

**ГБОУ ВПО Дагестанская государственная
медицинская академия МЗ РФ**

Умалатова Гюлает Энверовна

**Изучение возрастной динамики потери зубов у лиц с
заболеваниями пародонта**

**Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Специальность: 14.01.14 Стоматология

**Научный руководитель:
Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук,
профессор Алимский А. В.**

Махачкала - 2015 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Глава I. Эпидемиология, обращаемость и результаты лечения заболеваний пародонта среди взрослого населения и его качество (Обзор литературы).....	9
1.1. Эпидемиологические исследования заболеваний пародонта.....	9
1.2. Обращаемость населения за стоматологической и, в том числе, за пародонтологической помощью.....	12
1.3. Диагностика болезней пародонта.....	16
1.4. Существующие методы лечения воспалительных заболеваний пародонта.....	19
1.5. Факторы, оказывающие влияние на качество лечения заболеваний пародонта.....	22
1.6. Направления развития пародонтологической помощи населению в нашей стране и за рубежом.....	27
1.7. Проблемы совершенствования организации пародонтологической помощи	29
1.8. Основные направления диссертационных работ, выполненных за последние годы в Дагестане.....	31
Глава II. Материалы и методы исследования.....	42
2.1. Методика статистической обработки полученных данных	44
Глава III. Обращаемость взрослого населения Дагестана за пародонтологической стоматологической помощью в Республиканскую стоматологическую поликлинику.....	44
3.1. Возрастно-половая характеристика материалов обращаемости	44
3.2. Фактические данные обращаемости за пародонтологической помощью лиц разного пола, страдающих также кариесом зубов и свободных от него.....	49

3.3. Объёмы оказанной стоматологической помощи по поводу лечения кариеса зубов, его осложнений, включая удаления зубов, у лиц, обратившихся изначально за пародонтологической помощью.....	55
Глава IV. Показатели поражённости кариесом зубов взрослого населения Дагестана, обратившихся за пародонтологической помощью.....	62
4.1. Результаты клинико-эпидемиологических обследований 92 больных, страдающих заболеваниями пародонта одновременно с кариесом зубов.....	62
4.2. Показатели объёма фактически оказанной пародонтологической помощи 92 лицам (по данным обращаемости их и выкопировки из первичной медицинской документации) Республиканской стоматологической поликлиники.....	67
4.3 Объёмы фактически оказанной им помощи по поводу кариеса зубов и его осложнений	68
Глава V Показатели поражённости кариеса зубов среди приезжих сельских жителей Дагестана, изначально обратившихся за пародонтологической помощью в РСП-1 в 2014 году.....	72
Обсуждение полученных результатов.....	76
Выводы.....	93
Практические рекомендации.....	95
Список литературы.....	97
Приложения.....	119

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования.

В структуре стоматологической заболеваемости болезни пародонта занимают второе место после кариеса зубов. Поэтому изучение эпидемиологии данной патологии и обращаемости за ней взрослого населения продолжает оставаться актуальным. В то же время до конца не изученным остается вопрос об особенностях обращаемости населения отдельных возрастно-половых групп, этносов, включая национальные особенности и условия проживания в различных регионах страны. Особенно это важно для Республики Дагестан с её многонациональным населением. Кроме того, многообразие природно-климатических зон, наличие самых разнообразных ландшафтов (от равнин - до крупных горных массивов) предопределяют необходимость изучения природных и климато-географических особенностей распространения заболеваний пародонта на территории Республики.

В то же время по-прежнему наиболее актуальными остаются вопросы изучения уровня организации пародонтологической стоматологической помощи в Дагестане и, в первую очередь, определения научно обоснованной потребности в ней населения.

Можно предположить (и это действительно так), что в сельских и горных районах республики вряд ли возможно оказывать комплексную и всеобъемлющую помощь больным, страдающим данной патологией, с учётом отсутствия квалифицированных кадров, в т.ч. - пародонтологов и слабой материально-технической оснащённости стоматологических медицинских организаций.

Поэтому развившиеся формы патологии (пародонтит, в том числе тяжелых степеней) более целесообразно изучать по данным Республиканской стоматологической поликлиники, в которой проходят лечение не только

жители столицы – г. Махачкалы, но и приезжающие на консультацию и лечение из других районов Республики Дагестан.

Цель исследования – повышение доступности, качества и эффективности пародонтологической стоматологической помощи населению Республики Дагестан.

Задачи исследования:

1. Изучить уровень обращаемости в Республиканскую стоматологическую поликлинику лиц с болезнями пародонта и их особенности среди всех возрастно-половых групп населения Дагестана.
2. Оценить структуру выявленной патологии, включая долю лиц, страдающих также кариесом зубов и его осложнениями.
3. Выявить и сопоставить объёмы обращаемости пациентов за пародонтологической и одновременно кариесологической стоматологической помощью.
4. Определить долю потери зубов вследствие кариеса зубов и его осложнений у лиц, обратившихся за пародонтологической помощью.
5. Оценить продолжительность курсов пародонтологического лечения, в том числе у лиц, страдающих кариесом зубов и его осложнениями.
6. Разработать рекомендации по совершенствованию пародонтологической помощи жителям Дагестана.

Научная новизна:

Впервые предложен системный подход к оценке пародонтологической помощи взрослому населению Республики Дагестан и степени её удовлетворения. Впервые комплексно проанализированы показатели обращаемости взрослого населения г. Махачкалы и других районов Дагестана в пародонтологические отделения РСП-1 за пародонтологической помощью и установлена кратность сделанных при этом посещений. Одновременно рассчитана средняя кратность посещений в расчете на один курс лечения заболеваний пародонта. Впервые проанализированы

вышеуказанные показатели в возрастном-половом аспекте. Впервые применена методика оценки пародонтологического статуса у лиц с заболеваниями пародонта, страдающих также кариесом зубов (путем выкопировки, последующей алфавитизации и оценки суммарных данных на одних и тех же лиц). Впервые сопоставлены данные выкопировки и комплексного обследования (осмотр + данные выкопировки из первичной медицинской документации), что позволило существенно уточнить изучаемые показатели. Впервые выявлена доля потери зубов не только в связи с заболеваниями пародонта, но и по поводу осложнений кариеса зубов у тех же лиц. Впервые установлены объемы обращаемости за пародонтологической помощью сельского населения из отдаленных районов Республики.

Впервые в комплексе изучена распространенность заболеваний пародонта среди жителей Дагестана по данным Республиканской стоматологической поликлиники, что имеет первостепенное значение для планирования пародонтологической стоматологической помощи населению республики Дагестан.

Практическая значимость:

Полученный клинико-статистический материал позволяет научно обоснованно планировать пародонтологическую помощь на территории Дагестана, производить расчет необходимых для этого материально-технических средств, медикаментов и врачебных кадров. Одновременно с этим получены данные, которые позволяют одновременно с этим планировать и проводить, кроме того, лечение кариеса зубов и его осложнений, поскольку, как установлено в ходе исследования, абсолютное большинство больных с заболеваниями пародонта страдают также кариесом зубов и его осложнениями, нередко приводящие к потере зубов.

Указанные данные могут иметь значение не только для республики Дагестан, но и для других территорий Российской Федерации со сходными показателями стоматологической заболеваемости населения. Однако при

этом следует учитывать целый ряд обстоятельств. Поскольку пародонтологическая служба недостаточно развита на различных территориях страны, в том числе и в Республики Дагестан, в которой пародонтологическое отделение фактически имеется только в Республиканской стоматологической поликлинике (РСП – 1), то на сегодня пародонтологическую помощь в большинстве регионов оказывают терапевты. Поэтому полученные в исследовании данные имеют значение не только для пародонтологов, но и для всех врачей стоматологического профиля.

Для того, чтобы улучшить достоверность поступающей статистической информации и отчетность по разделу «Пародонтология» в исследовании разработана, предложена и обоснована новая учетно-отчетная форма для специалистов (терапевтов и пародонтологов), позволяющая наиболее полно и достоверно учитывать их работу за день, месяц и год. Её внедрение в широких масштабах позволит существенно улучшить вопросы учета и отчетности, повысить уровень диагностики, лечения и профилактики заболеваний пародонта.

Научные положения, выносимые на защиту:

1. Наиболее эффективным методом изучения распространенности заболеваний пародонта, а также объемов оказываемой населению пародонтологической помощи является их анализ по данным обращаемости в специализированные подразделения, причём в возрастном-половом аспекте, отдельно среди местного и приезжего населения.

2. При определении объемов предстоящей стоматологической помощи необходимо ориентироваться на все показатели (пародонтологические и кариесологические), на полученные средние статистические показатели кратности посещений на лечение тех или иных нозологических форм стоматологической патологии в соответствующих возрастном-половых группах пациентов.

3. Лечение больных пародонтологического профиля следует проводить не изолированно. Для этого предложена новая учётно-отчётная форма, которая позволяет не только проводить ежедневный учёт работы врача-пародонтолога или терапевта за день, месяц и год, но давать прогнозные оценки и осуществлять сводную отчетность по тем же показателям. Поэтому эффективность и качество лечения пациентов с заболеваниями тканей пародонта впредь должно оцениваться с учетом разработанной учётно-отчетной документации.

Глава I

Эпидемиология, обращаемость и результаты лечения заболеваний пародонта среди взрослого населения (обзор литературы)

Согласно данным ВОЗ (Женева, 1975, 1977), заболевания пародонта занимают в структуре стоматологической заболеваемости одно из ведущих мест. Более того, согласно исследованиям Г.В.Базияна

(1965), уже начиная с возраста 40-49 лет, практически каждый человек имеет те или иные заболевания пародонта. К сожалению, до настоящего времени имеется лишь одна работа (А.В.Алимский, 2012), в которой показана определяющая роль данной патологии во всех возрастных группах взрослого населения, приводящая к тому же, к его наибольшей инвалидизации.

Наиболее точно и достоверно при изучении частоты заболеваний пародонта следует использовать данные эпидемиологических исследований (А.В.Алимский, 1983). Однако вполне правомерно ориентироваться и на данные обращаемости населения в стоматологические учреждения (Г.В.Базиян, 1971) путем их выкопировки из первичной медицинской документации.

1.1. Эпидемиологические исследования заболеваний пародонта

В настоящее время заболевания пародонта являются после кариеса зубов наиболее распространенной патологией. По материалам ВОЗ (Женева, 1985, 1995), они поражают до 60-80% населения. Частота данной патологии, а также ее регистрация существенно возросли с введением ВОЗ индекса CPITN (Борисова Е.Н., 1999; 2001).

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о высокой распространенности заболеваний пародонта особенно среди населения пожилого и преклонного возраста (Алимский А.В., 2000, 2012). Наиболее

часто встречающимся заболеванием пожилых является пародонтит. Причем у пожилых людей, обращающихся в поликлинику, выявляются в основном тяжелые, далеко зашедшие формы пародонтита (Иванов В.С. и др., 1983).

В литературе указывается на взаимосвязь поражений пародонта с заболеваниями внутренних органов и систем организма, что свидетельствует об особой актуальности этой проблемы для населения пожилого возраста. Так, в работе М.Д. Ющенко (1986) показано, что у 88 – 93% обследованных хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта сочетаются с заболеваниями пародонта, при этом в ранние сроки заболевания наступает генерализация процесса. Автором установлена прямая корреляционная зависимость между объемом дефекта зубных рядов и морфофункциональным состоянием желудка. Доказано, что у 82,2% лиц со значительной потерей зубов происходит секреторная дисфункция желудка и нарушение моторики.

По мнению Е.В. Ревенко (1987), подобные явления объясняются общими инволютивными процессами, происходящими в организме с возрастом.

Воспалительные процессы тканей пародонта усугубляются травмой слизистой оболочки десны за счет неправильного пломбирования зубов, повреждений конструктивными элементами протезов, особенно несъемных (широкие коронки).

Ю.И. Бернадский, М.Л. Заксон (1987) отмечали четкую зависимость между сроками появления пародонтальных карманов и возрастом. Если в 15-19 лет пародонтальные карманы обнаруживали у 50% обследованных, в 25-29 лет – у 80%, то после 50 лет – у 98%. Причем в возрасте 35-44 лет у 20-25% лиц глубина пародонтальных карманов составляет более 5 мм.

Рассматривая этиопатогенетические аспекты заболеваний пародонта, большинство авторов указывают на существенную роль зубных отложений и гигиенического состояния полости рта (Кучинска М.Я., 1984; Филленбаум Г.Г., 1987; Зайцев Г.А., Бухаловский И.Н., Катрущенко Р.Н. и др., 1988;

Адыширин-Заде Г.А., Адыширин Заде Ф.Г., 1996; Алимский А.В., 2000, 2012).

Неудовлетворительный гигиенический уход за полостью рта у взрослых и, особенно в пожилом возрасте во многом усугубляет воспаления пародонта (Кадученко К.Ф., 1981; Russel O.L., 1967). Причину низкого уровня гигиены рта у данного контингента R.G. Hunt (1986) связывает с отсутствием мотивации в проведении гигиенических процедур.

Более того, привитие навыков гигиены у пожилых людей происходит медленнее, чем у молодых, но после усвоения этих правил и навыков уход за полостью рта проводится более строго. Учитывая это обстоятельство, необходимо введение комплекса гигиенических мероприятий при лечении и патронировании больных с заболеваниями пародонта, особенно у пожилых независимо от возраста (Бернадская Н.И., 1990; Алимский А.В., 2000, 2012).

Е.Н. Борисова (1999) констатирует, что в гигиеническом воспитании взрослого и пожилого населения имеют место серьезные недостатки и упущения, обусловленные разными причинами. Регулярное проведение гигиенических мероприятий осуществляет в настоящее время лишь $48,40 \pm 2,38\%$ лиц пожилого и преклонного возраста, имеющих собственные зубы; $6,81 \pm 1,20\%$ не выполняют это совсем, тогда как $8,86 \pm 1,83\%$ пожилых людей гигиенические процедуры проводят несколько раз в неделю, а $14,55 \pm 1,68\%$ опрошенных выполняют это реже 1 раза в 7-10 дней. Только $25,40 \pm 2,08\%$ пожилых людей чистят зубы на ночь. Основная группа обследованных ($50,46 \pm 2,39\%$) чистят зубы утром, $15,92 \pm 1,75\%$ пациентов после еды и $8,13 \pm 1,30\%$ опрошенных не имеют системного подхода к гигиене полости рта. Проведенное исследование свидетельствует, что знания пожилых людей по гигиеническому уходу за полостью рта являются недостаточными. Большинству опрошенных неизвестна связь между неудовлетворительным уходом (или отсутствием ухода за зубами) и возникновением основных стоматологических заболеваний.

1.2. Обращаемости населения за стоматологической и, в том числе, за пародонтологической помощью.

Первой, и, пожалуй, единственной фундаментальной работой в этом направлении, является исследование А.В. Алимского (1983). Оно было приурочено к Всесоюзной переписи населения 1969г. Им была разработана принципиально новая методика сбора и изучения материалов по обращаемости населения за стоматологической помощью путем выкопировки данных обращаемости на специальные учетные формы (№25 и 25 - спец.). Суть методики заключалась в том, что на все население, прошедшее стоматологический осмотр, предварительно была проведена выкопировка из первичной медицинской документации (из Формы №43 и др.) сведений о посещении ими различных стоматологических учреждений. Для полноты выкопировки предварительно устанавливался перечень учреждений, где могла быть оказана стоматологическая помощь тому или иному контингенту населения (стоматологическая поликлиника, стоматологическое отделение при общей поликлинике, стоматологический кабинет промышленного предприятия, школа, учебное заведение и т.д.). Это позволило учесть все или, по крайней мере, наиболее значимую часть обращений населения за стоматологической помощью.

Выкопировке подлежали все сведения, содержащиеся в первичных медицинских документах, заполняемых в стоматологических учреждениях. Это позволило, наряду с оценкой обращений по годам, оценить кратность посещений в расчете на одно обращение, определить объем одномоментно и в целом оказанной стоматологической помощи.

Благодаря этой методике были определены: влияние отдельных социально-гигиенических факторов (образование, профессия, национальность и др.) на объем и кратность обращения населения за стоматологической помощью, удельный вес обращений по поводу лечения различных нозологических форм стоматологической патологии, включая болезни пародонтоза, и кратность посещений по поводу каждой из них.

В соответствии с указанной методикой и программой А.В. Алимским (1983) проведено изучение материалов обращаемости за стоматологической помощью населения в гг. Иркутске и Якутске. Всего с этой целью было изучено около 30 тыс. выкопировочных документов. В Якутске изучены материалы за 1 год. В то же время в данной работе впервые в практике подобных исследований проведено изучение материалов обращаемости в г. Иркутске сразу за 3 года. Это позволило установить практически все, даже наиболее отсроченные обращения населения за стоматологической помощью.

Как известно, материалы обращаемости населения за стоматологической помощью, хотя и не дают полного представления реальной о потребности в ней (Г.В.Базиян, 1971), тем не менее, отражая объем и структуру обращений населения в стоматологические учреждения, являются той единственно реальной базой, на основе которой может быть рассчитана кратность посещений по поводу лечения всех основных стоматологических заболеваний.

Наибольший удельный вес накопленного уровня обращений взрослых жителей Иркутска за 3 года наблюдался в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет, что превышает 50% лиц, обратившихся за стоматологической помощью. В этих же возрастных группах отмечена наивысшая посещаемость стоматологических учреждений. Установлено, что лишь в течение одного года из трех обращается наибольшее число лиц - 75,2%. В течение 2-х лет - 17,6% и 3-х лет - лишь 7,2%.

Наивысший уровень посещаемости наблюдается во всех возрастных группах старше 30-39 лет. Средний ежегодный уровень посещений фактически составляет 1,1 на одного взрослого жителя Иркутска, что было существенно ниже среднесоюзного городского показателя за 1970г. С высокой степенью статистической достоверности установлено, что женщины значительно чаще обращаются за стоматологической помощью, чем мужчины.

Хотя в целом не выявлено существенных различий в кратности посещений в расчете на I обращение у лиц с начальным, средним и высшим

образованием, однако в возрастных группах 20-29, 30-39 и 40-49 лет, т.е. в тех из них, где данный показатель наиболее информативен, обнаруживается нарастание кратности посещения в расчете на I обращение по мере увеличения общеобразовательного уровня обследованных.

При сравнении материалов обращаемости и осмотров установлено, что из 7756 обследованных взрослых жителей г. Иркутска за 3 года обратилось за стоматологической помощью лишь 3397 человек или 43,8%. Если бы этот показатель изучался за I год, например, 1968, его величина составила бы всего 13%. Это указывает на чрезвычайно низкий уровень обращаемости взрослого населения города за стоматологической помощью, связанный, по-видимому, в первую очередь, с недостатками ее организации.

Не обратилось за стоматологической помощью за 3 года 4359 чел. или 56,2% от числа обследованных. Действительно не нуждалось в ней на момент обследования лишь 1686 или 38,7%. Из них 726 чел. (16,7%) оказались здоровыми, а 960 (22,1%) - санированными. Из числа лиц, не обращавшихся за стоматологической помощью, 2721 человек или 62,4% (т.е. абсолютное большинство) нуждалось в лечении. Из этого следует, что предпочтительно изучать обращаемость населения за ряд лет. Это повысит точность наблюдений и главное их достоверность.

Согласно полученным данным, наибольшее суммарное число посещений населения, рассчитанных за три года, приходится на лечение кариеса зубов и его осложнений (свыше 40%). Далее следует удаление зубов - 35,3%, лечение пародонтоза (пародонтита - по новой номенклатуре) - 13% и прочих заболеваний - 8,6%. Чрезвычайно невелик удельный вес посещений по поводу лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта (1,7%) и амбулаторного хирургического лечения (1,2%).

Весьма характерна повозрастная динамика посещаемости населения стоматологических учреждений по поводу лечения кариеса зубов и его осложнений. Если в возрастной группе 16-19 лет ее удельный вес составляет 46,6%, то в 60 лет и старше он уменьшается до 7,6%. С возрастом

значительно сокращается также доля посещений по поводу лечения пульпитов (с 30,9% в возрасте 20-29 лет до 11% в 50-59 лет) и периодонтитов (с 6,9% в 16-19 лет до 2,1% в 50-59 лет). В свою очередь, посещаемость населения по поводу лечения пародонтоза имеет тенденцию к увеличению, причем наивысшего значения (21,1%) она достигает в возрастной группе 40-49 лет.

