაში არ აღინიშნებოდა პირის ღრუში ნადებისა და ქვების არსებობა. ამ ჰიპოთეზის შესამოწმებლად განვსაზღვრეთ კორელაცია ასაკსა და ჰიგიენურ მდგომარეობას შორის (ცხრილი 43):

ასაკობრივი ჯგუფი	პირის ღრუს ჰიგიენური მაჩვენებელი			
	ჰიგიენა კარგი	დამაკმაყოფილებელი	არადამაკმაყოფილებელი	ცუდი
20-34	66.5%	19.9%	7.7%	5.9%
35-44	65.5%	14.7%	9.4%	10.4%
45-64	66.5%	18.3%	7.6%	7.6%
65-74	75.9%	15.7%	2.8%	5.6%
სულ	67.3%	17.9%	7.5%	7.4%

ცხრილი 43 . პირის ღრუს ჰიგიენის მაჩვენებელი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

პირველ ასაკობრივ ჯგუფში, სადაც გამოვლინდა ყველაზე დაბალი კბა ინდექსი - 7.02 ± 4.55 ხოლო დაკარგული კბილების საშუალო მაჩვენებელი 1.11 ± 1.77 შეადგენდა, კარგი ჰიგიენა პოპულაციის 66,5%- ში განისაზღვრა, ხოლო მეოთხე ასაკობრივ ჯგუფში კბა ინდექსი 19.61 ± 8.9 აღმოჩნდა, დაკარგული კბილების საშუალო რაოდენობა კი- 8.45 ± 9.6 . კარგი ჰიგიენის მაჩვენებელი ამ ჯგუფის ადამიანთა 75,9% -ში დაფიქსირდა, რაც მიუთითებს უკბილობის გამო ქვებისა და ნადების არარსებობაზე და შედეგად კარგი ჰიგიენური მდგომარეობის ჩამოყალიბებაზე.

რეგიონები ასევე შედარდა კვების რეჟიმის, ხასიათის, სიგარეტის მოხმარების

მიხედვით (ცხრილი 44):

	რეგიონები									
	თბილისი	მცხეთა	გურია	სამცხე-ჯავახეთი	შიდა ქართლი	აჭარა	კახეთი	სამეგრელო	ქვემ. ქართლი	იმერეთი
ხილ-ბოსტნეულის მოხმარება										
არ მოვიხმარ	0,8	1,9	1,2	0,5	0,5	0	0,4	0,4	2,0	0,7
კვირასი 1-ჯერ ან იშვიათად	5,5	14,3	10,6	11,0	15,2	12,2	14,8	11,5	15,6	24,7
კვირასი 2-4-ჯერ	46,2	55,96	24,7	60,2	47,1	52,2	51,7	53,2	34,8	49,1
ყოველ დღე	47,5	28	63,5	28,3	37,1	35,7	33,0	34,9	47,6	25,4
X²=168.468 p=0.00,p<0.01										
კვების რეჟიმი										
არარეგულარულად	19,2	21,1	23,5	16,8	24,8	18,7	18,7	20,2	13,6	10,3
დღეში 1-ჯერ	0,8	1,9	5,3	1,6	4,8	1,7	0,9	0,4	2,0	2,4
დღეში 2-ჯერ	31,2	30,4	25,3	38,2	27,1	32,2	34,3	33,7	30,4	47,8
დღეში 3-ჯერ	43,6	41,0	37,1	37,2	36,7	39,6	40,9	38,5	48,4	33,7
დღეში 4-ჯერ	5,2	5,6	8,8	6,3	6,7	7,8	5,2	7,1	5,6	5,8
X²=89.262 p=0,00,p<0.01										
ხორცის პრ. მოხმარება										
არ მოვიხმარ	2,1	0,6	2,9	1,6	1,4	3,0	1,3	2,0	0,8	4,8
კვირასი 1-ჯერ ან იშვიათად	29,1	34,2	34,7	43,5	50,0	52,6	47,8	38,1	41,6	62,2
კვირასი 2-4-ჯერ	61,0	60,9	55,9	52,4	41,9	40,9	47,4	52,4	50,8	32,3
ყოველ დღე	7,8	4,3	6,5	2,6	6,7	3,5	3,5	7,5	6,8	0,7
X²=141.714 p=0,00, p<0.01										
რძის პროდუქტ. მოხმარება										
არ მოვიხმარ	7.0%	2.5%	8.8	4.7				3.6		
კვირასი ერთხელ	29.4	32.9	21.2	34.0	4.8	4.3	5.2	28.6	7.2	10.0
კვირასი 2-ჯერ	46.0	58.4	42.9	53.9	42.4	30.4	40.0	56.7	30.4	47.4
ყოველ დღე	17.7	6.2	27.1	7.3	36.7	50.4	40.0	11.1	40.4	35.7
					16.2	14.8	14.8		22.0	6.9
X²=145.593 p=0.00,p<0.01										

ტკბილეულის მიღება										
საერთოდ არ ვჭამ	15,8	8,1	20,0	15,7	12,9	12,2	15,2	8,3	17,6	15,5
დღეში ერთხელ	43,9	44,1	51,8	41,4	55,2	51,7	57,0	41,7	52,4	64,9
დღეში 2-3ჯერ	33,8	41,0	24,1	37,2	24,3	29,1	23,9	42,1	25,2	18,9
დღეში 4-ჯერ და მეტად	6,5	6,8	4,1	5,8	7,6	7,0	3,9	7,9	4,8	0,7
X²=111.654 p=0,00,p<0.01										
სიგარეტის მოხმარება										
არ ვწევ	66.2	73.9	68.2	75.9	64.3	57.4	70.9	81.0	75.2	68.4
რამდენიმე ღერი	13.0	16.1	8.8	6.8	12.9	17.4	16.1	6.0	7.6	8.6
ერთი კოლოფი	14.8	5.0	17.6	15.2	14.8	16.5	11.7	8.3	14.8	17.9
2 კოლოფი და მეტი	6.0	5.0	5.3	2.1	8.1	8.7	1.3	4.8	2.4	5.2
X²=93.257 , p=0,00,p<0.01										

ცხრილი 44. რეგიონების შედარება კვების რეჟიმის, ხასიათის, სიგარეტის მოხმარების მიხედვით

როგორც ცხრილიდან ჩანს, აღნიშნული ცვლადების მიხედვით რეგიონები სტატისტიკურად სანდოდ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. სიგარეტის მოხმარების მიხედვით გამოირჩეოდა აჭარა(42,6%), ხოლო ყველაზე ნაკლებად იყო წარმოდგენილი სამეგრელოს რეგიონში (19%). სიგარეტის მოხმარება ასევე შემოწმდა ასაკისა და სქესის მიხედვით. ანალიზმა აჩვენა, რომ გამოკვლეული ადამიანების 30,1 % თამბაქოს მოიხმარდა, სიგარეტის მოხმარებლები ძირითადად მამაკაცები აღმოჩნდნენ, ხოლო ყველაზე ნაკლები მოხმარებელი მეოთხე ასაკობრივი ჯგუფი(18,4%). გარდა ამისა, კაცების 39.3% და ქალების მხოლოდ 1.7% ძლიერ აქტიურ მწევებს წარმოადგენდა (1 კოლოფი და მეტი დღეში) (p=0.00,p<0.01).

ტკბილეულის გამოყენება ყველაზე მეტი იყო მცხეთასა და სამეგრელოში, ხოლო რძის პროდუქტების ყველაზე ხშირ მოხმარებლებს გურიისა და ქვემო ქართლის მაცხოვრებლები წარმოადგენდნენ, ხორცის ძირითად მოხმარებლებს კი თბილისისა და მცხეთის მოსახლეობა შეადგენდა. სტატისტიკურად სანდო განსხვავება საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ სხვადასხვა რეგიონში ადამიანები განსხვავდებიან საკვების შემადგენლობისა და ხასიათის, კვების რეჟიმის მიხედვით,

რაც გავლენას ახდენს მათი ზოგადი ჯანმრთელობის ჩამოყალიბებაზე და მნიშვნელოვანი ფაქტორია პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის.

თავი 4. საკუთარი კვლევის შედეგების განხილვა

ასაკისა და სქესის მიხედვით გამოყოფილ ჯგუფებში მონაცემთა სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა სანდო განსხვავება დაბჟენილი ($p=0.00$) და ამოღებული კბილების მაჩვენებლის მიხედვით ($p = 0.003$), რაც ნიშნავს, რომ ქალები და მამაკაცები სტატისტიკურად სანდოდ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან დაბჟენილი და ამოღებული კბილების რაოდენობით. სტატისტიკურად სანდო სხვაობა არ აღინიშნა კარიესით დაზიანებული კბილების შემთხვევაში ($p = 0,828$, $p > 0.05$) რაც მიუთითებს, რომ კარიესი თანაბრად აზიანებს ქალებსა და მამაკაცებს, ხოლო განსხვავება დაბჟენილი და ამოღებული კბილების რაოდენობაში შეიძლება აიხსნას ქალების მიერ კბილების მოვლის მიმართ მეტი ყურადღებით მამაკაცებთან შედარებით, ასევე ჯანმრთელი და ლამაზი ღიმილის, სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ სხვადასხვა დამოკიდებულებით.

კბა, კბა_ზ ინდექსები ქალებში და მამაკაცებში ზომიერი აღმოჩნდა, თუმცა დაბჟენილი კბილების რაოდენობა პრევალირებდა ქალებში, რაც მიუთითებს ქალების მიერ სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად მეტ მიმართვიანობაზე. გარდა ამისა, სოციოლოგიურ კითხვარებში კაცები უფრო ხშირად აღნიშნავდნენ სტომატოლოგიური მანიპულაციების მიმართ შიშს, რაც წარმოადგენს სტომატოლოგთან მიუსვლელობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს, მაშინ როცა

დენტალური მომსახურების დროულად მიღების ხელშეშლელ ფაქტორად სახსრების დეფიციტს უფრო ხშირად ქალები ასახელებდნენ . აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ორივე სქესი არ თვლიდა სტომატოლოგთან ვიზიტს საჭიროდ სანამ მწვავე ტკივილი, კვებასთან ან ღიმილთან დაკავშირებული სერიოზული პრობლემები არ წარმოიშობოდა და ნაკლებ ყურადღებას უთმობდნენ პრევენციას.

ქცევითი ფაქტორები და უფულობა განსაზღვრავს კბა და კბა_ზ მალალ მაჩვენებლებს ორივე სქესის წარმომადგენლებში. ისინი გადადებენ სტომატოლოგიურ მომსახურებას, სანამ კბილები არ დაიშლება ისე, რომ შეუძლებელი ხდება მათი აღდგენა, რასაც საბოლოოდ კბილების დაკარგვამდე მიყვავართ. ამით შეიძლება აიხსნას ის ფაქტი, რომ მამაკაცები და ქალები დიდად არ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან დაკარგული კბილების რაოდენობით, თუმცა ჰიგიენური ჩვევებისა და სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ პოზიტიური დამოკიდებულება განსაზღვრავს დაბჟენილი კბილების შედარებით მალალ მაჩვენებელს ქალებში.

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით შემდეგი შემდეგი მაჩვენებლები გამოიკვეთა: მეოთხე ასაკობრივ ჯგუფში (65 -74წწ) კარიესის მალალი გავრცელება და ინტენსივობა აღინიშნა, რომელიც ძირითადად განისაზღვრა დაკარგული კბილების რაოდენობით, მაშინ როცა, დაბჟენილი კბილების წილი საკმაოდ დაბალი აღმოჩნდა. მონაცემთა სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ამ ასაკობრივი ჯგუფის უმეტესი ადამიანები ბოლო წლის განმავლობაში არ ყოფილან სტომატოლოგთან, მხოლოდ ტკივილის ან დისკომფორტის შემთხვევაში აკითხავდნენ მას, არ იყენებდნენ დენტალურ ძაფს ან არ იცოდნენ მისი არსებობის შესახებ, უარყოფდნენ სტომატოლოგთან ვიზიტს პროფილაქტიკური შემოწმებისათვის, ისევე როგორც პირის ღრუს ჰიგიენას, რასაც ხსნიდნენ საკუთარი კბილების არარსებობით ან სიმცირით, რომლებიც მათი აზრით არ საჭიროებდა მოვლა- ყურადღებას.

ანალიზმა აჩვენა, რომ ასაკოვნებში პირის ღრუს ჯანმრთელობა დაბალია მატერიალური სიდუხჭირის, დაბალი სტომატოლოგიური ხელმისაწვდომობისა და აქტივობის, პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ შედარებით მწირი ინფორმაციის არსებობის გამო. უმეტესი მათგანი, განსაკუთრებით კი რეგიონების მაცხოვრებლები

უპირატესობას ანიჭებდნენ მტკივნეული ან დაზიანებული კბილების ამოღებას, ვიდრე მათ მკურნალობას ან რესტავრაციას, რასაც მივყავართ უფრო მეტ დაკარგული კბილების მაჩვენებლების არსებობასთან დაბუნელი კბილების მაჩვენებელთან შედარებით.

მესამე ასაკობრივ ჯგუფში(45-64წწ) ასევე კარიესის მაღალი გავრცელება და მაგრამ ზომიერ ინტენსივობა აღინიშნა, რომელიც განისაზღვრა დაკარგული კბილების უფრო მაღალი მაჩვენებლით დაზიანებული და დაბუნელი კბილების რაოდენობასთან შედარებით. ამ ასაკის ადამიანთა ნახევარზე მეტი მათი პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობას უკავშირებდა სახსრების არარსებობას და მხოლოდ ტკივილის და დისკომფორტის შემთხვევაში აკითხავდა ექიმს, ხოლო ბოლო ერთი წლის განმავლობაში არ უსარგებლია სტომატოლოგის მომსახურებით.