Анализ материалов, характеризующих удаление зубов по поводу пародонтоза, свидетельствует о том, что в 20-29 лет (возраст, в котором они впервые зарегистрированы) удельный вес их составляет всего 0,5%, а в возрастной группе 60 лет и старше достигает 30,2%. По мнению А.В. Алимского (1981, 1983), представленные данные убедительно свидетельствуют о том, что в этом возрасте число лиц, страдающих пародонтозом, не только не сокращается (как недостаточно обоснованно считают отдельные исследователи), но значительно нарастает. Фактически лишь происходит перераспределение посещений из лечебного в хирургический кабинет.

Как установлено, по поводу кариеса зубов пломбируется 67,4% зубов, пульпита - 27,3% и периодонтита - 5,3%. Наибольшее их число в расчете на I обратившегося за стоматологической помощью зарегистрировано в возрастной группе 16-19 лет, а наименьшее - в 60 лет и старше. Приведенные данные свидетельствуют о том, что острота течения кариозного процесса с возрастом уменьшается.

Существенно изменяется картина при одногодичном изучении уровня обращаемости населения за стоматологической помощью. Установлено, что 8828 взрослых жителей Якутска сделали в 1971 году в стоматологические учреждений 16624 посещения (1,88 в среднем на I обследованного), что почти в 2 раза выше, чем средний ежегодный уровень посещаемости взрослых жителей Иркутска. Наибольший удельный вес в составе обратившихся имеют возрастные группы 16-19 лет (13,1% против 4,7% у жителей Иркутска), 20-29 лет (34,0% против 13,2%) и соответственно

меньший - возрастных групп старше 40 лет (при равенстве показателей в 30-39 лет).

Кратность посещений по поводу лечения пародонтоза, заболеваний слизистой оболочки полости рта и хирургической патологии, также оказалась ниже той, которая была выявлена для данных заболеваний в Иркутске. В то же время установлено, что на I удаленный зуб, как в Иркутске, так и в Якутске приходится одинаковое число посещений (соответственно 0,88 и 0,87).

Полученные показатели кратности посещения фактически мало отличаются от известных в литературе (Базиян Г.В., Новгородцев Г.А., 1968), кроме кратности посещений по поводу удаления зубов (по данным А.В. Алимского она оказалась несколько ниже) и впервые установленной им кратности посещений по поводу удалений по причине заболеваний пародонта (0,8).

1.3 Диагностика болезней патологии пародонта.

Профилактика, диагностика и лечение воспалительных заболеваний пародонта в связи с их высокой частотой и интенсивностью поражения являются актуальной проблемой современной стоматологии, которая приобретает не только медицинскую, но и социальную значимость (Лемецкая Т.И., 1998; Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., 2001; Дмитриева Л.А., Крайнова А.Г., 2004; Armmitage G. C., 1996; Grossi S., Zambon J.J., Ho A.W. et al.1994 и т.д.).

Прогрессирующее течение болезней пародонта приводит к преждевременной потере зубов, нарушению функции жевания, эстетики, изменениям в височно-нижнечелюстном суставе, отягощению соматической патологии и социальной дезадаптации больных (Барер Г.М., Соловьева О.В., Янушевич О.О., 2002; Грудянов А.И., Овчинникова В.В., 2007; Straka M., 2001). Установлено, что удаление зубов вследствие патологии пародонта в

несколько раз превышает потерю зубов от кариеса и его осложнений (Цепов Л.М., 2006; Алимский А.В., 2012).

При курации больного с патологией пародонта целью обследования является определение вида, формы, тяжести, характера течения заболевания, выявление общих и местных этиопатогенетических факторов заболевания (Канкян А.П., Леонтьев В.К., 1989; Безрукова А.П., 1999; Григорьян А.С. с соавт., 2001). Полученная информация в процессе стоматологического обследования пациента позволяет правильно поставить диагноз и адекватно лечить его (Иванов В.С., 2001; Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А., 2004).

Имеется мнение (Мюллер Х.-П., 2004), что каждый пациент должен пройти скрининг-обследование пародонта по секстантам PSR (Periodontal Screening & Recording), целью которого служит предотвращение не выявленных поражений пародонта. Однако для пациентов с заболеваниями пародонта оно не заменяет необходимого обстоятельного клинического обследования.

В клинической практике предпочтение отдается визуальному и инструментальному методам диагностики, которые требуют дальнейшей модернизации (Лукиных Л.М. с соавт., 2005 и т.д.). Индексная оценка состояния пародонта достаточно подробно освещена в специальной литературе (Кодола Н., 1998; Боровский Е.В., 2002; Безрукова И.В., 2002; Дмитриева Л.А. с соавт., 2007; Williams R.C., 1990). Предложена компьютерная система Florida Probe для диагностики заболеваний пародонта, в которой применяется пародонтальный зонд с постоянной силой давления для замера глубины пародонтальных карманов. При этом каждый зуб обследуется в шести точках.

Предложена методика «5х5» для диагностики и оценки эффективности лечения заболеваний пародонта (Белоусов Н.Н., 2007): определение пяти основных показателей состояния пародонта (подвижность зубов, состояние

зубодесневого прикрепления, рентгенологическая картина, состояние реактивности микрососудистого русла пародонта, состояние кровоснабжения тканей пародонта) на пяти этапах диагностики и лечения, в том числе ближайших и отдаленных результатов.

В последние годы широко применяется компьютерная дентальная рентгенография, основанная на использовании цифровых технологий. Впервые радиовизиограф – аппарат для проведения компьютерной дентальной рентгенографии – был разработан в 1987 г. Цифровые технологии по сравнению с традиционной рентгенографией имеют ряд преимуществ: нет необходимости в фотолаборатории, значительно меньшая (от 2 до 10 раз) лучевая нагрузка, быстрое получение изображения на мониторе, возможность изменения размеров изображения, усиление контрастности (Николаев А.И., Цепов Л.М., 2005; Иоффе Е.М., 2007).

Изучение причин возникновения и развития заболеваний пародонта, исследование их взаимосвязи с общесоматической патологией, определение роли и значимости местных факторов и способов их устранения выявили наличие определенных факторов риска, влияющих на течение и развитие заболеваний пародонта (Улитовский С.Б., Леонтьев А.А., 2007). В практике оценки этих факторов дают возможность правильно дифференцировать пациентов в зависимости от степени риска возникновения и дальнейшего прогрессирования заболеваний пародонта, выделяя пациентов с повышенным риском развития заболеваний (Грудянов А.И., Безрукова И.В., 2000).

Контроль над факторами риска предполагает учет всего многообразия как стоматологических, так и общесоматических проблем пациента. Модель оценки риска дает возможность стоматологам проследить развитие заболевания в течение длительного времени. В дополнение к выбору оптимального плана лечения учет возможных местных и общих факторов риска и их своевременное устранение либо минимизация позволяют

повысить эффективность лечения и, что немаловажно, уменьшить его общую стоимость (Axelsson P., 2002).

1.4. Существующие методы лечения воспалительных заболеваний пародонта

Лечение болезней пародонта должно быть комплексным, последовательным и систематическим. Многими исследователями должное внимание уделяется патогенетической терапии патологии пародонта с применением методов и средств, воздействующих на звенья механизма развития воспалительно-деструктивного процесса. При этом приоритетность отдается препаратам, которые могут воздействовать на возможно большее число звеньев патогенеза (Максимовская Л.Н., Шищенко В.М., 1997; Кунин А.А. с соавт., 2007, Грудянов А.И., Александровская И.Ю., 2010; Watanabe K.,1990; Tervonen T., Oliver R.C.,1993).

В последние годы широко в клинической практике применяется гель «Метрогил-Дента», содержащий два активных компонента – метранидазол и хлоргексидин (Прикулс В.Ф. с соавт., 2008). По мнению А.И.Грудянова (2002), создание комплексных препаратов, обладающих более выраженным действием в отношении пародонтогенных бактерий, является одним из перспективных направлений.

В качестве примеров наиболее эффективного алгоритма этиотропной терапии некоторыми исследователями выделены:

- 1) удаление на зубных отложений;
- 2) восстановление контактных пунктов и ликвидация некачественных пломб, протезов, ортодонтических конструкций;
- 3) избирательное пришлифовывание зубов;
- 4) устранение укороченных уздечек и мелкого преддверия полости рта;
- 5) ликвидация гормональных нарушений при гипертрофическом гингивите у юношей, девушек и беременных;
- 6) лечение сахарного диабета;
- 7) при возможности отмены или замены лекарственных препаратов, вызывающих гиперплазию.

Известно (Хармия Маркетта, 1997; Wilson T.G., 1990; Contreras A., Slots J., 2000), что в развитии и течении заболеваний пародонта преобладают воспалительные процессы, поэтому комплексная терапия должна включать применение широкого арсенала лекарственных средств, направленных на ликвидацию воспаления.

Из противовоспалительных средств наиболее активными являются стероидные противовоспалительные средства, или глюкокортикоиды, которые действуют на все три фазы воспалительного процесса. Однако из-за вызываемых ими серьезных осложнений они не получили широкого распространения в пародонтологии (Цепов Л.М., Морозов В.Г., 1992). В то же время применение их оправдано для лечения отечной стадии гипертрофического гингивита, когда пользуются официальными препаратами «Фторокорт», «Синалар», «Флуцинар», «Лоринден» и др. Имеются исследования по применению кортикостероидов при резко выраженных воспалительных явлениях десневого края у лиц с обострением пародонтита в первые 2-3 дня (Данилевский Н.Ф., 1990; Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф., 2000).

Ирригация полости рта отварами или растворами настойки календулы, чистотела, ромашки, подорожника, эвкалипта, шалфея и других растительных средств, обладающих антисептическими свойствами, значительно увеличивают сопротивляемость слизистой оболочки, улучшают кровообращение, повышая тонус сосудов и мобилизуя резервные капилляры.

Отмечено, что выраженным противовоспалительным действием обладают зеленая кожура и листья грецкого ореха, содержащие юглон, который также способствует и улучшению репаративных процессов. Противомикробные, обезболивающие, антигистаминные, спазмолитические, дезодорирующие свойства оказывают эфирные масла: розовое, лавандовое, ментоловое, чаберное. Наиболее выраженный клинический эффект их проявляется в 10 % концентрации. Облепиховое, персиковое масла

стимулируют эпителизацию, оказывают противовоспалительное действие (Шпилея С.Е., Иванов С.И., 1989; Михалюк В.П., 1992; Мизина П.Г., 2000).

Широкое применение в стоматологии нашли спиртовые вытяжки из сбора трав: гербодонт (зверобой, подорожник, тысячелистник, крапива), мараславин (понтійская полынь, чабер, черный перец, гвоздика, имбирь), сангвиритрин (маклея сердцевидная, маклея мелкоплодная). Биологически активные вещества, входящие в состав этих препаратов, обеспечивают лечебное воздействие путем изменения трофики тканей пародонта.

Доказана (Вилкова М.Г., 2005) эффективность лечения воспалительных заболеваний пародонта препаратами пихты.

С целью уменьшения количества осложнений при хирургическом лечении больных генерализованным пародонтитом, предложено использование нового препарата «Куриозин», действующими веществами которого являются ассоциат гиалуроновой кислоты и цинка (Цепов Л.М. с соавт., 2006).

Внимание врачей-стоматологов привлекла также возможность проведения при генерализованном пародонтите местной аппликационной сорбции, которая обеспечивает воздействие на первичный очаг эндотоксикоза, препятствует проникновению микрофлоры, токсинов и продуктов распада тканей из пародонтального кармана в кровь, уменьшает токсическое влияние на организм и способствует элиминации компонентов воспаления из очага поражения (Петрова Е.В., 1993). С этой целью использовались угольный сорбент «СКН», углеволокнистые сорбенты, гелевин, дигиспон в виде аппликаций, а также в виде лечебных повязок на 2-3 часа под защитной повязкой из парафина. Наиболее изученным сорбентом в стоматологии является полисорб, который был использован в составе тканевого клея «Циакрин».

Лепилин А.В. с соавт. (2007) было доказано повышение эффективности комплексного лечения пародонтита с применением вакуум-лазерной терапии.

В последние годы внимание врачей-стоматологов привлекает процедура обработки пародонтальных карманов и поверхностей корней зубов с помощью системы «Вектор», в которой энергия ультразвука передается на поверхность корня опосредованно через носитель, вследствие чего сохраняется корневой цемент и мягкие ткани кармана. Тем самым создаются предпосылки для регенерации тканей пародонтального комплекса.

Обобщая вышеприведенные данные, можно сделать вывод о том, что наличие многочисленных методов лечения и лекарственных препаратов, используемых для терапии воспалительных заболеваний пародонта, свидетельствует о несовершенстве лечения данной патологии. Необходимо правильно сочетать комплексы местного и общего лечения. Индивидуальный подход к комплексной терапии, учитывающий вид, тяжесть заболевания и особенности клинического течения заболеваний пародонта, а также общее состояние организма пациента, повышают эффективность лечения. При этом существенную роль во всех случаях выполняет обоснованный выбор методов и средств воздействия на очаг в пародонте и организм больного в целом, а также соблюдение правильной последовательности их применения.

1.5. Факторы, оказывающие влияние на качество лечения заболеваний пародонта

Эффективность оказания стоматологической помощи больным с заболеваниями пародонта определяется, прежде всего, тщательной диагностикой заболевания, компетентным и адекватным подбором методов лечения, обоснованным сочетанием терапевтических, хирургических, ортопедических и физиотерапевтических мероприятий. По мнению Л.М Цепова, А.И. Николаева (2002), успешное оказание пародонтологической

помощи зависит от трех факторов: 1) ранней диагностики заболевания; 2) полноценного и эффективного комплексного лечения; 3) доступности медицинской помощи населению.

Бурное развитие технологий в стоматологии, к сожалению, не приводит к снижению стоматологической заболеваемости населения России. Более того, в последние годы наблюдается рост числа их осложнений, способных привести к развитию серьезных патологий в организме и отрицательно повлиять на качество жизни больных (Бондаренко Н.Н., 2007).

В России существует многоэтапная система стоматологической помощи пародонтологическим больным. Это обусловлено тем, что лечебные учреждения довольно сильно отличаются друг от друга по квалификации врачей, материально-технической оснащенности, а зачастую – и по подходу к лечению патологии пародонта.

Несмотря на успехи отечественной и зарубежной клинической пародонтологии в современных условиях в практике врачей-стоматологов довольно распространены случаи неправильного установления диагноза, неадекватного подбора методов и средств лечения (Боровский Е.В., 2007).

Воспалительные заболевания пародонта относятся к достаточно сложной патологии организма человека. На сегодня общепризнано, что для развития воспаления в тканях пародонта наличие патогенных микроорганизмов является необходимым условием. Наряду с этим, большое значение имеет уровень защиты организма от их патогенного действия.

Недооценка роли рентгенологического обследования больных с патологией пародонта, неадекватный выбор вида рентгенографии или неправильная интерпретация рентгенограммы являются причинами поздней диагностики пародонтита либо некорректной формулировки диагноза (Канканян А.П., Леонтьев В.К., 1989).

Американская Академия пародонтологии рекомендует следующий порядок проведения диагностики пародонтологических заболеваний (2000):

1. Общее стоматологическое обследование: кариес, состояние аппроксимальных контактов, оценка качества протезов, коронок и пломб; оценка общего медицинского статуса пациента;
2. Определение топографии десны и прилегающих структур;
3. Определение наличия воспаления десны и его степени;
4. Зондирование в целях определения глубины пародонтальных карманов;
5. Наличие и количество бактериального налета и камня;
6. Степень подвижности зубов;
7. Наличие и степень вовлечения фуркации в патологический процесс;
8. Прикус, окклюзионные соотношения зубных рядов;
9. Данные прицельных снимков и панорамных рентгенограмм.

Во избежание ошибок, которые вполне вероятны на этапе ранней диагностики наиболее оправдано диспансерное наблюдение (Федоров Ю.А., 1989).

Анализ качества заполнения медицинских карт (МКСБ), проведенный Н.Н. Бондаренко с соавт. (2006), показал следующие: в 82 % МКСБ отсутствовало описание жалоб пациента; в 93 % не указаны перенесенные и сопутствующие заболевания; в 97 % – не описано развитие настоящего заболевания; в 100 % отсутствовали клинические данные; в 59 % не была приведена зубная формула; в 69 % не охарактеризован прикус; в 85 % не было дано описания врача-рентгенолога; в 76 % не использовались диагностические пробы и индексы; в 100 % отсутствовал план обследования и лечения; в 32 % не было записей о ходе лечения; в 35 % поставленный диагноз не соответствовал описанным объективным данным; в 83 % случаях отсутствовали записи о назначениях. При таких недостатках трудно говорить о высоком качестве проводимой терапии стоматологических заболеваний.

Логическое обоснование диагноза заболевания обуславливает выбор методов лечения и определяет последовательность выполнения лечебных тех или иных манипуляций. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В. (2001) в своей работе указывают, что одной из распространенных ошибок, которую допускают врачи, является отсутствие индивидуального плана лечения.

Сложность лечения пародонтита, а особенно его тяжелых форм определяется тем, что кроме сугубо пародонтологического лечения требуется, как правило, эндодонтическое и ортодонтическое лечение, шинирование, рациональное протезирование и др. (Детьенвиль Р., 2008; Goodson J.M., 2000). Более того, удовлетворительные результаты могут быть достигнуты только при качественном и правильно распределенном по этапам выполнении этих методов и этапов (Carranza F.A., Newman M.N., 1996).

Без повышения качества самостоятельной гигиены проведение инвазивного лечения нецелесообразно (Dahlen G. et al., 1992).

Большинство врачей-стоматологов отмечают, что пародонтология является одним из самых сложных разделов стоматологической практики. Связано это с тем, что достижение хорошего результата лечения возможно только при условии комплексного подхода, регулярности проведения процедур, активного участия пациента в процессе лечения. Убедить пациента в целесообразности проведения лечения зачастую бывает непросто, поскольку процесс работы пародонтолога сложен для понимания пациентом, является довольно продолжительным и многоэтапным (и чаще всего дорогостоящим), тогда как результативность его, как правило, не прогнозируема (Шор М.В., 2008). Поэтому чрезвычайно важно знать величину и топографию потери зубов, в том числе по поводу заболеваний пародонта и вследствие осложнений кариеса, причем дифференцировано.

Личностные особенности пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта в значительной степени влияют на течение и исход заболевания. Доказана прямая зависимость отказов от лечения и невыполнения

рекомендаций врача-стоматолога от психотипа пациента (Белоусов Н.Н., 2001).

Увлечение только одним местным воздействием на ткани пародонта, особенно при средней и тяжелой степени поражений не обеспечивает желаемого эффекта без общей терапии. При некачественном, нетщательном выполнении обязательных процедур (снятие зубных отложений, исправление прикуса, санация полости рта) пациенты и сами врачи перестают верить в благоприятный исход лечения (Леус П.А., Лобко С.С., 1997).

Кроме того, к числу небезопасных стереотипов фармакотерапии следует отнести парентеральный способ введения лекарственных препаратов, в частности системных антибиотиков, без острой необходимости в них. Такое «увлечение» приводит к росту постинъекционных гнойных осложнений, сывороточного гепатита, СПИДа (Пьетрок М.Т, 2000; Белобородова Н.В., 2007; Есембаева С.С. с соавт., 2007).

Нерациональное применение многих медикаментов имеет ряд неблагоприятных последствий: увеличение вероятности и частоты побочных реакций и снижение мотивации пациента, особенно при наличии у пародонтологического больного соматических заболеваний (Сигидзян Я.Н. с соавт., 1988; Николаев А.И., 1998).

Проведенный обзор доступных отечественных и зарубежных источников литературы показал, что до настоящего времени остаются нерешенными вопросы организационного плана

В том числе снижения ошибок и осложнений в практике врача-стоматолога при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. Вышеуказанные моменты также определили актуальность данного исследования.

1.6. Направления развития пародонтологической стоматологической помощи населению в нашей стране и за рубежом

Согласно проведенным исследованиям перестроечного периода в стоматологической службе России будет происходить постепенное укрепление двух основных секторов стоматологии: государственного и частного. При этом доля государственного сектора согласно прогнозам (Леонтьев В.К. и др., 1991) в будущем будет составлять 50-60%, а частного - 25-40%. Ведомственный сектор достигнет 10-15%.

По мнению В.А. Овсянникова (2010), несмотря на приказы Минздрава России от 28. 07. 1999г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» и № 438 от 09. 12. 1999г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях», одинокие граждане РФ преимущественно пенсионного возраста на современном этапе оказались наиболее ущемленной и незащищенной группой как в социальном, так и в медицинском обеспечении, и поэтому именно они требуют к себе наибольшего внимания.

Поэтому организация стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи на базе больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений представляется на сегодня важной и экономически эффективной формой работы, которая позволяет повысить интенсификацию деятельности больничных учреждений (Кант В.И., Кучеренко В.З., 1985; Корчагин В.П., 1989; Стародубов В.П., Гончаренко В.П., Яицных Н.А., Дорофеев В.И., 2000; Калининская А.А. и др., 2000; Алимский А.В., 2012).

Одной из клинически и экономически эффективных форм организации медицинской помощи для этой категории граждан является обслуживание на дому, позволяющее оказывать пациенту необходимую помощь в привычных для него условиях (А.В.Алимский, 2014).

К одной из таких групп, наблюдаемых в домашних условиях, можно отнести группу пациентов повышенного риска в отношении здоровья в возрасте 65 лет и старше, живущих в одиночестве.

Немаловажным является и тот факт, что стоимость лечения в условиях стационаров на дому, например, в Англии в 4 раза дешевле, чем в больнице.

Для оказания стоматологической помощи на дому в поликлиниках территориального подчинения имеется портативная аппаратура, а в стоматологических поликлиниках республиканского, областного (краевого) подчинения согласно Приложению 4 к приказу Минздрава СССР от 12.06.1984г. № 670 - передвижное отделение стоматологической помощи, что дает возможность оказывать необходимую стоматологическую помощь, включая зубное протезирование.

Широкая сеть дневных стационаров для геронтологических больных создана в Швейцарии, Англии, Голландии, Швеции, Германии и др. (Cosin L.Z., 1973; Kard B., 1979; Dahan R., Flogart et al., 1986).

В Италии наблюдается широкое разнообразие форм оказания медицинской помощи лицам престарелого возраста: это помощь на дому, дневные стационары на базе больничных и амбулаторно - поликлинических учреждений, стационары на дому, дома отдыха и другие (Sipr K., 1982).

Во Франции еще в 60-х г.г. прошлого века создавались центры помощи на дому, целью которых являлось медицинское обслуживание больных, включающее медицинское наблюдение врачом и медицинской сестрой, а также социальную и хозяйственную помощь (Frisk F., Hakeberg M., Ahlgvist M., Bengtsson C., 2003; Kalache A., Gatti A., 2003; Maupome G., Gullion C.M., White B.A., Wyatt C.C., Williams P.M., 2003).

Соотношение государственных и негосударственных, коммерческих и некоммерческих стоматологических учреждений и организаций для удовлетворения потребности населения в стоматологической помощи и его социальной защиты, по мнению многих авторов, должно соответствовать уровню социально-экономического развития государства.

Вместе с тем, при имеющемся многообразии видов и объемов стоматологической помощи для некоторых слоев населения она остается экономически малодоступной или недоступной вообще. Особенно это касается лиц пожилого и преклонного возраста, проживающих за чертой бедности.

В связи с вышеизложенным, необходим поиск путей по исправлению создавшегося положения. И основным из них является повышение объема государственного бюджетного финансирования подобных социальных программ.

1.7. Проблемы совершенствования организации пародонтологической помощи.

Одной из главных задач реформы здравоохранения на сегодняшний день является повышение качества медицинского обслуживания, в том числе и стоматологического, включая пародонтологического.

Согласно данным официальной статистики в настоящее время при постоянном росте численности врачебных кадров в стране наблюдается и рост основных стоматологических заболеваний, что, в первую очередь, является результатом недостаточной эффективности современной системы организации и управления стоматологической службой.

Особенно ощутимы недостатки существующей системы стоматологического обслуживания в сельских районах, где при почти одинаковой с городами стоматологической заболеваемости населения имеют место меньшая обеспеченность кадрами, худшая материально-техническая база.

Особую актуальность всегда имели вопросы улучшения подготовки специалистов стоматологического профиля. Изучение этой проблемы, а также конкретные рекомендации по совершенствованию стоматологического образования встречаются в работах Сундукова Ю.Н. (1989); Загорского В.А. ,

Леонтьева В.К., Алимского А.В., Попова Г.А. (1991); Коликова С.И. (1993); Образцова Ю.Л. (1996); Юшмановой Т.Н. (1999) и др.

В.А.Загорский (1991) отмечает, что в большинстве отечественных медицинских ВУЗов и училищ имеет место слабая материально-техническая база и крайне мало внимания уделяется освоению мануальных навыков студентами.

Филипчик И.С. и др. (1989) провёл эксперимент, результаты которого показали, что оптимальным является соотношения 1 врач: 1 медсестра.

Исследования В.Д.Вагнера (1998) и В.К.Леонтьева (1998) подтверждают, что наиболее оптимальной формой организации стоматологической службы является максимальное объединение специалистов в стоматологических поликлиниках.

А.В.Алимский с соавторами (1986) провели социологическое исследование с целью изучения уровня обращаемости населения за стоматологической помощью в зависимости от ряда факторов, в том числе, и от уровня её доступности. Этот метод исследования, по мнению авторов, позволяет определить структуру затрат времени, затрачиваемого пациентами на дорогу, на запись к врачу, на ожидание приёма и сам процесс лечения.

На необходимость совершенствования системы учёта труда врачей стоматологического профиля указывали В.К.Леонтьев, А.В.Алимский, В.Т.Шестаков. Авторы проанализировали динамику развития этого вопроса: с первых лет создания стоматологической службы нашего государства стояла задача поиска эквивалентного выражения объёма трудовых затрат, произведённых врачом при оказании лечебно-диагностической помощи населению и таким эквивалентом явилась трудовая единица.

А.В.Алимский (1983) впервые предложил в своей работе производить оценку труда врачей-стоматологов не по трудовым единицам, а по единицам трудоёмкости, т.е. в основу УЕТ закладывались не время (20 минут как по трудовой единице), а фактический объём выполненной работы врача за это время.

Началу перехода на экономические методы управления стоматологической службой посвящён целый ряд работ (Галкин Р.А., Стегунин С.И., Павлов В.В., 1990; Мичкаева В.И., 1991; Чупрунова И.Н., Киняпина И.Д., 1991). В последние годы изучаются и региональные особенности организации стоматологической помощи в условиях рыночных отношений.

1.8. Основные направления диссертационных работ, выполненных за последние годы в Дагестане

1. Анализ данных доступной литературы за последние годы по Дагестану показал отсутствие исследований по проблемам пародонтологии, по отдаленным результатам лечения кариеса зубов и его осложнений, а также в связи с этим потери зубов. По данной тематике имеется лишь одна публикация в центральной печати (Алимский А.В., Ахмедова Э.А., 2009), которая впоследствии вылилась в диссертацию Ахмедовой Э.А. на тему: «Структура осложнений после лечения кариеса, пульпита, периодонтита и сроки их появления». В ней указывается, что развитие стоматологической службы за последние годы, особенно в условиях рыночных отношений, выдвинуло на передний план вопросы повышения качества и эффективности стоматологической помощи населению (Алимский А.В., 2000, 2008; Трифонов Б.В., 2009; Родина Т.С., 2010). Все более высокие требования предъявляются населением к функциональной эффективности проводимого лечения и к его эстетической составляющей (Попова И.Н., 2007). Несвоевременное и некачественное лечение кариеса зубов приводит к распространению процесса и развитию воспаления пульпы зуба и периодонта.

Автор считает, что редко качество проводимого лечения проверяется спустя гарантийные сроки. Практически, оно не проверяется после окончания лечения. Проследить качество и эффективность стоматологической помощи, по его мнению, можно лишь путем длительного

динамического наблюдения за одним и тем же контингентом населения, ранее получавшим стоматологическую помощь.

Автор в своей работе поставил цель: определить частоту осложнений в отдаленные сроки после лечения кариеса, пульпита, периодонтита и оценить качество и эффективность оказания стоматологической помощи населению.

В связи с этим им были сформированы следующие задачи:

1. Изучить возрастно-половой состав населения, обращающегося за стоматологической помощью в стоматологические учреждения г. Махачкалы и г. Каспийска.

2. Выявить причины обращаемости населения за стоматологической помощью по данным стоматологических поликлиник г. Махачкалы и г. Каспийска.

3. Оценить частоту и клинические особенности осложнений в отдаленные сроки после лечения кариеса, пульпита и периодонтита.

4. Изучить сроки формирования осложнений после лечения кариеса, пульпита, периодонтита.

5. На основании проведенных исследований разработать критерии оценки качества стоматологической помощи и предложения, направленные на совершенствование стоматологической помощи городскому населению.

Автор сформулировал и основные положения, выносимые на защиту:

1. В структуре причин обращаемости за стоматологической помощью средний кариес составил 23,4%, пульпит - 30,8%, периодонтит - 6,1%, в сумме обращаемость по причине трех указанных заболеваний составила 60,3% от числа всех обратившихся.

2. Частота осложнений в отдаленные сроки после лечения кариеса, пульпита и периодонтита колеблется по стоматологическим поликлиникам. Осложнения через 2-3 года после лечения пульпита и периодонтита становятся причиной удаления зубов.

3. Разработанный и предложенный в диссертации индекс эффективности лечения стоматологических заболеваний позволяет оценить качество оказания стоматологической помощи в отдаленные сроки после лечения.

Для достижения цели и решения задач исследования была разработана программа исследования, которая предусматривала выбор и обоснование целесообразности избранных баз обследования стоматологических больных.

Материалы разрабатывались отдельно для пациентов Республиканской стоматологической поликлиники г. Махачкалы и муниципальной стоматологической поликлиники г. Каспийска, что позволило установить объем и особенности обращаемости населения за стоматологической помощью в указанных городах, приоритетность обращений и отдаленные результаты лечения по поводу каждого из указанных видов стоматологической патологии. Данные стоматологические учреждения являются многопрофильными лечебно – диагностическими центрами, оказывающими полноценную стоматологическую помощь всех видов, оснащены необходимым стоматологическим оборудованием, инструментарием и пломбирочными материалами и работают в рамках бюджетного, страхового, платного приема.

Как наиболее надежный метод сбора необходимой информации был проведен мониторинг лечения кариеса, пульпита, периодонтита. При этом проводилась выкопировка из амбулаторных карт стоматологических больных. С этой целью была применена специально разработанная для данного исследования унифицированная карта мониторинга. Она содержит в себе необходимые данные о стоматологическом учреждении, в котором проводился мониторинг, месте его расположения, а также данные о каждом конкретном пациенте (фамилия, имя, отчество, возраст), и о первичном диагнозе при обращении. Далее регистрировались сведения из дневника амбулаторной истории болезни о судьбе конкретного зуба, леченного при первичном обращении (с указанием методики лечения).

Формирование статистической совокупности осуществлялось посредством выборочного наблюдения. В исследование репрезентативно были включены материалы по оказанию стоматологической помощи 370 пациентам, получившим стоматологическую помощь. Анализ информации 1/3 (117 пациентов) части пациентов проводился путем непосредственного клинического обследования в течение трех лет. Проводилась также выкопировка данных из амбулаторных карт стоматологических больных.

Таким образом, были проанализированы амбулаторные карты 2500 стоматологических больных, из которых экспертному анализу на качество отдаленных результатов было подвергнуто 370 карт, в которых были выявлены осложнения после ранее проведенного лечения. Всего были изучены отдаленные результаты лечения 569 зубов. Так, в Республиканской стоматологической поликлинике г. Махачкалы в 2791 случае обращений было выявлено 428 случаев перелечивания зубов у 247 пациентов. В муниципальной стоматологической поликлинике г. Каспийска среди 689 случаев обращений в 141 случае у 123 пациентов наблюдались осложнения, что составляло соответственно 73,8% и 26,2%.

Данные о частоте нозологических форм стоматологической патологии получены методом мониторинга в стоматологических учреждениях городов Махачкала и Каспийск.

Как установлено, чаще всего население обращалось за стоматологической помощью по поводу лечения пульпита 175 (30,8%), дефектов пломб 151 (26,5%) и среднего кариеса 133 (23,4%). Что касается частоты обращений по отдельно взятым городам, то здесь наблюдается некоторая разница в показателях. Так, у 84,1% пациентов, обратившихся в стоматологические ЛПУ г. Махачкалы причиной обращения к стоматологу служили пульпит, средний кариес и дефекты пломб, в то время как у пациентов стоматологической поликлиники г. Каспийска по числу заболеваний преобладает пульпит, средний, глубокий кариес и периодонтит (88,7%).

Наиболее часто за стоматологической помощью обращались лица трудоспособного возраста от 20 до 49 лет. При этом можно отметить, что обращаемость женщин в этих возрастных группах была выше, чем мужчин. Минимальные уровни оказания стоматологических услуг населению приходились на возрастные группы 70 лет и старше.

Наиболее часто подвержены кариесу и его осложнениям первые моляры - 175 (30,8%), на долю второго моляра приходится 114 (20,0%) случаев, второго премоляра 108 (19,0%) случаев осложнений ($P < 0,05$). Менее всего поражаются клык 28 (4,9%) и боковой резец 17 (2,9%) ($P < 0,01$).

Наиболее результативным методом оценки качества и эффективности оказания стоматологической помощи является оценка результатов лечения в отдаленные сроки (спустя 2-3 года). Для оценки качества стоматологической помощи населению автором был предложен индекс эффективности лечения стоматологических заболеваний. Индекс эффективности лечения в Республиканской стоматологической поликлинике г. Махачкалы составил 84,7%, а в стоматологической поликлинике г. Каспийска - 77,0%.

В Республиканской стоматологической поликлинике частота осложнений в 1,5 раза меньше, во-вторых, если усреднить данные по двум поликлиникам, то у каждого 5-го стоматологического больного, получившего лечение в отдаленные сроки, можно наблюдать осложнения. По-видимому, частоту осложнений в поликлинике г. Махачкала следует признать условной временной нормой осложнений.

Одинаково часто в изученных учреждениях наблюдается такое осложнение, как периодонтит. А вот пульпит и удаление зубов у пациентов стоматологической поликлиники г. Каспийска наблюдались кратно чаще, чем у пациентов стоматологического ЛПУ г. Махачкалы. Что касается дефектов пломб и вторичного кариеса, то они встречались достоверно чаще ($P < 0,05$) у пациентов стоматологической поликлиники г. Махачкалы. Наибольшая средняя частота осложнений в отдаленные сроки после лечения приходится

на такие заболевания, как пульпит, дефект пломб и вторичный кариес, которые составляли основную долю осложнений - 79,9%.

По мнению автора, частота развития кариеса и его осложнений зависят от множества факторов: недостаточное соблюдение правил гигиены полости рта, нарушение слюноотделения, деформации прикуса и т.д. При этом необходимо учитывать возрастные, социальные, экономические и другие экзо - и эндогенные факторы риска.

Наибольший удельный вес осложнений у лиц обоего пола наблюдался в возрасте 20-39 лет (53,4%), наименьший - в возрасте 70 лет и старше (3,7%). Так, в возрасте до 40 лет такое осложнение как пульпит отмечалось в 57,0% случаях, удельный вес глубокого кариеса составил 71,4%, дефектов пломб – 64,2%, периодонтита – 50,0% и 78,9% случаев осложнений наблюдались в виде вторичного кариеса. Удаление зубов в данном возрастном промежутке составляло 50%.

Как было установлено, пульпит в качестве осложнения ранее проведенного лечения кариеса зубов можно было наблюдать через $31,5 \pm 3,8$ месяца, через $35,1 \pm 5,7$ месяца в ранее леченных кариозных зубах наблюдался периодонтит, а спустя $37,0 \pm 8,8$ месяца эти зубы удалялись.

Появление глубокого кариеса отмечалось через $24,6 \pm 5,3$ месяца, а дефектов пломб – через $28,8 \pm 3,7$ месяца. Что касается вторичного кариеса зубов, то в среднем он появлялся через $21,3 \pm 1,7$ месяца.

В ходе данного исследования оценивались и отдаленные результаты лечения зубов по поводу пульпита и периодонтита. Всего с этой целью были проанализированы данные о 175 случаях лечения по поводу пульпита.

Наибольшая частота осложнений в Республиканской стоматологической поликлинике (г. Махачкала) приходилась на дефекты пломб (69,2%), которые отмечались через $18,1 \pm 1,5$ месяца. Значительно меньшее количество ранее леченных пульпитных зубов перешли через $24,0 \pm 5,1$ месяца в такое осложнение, как периодонтит (10,0%), а 7,5% таких зубов через $24,3 \pm 5,5$ месяца оказались удаленными.

По данным стоматологического учреждения г. Каспийска, 1/4 часть леченных пульпитных зубов через $22,4 \pm 2,7$ месяца перешли в периодонтит, а 38,2% были удалены по поводу его осложнений спустя $25,8 \pm 3,1$ месяца. Максимальный удельный вес периодонтита и дефектов пломб отмечен в возрасте 20-29 лет. В возрасте 40-49 лет каждый четвертый зуб удалялся, а вторичный кариес наблюдался в каждом третьем случае в возрасте 30-39 лет.

По данным Республиканской стоматологической поликлиники (г. Махачкала) максимальный удельный вес осложнений приходится на дефекты пломб (63,6%), который отмечался спустя $19,8 \pm 3,8$ месяца. Через $20,6 \pm 2,9$ месяца из общего числа леченных периодонтитных зубов 27,3% были удалены. В муниципальной стоматологической поликлинике (г. Каспийск) удаление зубов происходило через $24,2 \pm 4,2$ месяца и составило 41,2% случаев. В каждом третьем случае спустя $20,0 \pm 5,6$ месяца наблюдались дефекты пломб. Следует отметить, что в 11,8% случаях у пациентов стоматологического ЛПУ г. Каспийска произошло обострение хронического периодонтита. Наибольшая средняя частота осложнений оказалась у дефектов пломб и удаления, что составило 86,7% случаев.

Максимальный удельный вес осложнений после лечения периодонтита наблюдался в возрасте до 40 лет (74,3%). Дефект пломб служил причиной осложнений в данном промежутке времени в 61,9% случаях, вторичный кариес отмечался в 66,6 % случаях. При этом наибольшая частота удаления зубов наблюдалась в возрастных группах 40-49 (23,0%) и 60-69 (30,8%).

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о серьезных недостатках в организации лечебного процесса в Республике Дагестан при лечении кариеса зубов, пульпита и периодонтита.

Однако, по мнению автора, применение индекса эффективности лечения стоматологических заболеваний позволяет выявить частоту осложнений после проведенного лечения, составить заключение об уровне профессиональной подготовки врача-стоматолога и качестве оказанной

стоматологической помощи, обоснованно принимать меры по повышению качества их работы.

Он также считает, что следует признать целесообразным пересмотреть сроки гарантий на лечение, которые сейчас составляют один год, в течение которого, как правило, не возникают какие-либо серьезные осложнения. Это в значительной степени повысит ответственность врачей за качество проводимых лечебных вмешательств. Особенно это важно в случае платного лечения, чтобы пациент был уверен в его качестве и в отдаленные сроки после лечения. В свою очередь, как полагает автор, пора уже пересмотреть принцип начисления заработной платы врачам и поставить его в зависимость не только от непосредственных, но и от отдаленных результатов лечения.

В числе эпидемиологических работ, выполненных в Дагестане, можно также сослаться на исследование Ж.А. Ашуева (2003), в котором дана сравнительная клинико-эпидемиологическая оценка патологии зубочелюстной системы в условиях Крайнего Севера и южного региона (Республика Дагестан) России. Анализ структуры индексов КПУ показал недостаточный объем оказания и высокую нуждаемость всех групп обследованных дошкольников и школьников Дагестана в различных видах поликлинической стоматологической помощи. В том числе, и в первую очередь – в лечении кариеса зубов и его осложнений.