გამოკვლევული პოპულაციის დაახლოებით ნახევარი ორჯერ იხეხავდა კბილებს, ხოლო უმეტესი ნაწილი საერთოდ არ იყენებდა ფლოსს ან სავლებს, როგორც ჰიგიენურ საშუალებას, ისინი ნაკლებ ყურადღებას აქცევდნენ დენტალურ მომსახურებას ზოგად დაავადებებთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების გამო, ან განიხილავდნენ თავიანთ პრობლემებს ნაკლებად აქტუალურად შვილების პრობლემებთან შედარებით, რაც უბიძგებდა მათ სტომატოლოგიური მომსახურების გადაღებას, სანამ არ აღნიშნებოდათ პირის ღრუს სერიოზული პრობლემები. ამგვარად, ფინანსური ფაქტორი აღმოჩნდა გადამწყვეტი დაკარგული კბილების შედარებით მაღალი და დაბუნელი კბილების შედარებით დაბალი მაჩვენებლების ჩამოყალიბებაში აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში, თუმცა ინდივიდუალური დამოკიდებულება პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევებისა და დენტალური მომსახურების მიმართ ასევე მნიშვნელოვანია.

მეორე ასაკობრივ ჯგუფში კარიესის შედარებით ნაკლები ინტენსივობა აღინიშნა, თუმცა კბა ინდექსის მნიშვნელობა ძირითადად განსაზღვრული იქნა დაზიანებული და დაკარგული კბილების რაოდენობით, მაშინ როდესაც დაბუნელი კბილების მაჩვენებელი ნაკლებად იყო გამოხატული. სტატისტიკურმა ანალიზმა გამოაშკარავა, რომ გამოკვლევულთა თითქმის ნახევარი არ ყოფილა სტომატოლოგთან გასული წლის განმავლობაში, ხოლო მათი უმეტესი ნაწილი მხოლოდ ტკივილის და

დისკომფორტის შემთხვევაში იღებდა სტომატოლოგიურ მომსახურებას. რაც შეეხება პირის ღრუს ჰიგიენას, ამ ასაკის ადამიანების ნახევარში შეინიშნებოდა კბილების ხეხვის სიხშირე ორჯერ დღეში, თუმცა ძაფის როგორც პირის ღრუს ჰიგიენის ერთ-ერთი საშუალების გამოყენება უმეტესად უგულვებელყოფილი იყო. დაბალი სტომატოლოგიური აქტივობა სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულების გამო, პროფილაქტიკური შემოწმების იგნორირება სავარაუდოდ განსაზღვრავს კბა და კბა_ზ მაჩვენებლებსამ ასაკობრივ ჯგუფში, ისევე როგორც დაზიანებული და დაკარგული კბილების პრევალენტობას დაბუნებულ კბილებთან შედარებით. თუმცა პირის ღრუს ჰიგიენის მიმართ შედარებით პოზიტიური დამოკიდებულება უნდა იყოს მნიშვნელოვანი ფაქტორი აღნიშნული მაჩვენებლების ნაკლები მნიშვნელობების ჩამოყალიბებაში უფროს ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით.

პირველ ასაკობრივ ჯგუფში (20-34წწ) ყველაზე დაბალი გავრცელება და ინტენსივობა აღინიშნა, დაკარგული კბილების მაჩვენებლის ყველაზე დაბალი მნიშვნელობით, თუმცა აქაც კარიესის ინტენსივობა ძირითადად განისაზღვრა კარიესით დაზიანებული კბილების რაოდენობით, ხოლო დაბუნებულ კბილების ინდექსის პრევალირება დაკარგული კბილების რაოდენობაზე მიუთითებს სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად ახალგაზრდა ადამიანთა მეტი აქტივობაზე. ისინი თავიანთ დენტალურ სტატუსს განიხილავენ მათი გარეგნობის მნიშვნელოვან ფაქტორად, რადგან გარეგნობა ამ ასაკის ადამიანთა მნიშვნელოვან საზრუნავს წარმოადგენს. ამით შეიძლება აიხსნას სტომატოლოგთან ვიზიტის მეტი სიხშირე და მეტი დაბუნებულ კბილების რაოდენობა აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში, თუმცა ეკონომიკური ფაქტორი აქაც მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. აღნიშნული ასაკობრივი ჯგუფის ადამიანთა დიდი ნაწილი არ მუშაობს და ფინანსურად დამოკიდებულია მშობლების შემოსავალზე, რაც გადავადებული სტომატოლოგიური მომსახურების და საბოლოოდ კბილების კარგვის მიზეზი ხდება, თუმცა შედარებით პოზიტიური დამოკიდებულება პირის ღრუს ჰიგიენის მიმართ ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია კარიესის ნაკლები გავრცელებისა ამ ასაკობრივ ჯგუფში ($p<0.01, p=0.00$).

მონაცემთა სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ მოსახლების 65.9% აღნიშნავდა უმაღლესი, ხოლო 25.4% საშუალო განათლების არსებობას, 69.3% თავიანთ შემოსავალს თვლიდა საშუალოდ, 29.5% უჭიოდა ფინანსურ ხელმოკლეობას და მხოლოდ 1.2% იყო კმაყოფილი საკუთარი მატერიალური უზრუნველყოფით ($p=0.00, p<0.01$). განათლების დონე და მატერიალური შემოსავალი გარკვეულწილად განსაზღვრავს განსხვავებებს პირის ღრუს ჰიგიენასა და სტომატოლოგიურ აქტივობაში ($p=0.00, p<0.01$), თუმცა სხვადასხვა ასაკის ადამიანთა სხვადასხვა მიზეზის გამო არაპოზიტიური დამოკიდებულება სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ წარმოადგენს კარიესის მაღალი გავრცელებისა და ინტენსივობის გადამწყვეტ რისკ-ფაქტორს. „არ ვთლი საჭიროდ თუ არაფერი მაწუხებს“ - დამოკიდებულება დაკავშირებულია გადავადებულ სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან, კბილის ქსოვილების სერიოზულ დაზიანებასთან და საბოლოოდ კბილების კარგვის მიზეზი ხდება. ტკივილი და დისკომფორტი ფინანსური ფაქტორის გათვალისწინებით აიძულებს ადამიანებს მიმართონ დაზიანებული კბილების ექსტრაქციას, ვიდრე დათანხმდნენ მათ მკურნალობასა და რესტავრაციაზე, განსაკუთრებით ადამიანები დაბალი სამედიცინო განათლების დონითა და მატერიალური შემოსავლით, რასაც მივყავართ დაკარგული კბილების შედარებით მაღალი მაჩვენებლის ჩამოყალიბებასთან.

რაც შეეხება შაქრის მოხმარებას, გამოკვლეული პოპულაციის 85,7% იღებდა ტკბილეულს, უფრო მეტიც 20-34 წლის ადამიანები, განსაკუთრებით კი ქალები აღმოჩნდნენ შაქრის უფრო ხშირი მომხმარებლები. ქალების 35,1%, ხოლო მამაკაცების 23,4% დღეში 2-3-ჯერ მიირთმევდა ტკბილს, ხოლო ახალგაზრდა ადამიანთა თითქმის ნახევარი (46,5%) დღის მანძილზე ნახშირწყლების 4 -ჯერ და მეტჯერ მომხმარებელი აღმოჩნდა ($p=0.00, p<0.01$).

რეგიონებში გამოკვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების სტატისტიკურმა ანალიზმა გამოავლინა ყველა რეგიონში კარიესის მაღალი გავრცელება და ზომიერი ინტენსივობა, თუმცა კარიესით ავადობით გამოირჩეოდა მცხეთა -მთიანეთი (13.26 ± 5.97), გურია (12.79 ± 8.92), სამცხე-ჯავახეთი (12.62 ± 8.44), შიდა ქართლი (12.03 ± 7.22) და აჭარა (12.23 ± 7.89). შედარებით დაბალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა

თბილისში(11.64±7.8), ქვემო ქართლში(10.96±7.07), იმერეთში (10.79±7.63), სამეგრელოსა (10.54±7.95) და კახეთში (9.86±7.02).

დაზიანებული კბილების რაოდენობით ლიდერობდნენ მცხეთა- მთიანეთი (4.26±3.51), სამცხე- ჯავახეთი (3.52±3.51) და იმერეთი (3.05±3.1). დანარჩენი რეგიონები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისაგან აღნიშნული მაჩვენებლის მიხედვით თბილისი- 2.41±2.7, გურია 2.35±2.83, შიდა ქართლი 2.69±2.98, აჭარა 2.32±2.91, კახეთი 2.77±2.86, სამეგრელო 2.56±2.67, ქვემო ქართლი 2.57±2.97.

ასევე მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ აღინიშნა ამოღებული კბილების რაოდენობის მიხედვით: თბილისი- 4.52±6.54, მცხეთა-მთიანეთი- 4.07±4.1, გურია- 5.49±7.42, სამცხე-ჯავახეთი- 5.31±6.97, შიდა ქართლი- 4.90±6.39, აჭარა- 5.32±6.73, კახეთი- 3.00±4.01, სამეგრელო-4.15±6.12, ქვემო ქართლი-4.96±5.6, იმერეთი- 3.42±4.21, თუმცა შედარებით მაღალი აღნიშნული მაჩვენებელი დაფიქსირდა გურიაში- 5.49±7.42, სამცხე-ჯავახეთსა 5.31±6.97 და აჭარაში 5.32±6.73.

დაბუნელი კბილების შედარებით მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩეოდნენ მცხეთა 2.62±3.05, შიდა ქართლი 2.39±2.8 და თბილისი 2.28±2.09 სხვა გამოკვლეულ რეგიონებთან შედარებით: გურია- 1.86±2.71, სამცხე- ჯავახეთი- 1.24±1.97, აჭარა- 1.76±2.43, კახეთი- 1.68±2.32, სამეგრელო- 1.20±1.77, ქვემო ქართლი- 1.60±2.38, მაშინ როდესაც ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი იმერეთში შეინიშნა - 0.67±1.39.

ჩიყვის ენდემური კერის არსებობა შესაძლოა იყოს ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი და რისკ-ფაქტორი კარიესის გავრცელებისა გურიაში, შიდა ქართლში, სამცხე-ჯავახეთში, იმერეთსა და აჭარაში, თუმცა მიღებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ კარიესით დაზიანებული კბილების რაოდენობა მაღალი იყო მცხეთაში, სამცხე-ჯავახეთსა და იმერეთში, ხოლო სხვა რეგიონები დიდად არ განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისაგან ამ მაჩვენებლის მიხედვით. ეს დაკავშირებულია სხვა რისკ-ფაქტორების ზეგავლენასთან- პოპულაციის დაბალი სტომატოლოგიური აქტივობა, პირის ღრუს ჰიგიენა, შაქრის ჭარბი მოხმარება. მცხეთის პოპულაციის 50.3% ასახელებდა უფულობას, როგორც სტომატოლოგიური მომსახურების მიღების ხელშემშლელ პირობას, მაშინ როცა 30,2% არ განიხილავდა სტომატოლოგთან

რეგულარულ ვიზიტს საჭიროების გარეშე, 98,8% სტუმრობდა დანტისტს მხოლოდ ტკივილის ან დისკომფორტის შემთხვევაში, 64,4% იხეზავდა კბილებს 2-ჯერ დღეში, 26,7% - დღეში ერთხელ, 2,55 % საერთოდ უარყოფდა კბილების გამოხეხვას და მხოლოდ 8,7% იყენებდა კბილის ძაფს.

ამგვარად, არადაამაკმაყოფილებელი მატერიალური შემოსავალი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მცხეთის მოსახლეობაში კარიესის მაღალ გავრცელებასა და ინტენსივობაში, რადგან ადამიანებს არ აქვთ ფინანსური შესაძლებლობა რეგულარულად მოუარონ კბილებს და მხოლოდ ტკივილის ან უკვე სერიოზული დაზიანების შემთხვევაში აკითხავენ სტომატოლოგს, როცა კბილის გადარჩენა დაგვიანებული და შეუძლებელია, თუმცა პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების და საშუალებების შესახებ ინფორმაციის და ცოდნის სიმწირე ასევე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს.

იმერეთის პოპულაციის 78% არ ყოფილა სტომატოლოგთან ბოლო ერთი წლის განმავლობაში. 97,6% განიხილავდა ტკივილს და დისკომფორტს როგორც სტომატოლოგიური კლინიკის მიმართვიანობის ძირითად მიზეზს, 36,6% თვლიდა დენტალურ მომსახურებას არასაჭიროდ, სანამ სერიოზული პრობლემები არ აღნიშნებოდათ. 55,3% უჩიოდა დაბალ შემოსავალს, თუმცა ქცევითი ფაქტორები, უმთავრესად პირის ღრუს ჰიგიენის ნაკლებობა აღმოჩნდა ასევე მნიშვნელოვანი კარიესის გავრცელებაში იმერეთის პოპულაციაში, რადგან 37,8% კბილებს იხეზავდა რეგულარულად 2-ჯერ, 55,7%- დღეში ერთხელ, 5,2% საერთოდ იგნორირებდა კბილების გამოხეხვას, ხოლო 96,6% არ იყენებდა ან არ ფლობდა ინფორმაციას დენტალური ძაფის არსებობის ან მნიშვნელობის შესახებ.