Из других исследований можно остановиться на работе Э.А. Курбановой (2006), в которой дана клинико-эпидемиологическая характеристика о распространенности зубных отложений у населения Республики Дагестан. В структуре индекса КПУ у сельского населения, проживающего в горной климатогеографической зоне, компонент «К» в 1,5 превышает компонент «П». Число кариозных (3,4) и удаленных (6,0) зубов у сельских жителей выше, по сравнению с городскими (2,6 и 5,1 соответственно). Доля компонента «У» (удаленных зубов) у проживающих на равнине составила 45,07%, в горной зоне 47,46%, в предгорной -53,64%.

В работе Р.Курбанова (2012) рассматриваются вопросы более широкого внедрения на территории Республики методики ортопедического лечения на основе метода дентальной имплантации.

Приведенные данные литературы за последние годы в основном отражают результаты наиболее важных направлений диссертационных исследований по основным клинико-организационным проблемам. Однако, ни в одном из исследований не приводятся результаты изучения нуждаемости населения Дагестана в пародонтологической стоматологической помощи и происходящие потери в связи с этим собственных зубов. Отсутствие этих данных послужило обоснованием необходимости проведения настоящего исследования.

Глава II

Материалы и методика исследования

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования был выработан и реализован специальный методический подход. Суть его заключается в том, чтобы оценить уровень и структуру обращаемости преимущественно взрослого населения Дагестана за пародонтологической стоматологической помощью. Было признано целесообразным проводить подобные исследования на базе Республиканской стоматологической поликлиники. Пародонтологическая стоматологическая служба Республики находится в настоящее время фактически в состоянии становления и оказывается в основном в РСП-1.

Поскольку пародонтологическое отделение функционирует только в составе Республиканской стоматологической поликлиники, то это стало основанием для проведения настоящего исследования именно на данной базе. Более того, согласно существующему положению, утвержденному Министерством здравоохранения Республики Дагестан, за Республиканской стоматологической поликлиникой №1 законодательно закреплено также оказание консультативно-диагностической пародонтологической стоматологической помощи всему взрослому и детскому населению Республики Дагестан. В результате, Республиканская стоматологическая поликлиника №1 является основным координирующим центром, который не только отслеживает распространенность указанной патологии на территории Республики, но также контролирует и координирует деятельность региональных стоматологических организаций по наиболее эффективному оказанию на местах пародонтологической помощи населению.

Для того, чтобы полностью реализовать цель и поставленные задачи исследования с учётом всего комплекса вышеперечисленных факторов, последующая работа в методическом плане проводилась следующим образом. По специально разработанной форме (Приложение 1) путём

обработки фактических данных об обращаемости населения Дагестана за пародонтологической стоматологической помощью в РСЦП № 1 в течение 3-х лет (2010-2013 гг.) проведена выкопировка из первичной медицинской документации (учетная форма № 47/у). В результате было установлено количество и возрастно-половая структура обратившихся за пародонтологической стоматологической помощью пациентов разного пола и возраста. Поскольку обращения осуществлялись за эти годы практически однократно, оценивался средний суммарный уровень обращаемости за 1 год.

Вторая методическая особенность данного исследования заключалась в том, что в нем впервые клинически было обследовано также представительное число взрослого населения (преимущественно г. Махачкалы) с помощью эпидемиологических методов. При этом были заполнены «Карты осмотра полости рта» по методике ЦНИИС (А.И.Рыбаков, 1964). Затем произведена выкопировка из первичной медицинской документации тех же лиц и эти сведения путем алфавитизации были дополнены к данным эпидемиологических исследований. В результате был получен скрепленный сводный документ, который (карта осмотра и карта выкопировки) впервые позволяет не только оценить визуально состояние полости рта каждого конкретного пациента, обследованного по данной методике, но также сделать это в сравнении с фактическими показателями обращаемости его за пародонтологической стоматологической помощью.

Одновременно с этим оценивался объем оказанной пародонтологической помощи, по данным фактически сделанных посещений. Более того, удалось также выявить объем и структуру оказанной кариесологической помощи и самое главное, оценить удельный вес и динамику удалённых зубов, в числе которых были удаления не только по поводу заболеваний пародонта, но и, прежде всего, осложнений кариеса, что существенно уточнило стоматологический статус пациентов при обращении их за пародонтологической помощью.

Проведён также анализ структуры КПУ (по методике А.В.Алимского (1983) вылеченных зубов, и установлена доля осложнений кариеса зубов (пульпита и главное - периодонтита) в возрастно-половом аспекте. Сопоставление данных обращаемости за пародонтологической помощью с количеством сделанных посещений у лиц с кариесом и свободных от него, позволило оценить разницу этих показателей и определить среднюю кратность посещений у лиц разного пола и возраста, страдающих различной патологией.

Полученные в результате проведенного исследования, по указанной методике, данные были подвергнуты экспертной оценке, шифровке и статистической обработке по правилам общемедицинской статистики применительно к стоматологии (Г.В.Базиян, Г.А.Новгородцев, 1968).

2.1. Методика статистической обработки полученных данных

Изучение структуры индексов КПУ проводилось по методике А.В.Алимского (1983) с оценкой всех составляющих элементов данного показателя отдельно (К, Р, Х, П, У). При этом указанные показатели рассчитывались как в абсолютных величинах, так и в процентах к показателям индексов КПУ в повозрастном аспекте.

Обработка полученных данных предусматривала получение как средних величин (М), так и ошибок к ним ($\pm m$). Показатели распространенности кариеса зубов, заболеваний пародонта, а также нуждаемости в различных видах стоматологической помощи определяли в процентах к числу обследованных. Так, показатели распространенности кариеса зубов рассчитывались путем умножения числа лиц, страдающих кариесом зубов, на 100 и делением на число обследованных.

Величина КПУ определялась путем деления выявленных кариозных, пломбированных и удаленных зубов на число обследованных в соответствующей возрастной группе или в среднем на всех обследованных.

Интенсивность поражения кариесом зубов определялась методом вариационной статистики и рассчитывалась в среднем на 1 обследованного. Средняя величина (М) и ошибка к показателям индекса КПУ ($M \pm m$) также определялась с применением метода вариационной статистики. Ошибка (m) распространенности кариеса зубов и другой патологии оценивалась по формуле:

$$m = \pm \sqrt{\frac{p * q}{n}},$$

где p – изучаемый относительный показатель;

q – альтернативный показатель (100-p);

n – число наблюдений.

При изучении динамики пораженности и для оценки разницы средних величин применялась стандартная формула:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

Оценка достоверности имеющихся различий или их несущественность определяется по критерию t согласия Стьюдента. Различия считались достоверными по величине $t \geq 2$.

Полученные данные сведены в таблицы и представлены в соответствующих разделах настоящего издания.

Общий объем собранного и проанализированного материала превысил в результате 1000 наблюдений.

В целях элиминации возможных различий в численности обследованных применялся прямой упрощенный метод стандартизации (А.И.Рыбаков, Г.В.Базиян, 1973).

Полученные данные сведены в таблицы и представлены в соответствующих разделах настоящего исследования.

Глава III

Обращаемость взрослого населения Дагестана за пародонтологической помощью в Республиканскую стоматологическую поликлинику

3.1 Возрастно-половая характеристика изученного материала

В соответствии с целью и задачами исследования в течение 2010-2013 гг. проведено изучение материалов обращаемости взрослого населения Дагестана за пародонтологической стоматологической помощью в Республиканскую стоматологическую поликлинику №1 г. Махачкалы. Исследование проводилось в следующем направлении. Прежде всего, с помощью специальной учетной формы (Приложение 1) проанализированы данные выкопировки из первичной медицинской документации на лиц, обратившихся за лечением по поводу заболеваний пародонта (табл. 1).

Таблица 1

Численность и возрастно-половая структура пациентов, обратившихся за пародонтологической помощью в Республиканскую стоматологическую поликлинику (по данным выкопировки из первичной медицинской документации)

Возраст, лет	Местных			Приезжих			Всего		
	М	Ж	Оба пола	М	Ж	Оба пола	М	Ж	Оба пола
16-19	6	7	13	6	10	16	12	17	29
20-29	21	55	76	12	38	50	33	93	126
30-39	12	49	61	22	26	48	34	75	109
40-49	24	64	88	11	21	34	35	85	120
50-59	39	60	99	14	16	30	53	76	129
60 и старше	48	64	112	11	15	26	59	79	138
Всего	150	299	449	76	126	202	226	425	651

В их числе было 150 мужчин и 299 женщин из состава местного населения, т.е., родившегося и постоянно проживающего в г. Махачкале (всего 449 человек в возрасте от 16-19 до 60 и старше). Выделение этой

группы было обусловлено тем, что согласно эпидемиологическим исследованиям (Г.В.Базиян, Г.А.Новгородцев, 1968), при изучении показателей пораженности теми или иными стоматологическими заболеваниями необходимо, прежде всего, ориентироваться на коренное население. В противном случае невозможно будет использовать указанные статистические материалы для организации и планирования стоматологической помощи, прежде всего, коренным жителям в данном регионе.

Однако специфика настоящего исследования заключается в том, что мы намеренно в ходе исследования включили в него также группу приезжего населения, обратившегося в поликлинику за пародонтологической помощью. Среди них оказалось 76 лиц мужского пола и 126 человек из числа женского (всего 202 человека). Это позволило оценить также показатели обращаемости за пародонтологической помощью лиц, родившихся и постоянно проживающих в других районах Дагестана, но в силу тяжести выявленной у них патологии, были направлены в поликлинику на обследование и лечение из различных городов и регионов республики. Судя по численности приезжих, они составляют почти половину от числа коренного населения.

Таким образом, Республиканская стоматологическая поликлиника полностью оправдывает своё название, поскольку не только призвана, но и фактически оказывает пародонтологическую помощь (иногда, правда - только консультативную) всему населению республики.

Общая численность проанализированных материалов выкопировки составила, таким образом, 651 человек.

Как показали результаты этого анализа, наиболее часто обращаются за пародонтологической помощью, как среди местного, так и среди приезжего населения лица женского пола, численность которых практически в 2 раза превышает численность лиц мужского пола. Наиболее рельефно это можно наблюдать, если обратиться к таблице 2. Фактически данная тенденция

прослеживается как в отдельных возрастных группах, так и в целом на всех лиц, подвергавшихся изучению.

Таблица 2

Соотношение лиц разного пола, обратившихся
за пародонтологической помощью (в %)

Возраст, лет	Местных			Приезжих			Всего		
	М	Ж	Оба пола	М	Ж	Оба пола	М	Ж	Оба пола
16-19	46,2	53,8	100,0	37,5	62,5	100,0	41,4	58,6	100,0
20-29	27,6	72,4	100,0	24,0	76,0	100,0	26,2	73,8	100,0
30-39	19,7	80,3	100,0	45,8	54,2	100,0	31,2	68,8	100,0
40-49	27,3	72,7	100,0	32,4	61,8	100,0	29,2	70,8	100,0
50-59	39,4	60,6	100,0	46,7	53,3	100,0	41,1	58,9	100,0
60 и старше	42,9	57,1	100,0	42,3	57,7	100,0	42,8	57,3	100,0
Всего	33,4	66,6	100,0	37,6	62,4	100,0	34,7	65,3	100,0

Так, среди местных мужчин, обратившихся за пародонтологической помощью, наибольшее преобладание наблюдается в возрастных группах 16-19 (46,2%), 50-59 (39,4%) и 60 лет и старше (42,9%). Среди лиц женского пола наибольший пик обращаемости наблюдается в возрастных группах старше 20-29 лет. Так, в возрастной группе 30-39 лет доля женщин, в общей структуре обратившихся (среди местного населения) составила 80,3%, 40-49 лет - 72,7%, 50-59 лет – 60,6% и 60 лет и старше – 57,1%.

Среди приезжих жителей Дагестана, обратившихся за пародонтологической стоматологической помощью, данное соотношение среди мужчин и женщин становится несколько иным и постепенно сглаживается, по-видимому, в связи с тем, что лицам женского пола сложнее добираться до города Махачкалы из отдаленных районов республики. Но и всё равно соотношение мужчин и женщин в целом на весь указанный контингент составляет, соответственно, 37,6 % и 62,4 %.

Представленные данные убедительно свидетельствуют о том, что лица женского пола более активно обращаются за стоматологической и, в том числе, пародонтологической помощью, что, в числе прочего, указывает на их

большую санитарную грамотность, что полностью соответствует данным литературы (А.В.Алимский, 2012).

Впервые в ходе настоящего исследования был применён также другой методический приём, когда, помимо выкопировки из первичной медицинской документации, было проведено также в 2012 г. клинико-эпидемиологическое обследование 92 человек из состава местных жителей в возрасте от 16-19 до 60 лет и старше (табл. 3), страдающих не только заболеваниями пародонта, но и кариесом зубов, т.е. был обследован обычный контингент РСП-1.

Таблица 3

Численность и возрастная структура обследованных с заболеваниями пародонта, страдающих также кариесом зубов (абс. и в %)

Возраст, лет	абс.	в %
16-19	11	12,0
20-29	29	31,5
30-39	13	14,1
40-49	16	17,4
50-59	10	10,9
60 и старше	13	14,1
В среднем (стандарт. показатели)	92	100,0

Иными словами, первоначально были обследованы указанные лица, на которых были заполнены «Карты осмотра полости рта», разработанные Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии МЗ СССР (А.И.Рыбаков, 1964). Их обработка проведена в соответствии с методикой, предложенной институтом. После этого проведен анализ архивного материала РСП №1 и путём алфавитизации найдены первичные документы на тех же лиц. Указанные документы «Карты осмотра полости рта» и материалы обращаемости каждого конкретного лица за пародонтологической стоматологической помощью были скреплены и, в дальнейшем проводилась их обработка и анализ с учетом цели и задач настоящего исследования.

Анализ возрастной структуры собранных сводных данных показал, что наибольший удельный вес в общем числе обследованных (в %), имеют лица в возрасте 20-29 лет (31,5%) и 40-49 лет (17,4%).

Кроме того, изучено 246 лиц приезжих жителей г. Махачкалы (табл. 4). В том числе по данным выкопировки из первичной медицинской документации – 204 человека и по данным осмотра и выкопировки - 42 человека.

Дальнейший анализ, в первую очередь, проводился среди пациентов, родившихся и постоянно проживающих в г. Махачкале.

Таблица 4

Численность приезжего населения г. Махачкалы, обследованного в 2012г. и вошедшего в исследование

Возраст, лет	Число обследованных		Всего изученных документов приезжих лиц
	По данным выкопировки	По данным осмотра и выкопировки	
16-19	1	6	7
20-29	16	5	21
30-39	48	7	55
40-49	34	10	44
50-59	30	2	32
60 и старше	26	3	29
Всего (стандарт. показатель)	204	42	246

Общая численность собранного и проанализированного материала (карт обследования и выкопировки) составила около 1000 наблюдений, что позволяет считать его вполне репрезентативным.

3.2. Фактические данные обращаемости за пародонтологической помощью лиц разного пола, страдающих также кариесом, и свободных от него.

В соответствии с методикой исследования основной массив информации был изучен и проанализирован путём оценки показателей обращаемости за пародонтологической помощью лиц, страдающих заболеваниями пародонта. Выкопировка указанных данных проведена из первичных документов (амбулаторных карт стоматологического больного). В результате, прежде всего, получена информация о возрастно-половой структуре и кратности обращений по поводу лечения заболеваний пародонта коренного и приезжего населения (причем, прежде всего, среди местных жителей г. Махачкалы) обратившихся в РСП №1.

В таблице 5 отражена численность лиц с кариесом и свободных от него, обратившихся в РСП №1, а также с заболеваниями пародонта, из состава местного населения.

Таблица 5

Численность лиц разного пола и возраста, обратившихся за пародонтологической помощью в РСП-1 и их структура по нозологии (абс. и в %)

Возраст, лет	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	Без кар.	С кар.	Всего	Без кар.	С кар.	Всего	Без кар.	С кар.	Всего
16-19	3	3	6	7	-	7	10	3	13
20-29	14	7	21	23	32	55	37	39	76
30-39	8	4	12	30	19	49	38	23	61
40-49	11	14	25	25	39	64	36	53	89
50-59	7	32	39	18	42	60	25	74	99
60 и старше	11	37	48	12	52	64	23	89	112
Всего	54	97	151	115	184	299	169	281	450
в %	35,8	64,2	100,0	38,5	61,5	100,0	37,6	62,4	100,0

Как установлено, основным профилем обращения и проведенных лечебных мероприятий явилось лечение заболеваний пародонта. Причём только лечение пародонта касалось 35,8% лиц мужского пола и 38,5% лиц

женского пола. В целом на всех обследованных только заболевания пародонта, согласно полученным данным, лечили 37,6% лиц (из 450 чел.), обратившихся к пародонтологу. Тем не менее, как впервые было установлено в ходе настоящего исследования, основную массу обратившихся составляли лица, у которых, наряду с заболеваниями пародонта, имелись также кариозные зубы, которые подвергались лечению в поликлинике одновременно с лечением заболеваний пародонта. Причём их оказалось абсолютное большинство. Так, среди мужчин таковых оказалось 64,2%, а среди женщин – 61,5%. Оценка тех же показателей на лиц обоего пола показала, что численность таких пациентов и их доля в общей структуре обратившихся за пародонтологической помощью составила 62,4%.

Следует отметить, что полученные данные, прежде всего, уточнили фактический стоматологический статус обращающихся, и позволяют оценить численность и долю пациентов, не страдающих кариесом зубов, что даёт возможность более правильно оценить фактическую распространённость заболеваний пародонта среди обращающихся за стоматологической помощью. Это позволяет также более точно оценивать нуждаемость в оказании пародонтологической помощи и более обосновано планировать трудозатраты врачей-пародонтологов. Следует также отметить, что, поскольку специальность “врач-пародонтолог” пока официально не утверждена (однако во многих крупных стоматологических организациях как государственной, так и частной сети здравоохранения такие специалисты все же имеются), есть они и в пародонтологическом отделении РСП №1.

Между тем, поскольку нет утвержденной номенклатуры, нет также до сих пор и норм их нагрузки, за исключением предложенной МЗ СССР от 28.01.1988 г. Приказом № 50, согласно которому врач-стоматолог должен выработать при 5-дневной рабочей неделе 25 единиц трудоёмкости (УЕТ) в день. Поскольку номенклатура пародонтолога ещё не утверждена, то пародонтологическим приемом в большинстве стоматологических медицинских организаций страны занимаются фактически терапевты. В

связи с этим, они осуществляют своеобразный «смешанный приём» (как кариесологический, так и пародонтологический). Поэтому детальное ознакомление с выкопировочными данными показало, что большинству пациентов, обратившихся за пародонтологической помощью в РСП-1, оказывалось также лечение кариеса зубов и его осложнений. Более того, осуществлялась определенная, (и надо отметить - весьма значительная) работа по удалению зубов, причем не только вследствие осложнений течения заболеваний пародонта, но и осложнений кариеса зубов. И хотя в записях выкопировочных данных значилось в большинстве случаев, что на лечение кариеса зубов пациент направлялся к терапевту, а на удаление - к хирургу, по значительному числу документов всё же можно было судить о том, что и пародонтологи принимали активное участие в лечении кариеса зубов и его осложнений.

Надо отметить, что само по себе это не является каким-то нарушением, поскольку все это входит в компетенцию врача-стоматолога, однако при наличии врачей - пародонтологов и пародонтологических отделений желательно, чтобы такая работа осуществлялась в соответствующих специализированных подразделениях поликлиник. Тем самым (особенно при лечении осложнений кариеса зубов, связанных с пломбированием каналов) лучше, если эту работу будут выполнять профильные специалисты и эндодонты.

В то же время, поскольку большинство врачей стоматологов-терапевтов в нашей стране выполняют также функции пародонтологов необходимо пока сохранить за последними данные расширенные функции.

Для того, чтобы более четко оценивать и учитывать работу именно пародонтологов мы предлагаем ввести новую унифицированную «Учётно-отчётную форму по оценке работы врача-пародонтолога» (Приложение 2). Её утверждение и последующее внедрение в стоматологических организациях России позволит более полно и достоверно учитывать объёмы фактически

проведенной работы именно врача-пародонтолога (терапевта, в случае если последний также проводит пародонтологический приём).

Причём впервые предлагается оценивать работу врача по следующим трем основным позициям: диагностическая, лечебная и профилактическая работа. Поскольку на большинстве территорий Российской Федерации осуществляется учёт работы по посещениям, а также, несмотря на запрет - и по единицам трудоемкости, то данная Учётно-отчётная форма позволяет это делать в полной мере. Её можно также использовать и при оценке работы врачей терапевтического профиля.

Форма рассчитана на компьютерную обработку, что позволяет заполнять её в конце рабочего дня по данным из амбулаторных историй болезни по кодам, с последующей машинной обработкой за день, месяц или год работы врача.

Таким образом, указанную работу может и, с нашей точки зрения, должен выполнять врач и контролировать специалист из страховой компании, находящийся возможно в штате или вне штата стоматологической организации. В результате это даст возможность не только повысить точность и достоверность учёта работы каждого конкретного врача-стоматолога, но также детальнейшим образом отражать её объём, и в определенной мере - ее качество. Это, в конечном итоге, скажется на повышении эффективности оказываемой населению стоматологической (и, в том числе, пародонтологической) помощи. Возможно, в будущем это следует учитывать и при начислении заработной платы врача.

Однако, поскольку такая форма ещё не утверждена, то пока оценивать работу пародонтолога достаточно сложно, особенно если к тому же не указываются длительность и трудоемкость курсов проводимого им лечения. Поэтому даже с использованием экспертной оценки, приведенной в данном исследовании, не всегда удавалось точно отслеживать количество сделанных к пародонтологу посещений. Наиболее достоверные данные удалось получить лишь путем оценки указанных показателей у лиц без кариеса, т.е.

тех, которые приходили только на пародонтологический прием и не нуждались в лечении кариеса зубов и его осложнений. Особенно наглядно это можно наблюдать, сопоставляя данные, приведенные в таблице 6.

Таблица 6

Сравнительные данные числа посещений пародонтологов лицами разного пола и возраста с заболеваниями пародонта, страдающих и не страдающих также кариесом зубов (абс. и в %)

Возраст, лет	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	Без кар.	С кар.	Всего	Без кар.	С кар.	Всего	Без кар.	С кар.	Всего
16-19	14	9	23	34	-	34	48	9	57
20-29	111	55	166	136	205	341	195	260	455
30-39	53	18	71	189	118	307	242	136	378
40-49	69	55	124	169	242	411	238	297	535
50-59	52	83	135	115	192	307	167	275	442
60 и старше	68	145	213	73	184	257	141	329	470
Всего	367	365	732	716	941	1657	1083	1306	2389
в %	50,1	49,9	100,0	43,2	56,8	100,0	45,3	54,7	100,0

Всего за изучаемый период было сделано к пародонтологам 2389 посещений, из которых 1083 лицами без кариеса (только страдающих заболеваниями пародонта), а также 1306 посещений лицами, страдающими и теми и другими заболеваниями.

Аналогичная тенденция наблюдается также у лиц разного пола. Среди мужчин лица, страдающие только заболеваниями пародонта, составили в общей структуре обратившихся данного пола 50,1%, а страдающие также кариесом – 49,9%. Среди лиц женского пола те же показатели составили, соответственно, 43,2% и 56,8%. Из этого следует, что практически 2/3 обращений за пародонтологической помощью осуществляют лица, страдающие не только заболеваниями пародонта, но также кариесом зубов и его осложнениями, по поводу которых они также получают стоматологическую помощь в РСЦ №1.

Выявленные определенные дефекты в оформлении первичной медицинской документации не позволяют в полной мере оценивать

продолжительность курсов пародонтологического лечения в основном у лиц, страдающих также кариесом зубов. Тем не менее, благодаря экспертной оценке и весьма полной информации в составе «чисто пародонтологических» пациентов, позволили установить довольно интересные закономерности (табл. 7). В ней представлены фактические данные о числе посещений и возрастно-половые различия в среднем числе сделанных посещений к пародонтологам лицами с кариесом и свободных от него.

Таблица 7

Возрастно-половые различия в среднем численности посещений пародонтолога лицами с кариесом и свободных от него (в абс. величинах)

Возраст, лет	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	Без кар.	С кар.	Всего	Без кар.	С кар.	Всего	Без кар.	С кар.	Всего
16-19	4,7	3,0	3,8	4,9	-	4,9	4,8	3,0	4,4
20-29	7,9	7,9	7,9	7,2	6,4	6,2	5,3	6,7	6,0
30-39	6,6	4,5	5,9	6,3	6,2	6,3	6,4	5,9	6,2
40-49	6,3	3,9	5,0	6,8	6,2	6,4	6,6	5,6	6,0
50-59	7,4	2,6	3,5	6,4	4,6	5,1	6,7	3,7	4,5
60 и старше	6,2	3,9	4,4	6,1	3,5	4,0	6,1	3,7	4,2
В среднем	6,8	3,8	4,9	6,2	5,1	5,5	6,4	4,7	5,3

Так, среди лиц мужского пола продолжительность курсов лечения заболеваний пародонта у пациентов, обратившихся за пародонтологической помощью, составила в среднем на одного обследованного всех возрастных групп 6,8 или практически 7 посещений. В то же время у лиц, одновременно лечивших кариес зубов и его осложнения, всего 3,8 посещений пародонтолога. Все это свидетельствует о том, что основной причиной и мотивацией врача являлось не лечение заболеваний пародонта, а кариеса зубов и его осложнений.

Определенные различия выявлены также у женщин. Так, курс лечения у пародонтолога лицами женского пола составил в расчёте на 1 пациента без кариеса в среднем 6,2 посещения, а с кариесом - 5. Тем не менее, лица с кариесом посещают пародонтолога несколько дольше, чем мужчины. Скорее

всего, это происходит за счёт того, что им необходимо более объемное и длительное лечение по поводу кариеса зубов и его осложнений, из-за большей, чем у мужчин, пораженности кариесом зубов.

В результате, согласно полученным данным, рассчитанным на оба пола, среднее число посещений на курс лечения у пародонтолога составило, по данным экспертной оценки, у лиц без кариеса 6,4, а с кариесом - 4,7, что дало в среднем 5,3 посещений на курс лечения у пародонтолога.

Как уже отмечалось выше, из полученных выкопировочных данных не всегда понятно: занимались ли пародонтологи также лечением кариеса зубов, или осуществляли лишь чисто пародонтологический приём. В то же время в полученном материале было вполне достаточно данных для того, чтобы оценить не только объём оказанной пародонтологической помощи, выраженной числом проведенных курсов и их продолжительности, но также (причём наиболее точно) - в числе проведенных манипуляций по поводу лечения в Республиканской поликлинике кариеса зубов и его осложнений.

3.3 Объём оказанной стоматологической помощи по поводу лечения кариеса зубов и его осложнений, включая удаления зубов у лиц, обратившихся изначально за пародонтологической помощью.

Данные выкопировки из первичной медицинской документации позволили наиболее полно отразить указанную часть проведенной врачами работы. В результате были учтены не только все посещения, связанные с лечением зубов, но также отражено их общее количество по различным нозологиям (кариес, пульпит, периодонтит, удаления). При этом проведен детальный анализ не только общего количества вылеченных зубов по поводу кариеса зубов и его осложнений, но также с дифференциацией их по таким важнейшим составляющим показателям как кариес (дефекты пломб), пульпиты, периодонтиты, запломбированные зубы и главное - удаленные

зубы. Причём, что очень важно, впервые дана оценка полученных данных с учетом возраста и пола обследованных (табл. 8).

Таблица 8.

Число и доля (в %) лечёных зубов у лиц разного пола, изначально обратившихся по поводу заболеваний пародонта

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Оба пола
16-19	14	-	14
20-29	27	172	199
30-39	11	128	138
40-49	46	195	241
50-59	154	179	333
60 и старше	152	224	376
Всего	403	898	1301
в %	31,0	69,0	100,0

Всего у данной группы пациентов подвергался лечению 1301 зуб, в том числе 403 у мужчин и 898- у женщин. В результате, как хорошо видно, не только по уровню обращаемости в стоматологическое учреждение, но и по количеству лечёных зубов, женщины более чем в 2 раза превышают (69,0%) показатели, выявленные среди представителей мужского пола (31,0%).

Естественно, что для оценки эффективности и качества оказываемой пародонтологической помощи наиболее существенное значение имеет анализ количества и доли удаленных зубов у лиц, страдающих заболеваниями пародонта (табл. 9).

Таблица 9

Доля удалённых зубов в общей структуре лечёных зубов у лиц с заболеваниями пародонта (в %)

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Оба пола
16-19	-	-	-
20-29	-	4,1	3,5
30-39	27,3	9,4	7,5
40-49	54,3	31,3	35,7
50-59	39,0	63,7	52,3
60 и старше	65,1	58,5	61,2
В среднем	46,4	36,2	39,4

В ней представлена доля удаленных зубов, в общей структуре лечившихся у лиц, страдающих заболеваниями пародонта, а также их динамика в возрастном-половом аспекте. Так, первые удаления зубов у женщин зарегистрированы в ходе выкопировки из первичной медицинской документации поликлиники уже в возрасте 20-29 лет (4,1%). Среди мужчин первые удаления зарегистрированы в более старшей возрастной группе (30-39 лет – 27,3%).

С возрастом количество удаляемых зубов растет (табл. 10) в арифметической прогрессии и достигает наибольшего значения в возрастной группе 60 лет и старше (соответственно 131 удаленный зуб у женщин и 99 – у мужчин). Общее число удаленных зубов у лиц обоего пола составило 512, причём у женщин их доля практически в 2 раза выше (63,5%), чем у мужчин (36,5%).

Таблица 10

Возрастно-половая динамика удалений зубов у лиц,
страдающих заболеваниями пародонта (абс. и в %)

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Оба пола
16-19	-	-	-
20-29	-	7	7
30-39	3	12	15
40-49	25	61	86
50-59	60	114	174
60 и старше	99	131	230
Всего	187	325	512
в %	36,5	63,5	100,0

Весьма существенный интерес представило изучение доли удаленных зубов в общей структуре леченых зубов у лиц, изначально обратившихся в поликлинику с заболеваниями пародонта (табл. 11). Здесь наблюдается иная картина: мужчины чаще удаляли зубы, чем лечили их (доля удаленных зубов, в общей структуре лечившихся, составила у них 46,4%). Доля удаленных зубов у женщин составила, соответственно 36,2% по отношению к общему числу лечившихся зубов. Полученные данные убеждают в том, что у лиц,

страдающих заболеваниями пародонта, довольно значимыми до сих пор остаются удаления зубов в качестве одного из важных, но вынужденных лечебных процедур. Тем самым, подтверждается общеизвестный факт о том, что ... «заболевания пародонта прекращаются только тогда, когда удаляется последний зуб». Однако это, несомненно, указывает и на определенные дефекты оказания пародонтологической стоматологической помощи в Дагестане. Более того, это нередко свидетельствует о дефектах не всегда своевременной и полной диагностики указанных заболеваний, порой несвоевременного и неэффективного лечения. Всё это является результатом полного отсутствия на сегодня диспансерной и профилактической работы в Дагестане.

Таблица 11

Доля удалённых зубов в общем числе лечёных зубов
у лиц разного пола с заболеваниями пародонта (в %)

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Оба пола
16-19	-	-	-
20-29	-	4,1	3,5
30-39	27,3	9,4	7,5
40-49	54,3	31,3	35,7
50-59	39,0	63,7	52,3
60 и старше	65,1	58,5	61,2
В среднем	46,4	36,2	39,4

Чаще всего удалённые зубы, как видно из материалов таблицы, впервые встречаются у лиц обоего пола с заболеваниями пародонта в возрасте старше 30 лет. Начиная с этого возраста, их доля в структуре лечёных зубов закономерно нарастает с 7,5% в возрасте 30-39 лет, до 61,2% (т.е. почти в 10 раз!). В среднем на всех обследованных она достигает 39,4% от всех лечёных зубов. Причём чаще всего подлежат удалению (46,4%) зубы у лиц мужского пола с заболеваниями пародонта. Среди женщин тот же показатель не превышает 36,2%, что косвенно указывает на то, что женщины более ответственно относятся к своему здоровью и лечению собственных зубов и реже допускают их удаления.

Предложенная учётно-отчётная документация позволяет устранить указанные недостатки. Однако и существующая документация и неукоснительный порядок её оформления позволяют (хотя и не без дефектов) оценивать фактические данные удаленных зубов (в расчете на 1 обратившегося с заболеваниями пародонта) в общем числе обратившихся лиц, страдающих заболеваниями пародонта. Причем это впервые сделано с дифференцировкой по соответствующим возрастным группам, а также у лиц разного пола.

Как установлено, в среднем на каждого пациента, обращающегося по поводу лечения заболевания пародонта, удаляется не менее одного зуба. Причём у мужчин несколько больше (1,2), чем у женщин (1,1). Выявлена несомненная возрастная динамика роста указанных показателей. В возрасте от 30 до 60 лет и старше как у мужчин, так и у женщин, количество удаленных зубов многократно возрастает по мере увеличения возраста обследованных и достигает у мужчин в возрасте 60 лет и старше 2,1, а у женщин - 2,0.

Таким образом, полученные данные существенно дополнили сведения о доле удаляемых зубов у лиц с заболеваниями пародонта, значительная часть из которых удаляется не по поводу основного заболевания, а в результате осложнений кариеса зубов.

Весьма малочисленную группу в структуре лечившихся зубов, составляли периодонтиты, которые в основном направлялись пародонтологами на удаление или в редких случаях - на лечение к терапевту.

Методика настоящего исследования позволила также изучить долю зубов с пульпитом у лиц с заболеваниями пародонта в общем объеме лечёных зубов. Их численность с дифференциацией по полу и возрасту обследованных отражена в таблице 12.

Таблица 12

Численность и доля (в %) зубов с пульпитом к общему числу леченных зубов у лиц, обратившихся по поводу лечения заболеваний пародонта

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
16-19	2	14,9	-	-	2	14,3
20-29	18	66,7	60	34,9	78	39,2
30-39	3	27,3	98	76,6	101	73,2
40-49	10	21,7	47	24,1	57	23,7
50-59	40	26,0	37	20,7	77	23,1
60 и старше	24	15,8	58	25,9	82	21,8
Всего	97	24,1	300	37,6	397	30,5

Всего, согласно данным выкопировки, было пролечено 397 зубов с диагнозом «пульпит», в том числе 97 у мужчин, 300 среди женщин. При этом не выявлено какой-либо возрастной динамики указанных показателей, что свидетельствует о достаточно высокой спонтанности указанных заболеваний, в наибольшей степени зависящих от уровня обращаемости населения за стоматологической помощью (вернее - её своевременности). Кроме того, нельзя не учитывать и общего отношения пациента к профилактике, своевременному лечению и к общему состоянию своего здоровья.

Многokратное возрастание указанных заболеваний у женщин, скорее всего, связано с несвоевременным лечением ими кариеса зубов, а также вообще поздним обращением за стоматологической помощью. Совершенно очевидно, что с учетом особенностей культуры и быта мусульманской республики женщины не всегда охотно и своевременно обращаются за медицинской, и, в том числе, стоматологической помощью, а мужчины в основном предпочитают удаление лечению собственных зубов. В результате такой специфики и менталитета местного населения доля зубов с пульпитом в общей структуре пролеченных зубов среди мужчин составила 24,1%, а среди женщин – более чем 1/3 (37,6%).

Полученные данные являются основанием для определения более четких и обоснованных маркетинговых подходов к определению нуждаемости

обследованных в лечении осложнений кариеса зубов. Это указывает на необходимость организации также системного и комплексного подхода к лечению пародонтологических больных, которым, как выяснилось, необходимо организовывать оздоровительные мероприятия не только по поводу основного заболевания – пародонтита, но и (из-за довольно высокой потребности пациентов в лечении) кариеса зубов и его осложнений. В ходе исследования установлено среднее количество зубов с пульпитом в расчёте на 1 пациента, обратившегося по поводу лечения заболеваний пародонта.

Как в целом на всех обследованных, так и на представительниц женского пола приходится не менее одного зуба с данным заболеванием. Среди мужчин данный показатель намного меньше (0,6).

Явных возрастных особенностей данных показателей, однако, не обнаружено: частота встречаемости пульпита в целом не зависела от возраста обследованных. В результате в лечении указанной патологии нуждаются все возрастно-половые группы населения, в том числе - страдающие заболеваниями пародонта, причем, как выяснилось, в достаточно высокой степени.

Таким образом, проведенный анализ материалов выкопировки из первичной медицинской документации Республиканской стоматологической поликлиники №1 показал не только текущее состояние пародонтологической помощи взрослому населению г. Махачкалы, но и необходимость в лечении (причем в довольно большом объеме) других стоматологических заболеваний. Правильная интерпретация и учет полученных данных в процессе совершенствования организации лечебной работы РСП-1 позволяют более обосновано и целенаправленно распределять силы и средства, а также материально-технические и кадровые ресурсы данной медицинской организации.

В конечном итоге, это позволит существенно нарастить объемы и повысить качество всех видов стоматологической и, в том числе, - пародонтологической помощи.

Глава IV

Показатели пораженности кариесом зубов взрослого населения Дагестана, обратившихся за пародонтологической стоматологической помощью.

Исследование показало, что наиболее целесообразно изучить заболевания пародонта не только изолированно, но одновременно с уровнем пораженности пациентов кариесом и его осложнениями, поскольку, как выяснилось, они достаточно тесно взаимосвязаны. Поэтому на определенную группу лиц (92 человек) в возрасте от 16-19 до 60 лет и старше были одновременно заполнены «Карты осмотра полости рта» (разработанные в ЦНИИС, А.И.Рыбаков, 1964), а также выкопировочные анкеты для оценки материалов, хранящихся в амбулаторных картах больных стоматологического профиля. Причём, как уже отмечалось в главе «Материалы и методы исследования», указанные документы путем алфавитизации были скреплены на одно и то же лицо. В результате впервые представилась возможность сопоставить и проанализировать как данные осмотров пародонтологических больных, так и обращаемости за данным видом специализированной стоматологической помощи.

4.1. Результаты клинико-эпидемиологических обследований 92 больных, страдающих заболеваниями пародонта одновременно с кариесом зубов.

В ходе обследования пациентов установлено, что показатели пораженности кариесом зубов у лиц, обратившихся за пародонтологической стоматологической помощью в РСП-1, достигают довольно значительной величины (табл. 13).

Таблица 13

Показатели пораженности кариесом зубов местных жителей г. Махачкалы, страдающих заболеваниями пародонта ($M \pm m$).

Возраст, лет	Распространенность кариеса (в % к числу обследованных)	Индекс КПУ (в среднем на 1 обследованного)
16-19	100,0	5,18±0,68
20-29	93,10±4,70	4,86±0,41
30-39	92,31±7,38	9,62±0,86
40-49	100,0	6,81±1,33
50-59	100,0	10,60±1,02
60 и старше	100,0	14,92±1,07
В среднем (стандарт. показатели)	97,57±1,60	8,67±0,30

Так, по распространённости кариеса зубов средние стандартизированные показатели составили $97,57 \pm 1,60\%$. Причем 100% уровень поражаемости кариесом наблюдается в большинстве возрастных групп, за исключением 20-29 лет ($93,10 \pm 4,70\%$) и 30-39 лет ($92,31 \pm 7,38\%$). Таким образом, реально можно наблюдать степень поражённости кариесом зубов лиц, страдающих заболеваниями пародонта.

Средняя интенсивность поражения в расчёте на всех обследованных (92 человека) составила $8,67 \pm 0,30$ (стандартизированный показатель). Интенсивность кариеса закономерно нарастает по мере увеличения возраста обследованных, что также соответствует данным литературы (Г.В.Базиян, Г. А. Новгородцев, 1968; А.И.Рыбаков, Г.В.Базиян, 1973). Единственным исключением являются возрастные группы 16-19 лет ($5,18 \pm 0,68$), 20-29 лет ($4,86 \pm 0,41$) и 30-39 лет ($9,62 \pm 0,86$). Это связано с неодинаковой численностью обследованных. Однако проведенная нами стандартизация прямым методом (А.И.Рыбаков, Г.В.Базиян, 1973) позволила в значительной степени нивелировать различия в численности обследованных.