რაც შეეხება სამცხე -ჯავახეთის პოპულაციას გამოკვლეული ხალხის 79,6% არ ყოფილა სტომატოლოგთან ბოლო ერთი წლის მანძილზე, 100% ექიმს აკითხავდა მხოლოდ ტკივილისა და დისკომფორტის შემთხვევაში, 49,7% ასახელებდა უფულობას, როგორც სტომატოლოგთან მიმართვიანობის ხელშემშლელ პირობას, 35,6% არ თვლიდა საჭიროდ ექიმთან ვიზიტს თუ არაფერი აწუხებდა, ხოლო 12% აღნიშნავდა შიშს სტომატოლოგიური პროცედურების მიმართ, 34,6% კბილების ხეხვის პროცედურას დღეში ორჯერ მიმართავდა, 54,5% დღეში ერთხელ, 7,9%

საერთოდ უარყოფდა კბილების წმენდას და მხოლოდ 0,5% იყენებდა ფლოსს როგორც პირის ღრუს ჰიგიენურ საშუალებას ან საერთოდ იცოდა მისის არსებობის შესახებ.

მიღებული შედეგები საშუალებას გვაძლევს დავუშვათ, რომ კარიესის გავრცელება და ინტენსივობის მაღალი მაჩვენებლები სამცხე-ჯავახეთის პოპულაციაში განპირობებული უნდა იყოს არა მარტო არადამაკმაყოფილებელი პირის ღრუს ჰიგიენით ან ფინანსური ხელმოკლეობით, არამედ ასევე დაბალი ზოგადი სამედიცინო და სტომატოლოგიური განათლების დონითა და ინფორმაციის სიმწირით.

კარიესის გამო დაკარგული კბილების რაოდენობა შედარებით მაღალი აღმოჩნდა გურიაში (5.49 ± 7.42), აჭარასა (5.32 ± 6.73) და სამცხე-ჯავახეთში (5.31 ± 6.0). გურიის მოსახლეობის 92,9%, 100% სამცხე-ჯავახეთში და 93,9% აჭარაში სტომატოლოგთან ვიზიტს მიმართავდა მხოლოდ ტკივილის და დისკომფორტის შემთხვევაში, უმეტესი მათგანი საერთოდ არ ყოფილა სტომატოლოგთან ერთი წლის განმავლობაში (გურიაში - 52,4%, სამცხე-ჯავახეთში - 79,6%, აჭარაში - 66,5%).

ფინანსური ხელმოკლეობა, როგორც სტომატოლოგიური მომსახურების მიუღებლობის ძირითად მიზეზს აღნიშნავდა მხოლოდ გურიის მოსახლეობის 34,2%, სამცხე-ჯავახეთის 49,7% და აჭარის 35,2%, მაშინ როცა 47,5% გურიაში, 35,6% სამცხე-ჯავახეთში და 45,4% აჭარაში აუცილებლად არ თვლიდა სტომატოლოგთან ვიზიტს თუ ამის საჭიროება არ აღინიშნებოდა. გურიის პოპულაციის 57,6% კბილებს იხეხავდა დღეში ორჯერ, 28,2% -დღეში ერთხელ, 3,5% იგნორირებდა კბილების ხეხვის პროცედურას და მხოლოდ 8,2% იყენებდა დენტალურ ძაფს. სამცხე-ჯავახეთში შემდეგი მაჩვენებლები გამოვლინდა: კბილების ხეხვის სიხშირე დღეში ორჯერ აღინიშნა 34,6% -ის, ხოლო დღეში ერთხელ 54,5% -ს მიერ, 7,9% საერთოდ უარყოფდა კბილების წმენდას, ხოლო ძაფის არსებობის შესახებ ინფორმაცია და გამოყენება მხოლოდ 0,5%-ში აღინიშნებოდა. რაც შეეხება აჭარის რეგიონს კბილების ხეხვა დღეში ორჯერ კონსტატირებულ იქნა პოპულაციის 48,3%-ში, დღეში ერთხელ 37,4%-ში, 7,8% საერთოდ უარყოფდა კბილების ხეხვის პროცედურას, ხოლო დენტალური ფლოსის გამოყენება აღინიშნებოდა მოსახლეობის 6,5%-ში.

მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ დაკარგული კბილების შედარებით მაღალი მაჩვენებელი გურიასა და აჭარაში უფრო მეტად დაკავშირებულია ქცევით ფაქტორებთან, დაბალ სამედიცინო განათლების დონესა და პრევენციული ღონისძიებების უგულვებელყოფასთან, გადავადებულ დენტალურ მომსახურებასთან, რომელიც კბილების ძლიერ დაზიანებას იწვევს და ისინი ექვემდებარება ექსტრაქციას, რასაც საბოლოოდ უკბილობამდე მივყავართ, თუმცა ფინანსური ხელმოკლეობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სამცხე-ჯავახეთის მოსახლეობის კარიესის გავრცელებაში, ისევე როგორც არაპოზიტიური დამოკიდებულება დენტალური მომსახურების მიმართ. თანხების უქონლობა უბიძგებს ადამიანებს მტკივნეული და დაზიანებული კბილების ექსტრაქციისაკენ რასაც დაკარგული კბილების მაჩვენებლის მაღალი მნიშვნელობის ჩამოყალიბებასთან მივყავართ.

დაბჭენილი კბილების საშუალო მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი აღმოჩნდა შიდა ქართლში (2.39 ± 2.8), თბილისში (2.28 ± 2.09) და მცხეთა - მთიანეთში (2.62 ± 3.05), ამასთან შიდა ქართლის მოსახლეობის 52,9%-მა, 44,2%-მა თბილისში და 41,6% -მა მცხეთაში ჩაიტარა სტომატოლოგიური მომსახურება ერთი წლის განმავლობაში. პოპულაციის 94,3% თბილისში, 98,8% მცხეთასა და 88,6% შიდა ქართლში მხოლოდ ტკივილის და დისკომფორტის შემთხვევაში აკითხავდა სტომატოლოგს, თბილისის მოსახლეობის 30,5% და 27,5% შიდა ქართლში გადავადებულ სტომატოლოგიურ მომსახურებას უკავშირებდა სახსრების უქონლობას, მაშინ როცა მცხეთა-მთიანეთის მოსახლეობის 50,3% ამ მიზეზს ასახელებდა მათი ნაკლები სტომატოლოგიური აქტივობის წამყვან ფაქტორად, თუმცა მათი დიდი ნაწილი პირის ღრუს ჰიგიენას მეტ ყურადღებას აქცევდა (სხვა რეგიონებთან შედარებით). აღნიშნული რეგიონის გამოკვლეული პოპულაციის 64,6% ორჯერ იხეხავდა კბილებს რეგულარულად, ხოლო 8,7 % იყენებდა დენტალურ ძაფს. თბილისის მოსახლეობის 60,0 % და შიდა ქართლის 51,4% პირის ღრუს ჰიგიენას კბილების რეგულარული დღეში ორჯერ ხეხვით ახორციელებდა. (დღეში ერთხელ კბილის ჯაგრისის გამოყენება 31.2% თბილისის და 37.1% შიდა ქართლის პოპულაციაში აღინიშნა). ასევე დენტალური ძაფის გამოყენების ყველაზე მაღალი სიხშირე სწორედ ამ რეგიონებში გამოიკვეთა: 29.0%- თბილისში და 15,5 % -შიდა ქართლში. მიღებული

მონაცემებიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ სწორედ ეს პოზიტიური დამოკიდებულება პირის ღრუს ჰიგიენისა და დენტალური მომსახურების მიმართ განსაზღვრავს დაბუნებული კბილების შედარებით მაღალ მაჩვენებელს თბილისში, მცხეთასა და შიდა ქართლში მიუხედავად კბა და კბა_ზ ინდექსების საკმაოდ მაღალი მაჩვენებლებისა აღნიშნულ რეგიონებში.

და ბოლოს, ქცევითი ფაქტორები არადადამაკმაყოფილებელი პირის ღრუს ჰიგიენა, დაბალი სტომატოლოგიური აქტივობა, ზოგადი სამედიცინო და სტომატოლოგიური განათლების თუ ინფორმაციის ნაკლებობა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს კბილის კარიესის გავრცელებაში საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში, თუმცა ეკონომიკური ფაქტორი ასევე არსებითად განსაზღვრავს ნაკლებ ხელმისაწვდომობას სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ, გადავადებულ სტომატოლოგიურ სერვისს და საბოლოოდ კბილების დაკარგვას.

მონაცემთა სტატისტიკურმა ანალიზმა გამოავლინა არა მარტო კარიესის, არამედ პაროდონტის დაავადებათა მნიშვნელოვანი გავრცელებაც საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში. არაჯანმრთელი პაროდონტი აღინიშნა მოსახლეობის 62%-ში, სისხლდენა- 41%-ში, პაროდონტალური ჯიბეები- 44% -ში, ხოლო კბილ-ღრძილოვანი კავშირის დარღვევა 47%-ში შეინიშნა. პაროდონტის არაანთებადი დაზიანება მხოლოდ 4 %-ში გამოიკვეთა. ამასთან, არაჯანმრთელი პაროდონტი უფრო მეტად წარმოდგენილი იყო მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში, ისევე როგორც შეხებისას სისხლდენა, პაროდონტალური ჯიბეები და კბილ-ღრძილოვანი კავშირის დარღვევა. მამაკაცებში უფრო ხშირი აღმოჩნდა პაროდონტის ქსოვილის არამარტო ანთებადი დაზიანება არამედ არაანთებადიც. სტატისტიკურმა ანალიზმა გვიჩვენა პაროდონტის დაავადებების უფრო მეტი გავრცელება კაცებში და პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსის დაბალი მაჩვენებელი $OHI(1.22\pm 1.43)$ ქალებთან შედარებით $(.54\pm .76)$ ($p<0.01, p=0.00$) რაც სავარაუდოდ დაკავშირებულია ქალების უფრო პოზიტიურ დამოკიდებულებასთან პირის ღრუს ჰიგიენის და სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ (ქალების 65.9% კბილებს იხეხავდა დღეში ორჯერ, ხოლო მამაკაცების 32,3% ($p=0.00, p<0.01$)). კითხვარებმა გამოავლინა მამაკაცების ნაკლები მიმართვიანობა ქალებთან შედარებით ($p<0.01, p=0.00$). გარდა ამისა მამაკაცების

უფრო მეტი ნაწილი (39.3%) აღმოჩნდნენ აქტიური მწევრელები (1 კოლოფი და მეტი დღეში) ვიდრე ქალები (1.7%), რაც შეილება იყოს მამაკაცებში პაროდონტის დაავადებათა მაღალი გავრცელების ერთ-ერთი პრედიქტორი.

ასაკის მიხედვით შემდეგი მაჩვენებლები გამოვლინდა: ჯანმრთელი პაროდონტის ქსოვილები უფრო მეტად წარმოდგენილი იყო პირველ ასაკობრივ ჯგუფში (20-34წწ), ხოლო არაჯანმრთელი პაროდონტის ქსოვილი უმთავრესად მეორე (35-44წწ), მესამე (45-64წწ) და მეოთხე (65-74წწ) ასაკობრივ ჯგუფებში. პაროდონტალურ ჯიბეების სიღრმით 0-3მმ მეტი სიხშირით იქნა წარმოდგენილი მთელ გამოკვლეულ პოპულაციაში ვიდრე სხვა სიღრმის ჯიბეები და ყველაზე ნაკლებად პირველ ასაკობრივ ჯგუფში, მაშინ როცა $\geq 4-5$ მმ სიღრმის ჯიბეები უმეტესად გამოიკვეთა მესამე და მეოთხე ასაკობრივ ჯგუფში. სისხლდენა შეხებისას ყველაზე ხშირი აღმოჩნდა მეორე და მესამე ასაკობრივ ჯგუფებში და ყველაზე ნაკლებად ასაკოვნებში (65-74წწ).