Согласно полученным данным, отмечается в целом довольно высокий уровень интенсивности поражения, который, однако, существенно ниже, чем например, в средней полосе Российской Федерации. Так, у жителей г.

Москвы средняя интенсивность поражения кариесом зубов лиц в возрасте 20 лет и старше находится в пределах КПУ = 16,0 пораженных кариесом зубов (А.В.Алимский, 2012). При этом, однако, следует учитывать, что указанные данные получены у лиц, заведомо обратившихся за стоматологической помощью, поэтому по отношению к чисто эпидемиологическим данным (например, на всю популяцию взрослого населения), они могут быть несколько завышенными.

Для организации стоматологической помощи, а также оценки объёма потребности в различных видах стоматологической помощи и степени её удовлетворения на момент обследования необходимо было также изучить структуру КПУ обследованных лиц, которую мы провели по методике А.В.Алимского (1983).

В результате в методическом плане детальному анализу были подвергнуты итоговые показатели по таким составляющим, как кариозные зубы, подлежащие лечению (элемент «К»), осложнения кариеса зубов, подлежащие лечению (элемент «Р»), осложнения кариеса зубов, подлежащие удалению (элемент «Х»), которые характеризуют объёмы необходимой стоматологической помощи.

Определена также доля запломбированных зубов к моменту обследования (элемент «П»), а также удалённых зубов (элемент «У»). Последние два показателя наиболее полно характеризуют не только объёмы ранее оказанной стоматологической помощи, но также отражают их структуру. Особенно важен в этом отношении (особенно при обследовании лиц с заболеваниями пародонта) показатель удалённых зубов в соответствующих возрастных группах, а также в целом на всех обследованных. Он даёт (наряду с элементом «Х») наиболее полное представление о количестве «утраченных» (Г.В.Базиян, 1965) зубов лицами с заболеваниями пародонта.

В результате были получены впервые в Дагестане данные о структуре КПУ в среднем на всех обследованных местных жителей г. Махачкалы,

страдающих заболеваниями пародонта, а также одновременно и кариесом зубов, которые представлены в таблице 14.

Таблица 14

Структура КПУ местных жителей г. Махачакалы, страдающих
заболеваниями пародонта и одновременно кариесом зубов
(в абсолютных величинах)

Возраст, лет	К	Р	Х	П	У	КПУ
16-19	2,82	1,36	-	0,64	0,36	5,18
20-29	2,21	0,69	0,10	1,66	0,21	4,86
30-39	2,38	1,00	0,31	4,54	1,39	9,62
40-49	0,63	0,44	0,13	3,63	2,00	6,81
50-59	1,60	1,10	0,10	6,10	1,70	10,60
60 и старше	1,00	1,80	0,15	2,31	10,38	14,92
В среднем (стандартиз. показатели)	1,77	0,95	0,13	3,15	2,67	8,67

Как хорошо видно, основную массу в структуре КПУ составляют именно два последних элемента (пломбированные и удаленные зубы). Если первый показатель в наибольшей степени характеризует объем и качество уже оказанной стоматологической помощи, то второй – в определенной (но в весьма значительной) степени - её недостатки.

Для большей наглядности те же показатели представлены в процентном выражении (табл. 15).

Таблица 15

Структура КПУ местных жителей г. Махачакалы, страдающих
заболеваниями пародонта и одновременно кариесом зубов
(в % к величинам КПУ)

Возраст, лет	К	Р	Х	П	У	КПУ
16-19	54,4	26,3	-	12,4	7,0	100,0
20-29	45,5	14,2	2,1	34,2	4,3	100,0
30-39	24,7	10,4	3,2	47,2	14,4	100,0
40-49	9,3	6,5	1,9	53,3	29,4	100,0
50-59	15,1	10,4	0,9	57,5	16,0	100,0
60 и старше	6,7	7,2	1,0	15,5	69,6	100,0
В среднем (стандарт. показатели)	26,0	12,5	1,5	36,7	23,5	100,0

В результате выявлен довольно большой объём потребности обследованных жителей г. Махачкалы в лечении кариеса зубов, доля которого в структуре КПУ достигает 26,0%. Довольно высок также удельный вес осложнений кариеса зубов, нуждающихся в лечении (12,5%), а также осложнений кариеса зубов, нуждающихся в удалении (1,5%). Доля пломбированных зубов среди обследованных составила 36,7%, т.е. немногим более чем 1/3 от структуры КПУ. Безусловно данный показатель нуждается в дальнейшем улучшении.

Наиболее важными, с учетом тематики настоящего исследования и особенно для характеристики деятельности в регионе пародонтологической службы являются данные об удельном весе в структуре КПУ удаленных зубов. В среднем их доля составила на всех обследованных 23,5% (показатель стандартизирован). Обращает на себя внимание весьма четкая закономерность, касающаяся того, что по мере увеличения возраста обследованных доля удаленных зубов закономерно нарастает: от 7% в возрастной группе 16-19 лет, до 69,6% - в 60 лет и старше, то есть, возрастая к этому периоду в 10 раз. Косвенно это свидетельствует о том, что нарастает и тяжесть заболеваний пародонта по мере увеличения возраста обследованных, что приводит к увеличению потери зубов вследствие высокой степени подвижности, а также за счет атрофии костной ткани альвеолярных отростков челюстей.

По данным этого раздела, позволившего выявить уровень и структуру пораженности кариесом зубов по развёрнутым показателям КПУ, согласно методике А.В.Алимского (1983), проанализирована также распространенность заболеваний пародонта. Как установлено, она выявлена у всех обследованных, что подтверждает сделанные ранее выводы о тесной взаимосвязи кариеса зубов и заболеваний пародонта.

4.2. Показатели объема фактически оказанной пародонтологической помощи 92 лицам (по данным обращаемости их и выкопировки из первичной медицинской документации) Республиканской стоматологической поликлиники.

Как уже отмечалось, на тех же пациентов (92 человека) произведена выкопировка из амбулаторных карт больных пародонтологического профиля, обратившихся в стоматологическую поликлинику. При этом уже не обращали внимание на прикрепленную к ним «Карту осмотра полости рта». Анализировали лишь показатели распространенности заболеваний пародонта, а также объемы оказанной пародонтологической помощи данным пациентам. В результате, была получена исчерпывающая картина обращений по поводу заболеваний пародонта обследованных лиц с оценкой сделанных ими посещений к пародонтологу. При этом была также определена средняя продолжительность курсов лечения на одного пациента, страдающего заболеваниями пародонта (табл. 16).

Таблица 16

Возрастная структура посещений 92 пациентов пародонтолога
(абс. и в среднем на 1 курс лечения)

Возраст, лет	Число посещений	
	абс.	в среднем на 1 курс
16-19	81	7,4
20-29	197	6,8
30-39	85	6,5
40-49	105	6,6
50-59	59	5,9
60 и старше	77	5,9
В среднем	604	6,6

Как установлено, всего к пародонтологам за изучаемый период указанные 92 пациента сделали 604 посещения. Как хорошо видно, наибольшая доля таковых приходится на возрастные группы 16-19 , 20-29 и 40-49 лет. В среднем на 1 курс лечения приходится 6,6 посещений. Наиболее

трудоемкими и длительными вмешательствами (по числу посещений) были те же возрастные группы – 16-19 лет (7,4 посещения на 1 курс), 20-29 лет (6,8 посещений), и 40-49 лет (6,6 посещений).

В более старших возрастных группах количество сделанных посещений к пародонтологу, а также их число в расчете на 1 курс лечения имеет тенденцию к сокращению. Скорее всего, это связано с одной стороны, с невысокой эффективностью лечения заболеваний пародонта в этом возрасте, появлением осложнений заболеваний пародонта в виде повышения подвижности зубов, атрофии костной ткани и т.д., в результате чего растет количество удаленных зубов по поводу заболеваний пародонта. Представленные данные позволили уточнить некоторые положения, связанные с организацией и проведением пародонтологического приема, но в целом они полностью коррелируют с ранее приведенными данными в предыдущей главе.

4.3 Объёмы фактически оказанной им помощи по поводу кариеса зубов и его осложнений.

Значительная дополнительная информация была получена и при оценке показателей поражённости кариесом зубов указанных 92 лиц, по данным выкопировки из первичной документации (табл. 17).

Таблица 17

Показатели поражённости кариесом зубов 92 жителей г. Махачкалы, страдающих заболеваниями пародонта (по данным выкопировки из медицинских карт), которым была оказана помощь в РСП-1

Возраст, лет	Распространенность кариеса (в % к числу обследованных)	В среднем на 1 обследованного
16-19	90,91±8,67	2,18±0,45
20-29	72,41±8,30	1,34±0,22
30-39	76,92±11,69	1,46±0,34
40-49	50,0±12,50	1,25±0,30
50-59	50,0±15,81	1,10±0,33
60 и старше	69,23±12,80	1,69±0,36
В среднем (станд.показ.)	68,25±4,85	1,50±0,13

Они оказались существенно ниже эпидемиологических показателей тех же лиц, которые были представлены выше

При этом после проведенной выкопировки в каждой возрастной группе были выделены лица, страдающие заболеваниями пародонта, но не проходившие лечения в поликлинике по поводу кариеса зубов, его осложнений или удаления зубов. Таким образом, с определенной долей допущений можно было полагать, что они действительно не обращались по поводу лечения кариеса зубов в течение нескольких лет, что, как правило, в иных условиях маловероятно.

Анализ же материалов на лиц, проходивших лечение по поводу кариеса зубов в поликлинике, показал следующее.

Распространенность кариеса зубов в среднем на всех проходивших лечение составила лишь $68,25 \pm 4,85\%$. Причем наибольшая распространённость его наблюдается в возрастной группе 16-19 лет ($90,91 \pm 8,67\%$). Столь высокая пораженность объясняется тем, что в молодом возрасте кариес протекает наиболее остро и с высокой степенью распространенности (А.В.Алимский, 1983). В последующих возрастных группах она закономерно сокращается, поскольку на передний план выступают уже заболевания пародонта (А.В.Алимский, 2012).

Значительно ниже оказалась и интенсивность поражения, поскольку здесь учитывались только показатели кариеса зубов и его осложнения, непосредственно лечившиеся в поликлинике.

Она также существенно варьирует от возрастной группы 16-19 лет ($2,18 \pm 0,45$) до 1,1- в возрастной группе 50-59 лет, сокращаясь, таким образом, практически в 2 раза. Это, как уже отмечалось выше, объясняется ростом количества лиц с заболеваниями пародонта не вошедшими в эту таблицу..

В целом представленные данные являются наиболее объективными для характеристики стоматологической заболеваемости взрослого населения г. Махачкалы. Они вполне могут быть использованы в последующем в ходе планирования лечебных и профилактических мероприятий в данном регионе.

Доля зубов с пульпитом, подвергавшихся лечению, составила в целом на всех обследованных в структуре КПУ 36,2%. Наиболее часто указанная патология встречалась в возрастных группах от 16-19 до 40-49 лет, достигая почти 50% в структуре КПУ.

Весьма позитивно выглядит показатель числа запломбированных зубов, который составляет, согласно полученным данным, в среднем на всех обследованных 38%. Более того, в возрастных группах 16-19 и 20-29 лет доля запломбированных зубов в структуре КПУ среди обратившихся в РСЦ № 1 превышает 50%.

На 3-м месте по удельному весу в структуре КПУ, согласно полученных данных, стоят показатели доли удаленных зубов. Они нарастают с 4,1% в возрастной группе 16-19 лет до 36,7% - в возрастной группе 60 лет и старше, а также до 40% - в возрастной группе 40-49 лет. Все это свидетельствует о весьма значительной доле удаляемых зубов у взрослых жителей Дагестана. Тем не менее, представленные данные указывают на определенные резервы в деле дальнейшего совершенствования стоматологической помощи взрослому населению г. Махачкалы и необходимости улучшения всех изученных показателей.

Таким образом, проведенный анализ проведенной лечебной работы по данным материалов выкопировки из первичной медицинской документации Республиканской стоматологической поликлиники №1 показал не только состояние пародонтологической стоматологической помощи взрослому населению г. Махачкалы, но и необходимости в лечении кариеса зубов и его осложнений.

Применение полученных данных в процессе совершенствования организации лечебной работы пародонтологического отделения поликлиники позволит более обоснованно, целенаправленно и дифференцировано распределять силы и средства, а также имеющиеся материально-технические и кадровые ресурсы по всем вышеуказанным направлениям. Причём, как пародонтологическое, так и кариесологическое направление проводимых

лечебно-профилактических мероприятий по-прежнему одинаково актуально для всех групп взрослого населения Республики Дагестан и, несомненно, нуждается в совершенствовании.

Глава V

Показатели пораженности кариеса зубов среди приезжих сельских жителей Дагестана, обратившихся за пародонтологической помощью в РСЦ №1 в 2014 году.

В целях детализации показателей обращаемости за пародонтологической помощью всех возрастно-половых групп городского и сельского населения Дагестана, отраженных в предыдущих разделах настоящего исследования, нами отдельно проанализированы показатели на приезжих лиц из сельских районов Дагестана, обратившихся за пародонтологической помощью в РСЦ-1 в 2014 г. Все они были из самых различных, в том числе отдаленных районов республики.

Для того, чтобы наиболее объективно увидеть долю пребывающих в пародонтологическое отделение пациентов разного возраста мы специально выделили группы детского и подросткового возраста (до 20 лет), а также лиц старше 20-60 лет. Как хорошо видно (табл. 18) доля взрослых пациентов почти в 4 раза выше, чем лиц молодого возраста, обратившихся за пародонтологической помощью в РСЦ-1.

Таблица 18

Показатели поражённости кариесом зубов среди приезжих пациентов Дагестана, обратившихся за пародонтологической помощью в РСЦ-1 в 2014 г.

Возраст (лет)	Число обследованных	Распространенность (в %)	Структура индексов КПУ (в абс. величинах)					КПУ
			К	Р	Х	П	У	
До 20	11	100,0	0,91	1,0	0,09	0,45	0,27	2,73±0,16
20-60	37	94,65±3,70	1,97	1,35	0,43	2,14	1,24	7,14±0,08
Всего	48	95,83±2,89	2,88	2,35	0,52	2,59	1,51	9,87±0,21

Примечание: К - кариозные зубы, подлежащие лечению;
Р – осложнения кариеса зубов, подлежащие лечению;
Х – осложнение кариеса зубов, подлежащие удалению;
П – запломбированные зубы;
У – удаленные зубы.

Это, кстати, практически полностью соответствует распространенности заболеваний пародонта указанных возрастных групп населения. И хотя распространенность данной патологии, как свидетельствуют материалы таблицы, казалось бы, даже выше у лиц молодого возраста, однако это связано не с патологией пародонта, а с различной распространенностью имеющегося у пациентов кариеса зубов и его осложнений. Причем, как выяснилось, все 48 пациентов, прибывших из села имели, помимо заболеваний пародонта, также кариес зубов, причем даже большей интенсивности, чем у местных жителей (см. табл. 3) и его осложнения. Об этом наглядно свидетельствует правая сторона таблицы, в которой отражены показатели КПУ и их структура. При этом хорошо заметна разница в показателях пораженности кариесом зубов у лиц молодого и старшего возраста. Так, если у пациентов в возрасте до 20 лет, в среднем, имелось $2,73 \pm 0,16$ пораженных кариесом зубов, то у лиц возрасте от 20 до 60 лет и старше индекс КПУ возрос до $7,14 \pm 0,08$ леченых зубов. Суммарный показатель на всех сельских жителей свидетельствует о том, что индекс КПУ достигает $9,87 \pm 0,21$ пораженных зубов, все из которых были пролечены пародонтологами. Как хорошо видно, эти данные практически полностью совпадают с материалами другой, ранее приведенной части исследования, что свидетельствует об их практической идентичности и отсюда о достоверности данных по объемам проводимой врачами-пародонтологами лечебной работы по поводу кариеса зубов и его осложнений.

Весьма характерна и структура составляющих элементов индекса КПУ. Предпринятый методический прием сопоставления ее в разных возрастных группах населения свидетельствует о серьезных различиях, которые должны учитывать специалисты разного стоматологического профиля. Так, если в группах детского и подросткового возраста основной удельный вес занимают кариозные зубы (0,91 на 1 обследованного), то в группах взрослого населения (от 20 до 60 лет и старше), акцент перемещается на пломбированные зубы (2,14 на 1 обследованного). У них высока также доля

кариозных зубов (1,97), осложнений кариеса зубов, подлежащих лечению, – 1,35, и, что особенно важно - удаленных зубов (1,24).

Таким образом, совершенно очевидно, что врачи стремятся, как можно более полно удовлетворять потребность взрослых пациентов в лечении кариеса зубов и его осложнений, о чем свидетельствуют представленные цифры.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что кариес зубов и его осложнения, к сожалению, занимают основной удельный вес в структуре работы врачей-пародонтологов, хотя этому факту есть и вполне логичное и разумное обоснование. Пребывающие из сельских районов люди, безусловно стремятся получить как можно больший объем помощи по всем основным нозологическим формам стоматологической патологии, которую они чаще всего не имеют на местах, особенно в высокогорных районах. Поэтому стремление пародонтологов несколько сместить акценты в сторону кариесологического приема весьма оправдано, вполне объяснимо и более того, - достаточно гуманно.

Хотелось бы в заключение в более наглядной форме представить в динамике структуру индексов КПУ среди приезжих пациентов (в %), разного возраста, прибывших большей частью из сельских районов и обратившихся за пародонтологической помощью в РСП-1 (табл. 19).

Таблица 19

Динамика структуры индексов КПУ среди приезжих пациентов разного возраста, обратившихся в пародонтологическое отделение РСП-1 (в % к показателям КПУ)

Показатели	К	Р	Х	П	У	КПУ
До 20 лет	33,5	36,8	3,3	16,5	9,9	100,0
20-60 лет	28,69	18,91	6,02	29,97	17,37	100,0
Всего	29,18	23,81	5,27	26,24	15,30	100,0

Прежде всего, обращает на себя внимание резкое нарастание с возрастом доли удаленных зубов, составляющих в структуре КПУ пациентов в возрасте до 20 лет 9,9% и возрастающих у лиц более старшего возраста почти в 2 раза

(17,4%). При этом резко нарастает у них (также практически в 2 раза) и доля осложнений кариеса зубов, подлежащих удалению (с 3,3% до 6,02%).

Таким образом, доля «утраченных» зубов составляет практически четвертую часть от структуры КПУ, к чему «причастны», в том числе и врачи-пародонтологи. Поскольку это клинико-эпидемиологические данные, зарегистрированные во время первичного посещения и осмотра, а также данные выкопировки из первичной медицинской документации, то в выкопировочных картах отмечалась только работа врача-пародонтолога на приеме пародонтологических пациентов, однако которым они лечили также кариес зубов и его осложнения. Поэтому указанные данные чрезвычайно важны в маркетинговом плане для того, чтобы правильно планировать работу врачей-пародонтологов в современных условиях и учитывать не только объемы проводимых ими чисто пародонтологических вмешательств. Безусловно, удаления зубов проводились в хирургическом кабинете, а лечение осложнений кариеса зубов - в терапевтическом отделении поликлиники. При этом почти 30 % в структуре КПУ составляли на момент исследования пломбы в зубах.

Безусловно пациентам, которые первоначально обратились за пародонтологической помощью, были проведены курсы пародонтологических вмешательств, продолжительность которых практически не отличалась от ранее приведенных в настоящем исследовании. Однако никому из приезжих пациентов не проводилось по 2 и тем более 3 курса пародонтологической терапии.

Представленные данные позволяют с принципиально новых позиций взглянуть на вопросы планирования работы врачей-стоматологов, работающих в пародонтологических стоматологических подразделениях. При таком уровне организации лечебного приема вполне правомерно возникает вопрос: так ли уже нужны они таком виде в современных условиях в ряде регионов страны?

Обсуждение полученных результатов

Материалы проведенного исследования раскрывают ранее малоизученные вопросы, связанные с организацией пародонтологического приема. Это впервые сделано на территории Республики Дагестан с учетом многообразных ландшафтных и природно-климатических зон, с многочисленными категориями местного и приезжего населения, причем различных национальностей, проживающих в предгорьях, на равнине и в горах, обращающихся за пародонтологической помощью.

Впервые в исследовании удалось проанализировать показатели обращаемости за пародонтологической помощью в Республиканскую стоматологическую поликлинику путем выкопировки из первичной медицинской документации, в которой четко ведется запись, где проживает тот или иной взрослый пациент, обратившийся за стоматологической помощью. В основном речь идет не о детях, родители которых могут достаточно часто мигрировать из разных регионов, а о взрослом населении среди лиц, прибывающих в Республиканскую стоматологическую поликлинику из районов Республики, причем, как оказалось, это практически все районы Дагестана, жители которых нуждаются в лечении.

В ходе исследования детально проанализированы все показатели, связанные с возрастными особенностями обращаемости населения за пародонтологической стоматологической помощью. Исследование проводилось в следующем направлении. Прежде всего, были проанализированы данные выкопировки из первичной медицинской документации на лиц, обратившихся за лечением по поводу заболеваний пародонта. В их числе было 150 мужчин и 299 женщин из состава местного населения, т.е., родившегося и постоянно проживающего в г. Махачкале (всего 449 человек в возрасте от 16-19 до 60 и старше). Выделение этой группы было обусловлено тем, что, согласно эпидемиологическим исследованиям (Г.В.Базиян, Г.А.Новгородцев, 1968), при изучении

показателей пораженности теми или иными стоматологическими заболеваниями необходимо, прежде всего, ориентироваться на коренное население. В противном случае трудно будет использовать указанные статистические материалы для организации и планирования стоматологической помощи в данном регионе.

Однако специфика настоящего исследования заключалась в том, что намеренно в ходе исследования включили в него также группу приезжего населения, обратившегося в поликлинику за пародонтологической стоматологической помощью. Среди них оказалось 76 лиц мужского пола и 126 женщин (всего 202 человека). Это позволило оценить также показатели обращаемости за пародонтологической помощью лиц, родившихся и постоянно проживающих в других регионах Дагестана, которые в силу тяжести выявленной патологии были направлены в поликлинику на обследование и лечение из различных городов и районов республики. Судя по численности приезжих, они составляют почти половину от числа коренного населения.

Таким образом, Республиканская стоматологическая поликлиника полностью оправдывает своё название, поскольку не только призвана, но и фактически оказывает пародонтологическую помощь (правда иногда только консультативную) всему населению республики.

Общее число проанализированных в результате анализа материалов выкопировки численность обследованных коренных жителей составила 651 человек.

Как показали результаты этого анализа, наиболее часто обращаются за пародонтологической помощью, как среди местного, так и приезжего населения, лица женского пола, численность которых практически в 2 раза превышает численность лиц мужского пола. Данная тенденция прослеживается как в отдельных возрастных группах, так и в целом на всех лиц, подвергавшихся анализу.

Так, среди мужчин наибольшее преобладание лиц, обратившихся за пародонтологической помощью, наблюдается в возрастных группах 16-19 (46,2%), 50-59 (39,4%) и 60 лет и старше (42,9%). Среди лиц женского пола наибольшие пики обращаемости наблюдаются в возрастных группах старше 20-29 лет. Так, в возрастной группе 30-39 лет доля женщин, в общей структуре обратившихся (среди местного населения) составила 80,3%, 40-49 лет - 72,7%, 50-59 лет – 60,6% и 60 лет и старше – 57,1%.

Среди приезжих жителей Дагестана, обратившихся за пародонтологической помощью, данное соотношение среди мужчин и женщин постепенно сглаживается, по-видимому, из-за того, что лицам женского пола сложнее добираться до города Махачкалы из отдаленных районов республики. Но и всё равно соотношение мужчин и женщин в целом на весь указанный контингент составляет, соответственно, 37,6% и 62,4%.

Представленные данные убедительно свидетельствуют о том, что лица женского пола более активно обращаются за стоматологической и, в том числе, пародонтологической помощью, что, в числе прочего, указывает на их большую санитарную грамотность и стремление следить за своей внешностью, что полностью соответствует данным литературы (А.В.Алимский, 2012).

Впервые в ходе настоящего исследования был применён новый методический приём, когда, помимо выкопировки из первичной медицинской документации за 2 года, было проведено также клинико-эпидемиологическое обследование 92 человек в возрасте от 16-19 до 60 лет и старше, обратившихся в РСП за пародонтологической помощью.

Сначала были проведены осмотры указанных лиц, на которых были заполнены «Карты осмотра полости рта», разработанные Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии МЗ СССР (А.И.Рыбаков, 1964). После этого проведен анализ архивного материала РСП №1 и путём алфавитизации найдены первичные документы на тех же лиц. Указанные документы (карты эпидемиологического обследования и

материалы обращаемости каждого конкретного лица за пародонтологической помощью) были скреплены, и в дальнейшем проводилась их обработка с учетом цели и задач настоящего исследования.

Анализ возрастной структуры данных клинического обследования показал, что наибольший удельный вес в общей структуре имеют лица в возрасте 20-29 лет (31,5%) и 40-49 лет (17,4%), т.е. в основном молодого и трудоспособного возраста.

Общее количество приезжего контингента составило в общей сложности 246 человек, в том числе по данным выкопировки - 204 человека и по данным осмотра и выкопировке - 42 человека.

Основным объектом исследования явились материалы на лиц из состава коренного населения г. Махачкалы, обратившегося за пародонтологической помощью, составивших в общей численности 541 человек. Общая численность собранного и проанализированного материала (карт обследования и выкопировки) составила около 1000 наблюдений, что позволяет считать полученный материал вполне репрезентативным. Практически все обследованные страдали заболеваниями пародонта.

Основной массив информации был получен путём оценки показателей обращаемости за пародонтологической помощью лиц, страдающих заболеваниями пародонта. Выкопировка указанных данных проведена из первичных документов (амбулаторных карт стоматологического больного). В результате получена информация о возрастно-половой структуре и кратности обращений по поводу лечения заболеваний пародонта, прежде всего местных жителей г. Махачкалы, обратившихся в РСП №1. В их составе были лица, страдающие только болезнями пародонта, а также те, которые одновременно имели и кариес зубов. Причем, как установлено, основным профилем проведенных лечебных мероприятий пародонтологами явилось не лечение заболеваний пародонта, а именно кариеса зубов и его осложнений. Последнее касалось 35,8% лиц мужского пола и 38,5% лиц женского пола. В целом на всех обследованных только заболевания пародонта, согласно

полученным данным, лечили 37,6% лиц (из 450 чел.), обратившихся к пародонтологу. Тем не менее, как впервые было установлено в ходе настоящего исследования, основную массу обратившихся составляли лица, у которых имелись также кариозные зубы, которые подвергались лечению в данном отделении одновременно с лечением заболеваний пародонта. Причём таковых оказалось абсолютное большинство. Так, среди мужчин их оказалось 64,2%, а среди женщин – 61,5%. Оценка тех же показателей на лиц обоего пола показала, что численность таких пациентов и их доля, в общей структуре обратившихся за пародонтологической помощью составляла 62,4%.

Следует отметить, что полученные данные, прежде всего, уточнили фактический стоматологический статус лиц, обращающихся в пародонтологическое отделение, и впервые дают возможность оценить численность и долю пациентов, не страдающих кариесом зубов, что позволяет более обоснованно судить о фактической распространённости заболеваний пародонта. Это дает возможность более точно оценивать истинную нуждаемость населения в оказании пародонтологической помощи и более обоснованно планировать основные трудозатраты врачей-пародонтологов. Следует также отметить, что, поскольку специальность “врач-пародонтолог” пока официально не утверждена, тем не менее во многих крупных стоматологических организациях (как государственной, так и частной сети здравоохранения) такие специалисты все же имеются. Есть они и в пародонтологическом отделении РСЦ №1. Между тем, поскольку нет утвержденной специальности, нет также до сих пор и норм их нагрузки, за исключением предложенной МЗ СССР от 28.01.1988 г. приказом № 50, согласно которому врач-стоматолог должен выработать при 5-дневной рабочей неделе 25 единиц трудоёмкости (УЕТ) в день. Кроме того, поскольку номенклатура врача-пародонтолога ещё не утверждена, то пародонтологический приём в большинстве стоматологических медицинских организаций страны ведут терапевты. В связи с этим, у них появляется

своеобразный «смешанный» приём (как кариесологический, так и пародонтологический). Поэтому ознакомление с выкопировочными данными показало, что большинству пациентов, обратившихся за пародонтологической помощью, оказывалось также лечение кариеса зубов и его осложнений. Более того, осуществлялась определенная, и, надо отметить - весьма значительная, работа по удалению зубов, часть из которых - вследствие не только осложнений течения заболеваний пародонта, но и по поводу осложнений кариеса зубов. И, хотя в записях выкопировочных данных значилось в большинстве случаев, что на лечение кариеса зубов пациент направлялся к терапевтам, а на удаление - к хирургам, тем не менее, по значительному числу первичных документов можно было судить о том, что и пародонтологи принимали активное участие в лечении кариеса зубов и его осложнений.

Следует отметить, что само по себе это не является нарушением, однако при наличии номинально врачей - пародонтологов и пародонтологических отделений желательно, чтобы такая «непрофильная» работа осуществлялась в соответствующих специализированных подразделениях (терапевтических и т.д.). Тем самым (особенно при лечении осложнений кариеса зубов, связанных с пломбированием каналов) лучше, если эту работу, во избежание осложнений, будут выполнять соответствующие профильные специалисты.

Однако, поскольку большинство врачей стоматологов-терапевтов в нашей стране выполняют и функции пародонтологов, необходимо сохранить за ними пока указанные расширенные функции.

Для того, чтобы более четко оценивать и учитывать работу данных специалистов мы предлагаем ввести новую унифицированную «Учётно-отчётную форму по оценке работы врача-пародонтолога». Её утверждение и последующее внедрение в стоматологических организациях России позволит более полно учитывать объёмы фактически проведенной работы врача-пародонтолога (или терапевта - в случае, если последний также ведёт пародонтологический приём).

Причём впервые предлагается оценивать работу врача по следующим трем основным позициям: диагностическая, лечебная и профилактическая работа. Поскольку на большей части территорий Российской Федерации осуществляется учёт работы по посещениям, а также, несмотря на запрет, и по единицам трудоемкости, то данная «Учётно-отчётная форма» позволяет осуществлять и то и другое в полной мере. Её можно также использовать и при оценке работы врачей терапевтического профиля. Форма рассчитана на компьютерную обработку, что позволяет заполнять её в конце рабочего дня по данным из амбулаторных историй болезни по соответствующим кодам, с последующей обработкой за день, месяц или год работы врача.

Однако, указанную работу может и, с нашей точки зрения, должен контролировать специалист из страховой компании, находящийся возможно также в штате стоматологической организации. В результате это даст возможность не только повысить точность и достоверность учёта работы врача–пародонтолога, но также детальнейшим образом отражать её объём, что, в конечном итоге, скажется как на качестве оказываемой населению стоматологической (в том числе пародонтологической) помощи, так и в дальнейшем - на заработной плате врача.

Однако, поскольку такая форма ещё не утверждена, то пока оценивать работу пародонтологов достаточно сложно и особенно, если к тому же они не указывают число посещений на курс лечения. При этом даже использование экспертной оценки, проведённой в данном исследовании, не всегда позволяло точно отслеживать количество сделанных к пародонтологу посещений. Наиболее достоверные данные на этот счёт можно было получить только у лиц без кариеса, т.е. тех, которые приходили только на пародонтологический прием и не нуждались в лечении кариеса зубов и его осложнений.

Всего за изучаемый период было сделано к пародонтологам 2389 посещений, из которых 1083 (45,3%) лицами без кариеса, страдающими только заболеваниями пародонта, а также 1306 (54,7%) посещений лиц,

страдающих и теми и другими заболеваниями. Аналогичная тенденция наблюдается также у лиц разного пола. Среди мужчин лица, страдающие только заболеваниями пародонта, составили в общей структуре обратившихся данного пола 50,1%, а страдающие также кариесом – 49,9%. Среди лиц женского пола те же показатели составили, соответственно, 43,2% и 56,8%. Из этого следует, что практически 2/3 обращений за пародонтологической стоматологической помощью осуществляется лицами, страдающими не только заболеваниями пародонта, но также кариесом зубов и его осложнениями. По поводу последних они также получают стоматологическую помощь в пародонтологическом отделении РСП №1 Республики Дагестан.

Впервые установлены показатели продолжительности курсов пародонтологического лечения. В большей части однократных, значительно реже - двукратных и практически полное отсутствие длительного диспансерного наблюдения. Это необходимо учитывать пародонтологам, поскольку лечение заболеваний пародонта - это очень длительный и трудоемкий процесс, который, как правило, никогда не излечивается одним курсом обращения к пародонтологам. Поэтому полученные материалы данного исследования как раз указывает на то, что необходимо коренным образом менять подходы к организации пародонтологической стоматологической помощи населению. Более того, впервые, в исследовании показана роль кариеса зубов, в частности его осложнений, особенно связанных с удалением зубов.

В ходе обследования пациентов, обратившихся за пародонтологической помощью в Республиканскую стоматологическую поликлинику №1 (г. Махачкала), установлена значительная доля лиц, страдающих одновременно кариесом зубов и его осложнениями. Эти данные получены также в результате специального клинико-диагностического обследования.

По распространённости кариеса зубов средние стандартизированные показатели составили $97,57 \pm 1,60\%$, причем 100% уровень поражаемости

кариесом и его осложнениями наблюдается в большинстве возрастных групп, за исключением возраста 20-29 лет ($93,10 \pm 4,70\%$) и 30-39 лет ($92,31 \pm 7,38\%$).

Средняя интенсивность поражения в расчёте на всех обследованных (92 человека) составила $8,67 \pm 0,30$ (стандартизированный показатель). Интенсивность кариеса закономерно нарастает по мере увеличения возраста обследованных, что также соответствует данным литературы (А.В.Алимский, 1983, 2005 и др.). Единственным исключением являются возрастные группы 20-29 лет ($4,86 \pm 0,41$) и 40-49 лет ($6,81 \pm 1,33$). Это связано с неодинаковой численностью обследованных. Однако проведенная нами стандартизация прямым методом (А.И.Рыбаков, Г.В.Базиян, 1973) позволила в значительной степени нивелировать различия в численности обследованных.

Согласно полученным данным, отмечается в целом достаточно высокий уровень интенсивности поражения, особенно для южных регионов страны, который, однако, существенно ниже, чем например, в средней полосе Российской Федерации. Так, у жителей г. Москвы средняя интенсивность поражения кариесом зубов (КПУ) лиц в возрасте от 20 до 60 лет и старше составляет в пределах 16,0 пораженных кариесом зубов (А.В.Алимский, 2005). При этом, следует учитывать, что указанные данные получены у лиц, заведомо обратившихся за стоматологической помощью, поэтому по отношению к чисто эпидемиологическим показателям (на всю популяцию взрослого населения), они являются несколько завышенными.

Представленные данные со всей очевидностью показывают, что кариесом зубов поражается практически каждый пациент (или, по крайней мере, абсолютное большинство) из них, которые обращаются по поводу болезней пародонта. Поэтому при обращении их в пародонтологическое подразделение врачам – стоматологам необходимо помнить об этом и проводить полномасштабное лечение не только пародонта, но также кариеса зубов и его осложнений. Поэтому, специалисты пародонтологических отделений должны в одинаково полной мере владеть как методиками пародонтологических, так и кариесологических вмешательств.

В свете вышеизложенного, вполне правомерно может также возникнуть вопрос о том: так уж ли необходимо повсеместно вводить сейчас пародонтологические подразделения, как это делается нередко, поскольку большинство пациентов страдают и теми и другими стоматологическими заболеваниями. Более того, в тех организациях, где существуют пародонтологические отделения врачи так или иначе занимаются также лечением кариеса зубов, поскольку на одних пародонтологических вмешательствах трудно выполнить план, и, прежде всего, финансовый.

По-видимому, пока (при отсутствии утвержденной на уровне Минздрава специальности «Пародонтология» и штатного расписания данных специалистов), необходимо с большой осторожностью вводить повсеместно указанные подразделения, поскольку эффективность их работы будет невысока. По-видимому, пародонтологические подразделения сейчас более правомерно и оправданно создавать лишь в крупных стоматологических медицинских организациях, таких, например, как республиканские или областные стоматологические поликлиники преимущественно в качестве консультативных центров и, по возможности, не превращать их в филиалы городских стоматологических организаций.

К сожалению, не удалось путем выкопировки из первичной медицинской документации установить профилактическую направленность лечения выявляемой патологии. Даже обращения по поводу пародонтита и кариеса зубов связаны в основном с осложнениями ранее леченых заболеваний. Выявлена большая доля осложнений лечения кариеса зубов, (пульпита и периодонтита). В основном это хронические периодонтиты, чаще всего подлежащие удалению. По-видимому, на этот фактор следует также обратить самое серьезное внимание, поскольку особенно в последнее время в практике здравоохранения в соответствии с существующим Приказом Минздрава №312, каждой медицинской стоматологической организации предоставлено право вести хозрасчетный прием. Совершенно очевидно, что лечение осложнений кариеса зубов (пульпита) или

периодонтита, тем более с пломбированием каналов оплачивается выше, нежели лечение кариеса.

Методика настоящего исследования позволила также изучить долю пульпита в общей структуре леченых зубов у лиц, страдающих заболеваниями пародонта. Всего, согласно данным выкопировки из первичной медицинской документации, было пролечено 397 зубов с диагнозом «пульпит», в том числе - 97 у мужчин и 300 - среди женщин. При этом не выявлено какой-либо чёткой повозрастной динамики указанных показателей, что свидетельствует о достаточно высокой спонтанности указанных заболеваний, зависящих в значительной степени от уровня обращаемости населения за стоматологической помощью (или вернее - её несвоевременности), а также общего отношения пациентов к профилактике, своевременному лечению и сохранению общего состояния своего здоровья.

В то же время, совершенно четко прослеживается очевидная тенденция резкого нарастания доли зубов с пульпитом в отдельных возрастах (в частности 20-29 лет у мужчин и 30-39 лет - у женщин). Доля таких зубов в общем числе лечившихся пациентов мужского пола составила в этих возрастах соответственно 66,7%, а также 76,6% - среди лиц женского пола, т.е. основную массу. Вероятнее всего, именно в этих возрастных группах следует ожидать резкого нарастания данной патологии, что следует учитывать при организации стоматологической помощи пародонтологическим больным.

Следующей выявленной особенностью является и то, что среди женщин количество различных форм пульпита, как в абсолютном, так и в относительном выражении значительно выше, чем среди мужчин. Так, у лиц мужского пола, страдающих заболеваниями пародонта, во всех возрастных группах выявлено 97 зубов с пульпитом, что составило 24,1 % от общего количества лечёных зубов. Соответственно у женщин подлежало лечению 300 таких зубов (37,6 %).

Общее многократное возрастание данных заболеваний у женщин, скорее всего, связано с несвоевременным лечением ими кариеса зубов, или вернее – с поздним обращением их за стоматологической помощью. Совершенно очевидно, что с учетом особенностей культуры и быта мусульманской республики женщины не всегда охотно и своевременно обращаются за медицинской и, в том числе, стоматологической помощью, тогда как мужчины в основном предпочитают удалению лечению собственных зубов. В результате такой специфики и сложившегося менталитета местного населения доля зубов с пульпитом в общей структуре пролеченных зубов среди мужчин составила почти $1/5$, а среди женщин – $1/3$. Полученные данные являются основанием для разработки более четких и обоснованных маркетинговых подходов к определению принципов организации и оценки нуждаемости обследованных контингентов пациентов с пародонтитом в лечении осложнений кариеса зубов.