პაროდონტის დაავადება წლების განმავლობაში განიხილებოდა ასაკოვანი ხალხის დაავადებად, მაგრამ ჩვენმა გამოკვლევამ დაადასტურა, რომ სხვადასხვა ხარისხით ის ყველა ასაკობრივ ჯგუფშია წარმოდგენილი. გვხვდება ახალგაზრდებშიც და ფართოდაც არის გავრცელებული, რაც დიდადაა დაკავშირებული პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების, ქვებისა და ნადების კონტროლის, პაროდონტის დაავადებათა პრევენციისა და მკურნალობის მიმართ ადამიანთა დამოკიდებულების ინდივიდუალურ თავისებურებებთან. პოპულაციის უმრავლესობა მესამე და მეოთხე ასაკობრივ ჯგუფებში კბილებს დღეში ერთხელ იხეხავდა, წლების მანძილზე არ იტარებდა ქვებისაგან კბილების გაწმენდის პროცედურას და უარყოფდა სავლების ან დენტალური ძაფის გამოყენებას, მათი უმეტესი ნაწილი უჩიოდა უფულობას ან არ თვლიდა სტომატოლოგთან ვიზიტს საჭიროდ პირის ღრუს სერიოზული პრობლემების აღმოცენებამდე, ამით შეიძლება აიხსნას პაროდონტის დაავადებათა მაღალი გავრცელება ამ ასაკობრივ ჯგუფში, თუმცა ზოგადი დაავადებების არსებობა და პრევალენტობა აღნიშნული ასაკის ადამიანებში, განსაკუთრებით კი საჭმლის მომნელებელი და ენდოკრინული სისტემის პრობლემები უნდა იქნას მხედველობაში მიღებული პაროდონტის

დაავადებათა და ღრძილებიდან სისხლდენის შეფასებისას, რაც სხვადასხვა ხარისხით იქნა გამოხატული ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, განსაკუთრებით კი 35 წლიდან. როგორც მონაცემთა ანალიზმა აჩვენა, საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები უმეტესად აღინიშნა მეორე (23.5%), მესამე (28.3%) და მეოთხე (22.8%) ასაკობრივ ჯგუფებში, ისევე როგორც ენდოკრინული სისტემის დაავადებები - ჩიყვი და შაქრიანი დიაბეტი (13.5%, 13.2% და 12.8% შესაბამისად) ხოლო ნაკლებად იქნა წარმოდგენილი ახალგაზრდებში (20-34წ) - (8,2%) $p=0.00, p<0.01$. პაროდონტის ანთებადი დაზიანება სხვადასხვა ხარისხით გამოიხატა ყველა ასაკის ადამიანში, მაშინ როცა არაანთებადი დაზიანება ძირითადად ასაკოვნებში გამოიკვეთა.

პაროდონტის დაავადებათა გავრცელებაზე სოციალური სტატუსის გავლენის შესასწავლად სხვადასხვა განათლების დონისა და ოჯახის შემოსავლის მქონე ადამიანები შევადარეთ ერთმანეთს პაროდონტის დაავადებათა გავრცელების მიხედვით, რათა გვეპოვა კორელაციური კავშირები ამ ცვლადებს შორის. ანალიზმა არ გამოავლინა სტატისტიკურად სანდო სხვაობა განათლების დონისა და მატერიალური შემოსავლის მიხედვით ($P>0.01, 0.05$) რაც მიუთითებს, რომ ადამიანთა განათლების დონე და ფინანსური ხელმოკლეობა პირდაპირ გავლენას არ ახდენს პაროდონტის დაავადებათა გავრცელებაზე, თუმცა სტომატოლოგიური აქტივობისა და პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების მიხედვით მიღებულმა სტატისტიკურად სანდო განსხვავებამ სხვადასხვა განათლებისა და მატერიალური სტატუსის ადამიანთა შორის ($p=0.00, p<0.01$) მოგვცა საშუალება დავასკვნათ, რომ განათლების დონე და მატერიალური სტატუსი განსაზღვრავს ადამიანთა დამოკიდებულებას სტომატოლოგიური მომსახურების და პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების მიმართ და მათ ხელმისაწვდომობას სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად.

დაბალი განათლების დონის მქონე უფრო მეტი ადამიანი არ ყოფილა სტომატოლოგთან ბოლო წლის განმავლობაში, უჩიოდა მატერიალურ სიდუხჭირეს, როგორც სტომატოლოგიური აქტივობის ძირითად ხელშემშლელ ფაქტორს, უგულვებელყოფდა წლის მანძილზე კბილის ქვებისა და ნადების მოცილებას და

პროფილაქტიკურ შემოწმებას, კბილების ხეხვას ან ძაფის და სავლების გამოყენებას, ვიდრე ადამიანები უმაღლესი განათლებით. რაც შეეხება მატერიალური შემოსავალს, ფინანსურად ხელმოკლე ადამიანების უფრო მეტი ნაწილი არ ყოფილა სტომატოლოგთან ერთი წლის მანძილზე, უარყოფდა რეგულარულ პროფილაქტიკურ შემოწმებას ან ქვებისა და ნადების მოცილებას, რასაც ხსნიდა სახსრების უქონლობით, თუმცა პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა (სავლებისა და ძაფის გამოყენების დაბალი სიხშირისა და დღეში მხოლოდ ერთხელ კბილების ხეხვის გამო) გამოარჩევდა ამ ადამიანებს საშუალო ან მაღალი შემოსავლების მქონე ადამიანებისაგან.

მატერიალურად უზრუნველყოფილი ადამიანები არ ასახელებდნენ სახსრების უქონლობას სტომატოლოგიური აქტივობის შემაფერხებელ გარემოებად, მაგრამ უმეტესი ნაწილი მხოლოდ ტკივილისა და დისკომფორტის შემთხვევაში აკითხავდა სტომატოლოგს. თუმცა უნდა აღინიშნოს რომ მათი გაცილებით მეტი ნაწილი აქცევდა ყურადღებას რეგულარულ სტომატოლოგიურ შემოწმებას და პირის ღრუს დაავადებათა პრევენციას, ისევე როგორც პირის ღრუს ჰიგიენას დაბალი შემოსავლების ადამიანებთან შედარებით.

განათლების დონე და ოჯახის შემოსავალი ასევე განსაზღვრავს ადამიანთა კვებას. ადამიანები მაღალი განათლების დონითა და მატერიალური შემოსავლით აღმოჩნდნენ ხორცისა და რძის პროდუქტების უფრო ხშირი მომხმარებლები, ვიდრე დაბალი ფინანსური შესაძლებლობების მქონე ადამიანები, ხოლო ხილ-ბოსტნეულის მოხმარების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი სხვაობა არ აღინიშნა, თუმცა მატერიალურად უზრუნველყოფილი და უმაღლესი განათლების ადამიანების უმეტესი ნაწილი ამ პროდუქტების ყოველდღიურ მომხმარებლად მოგვევლინა. როგორც მონაცემთა სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა კვების ხასიათი პირდაპირ ზეგავლენას არ ახდენს პაროდონტალური სტატუსის ჩამოყალიბებაზე, მაგრამ განათლების დონე და შემოსავალი განსაზღვრავს საკვების არჩევას და მნიშვნელოვანია ზოგადი ჯანმრთელობისათვის, ამ გზით შესაძლოა გავლენა იქონიოს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზეც.

უნდა აღინიშნოს, რომ ფინანსებისა და განათლების დონისაგან დამოუკიდებლად, საქართველოს მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი სტომატოლოგიურ მომსახურებას იღებს მხოლოდ ტკივილისა და დისკომფორტის შემთხვევაში და ნაკლები ყურადღება ექცევა პრევენციას.

ამ ყველაფერმა შესაძლოა გავლენა იქონიოს პირის ღრუს ჰიგიენურ სტატუსზე, მაგრამ არ არის ადამიანთა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის აბსოლუტური დეტერმინანტი, რადგან სხვა მრავალი ფაქტორი ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს. ამიტომაც არის, რომ პაროდონტის დაავადება განიხილება როგორც მულტიფაქტორული და ხშირად გამოხატავს ერთმანეთთან შერწყმული ზოგადი პრობლემებისა და მდგომარეობების მანიფესტაციას, როგორცაა ზოგადი დაავადებები, საცხოვრებელი და სამუშაო პირობები, სტრესი და სხვა. ამის დასამტკიცებლად ჩვენ შევაფასეთ პაროდონტის დაავადებათა გავრცელება საქართველოს რეგიონებში, რომლებიც სხვადასხვა საყოფაცხოვრებო და გარემო პირობების გავლენის ქვეშ იმყოფებიან და ვიპოვეთ სტატისტიკურად სანდო განსხვავებები პაროდონტის დაავადებათა გავრცელებაში. სხვადასხვა რეგიონში ადამიანები განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან კვების ხასიათით და სპეციფიკით, საკვების შემადგენლობით (განსხვავებული წყლის, ნიადაგის, ჰაერის არსებობის გამო), ასევე ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებებით, კლიმატური, საცხოვრებელი და სამუშაო პირობების, ცხოვრების რიტმის და სტილის მიხედვით, რაც გარკვეულწილად გავლენას ახდენს ზოგად და პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე.

ცნობილია, რომ ლანდშაფტისა და კლიმატის განსხვავებები არსებითად ზემოქმედებს დანარჩენ გეოგრაფიულ კომპონენტებზე (ნიადაგი, ფლორა, ფაუნა) [128], ამ გზით მონაწილეობს საკვებისა და წყლის ბიო-ელემენტების შემცველობის მრავალფეროვნებაზე ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში და გავლენას ახდენს ადამიანის ზოგად ჯანმრთელობაზე, გარდა ამისა განსხვავებული კლიმატო-გეოგრაფიული პირობები განსაზღვრავს ზოგადი დაავადებების ჩამოყალიბებასა და მათი ტერიტორიული განაწილების თავისებურებებს და ამ მხრივ დაკავშირებულია პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან.

მონაცემთა სტატისტიკურმა ანალიზმა გამოავლინა პაროდონტის დაავადებათა მაღალი გავრცელება ყველა გამოკვლეულ რეგიონში: აჭარა 71.7%, მცხეთა-მთიანეთი 70.8%, იმერეთი 64.9%, ქვემო ქართლი 61.6%, თბილისი 61.8%, შიდა ქართლი 60.5% გურია 55.9%, სამცხე-ჯავახეთი 56.0%, კახეთი 59.1%, სამეგრელო 55.2%.

ღრძილებიდან სისხლდენა ჯიბეების გარეშე გამოხატული იყო უფრო მეტად შიდა ქართლში, ქვემო ქართლსა და გურიაში, მაშინ როცა პაროდონტალური ჯიბეების განაწილებამ სიღრმის მიხედვით აჩვენა, რომ მთელ პოპულაციაში უფრო ხშირად შეინიშნა 0-3 მმ სიღრმის ჯიბეები, განსაკუთრებით კი აჭარაში, იმერეთსა და ქვემო ქართლში (49.6, 49.1% და 44.4% შესაბამისად) ვიდრე სხვა რეგიონებში, ისევე როგორც კბილ-ღრძილოვანი შეერთების დარღვევა და ღრძილის რეცესია 0-3 მმ სიღრმეზე (აჭარაში 51.3%, იმერეთში 50.2, 47,6% ქვემო ქართლში). პაროდონტის ანთებადი დაავადებების გავრცელების ძირითადი მიზეზების დასადგენად შეფასებული იქნა ადამიანთა დამოკიდებულება პრევენციული ღონისძიებებისა და ჰიგიენური ჩვევების მიმართ. კითხვარებიდან მიღებული მონაცემების სტატისტიკურმა ანალიზმა გვიჩვენა სტატისტიკურად სანდო განხვავება შესადარებელ ჯგუფებს შორის სამიზნე ცვლადების მიხედვით $p=0.00(p<0.01)$ როგორც მონაცემებმა გვიჩვენა, შიდა ქართლის პოპულაციის 59.0%-ს არ ჩაუტარებია ქვებისა და ნადების მოცილება ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, 14.8 % მიმართავდა ამ პროცედურას წელიწადში ერთხელ და მხოლოდ 1.4%- წელიწადში ორჯერ. პოპულაციის 51.4% დღეში ორჯერ იხეხავდა კბილებს, 37.1% დღეში ერთხელ და 7.1% საერთოდ უარყოფდა კბილების წმენდას, ხოლო 87.1% პირის ღრუს სავლების გამოყენებას.

ამგვარად, მონაცემებმა აჩვენა შიდა ქართლის მოსახლეობის არცთუ პოზიტიური დამოკიდებულება პირის ღრუს ჰიგიენისა და დენტალური მოსახურების მიმართ. პირველი უნდა დაკავშირებული იყოს დაბალი სამედიცინო განათლების დონესთან და პირის ღრუს ჰიგიენის საჭიროებისა და მნიშვნელობის უგულვებელყოფასთან, ხოლო დაბალი სტომატოლოგიური აქტივობის მიზეზები სხვადასხვა აღმოჩნდა: პოპულაციის 27.5% ასახელებდა უფულობას, 7.9% - შიშს

დენტალური პროცედურების მიმართ, 8.5% უჩიოდა დაზღვევის არარსებობას, ხოლო 56.1% არ თვლიდა სტომატოლოგთან ვიზიტს აუცილებლად საჭიროების გარეშე.

ქვემო ქართლის პოპულაციის 75,6%-ს არ მოუცილებია კბილის ქვა და ნადები წლის მანძილზე, 9.2% წელიწადში ერთხელ, 1.6% წელიწადში ორჯერ მიმართავდა აღნიშნულ პროცედურას, 50.4 % კბილებს იხეხავდა დღეში ერთხელ, 83.6% არ იყენებდა სავლებს. პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების საჭიროება და ცოდნა, ისევე როგორც სტომატოლოგიური აქტივობა დაბალი აღმოჩნდა დაბალი სამედიცინო განათლებისა და დენტალური პროცედურების მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულების გამო. ამაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ქვემო ქართლის პოპულაციის 58.3% არ განიხილავდა სტომატოლოგთან ვიზიტს აუცილებლად სერიოზული საჭიროების გარეშე, 10%-ს აღენიშნებოდა შიში დენტალური პროცედურების მიმართ, 1.7% უჩიოდა დაზღვევის არარსებობას და მხოლოდ 29.6% მიუთითებდა ფინანსურ ხელმოკლეობას.

რაც შეეხება გურიას, 54.1% არ მოუცილებია ქვები და ნადები ერთი წლის განმავლობაში, 20 % წელიწადში ერთხელ მიმართავდა კბილის ნადების მოცილების პროცედურას, და მხოლოდ 2.9%- ორჯერ წელიწადში.

კბილების ხეხვის სიხშირე დღეში ორჯერ კონსტატირებულ იქნა 57.6% შემთხვევაში. გურიის მოსახლეობაში აღინიშნა უფრო პოზიტიური დამოკიდებულება ჰიგიენური ჩვევების მიმართ, ვიდრე სხვა ზემოთაღნიშნულ რეგიონებში, თუმცა ნაკლები ხელმისაწვდომობა სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ მნიშვნელოვანი ფაქტორია პაროდონტის დაავადებათა განვითარებაში: 34.2% უსახსრობის გამო ვერ მიმართავდა სტომატოლოგთან ვიზიტს და პირის ღრუს სანაციას, 16.5% აღენიშნებოდა შიში, 1.9% უჩიოდა დაზღვევის არარსებობას, ხოლო 47.5% გამორიცხავდა სტომატოლოგთან ვიზიტს მნიშვნელოვანი საჭიროების გარეშე.

აჭარის პოპულაციის 71.7% არ მოუცილებია ქვები და ნადები ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, 37,4% დღეში ერთხელ იხეხავდა კბილებს და 48.3% - ორჯერ დღეში, 82.2% არასოდეს იყენებდა პირის ღრუს სავლებს.

სტომატოლოგიური აქტივობა საკმაოდ დაბალი აღმოჩნდა აჭარის პოპულაციაში სხვადასხვა მიზეზის გამო. ამ მიზეზებიდან 35.2% ასახელებდა უფულობას, 14.8% შიშს, ხოლო 45.4% განიხილავდა სტომატოლოგთან ვიზიტის არასაჭიროებას ტკივილის ან დისკომფორტის არარსებობის შემთხვევაში.

იმერეთის პოპულაციის გამოკვლევამ შემდეგი მაჩვენებლები გამოავლინა: პოპულაციის 84.5% არ იცილებდა ნადებს ერთი წლის განმავლობაში, 55.7% იხეზავდა კბილებს დღეში ერთხელ, 37.8% დღეში ორჯერ, 87.3% უგულვებელყოფდა სავლების გამოყენებას, ხოლო 5.2% -კბილების ხეხვას. მონაცემები მიუთითებს იმერეთის მოსახლეობის დაბალ სტომატოლოგიურ აქტივობასა და უარყოფით დამოკიდებულებაზე ჰიგიენური ჩვევების მიმართ. სტომატოლოგიური მომსახურების ნაკლები ხელმისაწვდომობა უმეტესად დაკავშირებული იყო მატერიალურ სიდუხჭირესთან, რადგანაც 55.3% ასახელებდა ოჯახის დაბალ შემოსავალს სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზად, 5.3% უჩიოდა შიშს დენტალური პროცედურების მიმართ, 2.8% დაზღვევის არარსებობას, 36.6% უარყოფდა სტომატოლოგთან ვიზიტს ტკივილთან ან დისკომფორტთან დაკავშირებული საჭიროების გარეშე.

რეგიონებთან შედარებით თბილისში შემდეგი მაჩვენებლები დაფიქსირდა: თბილისის პოპულაციის 64.9% არ იტარებდა ქვების მოცილების პროცედურას წლის განმავლობაში, 9.9% -წელიწადში ერთხელ, 2.1% - წელიწადში ორჯერ. კბილების ხეხვის სიხშირე დღეში ორჯერ თბილისის პოპულაციის 69.4%-ში განისაზღვრა, ხოლო დღეში ერთხელ - 24.2%-ში.

დედაქალაქის მოსახლეობაში შეინიშნა დენტალური და სამედიცინო ინფორმაციის თუ მომსახურების მეტი ხელმისაწვდომობა რეგიონებთან შედარებით, თუმცა სტომატოლოგიური აქტივობა აქაც საკმაოდ დაბალი აღმოჩნდა. თბილისის პოპულაციის 30.5% უფულობას ასახელებდა სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზად, 9.3% ჰქონდა შიში, 2.5% უჩიოდა დაზღვევის არარსებობას, 57.2 % უგულვებელყოფდა სტომატოლოგთან ვიზიტს საჭიროების გარეშე. ეს შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს დაბალ სამედიცინო განათლების

დონესა და სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ არაპოზიტიურ დამოკიდებულებასთან დედაქალაქშიც კი.

პაროდონტის დაავადებათა გავრცელებაში განსხვავება საქართველოს რეგიონებში დაკავშირებული უნდა იყოს სხვადასხვა რისკ-ფაქტორებთან, რომლებიც გავლენას ახდენენ ამ დაავადებათა განვითარებაზე, პირის ღრუს ჰიგიენიური ჩვევებისა და სტომატოლოგიური აქტივობის გარდა თამბაქოს წევა, ზოგადი დაავადებების არსებობა, წყლის, ნიადაგის, საკვების სპეციფიკა და შემადგენლობა, ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებები, კლიმატო-გეოგრაფიული პირობები, საცხოვრებელი თუ სამუშაო პირობები ის ფაქტორებია, რომელთა სხვადასხვაობა განსაზღვრავს განსხვავებებს პირის ღრუსა და ზოგადი ჯანმრთელობის ჩამოყალიბებაში რეგიონების მიხედვით.

დასკვნა

კვლევის მონაცემების სტატისტიკურმა ანალიზმა გვიჩვენა კარიესის მაღალი გავრცელება და ზომიერი ინტენსივობა საქართველოს ზრდასრულ პოპულაციაში. დაბალი ფინანსური მდგომარეობით, სხვადასხვა სომატური დაავადებების არსებობითა და სტომატოლოგიური მომსახურებისა და პირის ღრუს ჰიგიენის მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულებით ასაკოვანი ადამიანები სტომატოლოგიური დაავადებების განვითარების უფრო მეტი რისკის ქვეშ იმყოფებიან და პირიქით, ახალგაზრდა ასაკი უფრო ნაკლებად მიდრეკილია კარიესის განვითარებისადმი პირის ღრუს მოვლისა და ჰიგიენის მიმართ უფრო პოზიტიური დამოკიდებულების გამო. საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში კარიესის გავრცელებაში მცირე სხვაობების მიუხედავად კარიესის გავრცელება მთლიან პოპულაციაში ძალიან მაღალია და ვარირებს 96-100% ფარგლებში რეგიონების მიხედვით.

ასევე მაღალია პაროდონტის დაავადებათა გავრცელება საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში. პაროდონტის დაავადებათა მხრივაც 35 წელს გადაცილებული ადამიანები და მამაკაცები გამოირჩევიან, ხოლო ახალგაზრდები ნაკლებად მიდრეკილნი არიან პაროდონტის ქსოვილებში ანთების განვითარებისადმი.

რისკ-ფაქტორების მრავალფეროვნებისა და სტომატოლოგიურ დაავადებათა განვითარებაზე მათი ერთობლივი ზემოქმედების მიუხედავად, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პაროდონტის ანთებადი დაავადებების გავრცელება რეგიონებში უმეტესწილად დაკავშირებულია დაბალ ზოგად სამედიცინო განათლების დონესთან, სტომატოლოგიური მომსახურებისა და პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების მიმართ არაპოზიტიური დამოკიდებულების გამო ნაკლებ სტომატოლოგიურ ხელმისაწვდომობასთან, თუმცა ფინანსური პრობლემები ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს. ადამიანებს შესაძლოა ესმით კბილების გარშემო დაგროვილი არასასიამოვნო ნადების მოცილების საჭიროება, თუმცა სათანადო ინფორმაციის უქონლობის გამო ვერ აცნობიერებენ ნადების დიდხანს არსებობის შედეგებს, ან იმ ფაქტს, თუ რამდენად მნიშვნელოვანი შეიძლება იყოს ქვებისა და ნადების მოცილების პროცედურა პაროდონტის დაავადებათა

პროფილაქტიკისათვის, რის გამოც უმეტესწილად ტკივილისა და დისკომფორტის შემთხვევაში აკითხავენ სტომატოლოგს, ამასობაში პირის ღრუს არასრულფასოვანი ჰიგიენის გამო ღრმილიდან დაწყებული ანთებითი პროცესი პროგრესირდება პაროდონტის სხვა ქსოვილებში, იწვევს კბილების მორყევას, გადანაცვლებასა და საბოლოოდ დაკარგვას.

ამგვარად, დაბალი ზოგადი სამედიცინო და სტომატოლოგიური განათლების დონე და არასაკმარისი სოციალურ-ეკონომიკური პირობები განსაზღვრავს სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და აქტივობას, პირის ღრუს ჰიგიენის მიმართ ადამიანთა დამოკიდებულებას, კარიესისა და პაროდონტის დაავადებათა მაღალ გავრცელებას და შედეგად კბილების დაკარგვას საქართველოს სხვადასხვა რეგიონის ზრდასრულ პოპულაციაში. სტატისტიკურად სანდო მონაცემები საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ პაროდონტის დაავადებები მნიშვნელოვან, აქტუალურ და მწვავე პრობლემას წარმოადგენს საქართველოში, მოითხოვს სერიოზულ ყურადღებას და პრევენციული ღონისძიებების გატარებას, რათა გაძლიერდეს ადამიანთა ყურადღება და დამოკიდებულება პირის ღრუს ჰიგიენის მიმართ, ამაღლდეს პოპულაციის მიმართვითიანობა სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად და გაუმჯობესდეს მთლიანი მოსახლეობის ზოგადი სამედიცინო და სტომატოლოგიური განათლების დონე.

პრაქტიკული რჩევები და რეკომენდაციები

სტომატოლოგიურ და ზოგად ქრონიკულ დაავადებათა გავრცელების შემცირება შესაძლებელია რისკ-ფაქტორების გავლენის შემასუსტებელი ღონისძიებებით. ეს ღონისძიებები მოიცავს :

თავისუფალი ნახშირწყლების (ფრუქტოზა, გლუკოზა, საქაროზა) მიღების შემცირება და ბალანსირებული დიეტის დაცვა, რათა თავიდან ავიცილოთ კარიესის განვითარება და კბილების ნაადრევად დაკარგვა.

ხილ-ბოსტნეულის ხშირი მოხმარება, რაც უზრუნველყოფს ორგანიზმს მინერალებითა და ვიტამინებით და დაიცავს პირის ღრუს სიმსივნეების განვითარებისაგან.

თამბაქოს მოხმარების შემცირება და შეწყვეტა, რათა შემცირდეს ორალური სიმსივნეების, პაროდონტის დაავადებათა განვითარების რისკი.

პირის ღრუს მოვლის სწორი ჰიგიენური ჩვევების ჩამოყალიბება და პირის ღრუს დროული სანაცია, რომელიც ითვალისწინებს ყველა საჭირო თერაპიული, ორთოპედიული, ქირურგიული პროცედურების ჩატარებას და ინფექციური კერების აღმოფხვრას პირის ღრუში, რადგან პირის ღრუს ინფექცია, განსაკუთრებით კი პაროდონტის ქრონიკული ანთება მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ისეთი ზოგადი დაავადებების განვითარებისათვის, როგორცაა კარდიო-ვასკულარული დაავადებები(ინფექციური ენდოკარდიტი).

კარიესის განვითარება შესაძლებელია თავიდან ავიცილოთ ფტორის მუდმივი დონის შენარჩუნებით პირის ღრუში. ფტორის მიწოდებას კბილის ქსოვილისათვის კი უზრუნველყოფს ფტორირებული პასტების, სავლებების გამოყენება, ფტორის შემცველი საკვები პროდუქტების ხშირი მოხმარება (თევზი, მწვანე ჩაი) ფტორირებული წყლის, მარილის, რძის მოხმარება. ფტორის ოპტიმალური დოზის ხანგრძლივად გამოყენება ამცირებს კარიესის განვითარების რისკს ბავშვებსა და მოზრდილებში .

დაავადებათა გავრცელებისა და სიხშირის, მათი რისკ-ფაქტორების აღწერა საშუალებას გვაძლევს მივაწოდოთ რეკომენდაციები სტომატოლოგებსა და ჰიგიენისტებს შეიმუშავონ პრევენციული ღონისძიებების სტრატეგია, დანერგონ პროგრამები, რომლებიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის მაქსიმალურ ჩართულობას სწორედ იმ კუთხით, რომელიც ყველაზე წინა პლანზეა წამოწეული და რომლის დაბალანსება თუ შემცირება გავლენას იქონიებს ამა თუ იმ დაავადების გავრცელებაზე.

აღნიშნული რეკომენდაციები მნიშვნელოვანია ზოგადად კარიესისა და პაროდონტის დაავადებათა განვითარების თავიდან ასაცილებლად ან შესამცირებლად, თუმცა არანაკლებ მნიშვნელოვანია, თუ როგორ და რა დოზით მიეწოდება ინფორმაცია საზოგადოებას აღნიშნული რეკომენდაციების შესახებ.

როგორც კვლევამ აჩვენა, საქართველოს მოსახლეობა სწორედ ზოგადი სამედიცინო და სტომატოლოგიური განათლების დეფიციტისა და ინფორმაციის უქონლობის გამო გამოხატავს უარყოფით დამოკიდებულებას პირის ღრუს ჰიგიენის, დაავადებათა პრევენციის აუცილებლობისა და საჭიროების მიმართ, ამიტომ ისეთი საზოგადოებრივი პროექტებისა და პროგრამების შექმნა, რომლებიც უზრუნველყოფს საქართველოს მოსახლეობის მიერ პრევენციული ღონისძიებების საჭიროებისა და აუცილებლობის გათვითცნობიერებასა და მათ მაქსიმალურ ჩართულობას, ვფიქრობთ, როგორც სახელმწიფოს ისე ექიმი-სტომატოლოგებისა და ჰიგიენისტების, როგორც ჩვენი საზოგადოების ნაწილის ამოცანას უნდა წარმოადგენდეს. რადგან სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა ჯერ კიდევ მუცლადყოფნის პერიოდიდან არის შესაძლებელი, როცა იწყება დროებითი და მუდმივი კბილების ფორმირება და მინერალიზაცია, ჩვენი აზრით, მნიშვნელოვანია ორსულებში სტომატოლოგიურ დაავადებათა პრევენციის პროპაგანდა სპეციალური საგანმანათლებლო პროექტების შექმნით და მათში მომავალი დედების მაქსიმალური ჩართულობის უზრუნველყოფით, რათა ორსულმა ქალებმა მიიღონ ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ მათი არასანირებული პირის ღრუსა და პაროდონტის დაავადების, ისევე როგორც ზოგადი დაავადებების არსებობა შეიძლება საფრთხეს უქმნიდეს მათი პატარას ჯანმრთელობას და ზრდიდეს კბილის ქსოვილების

არასრულფასოვანი სტრუქტურის, ჰიპოპლაზიის, კარიესის მიმართ რეზისტენტობის დაქვეითების განვითარების რისკს. ასეთი პროგრამების განხორციელება შესაძლებელია სკოლებში, საბავშვო ბაღებში, სასწავლო უნივერსიტეტებში, ქალთა კონსულტაციებში, სხვადასხვა საჯარო თუ კერძო დაწესებულებებში.

ასევე მნიშვნელოვანია ბავშვებისა და მათი მშობლების პრევენციულ ღონისძიებებში მაქსიმალური ჩართულობის უზრუნველყოფა. ადამიანი ბავშვობის ასაკიდან ითვისებს ამა თუ იმ ჩვევას, რომელიც მთელი ცხოვრების მანძილზე შესაძლოა გაჰყვეს, ამიტომაც ბავშვობის ასაკიდან პირის ღრუს მოვლის სწორი ჰიგიენური ჩვევების ჩამოყალიბება, ტკბილეულის ჭარბი მოხმარების საშიშროების და კბილების დაზიანებაში მათი წვლილის, ასევე ხილ-ბოსტნეულისა და ჯანსაღი საკვების მიღების მნიშვნელობის ახსნა, მათი გონებრივი და ფსიქოლოგიური შესაძლებლობების გათვალისწინებით ისეთი პროგრამების შექნით, რაც გავლენას მოახდენს და უზრუნველყოფს ზრდასთან ერთად ჯანსაღი ცხოვრების წესის ჩამოყალიბების გაცნობიერებას, ვფიქრობთ, მნიშვნელოვან ნაბიჯს წარმოადგენს სტომატოლოგიური დაავადებების გავრცელების შემცირებისაკენ მიმართულ ღონისძიებათა კომპლექსში.

აუცილებელია, ინფორმაცია საქართველოს ზრდასრული მოსახლეობის სტომატოლოგიურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური მონაცემების თაობაზე მიწოდებულ იქნას შესაბამისი სპეციალისტებისათვის, თუ რა რისკ-ფაქტორები ახდენს გავლენას საქართველოს სხვადასხვა რეგიონის პოპულაციის სტომატოლოგიური სტატუსის ჩამოყალიბებაზე, რა მიმართულებით უნდა დაიგეგმოს პრევენცია, რათა შემუშავდეს სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის გაიდლაინები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):661–669
2. WHO | Oral health. www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs318/en/ - 31k
3. Shanmugam KT, MasthanKMK, BalachanderN, Sudha Jimson, and Sarangarajan R. Dental caries vaccine-a possible option? *J Clin Diagn Res.* 2013 June; 7(6): 1250–1253
- 4 Oral and Dental Health - WHO | Regional Office for Africa. www.afro.who.int/dpc/non-communicable-diseases-managementndm/programme-components/oral-health.html.
5. Shinan Zhang, Juan Liu, Edward CM Lo and Chun-Hung Chu Dental and periodontal status of 12 year old Bulang children in china. *BMC Oral Health.* 2014; 14: 32.
6. Petersen P.E. Sociobehavioural risk factors in dental caries—International perspectives. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2005;33:274–279. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00235.x. [PubMed] [Cross Ref]
7. DENTAL HEALTH: RELATIONSHIP BETWEEN DENTAL CARIES AND FOOD CONSUMPTION *Nutr Hosp* 2013; 28 (Supl. 4):64-71
8. Lingström P, van Houte J, Kashket S. Food starches and dental caries. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2000;11(3):366-80.
9. Riva Touger-Decker and Cor van Loveren Sugars and dental caries. 2003 American Society for Clinical Nutrition [PubMed]
10. Smedby B: Betydelsen av vissa faktorer för tandvårdskonsumtionen : en metodologisk studie baserad på en intervjuundersökning, *Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie*, Volume 0346-6329. Stockholm; 1972:37.
11. Holst D: Oral health equality during 30 years in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008, 36(4):326–334.
12. Celeste RK, Nadanovsky P, Fritzell J: Trends in socioeconomic disparities in the utilization of dental care in Brazil and Sweden. *Scand J Public Health* 2011, 39(6):640–648.

- 13 . Sogi GM, Bhaskar DJ. Dental caries and Oral Hygiene Status of school children in Davangere related to their Socio - Economic levels: An Epidemiological study. J Indian Soc Pedo Prev Dent. December 2002;20(4):152–57. [PubMed]
14. Hobdell MH, Oliveira ER, Bautista R, Myburgh NG, Lalloo R, Narendran S, Johnson W, et al. Oral diseases and socio-economic status (SES) British Dental Journal. January. 25 2003;194(2) [PubMed]
15. Denise MP, Spolidorio1 José F, Höfling Daniella, Moreira Janaina A, Rodrigues de O, Marcelo FG, Boriollo Edvaldo AR Rosa. Dental caries status in deciduous and permanent dentition of Brazilian children aged 6-8 years with a socioeconomic base. Braz J Oral Sci. January/March 2003;
- 16 Hallostén AL, Poulsen S, Koch G. Ured Koch G, Poulsen S. U: Pedodonticija – klinički pristup. Zagreb: Naklada “Slap”; 2005. Pedodontska oralna skrb - osvrti; pp. 15–20.
17. Beloica D, Vuličević ZR. Ured Beloica D, et al. U: Preventivna stomatologija. Beograd: Elit Medica; 2002. Socijalni i psihološki značaj oboljenja usta i zuba.
18. Petersen PE: The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003, 31(Suppl 1):3–23.
19. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ: Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet 1997, 349(9066):1655–1659.
20. Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Nadanovsky P: Secular trends in socio-economic disparities in edentulism: USA, 1972–2001. J Dent Res 2007, 86(2):131–136
- 21.WHO releases new report on global problem of oral diseases. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/en>
22. Nadia Khalifa, Patrick F. Allen, Neamat H. Abu-bakr and Manar E. Abdel-Rahman4 Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adults Journal of Oral Science, Vol. 54, No. 4, 303-312, 2012

23. Oralhealth.FactsheetN°318April(2012) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
24. Epidemiology and prevention of dental caries. Bánóczy J, Rugg-Gunn A. *Acta Med Acad.* 2013 Nov;42(2):105-7. doi: 10.5644/ama2006-124.78.
25. სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა თ შიშნიაშვილი გვ 19
26. თერაპიული სტომატოლოგია ე. ზოროვსკის რედაქციით.ავადობა. გვ 32
27. Oral health surveys basic methods. 5th edition. Design of an oralhealth survey. 2013 World Health Organization pp.14-21
- 28 Grant DA, Stern IB, Listgraten MA. 6th ed. St. Louis: The C. V. Mosby Company; 1988. Periodontics; pp. 351–4. 19 . Jenkins ME, Allan CJ, Collin W. London: William Heinemann Med Books Ltd; 1984. A guide to periodontics; pp. 112–5.
29. Harjit Kaur, Sanjeev Jain, and Amritpal Kaur Comparative evaluation of the antiplaque effectiveness of green tea catechin mouthwash with chlorhexidine gluconate *J Indian Soc Periodontol.* 2014 Mar-Apr; 18(2): 178–182. doi: 10.4103/0972-124X.131320 PMID: PMC4033883
30. Reddy NR, Deepa A, Madhu Babu DS, Chandra NS, Subba Reddy CV, Kumar AK. Estimation of tissue inhibitor of matrix metalloproteinase-1 levels in gingival crevicular fluid in periodontal health, disease and after treatment *J Indian Soc Periodontol.* 2014 May;18(3):301-5. doi: 10.4103/0972-124X.134565.
31. Socransky SS, Haffajee AD. Periodontal microbial ecology. *Periodontol.* 2000;2005;38:135-87.
32. Klokkevold PR, Mealey BL. Influence of systemic conditions on the periodontium. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. *Carranza's Clinical Periodontology.* 10th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2006. pp. 284–311.
33. Genco RJ. Current view of risk factors for periodontal diseases. *J Periodontol.* 1996;67:1041–9. [PubMed]
34. Piscocya MD, Ximenes RA, Silva GM, Jamelli SR, Coutinho SB Periodontitis-associated risk factors in pregnant women. *Clinics (Sao Paulo).* 2012;67(1):27-33.

35. Göhler A, Hetzer A, Holtfreter B, Geisel MH, Schmidt CO, Steinmetz I, Kocher T. Quantitative Molecular Detection of Putative Periodontal Pathogens in Clinically Healthy and Periodontally Diseased Subjects 2014 Jul 16;9(7):e99244. doi: 10.1371/journal.pone.0099244. eCollection 2014.
36. Aas JA, Paster BJ, Stokes LN, Olsen I, Dewhirst FE (2005) Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J Clin Microbiol* 43: 5721–5732. [PMC free article] [PubMed]
37. Dewhirst FE, Chen T, Izard J, Paster BJ, Tanner AC, et al. (2010) The human oral microbiome. *J Bacteriol* 192: 5002–5017JB.00542-10 [pii];10.1128/JB.00542-10 [doi] [PMC free article] [PubMed]
38. Duran-Pinedo AE, Paster B, Teles R, Frias-Lopez J (2011) Correlation network analysis applied to complex biofilm communities. *PLoS ONE* 6: e28438.10.1371/journal.pone.0028438 [doi];PONE-D-11-18472 [pii] [PMC free article] [PubMed]
39. Jenkinson HF (2011) Beyond the oral microbiome. *Environ Microbiol* 13: 3077–308710.1111/j.1462-2920.2011.02573.x [doi] [PubMed]
40. Liu B, Faller LL, Klitgord N, Mazumdar V, Ghodsi M, et al. (2012) Deep sequencing of the oral microbiome reveals signatures of periodontal disease. *PLoS ONE* 7:
41. Figueredo CM, Rescala B, Teles RP, Teles FP, Fischer RG, et al. (2008) Increased interleukin-18 in gingival crevicular fluid from periodontitis patients. *Oral Microbiol Immunol* 23: 173–176OMI408 [pii];10.1111/j.1399-302X.2007.00408.x [doi] [PubMed]
42. Rescala B, Rosalem W Jr, Teles RP, Fischer RG, Haffajee AD, et al. (2010) Immunologic and microbiologic profiles of chronic and aggressive periodontitis subjects. *J Periodontol* 81: 1308–131610.1902/jop.2010.090643 [doi] [PubMed]
43. Socransky SS, Haffajee AD, Cugini MA, Smith C, Kent RL Jr (1998) Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol* 25: 134–144. [PubMed]
44. Paster BJ, Olsen I, Aas JA, Dewhirst FE (2006) The breadth of bacterial diversity in the human periodontal pocket and other oral sites. *Periodontol* 2000 42: 80–87PRD174 [pii];10.1111/j.1600-0757.2006.00174.x [doi] [PubMed]
45. Haffajee AD, Socransky SS (1994) Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases. *Periodontol* 2000 5: 78–111. [PubMed]

46. Albandar & Rams (2002) Albandar JM, Rams TE. Global epidemiology of periodontal diseases: an overview. *Periodontol 2000*. 2002;29:7–10. doi: 10.1034/j.1600-0757.2002.290101.x. [PubMed] [Cross Ref]
47. Tanasiewicz M, Skucha-Nowak M, Dawiec M, Król W, Skaba D, Twardawa H. Influence of hygienic preparations with a 3% content of ethanol extract of Brazilian propolis on the state of the oral cavity. *Adv Clin Exp Med*. 2012 Jan-Feb;21(1):81-92.
48. Rajala M, Selkäinen K, Paunio I. Relationship between reported toothbrushing and dental caries in adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1980;8:128–31. [PubMed]
49. Løe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J*. 2000;50:129– 39. [PubMed]
50. Davies RM, Davies GM, Ellwood RP. Prevention. Part 4: Toothbrushing: What advice should be given to patients? *Br Dent J*. 2003;195:135–41. [PubMed]
51. Amarasena N, Ekanayaka AN, Herath L, Miyazaki H. Tobacco use and oral hygiene as risk indicators for periodontitis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30:115–23. [PubMed]
52. Corraini P, Baelum V, Pannuti CM, Pustiglioni AN, Romito GA, Pustiglioni FE. Risk indicators for increased probing depth in an isolated population in Brazil. *J Periodontol*. 2008;79:1726–34. [PubMed]
53. 29 Johnson GK, Guthmiller JM. The impact of cigarette smoking on periodontal disease and treatment. *Periodontol 2000*. 2007;44:178–94. [PubMed]
54. Tomar SL, Asma S. Smoking-attributable periodontitis in the United States: Findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol*. 2000;71:743–51. [PubMed]
55. Axelsson P, Paulander J, Lindhe J. Relationship between smoking and dental status in 35-, 50-, 65-, and 75-year-old individuals. *J Clin Periodontol*. 1998;25:297–305. [PubMed]
56. Bergström J, Eliasson S, Dock J. Exposure to tobacco smoking and periodontal health. *J Clin Periodontol*. 2000;27:61–8. [PubMed]
57. Saeed Shamani and Leif Jansson. Oral Hygiene Behaviour Change During the Nonsurgical Periodontal Treatment Phase *Open Dent J*. 2012;6:190-6. doi: 10.2174/1874210601206010190. Epub 2012 Dec 14.

58. Kubota M, Tanno-Nakanishi M, Yamada S, Okuda K, Ishihara K. Effect of smoking on subgingival microflora of patients with periodontitis in Japan. *BMC Oral Health*. 2011 Jan 5;11:1. doi: 10.1186/1472-6831-11-1.
59. Al-Shammari KF, Al-Khabbaz AK, Al-Ansari JM, Neiva R, Wang HL. Risk indicators for tooth loss due to periodontal disease. *J Periodontol*. 2005;76:1910–8. [PubMed]
60. Bouchard P, Boutouyrie P, Mattout C, Bourgeois D. Risk assessment for severe clinical attachment loss in an adult population. *J Periodontol*. 2006;77:479–89. [PubMed]
61. Kocher T, Schwahn C, Gesch D, Bernhardt O, John U, Meisel P, et al. Risk determinants of periodontal disease – An analysis of the Study of Health in Pomerania (SHIP 0) *J Clin Periodontol*. 2005;32:59–67. [PubMed]
62. Davies RM, Davies GM, Ellwood RP. Prevention. Part 4: Toothbrushing: What advice should be given to patients? *Br Dent J*. 2003;195:135–41. [PubMed]
63. Løe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J*. 2000;50:129–39. [PubMed]
64. Marulanda AM, Coral D, Sabogal D, Serrano C. Periodontal conditions of Colombian university students aged 16 to 35. *Braz Oral Res*. 2014 Jan-Feb;28(1). Epub 2014 May 16.
65. Song JY¹, Kim HH², Cho EJ¹, Kim TY¹. The relationship between gastroesophageal reflux disease and chronic periodontitis *Gut Liver*. 2014 Jan;8(1):35-40. doi: 10.5009/gnl.2014.8.1.35. Epub 2013 Nov 5.
- 66 Bertoldi C, Lalla M, Pradelli JM, Cortellini P, Lucchi A, Zaffe D. Risk factors and socioeconomic condition effects on periodontal and dental health: A pilot study among adults over fifty years of age. *Eur J Dent*. 2013 Jul;7(3):336-46. doi: 10.4103/1305-7456.115418.
67. Osterberg T, Carlsson GE, Mellstrom D, et al. Cohort comparisons of dental status in the adult Swedish population between 1975 and 1981. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1991;19:195–200
68. Palmqvist S, Soderfeldt B, Arnbjerg D. Explanatory models for total edentulousness, presence of removable dentures and complete dental arches in a Swedish population. *Acta Odontol Scand*. 1992;50:133–139

- 69 . Marcus SE, Kaste LM, Jackson Brown L. Prevalence and demographic correlates of tooth loss among the elderly in the United States. *Spec Care Dent.* 1994;14:123–127
70. Dolan TA, Gilbert GH, Duncan RP, et al. Risk indicator of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and white middle aged and older adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29:329–340
- 71.. Treasure E, Kelly M, Nuttall N, et al. Factors associated with oral health: a multivariate analysis of results from the 1998 adult dental health survey. *Br Dent J.* 2001;190:60–68
72. Ringland C, Taylor L, Bell J, et al. Demographic and socio economic factors associated with dental health among older people in NSW. *Aust NZJ Public Health.* 2004;28:53–61
73. Marcus SE, Kaste LM, Jackson Brown L. Prevalence and demographic correlates of tooth loss among the elderly in the United States. *Spec Care Dent.* 1994;14:123–127
74. Treasure E, Kelly M, Nuttall N, et al. Factors associated with oral health: a multivariate analysis of results from the 1998 adult dental health survey. *Br Dent J.* 2001;190:60–68
75. Unell L, Soderfeldt B, Halling A, et al. Explanatory models of oral health expressed as number of remaining teeth in an adult population. *Community Dent Health.* 1998;15:155–161
76. Palmqvist S, Soderfeldt B, Arnbjerg D. Explanatory models for total edentulousness, presence of removable dentures and complete dental arches in a Swedish population. *Acta Odontol Scand.* 1992;50:133–139
77. Marcus SE, Kaste LM, Jackson Brown L. Prevalence and demographic correlates of tooth loss among the elderly in the United States. *Spec Care Dent.* 1994;14:123–127
78. Dolan TA, Gilbert GH, Duncan RP, et al. Risk indicator of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and white middle aged and older adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29:329–340
- 79 Ringland C, Taylor L, Bell J, et al. Demographic and socio economic factors associated with dental health among older people in NSW. *Aust NZJ Public Health.* 2004;28:53–61
80. Palmqvist S, Osterberg T, Mellstrom D. Oral health and socio-economic factors in a Swedish county population aged 65 and over. *Gerodontology.* 1986;2:138–142
81. Halling A, Bengtsson C. Number of teeth and proximal periodontal bone height in relation to social factors. *Swed Dent J.* 1984;8:183–191

82. Norlen P, Johansson I, Birkehed D. Impact of medical and life style factors on number of teeth in 68 year old man in southern Sweden. *Acta Odontol Scand.* 1996;54:66–74
83. Hanson BS, Liedberg B, Owall B. Social network, social support and dental status in elderly Swedish men. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994;22:331–337
84. Palmqvist S, Soderfeldt B, Arnbjerg D. Explanatory models for total edentulousness, presence of removable dentures and complete dental arches in a Swedish population. *Acta Odontol Scand.* 1992;50:133–139
85. Unell L, Soderfeldt B, Halling A, et al. Explanatory models of oral health expressed as number of remaining teeth in an adult population. *Community Dent Health.* 1998;15:155–161
86. Palmqvist S, Osterberg T, Mellstrom D. Oral health and socio-economic factors in a Swedish county population aged 65 and over. *Gerodontology.* 1986;2:138–142
87. Burt BA, Ismail AI, Morrisin EC, et al. Risk factors for tooth loss over a 28 year period. *J Dent Res.* 1990;69:1126–1130
88. Tom D Daley, DDS MSc FRCDC1 and Jerrold E Armstrong, DDS MSc FRCDC2. Oral manifestations of gastrointestinal diseases *Can J Gastroenterol.* Apr 2007; 21(4): 241–244.
89. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები კუჭ-ნაწლავის დაავადებების დროს. თერაპიული სტომატოლოგია ე. ბოროვსკის რედაქციით 2010. გვ 475,476
90. Field EA, Speechley JA, Rugman FR, Varga E, Tyldesley WR. Oral signs and symptoms in patients with undiagnosed B12 deficiency. *J Oral Pathol Med.* 1995;24:468–70. [PubMed]
91. Barron RP, Carmichael RP, Marcon MA, Sandor GK. Dental erosion in gastroesophageal reflux disease. *J Can Dent Assoc.* 2003;69:84–9. [PubMed]
92. Little JW. Eating disorders: Dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93:138–43. [PubMed]
93. Song M1, O'Donnell JA, Bekhuis T, Spallek H. Are dentists interested in the oral-systemic disease connection? A qualitative study of an online community of 450 practitioners.
94. Dupuy A, Cosnes J, Revuz J, Delchier JC, Gendre JP, Cosnes A. Oral Crohn disease: Clinical characteristics and long-term follow-up of 9 cases. *Arch Dermatol.* 1999;135:439–42. [PubMed]

95. Bharateesh J1, Ahmed M, Kokila G. Diabetes and Oral Health: A Case-control Study. *Int J Prev Med*. 2012 Nov;3(11):806-9.
96. Bajaj S1, Prasad S, Gupta A, Singh VB. Oral manifestations in type-2 diabetes and related complications. *Indian J Endocrinol Metab*. 2012 Sep;16(5):777-9. doi: 10.4103/2230-8210.100673.
97. Orbak R1, Simsek S, Orbak Z, Kavrut F, Colak M.
- The influence of type-1 diabetes mellitus on dentition and oral health in children and adolescents. *Yonsei Med J*. 2008 Jun 30;49(3):357-65. doi: 10.3349/ymj.2008.49.3.357.
98. Amaral FM, Ramos PG, Ferreira SR. Arq. Study on the frequency of caries and associated factors in type 1 diabetes mellitus. *Bras Endocrinol Metabol*. 2006 Jun;50(3):515-22.
99. Shay K. Infectious complications of dental and periodontal diseases in the elderly population. *Clin Infect Dis*. 2002 May 1;34(9):1215-23. Epub 2002 Apr 2.
100. *Clin Infect Dis*. 2002 May 1;34(9):1215-23. Epub 2002 Apr 2.
- Infectious complications of dental and periodontal diseases in the elderly population. Shay K.
101. de Stefano F, Anda RF, Kahn HS. Dental disease and risk factor coronary heart disease. *BMJ*. 1993;306:688-91. [PMC free article] [PubMed].
102. Madhusudan Astekar, Oral and Maxillofacial Pathology and Microbiology, Pacific Dental College and Hospital, Debari, Udaipur, Rajasthan, India
103. Shetty D1, Dua M2, Kumar K3, Dhanapal R3, Astekar M4, Shetty DC3. Oral hygiene status of individuals with cardiovascular diseases and associated risk factors. *Clin Pract*. 2012 Nov 13;2(4):e86. doi: 10.4081/cp.2012.e86. eCollection 2012.
104. Slavkin HC, Baum BJ. Relationship of dental and oral pathology to systemic illness. *J Am Med Assoc*. 2000;284:1215-7. [PubMed]
105. Mattila KJ, Pussinen PJ, Paju S. Dental infections and cardiovascular diseases: a review. *J Periodontol*. 2005;76(11 Suppl):2085-8.
106. Haraszthy VI, Zambon JJ, Trevisan M, Zeid M, Genco RJ. Identification of periodontal pathogens in atheromatous plaques. *J Periodontol*. 2000;71(10):1554-60.

- 107 Kebschull M1, Demmer RT, Papapanou PN "Gum bug, leave my heart alone!"-- epidemiologic and mechanistic evidence linking periodontal infections and atherosclerosis. *J Dent Res*. 2010 Sep;89(9):879-902. doi: 10.1177/0022034510375281. Epub 2010 Jul 16.
- 108 . Katz J, Chaushu G, Sharabi Y. On the association between hypercholesterolemia, cardiovascular disease and severe periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 2001;28(9):865-8
- 109 . Katz J, Flugelman MY, Goldberg A, Heft M. Association between periodontal pockets and elevated cholesterol and low density lipoprotein cholesterol levels. *J Periodontol*. 2002;73(5):494-500.
110. Cutler CW, Shinedling EA, Nunn M, Jotwani R, Kim BO, Nares S, et al. Association between periodontitis and hiperlipidemia: cause or effect? *J Periodontol*. 1999;70(12):1429-34.
111. Morita M, Horiuchi M, Kinoshita Y, Yamamoto T, Watanabe T. Relationship between blood triglyceride levels and periodontal status. *Community Dent Health*. 2004;21(1):32-6.
112. Lösche W, Karapetow F, Pohl A, Pohl C, Kocher T. Plasma lipid and blood glucose levels in patients with destructive periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 2000; 27(8):537-41.
113. Oliveira FJ1, Vieira RW, Coelho OR, Petrucci O, Oliveira PP, Antunes N, Oliveira IP, Antunes E. Systemic inflammation caused by chronic periodontite in patients victims of acute ischemic heart attack. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010 Jan-Mar;25(1):51-8.
- 114 .Hunt SC, Hasstedt SJ, Kuida H, Stults BM, Hopkins PN, et al. Genetic heritability and common environmental components of resting and stressed blood pressures, lipids, and body mass index in Utah pedigrees and twins. *Am J Epidemiol*. 1989;129:625–638. [PubMed]
115. Gelskey SC. Cigarette smoking and periodontitis: methodology to assess the strength of evidence in support of a causal association. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1999;27:16–24.[PubMed]
116. 111 Saremi A, Nelson RG, Tulloch-Reid M, Hanson RL, Sievers ML, et al. Periodontal disease and mortality in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28:27–32. [PubMed]
117. 112 Desvarieux M, Schwahn C, Volzke H, Demmer RT, Ludemann J, et al. Gender differences in the relationship between periodontal disease, tooth loss, and atherosclerosis. *Stroke*. 2004;35:2029–2035. [PubMed]

- 118 Bahekar AA, Singh S, Saha S, Molnar J, Arora R. The prevalence and incidence of coronary heart disease is significantly increased in periodontitis: a meta-analysis. *Am Heart J.*2007;154:830–837. [PubMed]
- 119 . Dietrich T, Jimenez M, Krall Kaye EA, Vokonas PS, Garcia RI. Age-dependent associations between chronic periodontitis/edentulism and risk of coronary heart disease.*Circulation.* 2008;117:1668–1674. [PubMed]
- 120 Geerts SO, Legrand V, Charpentier J, Albert A, Rompen EH. Further evidence of the association between periodontal conditions and coronary artery disease. *J Periodontol.*2004;75:1274–1280. [PubMed]
121. Seinost G, Wimmer G, Skerget M, Thaller E, Brodmann M, et al. Periodontal treatment improves endothelial dysfunction in patients with severe periodontitis. *Am Heart J.*2005;149:1050–1054. [PubMed]
122. . Desvarieux M, Demmer RT, Rundek T, Boden-Albala B, Jacobs DR, Jr, et al. Periodontal microbiota and carotid intima-media thickness: the Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). *Circulation.* 2005;111:576–582. [PubMed]
123. Ott SJ, El Mokhtari NE, Musfeldt M, Hellmig S, Freitag S, et al. Detection of diverse bacterial signatures in atherosclerotic lesions of patients with coronary heart disease.*Circulation.* 2006;113:929–937. [PubMed]
124. Hettne KM, Weeber M, Laine ML, ten Cate H, Boyer S, et al. Automatic mining of the literature to generate new hypotheses for the possible link between periodontitis and atherosclerosis: lipopolysaccharide as a case study. *J Clin Periodontol.* 2007;34:1016–1024.[PubMed]
125. Paraskevas S, Huizinga JD, Loos BG. A systematic review and meta-analyses on C-reactive protein in relation to periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2008;35:277–290. [PubMed]
- 126 Schaefer AS1, Richter GM, Groessner-Schreiber B, Noack B, Nothnagel M, El Mokhtari NE, Loos BG, Jepsen S, Schreiber S. Identification of a shared genetic susceptibility locus for coronary heart disease and periodontitis. *PLoS Genet.* 2009 Feb;5(2):e1000378. doi: 10.1371/journal.pgen.1000378. Epub 2009 Feb 13.
127. კლანდაძე მ. სტომატოლოგიურ დაავადებათა სიხშირე და რისკ-ფაქტორების თავისებურებები ენდემური ჩიყვით დაავადებულ ბავშვებში.(2003წ) მედიცინის

მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაცია. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი.

128. ენდემური ჩიყვის განვითარების თავისებურებები საქართველოში და ზოგიერთი მიკროელემენტის გავლენა ავადობის ფორმირებაზე ნ. გარუჩავა: დის. მედ. მეცნ. კანდ. თბილ. სამედ. უნ-ტი - თბ., 2006 გვ. 82-102.

129. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2011,2012. www.ncdc.ge

130. Paula Moynihan and Poul Erik Petersen (2004). Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutrition*, 7, pp 201-226. doi:10.1079/PHN2003589.

131. თ. შიშნიაშვილი. სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა. კბილის კარიესის პროფილაქტიკა. გვ 146-149

132. *Acta Med Acad.* 2013 Nov;42(2):140-55. doi: 10.5644/ama2006-124.82. Salt fluoridation and oral health. Marthaler TM.

133. კბილის კარიესი . თერაპიული სტომატოლოგია ე. ბოროვსკის რედაქციით. გვ 144

134. თერაპიული სტომატოლოგია ე. ბოროვსკის რედაქციით. სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა. გვ. 525-526

135. Geostat 2012-2013. Human Development Report. Available from www.ge.undp.org

136 Gamkrelidze A. Kersekidze M. Tsinsadze M . Gambashidze K. Shakhnazarova M. Tsetskhladze N. et al Grdzeldze N. Tsertsvadze L. Kocharova I. Shakhbudagian S. Gognadze N. Khuchua L. NCDC-National Center for Disease Control and Public Health . Health Care Statistical Yearbook 2012 Georgia p.22

137. Shishniashvili T. Analysis of Essential Dental Diseases Among Children Population of Georgia and Implementation of Preventive Programs. Dissertation of Doctor of Medical Sciences. 1998, Tbilisi, Georgia. pp-91(38)

138 Sgan-Cohen HD, Margvelashvili V, Bilder L, Kalandadze M, Gordon M, Margvelashvili M, Zini A. Dental caries among children in Georgia by age, gender, residence location and ethnic group. *Community Dent Health.* 2014 Sep;31(3):163-6

139. History of Georgia .Volume 1 - from ancient times until the adoption of Christianity

Authors: D.. Muskhelishvili, n. Japharidze, c. Melikishvil, a. Apakidze, m. Lortqifanidze, d. Metereveli, m. Samsonadze, n. Asathiani, c. Jamburia, c. Otkhmezuri, m. Natmeladze, Al. Bendianishvili, Al. Daushvili pp4(3-218)

140. თამარ ნემსაძე, „პაროდონტიტების მიკროეკოლოგია“ მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაცია. თბილისი 2005

141. <http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/for-Caries-prevalence/>. 29 April 2014

142. Gamkrelidze A. Kersekidze M. Tsinsadze M . Gambashidze K. Shakhnazarova M. Tsetskhladze N. et al Grzelidze N. Tsertsvadze L. Kocharova I. Shakhbudagian S. Gognadze N. Khuchua L. NCDC-National Center for Disease Control and Public Health . Health Care Statistical Yearbook 2011 Georgia p.34

143. Oral health surveys basic methods. 5th edition. Design of an oralhealth survey. 2013 World Health Organization pp.14-21

144. Durglishvili N. Analysis of Social Data. Center for Social Sciences, 2006 ed. Chitashvili M. pp 18-20,(3-140

145 Levin L, Margvelashvili V, Bilder L, Kalandadze M, Tsintsadze N, Machtei EE. Periodontal status among adolescents in Georgia. A pathfinder study. (2013) Available from www.ncbi.nlm.nih.gov

146 . MALMÖ UNIVERSITY . Oral Health Database, oral hygiene indices. Available from www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices

147. 21 Oral health surveys basic methods. 5th edition. Design of an oralhealth survey. 2013 World Health Organization. pp.75

სახელი, გვარი: -----
 დაბადების თარიღი, ასაკი: -----
 სქესი: -----
 მისამართი (ქალაქი, რეგიონი) -----
 ეროვნება: -----
 საქმიანობა: -----
 ზოგადი დაავადებები: -----

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

კ-კარიესი, ბ-ბჟენი, კ+ბ- კარიესი და ბჟენი, ა-ამოდ. კბილი, ვ-ვინირი, დ/კ- დასაყრდენი კბილი ხიდის, ი- იმპლანტი, 0-ამოუჭრელი კბილი, ჰ- ჰიპოპლაზია, ხ.გ-ხელოვნური გვირგვინი, რ-რესტავრაცია, ფ-ფესვი, ტ-ტრამვა(ფრაქტურა) ხ-ხიდი ნ/პ -ნაწილ. პროტეზი , მ/პ-მთლიანი პროტეზი

ზედაპირები: S –სადეჭი A–აპროქსიმალური V- ვესტიბულური O-ორალური

თანკბილვა: _____

პაროდონტის მდგომარეობა:

ქვები და ნადებები (16-17),(26-27), (36-37),(47-46), (11-31) ან (21-41)

ა)ჯანმრთელი ბ) სისხლდენა

გ)ჯიბე 0-3მმ დ) ჯიბე 4-5 მმ ე)ჯიბე 6 მმ და მეტი (16, 21, 24, 36, 41, 44)

ნადებები: 0- არ არის ნადები 2-ნადები 2/3-ზე

1-ნადები კბილის 1/3 მდე 3-2/3-ზე და მეტი

	მარჯვენა მოლარი		ფრონტი		მარცხენა მოლარი		სულ	
	ლოყის	ორალური	ტუჩის	ორალური	ლოყის	ორალური	ლოყის	ორალური
ზედა								
ქვედა								

ქვები: 0- ქვა არ არის 2-ღრძილზედა ქვა 1/3-2/3-მდე

1-ღრძილზედა ქვა 1/3-ზე 3-2/3-ზე მეტი

	მარჯვენა მოლარი		ფრონტი		მარცხენა მოლარი		სულ	
	ლოყის	ორალური	ტუჩის	ორალური	ლოყის	ორალური	ლოყის	ორალური
ზედა								
ქვედა								

პაციენტის ხელმოწერა:

თარიღი:

კითხვარი

- 1.სახელი,გვარი: _____
- 2.ასაკი: _____
- 3.სქესი: ა) მამრობითი ბ) მდედრობითი
- 4.საცხოვრებელი ადგილი: _____
(ქალაქი,რაიონი, სოფელი)
- 5.სამუშაო ადგილი: _____
(საქმიანობა)
- 6.განათლება: ა) უმაღლესი ბ) საშუალო ბ) პროფესიული
- 7.ოჯახის მატერიალური შემოსავალი: ა) დაბალი გ) საშუალო დ) მაღალი
- 8.ოჯახის საყოფაცხოვრებო პირობები: ა) ცუდი ბ) საშუალო გ) კარგი
9. გაწუხებთ თუ არა :
- | | | | |
|------------------------------|-------|--------|------------|
| გულსისხლძარღვთა დაავადებები: | ა) კი | ბ) არა | გ) არ ვიცი |
| კუჭნაწლავის დაავადებები: | ა) კი | ბ) არა | გ) არ ვიცი |
| ჩიყვი: | ა) კი | ბ) არა | გ) არ ვიცი |
| შაქრიანი დიაბეტი: | ა) კი | ბ) არა | გ) არ ვიცი |
| ნევროზი: | ა) კი | ბ) არა | გ) არ ვიცი |
10. გაწუხებთ თუ არა სხვა ზოგადი დაავადებები: ა) კი ბ) არა
(გადადით შემდეგ კითხვაზე)
-
- 11 ჩვეულებრივ, დღის განმავლობაში, რამდენად ხშირად იკვებებით?
 ა) დღეში ერთხელ ბ) დღეში ორჯერ გ) დღეში სამჯერ
 დ) დღეში ოთხჯერ დ) ვიკვებები არარეგულარულად
- 12.1 ჩვეულებრივ, დღის განმავლობაში, რამდენად ხშირად მიირთმევთ პურს?
 ა) საერთოდ არ ვჭამ პურს ბ) დღეში ერთხელ გ) დღეში 2-3-ჯერ
 დ) დღეში 4-ჯერ და მეტჯერ
- 12.2 ჩვეულებრივ, დღის განმავლობაში, რამდენად ხშირად მიირთმევთ ტკბილეულს?
 ა) საერთოდ არ ვჭამ ტკბილეულს ბ) დღეში ერთხელ გ) დღეში 2-3-ჯერ
 დ) დღეში 4-ჯერ და მეტჯერ
13. ჩვეულებრივ, კვირის განმავლობაში, რამდენად ხშირად მოიხმართ რძესა და რძის პროდუქტებს?
 ა) ყოველ დღე ბ) კვირაში 2-4ჯერ გ) კვირაში ერთხელ ან უფრო იშვიათად
 დ) საერთოდ არ მოვიხმარ
14. ჩვეულებრივ, კვირის განმავლობაში, რამდენად ხშირად მიირთმევთ ხორცის პროდუქტებს?
 ა) ყოველ დღე ბ) კვირაში 2-4ჯერ გ) კვირაში ერთხელ ან უფრო იშვიათად

დ) საერთოდ არ ვჭამ

15. ჩვეულებრივ, კვირის განმავლობაში, რამდენად ხშირად მიირთმევთ ხილს და(ან) ბოსტნეულს?

- ა) ყოველ დღე იშვიათად ბ) კვირაში 2-4ჯერ გ) კვირაში ერთხელ ან უფრო
დ) საერთოდ არ ვჭამ

16. ჩვეულებრივ, ყოველდღიურად როგორ დაახასიათებთ თქვენს მიერ სიგარეტის მოხმარებას:

- ა) არ ვეწევი ბ) ვეწევი რამდენიმე ღერს გ) ვეწევი ერთ კოლოფს
ე) ვეწევი 2 კოლოფს და მეტს

17. ბოლო 12 თვის მანძილზე რამდენჯერ იყავით სტომატოლოგთან:

- ა) ერთხელ ბ) ორჯერ გ) სამჯერ დ) ოთხჯერ და უფრო ხშირად
ე) არ ვყოფილვარ

18. სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზი: ა) პროფილაქტიკური შემოწმება (გადადით 21 კითხვაზე)

- ბ) ტკივილი ან დისკომფორტი

19. სტომატოლოგთან მიუსვლელი მიზეზი:

- ა) არ ვთვლი საჭიროდ თუ არაფერი მაწუხებს
ბ) შიში გ) თანხების არარსებობა დ) დაზღვევის არარსებობა

20. ჩვეულებრივ, დღეში რამდენჯერ იხეხავთ კბილებს?

- ა) დღეში ერთხელ ბ) დღეში ორჯერ გ) დღეში სამჯერ
დ) საერთოდ არ ვიხეხავ

21. 12 თვის მანძილზე, რამდენჯერ იტარებთ ქვების და ნადების მოცილებას სტომატოლოგთან?

- ა) როცა შევნიშნავ ბ) წელიწადში ერთხელ
გ) წელიწადში ორჯერ დ) საერთოდ არ ვიტარებ

22. ღრძილებიდან სისხლდენა გაწუხებთ თუ არა:

- ა) კი ბ) არა

23. ჩვეულებრივ, კბილების ხეხვისას, თუ იყენებთ კბილის ძაფს?

- ა) კი ბ) არა

24. ჩვეულებრივ, კბილების ხეხვისას თუ იყენებთ სავლებს?

- ა) კი ბ) არა

დიდი მადლობა