Они также указывают на необходимость осуществления системного подхода к лечению пародонтологических больных, которым необходимо организовывать комплексное лечение не только по поводу основного заболевания (пародонтита), по поводу которого они изначально обратились в пародонтологическое отделение, но и с учётом выявленной довольно высокой потребности пациентов в лечении различных форм пульпита.

Как в среднем на всех обследованных, так и среди лиц женского пола зарегистрировано не менее одного зуба на каждого пациента с указанным заболеванием. Среди мужчин данный показатель составил намного меньше (0,6). Явных повозрастных особенностей указанных показателей, однако, не обнаружено, за исключением отдельных возрастов: 20-29 лет и 50-59 лет у мужчин и 20-29 лет и 30-39 лет у женщин, в которых полученные величины оказались выше средних значений почти в 2 раза. В других возрастных группах частота встречаемости пульпита в целом не зависела от возраста обследованных.

Таким образом, проведенный анализ материалов выкопировки из первичной медицинской документации Республиканской стоматологической поликлиники №1 показал не только состояние пародонтологической стоматологической помощи взрослому населению г. Махачкалы, но и необходимость в лечении осложнений кариеса зубов.

Применение полученных данных в процессе совершенствования организации лечебной работы пародонтологического отделения поликлиники позволит более обоснованно, целенаправленно и дифференцированно распределять силы и средства, а также имеющиеся материально-технические и кадровые ресурсы по всем вышеуказанным направлениям. Причём, как пародонтологическое, так и кариесологическое направление проводимых лечебно-профилактических мероприятий по-прежнему одинаково актуально для всех групп взрослого населения Республики Дагестан и несомненно нуждается в совершенствовании.

Это также свидетельствует и о том, что довольно большой объем помощи оказывается врачами - пародонтологами по поводу лечения кариеса зубов и его осложнений (до 30-35%).

Для того, чтобы убедиться в правильности сделанных выводов и предложений мы сопоставили полученные нами данные по лечению кариеса зубов и его осложнений, а также удаления зубов с не так давно вышедшей в Дагестане специальной диссертационной работе на этот счет (Ахмедова Э.А., 2011): «Структура осложнений после лечения кариеса, пульпита, периодонтита и сроки их появления».

Как справедливо указывает автор, несвоевременное и некачественное лечение кариеса зубов приводит к распространению процесса и развитию воспаления пульпы зуба и периодонта. Редко качество проводимого лечения проверяется спустя гарантийные сроки. Практически, оно не проверяется после окончания лечения. Проследить качество и эффективность стоматологической помощи можно лишь путем длительного динамического

наблюдения за одним и тем же контингентом населения, ранее получавшим стоматологическую помощь.

Автор поставил цель - определить частоту осложнений в отдаленные сроки после лечения кариеса, пульпита, периодонтита и оценить качество и эффективность оказания стоматологической помощи населению в Дагестане.

Она сформулировала следующие основные положения, выносимые на защиту:

« - В структуре причин обращаемости за стоматологической помощью средний кариес составил 23,4%, пульпит - 30,8%, периодонтит - 6,1%, в сумме обращаемость по причине трех указанных заболеваний составила 60,3% от числа всех обратившихся.

- Частота осложнений в отдаленные сроки после лечения кариеса, пульпита и периодонтита колеблется по стоматологическим поликлиникам. Осложнения через 2-3 года после лечения пульпита и периодонтита становятся причиной удаления зубов.

- Разработанный и предложенный в диссертации индекс эффективности лечения стоматологических заболеваний позволяет оценить качество оказания стоматологической помощи в отдаленные сроки после лечения. »

Автором были проанализированы амбулаторные карты 2500 стоматологических больных, из которых экспертному анализу на качество отдаленных результатов было подвергнуто 370 карт, в которых были выявлены осложнения после ранее проведенного лечения. Всего были изучены отдаленные результаты лечения 569 зубов. Так, в Республиканской стоматологической поликлинике г. Махачкалы в 2791 случае обращений было выявлено 428 случаев перелечивания зубов у 247 пациентов. В муниципальной стоматологической поликлинике г. Каспийска среди 689 случаев обращений в 141 случае у 123 пациентов наблюдались осложнения.

Были изучены данные о частоте нозологических форм стоматологической патологии, полученные методом мониторинга в стоматологических учреждениях городов Махачкала и Каспийск. Всего был

проведен анализ лечения 569 зубов, в том числе данные о 428 зубах по г. Махачкале и 141 – по г. Каспийску, что составляло 73,8% и 26,2% соответственно.

Как установлено, чаще всего население обращалось за стоматологической помощью по поводу лечения пульпита 175 (30,8%), дефектов пломб 151 (26,5%) и среднего кариеса 133 (23,4%). Что касается частоты обращений по отдельно взятым городам, то здесь наблюдается некоторая разница в показателях. Так, у 84,1% пациентов, обратившихся в стоматологические ЛПУ г. Махачкалы, причиной обращения к стоматологу служили пульпит, средний кариес и дефекты пломб, в то время как у пациентов стоматологической поликлиники г. Каспийска по числу заболеваний преобладает пульпит, средний, глубокий кариес и периодонтит (88,7%).

Наиболее часто за стоматологической помощью обращались лица трудоспособного возраста (от 20 до 49 лет). При этом можно отметить, что обращаемость женщин в этих возрастных группах была выше, чем мужчин. Минимальные уровни оказания стоматологических услуг населению приходились на возрастные группы 70 лет и старше.

Наиболее результативным методом оценки качества и эффективности оказания стоматологической помощи является оценка результатов лечения в отдаленные сроки (спустя 2-3 года).

Индекс эффективности лечения в Республиканской стоматологической поликлинике г. Махачкалы составил 84,7%, а в стоматологической поликлинике г. Каспийска - 77,0%.

Наибольший удельный вес осложнений у лиц обоего пола наблюдался в возрасте 20-39 лет (53,4%), наименьший - в возрасте 70 лет и старше (3,7%). Так, в возрасте до 40 лет такое осложнение как пульпит отмечалось в 57,0% случаях, удельный вес глубокого кариеса составил 71,4%, дефектов пломб – 64,2%, периодонтита – 50,0% и 78,9% случаев осложнений наблюдались в

виде вторичного кариеса. Удаление зубов в данном возрастном промежутке составляло 50%.

Как было установлено, пульпит в качестве осложнения ранее проведенного лечения кариеса зубов можно было наблюдать через $31,5 \pm 3,8$ месяца, через $35,1 \pm 5,7$ месяца в ранее леченных кариозных зубах наблюдался периодонтит, а спустя $37,0 \pm 8,8$ месяца эти зубы удалялись.

Появление глубокого кариеса отмечалось через $24,6 \pm 5,3$ месяца, а дефектов пломб – через $28,8 \pm 3,7$ месяца. Что касается вторичного кариеса зубов, то в среднем он появлялся через $21,3 \pm 1,7$ месяца.

В ходе данного исследования оценивались и отдаленные результаты лечения зубов по поводу пульпита и периодонтита. Всего с этой целью были проанализированы данные о 175 случаях лечения по поводу пульпита.

Наибольшая частота осложнений в Республиканской стоматологической поликлинике (г. Махачкала) приходилась на дефекты пломб (69,2%), которые отмечались через $18,1 \pm 1,5$ месяца. Значительно меньшее количество ранее леченных пульпитных зубов перешли через $24,0 \pm 5,1$ месяца в такое осложнение, как периодонтит (10,0%), а 7,5% таких зубов через $24,3 \pm 5,5$ месяца оказались удаленными.

По данным стоматологического учреждения г. Каспийска, 1/4 часть леченных пульпитных зубов через $22,4 \pm 2,7$ месяца перешли в периодонтит, а $38,2\%$ были удалены по поводу его осложнений спустя $25,8 \pm 3,1$ месяца.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о серьезных недостатках в организации лечебного процесса врачей – стоматологов - терапевтов в республике Дагестан при лечении кариеса зубов и его осложнений.

Большинство ранее вылеченных зубов (даже по поводу банального кариеса) уже через 2-3 года удаляется, что подтвердил и результаты нашего исследования. Из этого следует, что пародонтологи с учетом сложившихся условий в Дагестане не должны активно заниматься лечением, как сейчас, кариозных поражений и осложнений кариеса, а сосредоточиться, на лечении

основного заболевания – пародонтита. Это тем более очевидно, что при существующей практике это идет в ущерб организации полноценных курсов пародонтологического лечения больных.

Внедрение предложенных в исследовании рекомендаций и разработок позволит улучшить организацию пародонтологической стоматологической помощи населению данного региона и сделать ее доступной и эффективной для широких слоев населения Дагестана.

Выводы:

1. Согласно выкопировке из первичной медицинской документации РСП-1 первичные обращения пациентов по поводу заболеваний пародонта составляют в пределах 30-40%. Патология пародонта встречается во всех возрастно-половых группах городского и сельского населения. В основном врачами диагностируется хронический пародонтит различной степени тяжести.

2. Выявленной особенностью обращаемости к пародонтологам является то, что более половины из числа находящихся у них пациентов страдают также кариесом зубов и его осложнениями (пульпит, периодонтит). Значительную часть своего рабочего времени пародонтологи тратят на лечение кариеса и его осложнений.

3. В среднем из зарегистрированных в ходе выкопировки 2389 посещений пародонтологов лишь 1083 (45,3%) были сделаны лицами без кариеса зубов и его осложнений, а большинство 1306 (54,7%) по поводу лечения кариеса зубов и его осложнений. Аналогичная тенденция наблюдается как у мужчин, так и у женщин.

4. Установлено, что из общего числа леченых зубов пародонтологами было направлено на удаление 39,4% , в том числе 46,4% – у мужчин и 36,2% - у женщин. По мере увеличения возраста пациентов количество удаленных зубов растет как у лиц мужского пола (с 3-х в возрасте 30-39 лет до 99 – в 60 лет и старше), так и у женщин (с 7 в 20-29 лет до 325 – в 60 и старше). В среднем на 1 обратившегося за пародонтологической помощью удаляется 1,1 зуб (в том числе – 1,2 – у мужчин и 1,1 – у женщин).

5. С учетом выявленных особенностей обращаемости в РСП-1 установлены значительные различия продолжительности курсов пародонтологического лечения: у лиц без кариеса средний курс составил в 6,1 посещения, а у лиц, одновременно страдавших также кариесом зубов и его осложнений - всего 4,1. Все это свидетельствует о предпочтении

пародонтологами кариесологического приема и проведения его в самые короткие сроки.

6. В целях повышения точности и достоверности учета работы врачей-пародонтологов предложена новая учетно-отчетная форма. Она позволяет всесторонне освещать и учитывать все основные этапы работы врача (диагностическая лечебная и профилактическая) с последующей оценкой его трудозатрат как по числу сделанных посещений, так и в УЕТ.

Практические рекомендации

1. С учётом высокой поражённости городского и сельского населения Дагестана заболеваниями пародонта, а также кариесом зубов и его осложнениями необходимо разработать и внедрить на территории Республики научно обоснованные нормы нагрузки врачей-пародонтологов с учетом объемов предстоящей стоматологической помощи населению.
2. В целях дальнейшего совершенствования пародонтологической помощи населению Дагестана необходимо ввести в практику работы пародонтологического отделения Республиканской стоматологической поликлиники предложенную в исследовании новую учетно-отчетную форму.
3. Предварительно следует разработать памятку для врачей-пародонтологов с тем, чтобы четко отслеживать и заполнять в данной документации следующие разделы:
 1. «Диагностика»;
 2. «Лечебная работа»;
 3. «Организация профилактики», в том числе заболеваний пародонта.
4. На основе имеющегося мирового опыта каждый из указанных разделов нуждается в расшифровке с учетом принятого в нашей стране соответствующего алгоритма для неукоснительного выполнения каждым врачом-пародонтологом. Это позволит детальнейшим образом анализировать все представленные показатели.
5. Для пародонтологического приема чрезвычайно важно учитывать количество удаленных и подлежащих удалению зубов с целью их максимального сокращения, что в виде кодов должно быть отражено в предлагаемой учетно-отчетной форме.
6. Задача Министерства здравоохранения Дагестана состоит в том, чтобы внедрить на территории Республики, в частности на базе Республиканской

стоматологической поликлиники предложенную учетно-отчетную медицинскую документацию, что существенно повысит качество и эффективность оказываемой населению пародонтологической помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адыширин-Заде Г.А., Адыширин-Заде Ф.Г., Сиротко М.Д. Мнение пациентов о качестве стоматологической помощи в условиях новых экономических отношений в здравоохранении // Бюлл. НИИ соц.гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко, 1996, Вып. 3. – С.202-203.
2. Алимский А.В. Заболеваемость, нормативы потребности и пути повышения эффективности стоматологической помощи населению // Дисс.. док.мед.наук. – М., 1983.- 527с.
3. Алимский А.В. Принципы функционирования стоматологических учреждений в условиях рыночной экономики // Труды V съезда Стоматологической Ассоциации России.- М., 1999.- С. 4-5.
4. Алимский А.В. Обеспечение социальных гарантий оказания стоматологической помощи детям и малоимущим слоям населения - первоочередная задача цивилизованного государства // Проблемы стоматологии.- Алматы, 2001.- №2(12).- С. 45-47.
5. Алимский А.В. Современное состояние и необходимость частичного возвращения к плановому развитию отечественной стоматологии или разработке более эффективной системы страхования // Материалы VIII ежегодного научного форума «Стоматология 2006», М., 2006.- С. 13-15.
6. Алимский А.В. О планово-нормативных и качественных показателях в стоматологии // Стоматология. – 1999. - №1. – С.63-65.
7. Алимский А.В. Подходы к анализу и планированию стоматологической помощи населению крупного города // Пути развития стоматологии: итоги и перспективы. Материалы конференции стоматологов, Екатеринбург, 1995. – С.26-30.
8. Алимский А.В. Социологические исследования затрат времени населения на получение стоматологической помощи // Управление,

- организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны. Сб. научн. трудов ЦНИИС, 1991. – М. – С.46-50.
9. Алимский А.В., Долгоаршинных А.Я., Шалабаева К.З. Некоторые издержки внедрения рыночных отношений в стоматологии // Новое в стоматологии, 1999. - №3(73). – С.41-43.
- 10.Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и старческого возраста // Стоматология для всех. – 2000. - №2. – С. 46-49.
- 11.Алимский А.В. Геронтостоматология (эпидемиологические, социальные и организационные аспекты) // ООО «МИГ «Медицинская книга». – М., 2012. – 374с.
12. Алимский А.В., Ахмедова Э.А. Структура возможных осложнений и средние сроки их появления после лечения кариеса зубов // Стоматология для всех.- 2009.-№4.-С.22-25.
- 13.Анализ деятельности городской стоматологической службы и стоматологической заболеваемости населения г. Воронежа за период 1999-2003 гг. / В.Н. Земченков, Е.А. Давыдова, Н.В. Клишина, В.И. Чернов, П.В. Чернов // Интеллектуализация управления в социальных и экономических системах: труды Всерос. конф. Воронеж, 2006. - С. 193-194.
- 14.Андреев Е.П., Белов В.Н., Лайко С.И. Потребность населения в стоматологической помощи и критерии её эффективности // Сб. «Актуальные вопросы стоматологии», М., 1995. – С.9-15.
- 15.Аренков И.А. Маркетинговые исследования: основы теории и методики // СПб., 1992. – С.105-106.
- 16.Артюшкевич А.С., Трофимова Е.К., Латышева С.В. Клиническая периодонтология.- Мн.: Ураджай, 2002.- 303 с.
- 17.Арьева Г.Т. Клинический опыт применения препарата «ксефокам» в амбулаторной стоматологической практике // Пародонтология.- 2000.- №1.-С. 43-46.

18. Астапенко Л.П. Сравнительная оценка результатов лечения хронического периодонтита //Здрвоохранение Белоруссии.- 1974.- №7.- С.41-44.
19. Ахмедова Э.А. Структура осложнений после лечения кариеса, пульпита, периодонтита и сроки их появления // Автореф. дисс. ... канд. мед наук. - Ставрополь, 2011. - 15 с.
20. Ашуев Ж.А. Сравнительная клинико-эпидемиологическая оценка патологии зубочелюстной системы в условиях Крайнего Севера и южного региона (Республика Дагестан) России /-: Автореф. дисс.канд. мед.наук. – М., 2003.-23с.
21. Ашуев Ж.А. Состояние зубов у жителей регионов Крайнего Севера и юга России //Стоматология сегодня и завтра: Сб. научных работ.- М., 2003. – С.117-120.
22. Ашуров Г.Г. Изучение общественного мнения по вопросам организации стоматологической помощи на современном этапе. Пути развития в стоматологии, итоги и перспективы // Материалы конф. Стоматологов, Екатеринбург, 1995. – С.31-94.
23. Ашуров Г.Г. Маркетинг стоматологических товаров и услуг // Стоматология, 1997. – Т.76, №3. – С.70-71.
24. Ашуров Г.Г., Леонтьев В.К. Переход к рыночным отношениям и механизм оказания стоматологической помощи // Стоматология, 1995. - №5. – С.66-67.
25. Баимбетова А.М. Применение лекарственных средств пролонгированной формы в комплексном лечении заболеваний пародонта/ : Автореф.... канд. мед. наук.- Алматы, 2007.- 17 с.
26. Базиян Г.В. Исследование распространенности стоматологических заболеваний у населения СССР, прогнозирование и планирование развития стоматологической помощи // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1971. – 36 с.

- 27.Базиян Г.В., Новгородцев Г.А. Основы научного планирования стоматологической помощи. – М. – Медицина, 1968. – 240 с.
- 28.Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Практическая пародонтология.- СПб.: Питер Пресс, 1995.- 272 с.
- 29.Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М., Аветисян А.Я. Современные методы фитотерапии. Фитотерапия заболеваний пародонта // Пародонтология.- 2001.-№1-2.- С. 15-16.
- 30.Балин В.Н., Черныш В.Ф., Денисенко Ю.А. Затраты, необходимые для производства стоматологических услуг \ Новые технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, СПб., 1996. – Вып. 1. - С.48-49.
- 31.Безмен С.А. Оценка результатов лечения больных с кариесом корня III степени через 6 и 12 месяцев после лечения // Новые технологии в стоматологии: сб. науч. работ, посвящ. 60- летию Победы в Великой Отечественной войне.- Рязань.- 2005.- С. 139-143.
- 32.Безрукова А.П. Пародонтология.- М.: ЗАО «Стоматологический научный центр», 1999.- 336 с.
- 33.Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. - М.- 2002.-С.58.
- 34.Безруков В.М., Прохончуков А.А. Программа информатизации стоматологической службы России //Стоматология, 1995. - №5. – С.7-25.
- 35.Безруков В.М., Прохончуков А.А. Автоматизированная компьютерная система управления стоматологической поликлиникой //Стоматология, 1996. - №4. – С.61-65.
- 36.Белоусов Н.Н. Недостатки обследования пациентов с заболеваниями пародонта // Материалы Российского научного форума с

- международным участием «Стоматология на пороге третьего тысячелетия» - М. - 2001. С. 134-135.
37. Белоусов Н.Н. Время проведения и очередность этапов комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология.- 2007.- №3 (44).- С. 3-6.
38. Белоусов Н.Н. Основные принципы диагностики, лечения и прогнозирования течения тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта/-: Автореф. д-ра мед. наук. - Тверь, 2009.-34 с.
39. Беляев В.Д. Совершенствование качества стоматологической помощи населению в условиях рыночных отношений (на примере областного специализированного учреждения) // Автореф. дисс. ... канд мед. наук. – Пермь, 1999. – 23 с.
40. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Бургонский В.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у лиц пожилого и старческого возраста. – Киев, 1987. – 103с.
41. Бернацкая Н.И. Количественная оценка гигиенического состояния полости рта и исследование твердых тканей зубов у лиц, пользующихся съемными протезами: Дис.... канд. мед.наук. – Кемерово, 1990. – 194с.
42. Бойко В.В. Практический маркетинг для стоматологии // Новое в стоматологии, 1998. - № 10. – С.74-81.
43. Бондаренко Н.Н. Механизм объективной оценки в системе управления качеством оказания стоматологических услуг/-: Автореф. ... д-ра мед. наук.- 2007.- 34 с.
44. Бондаренко Н.Н., Лукиных Л.М., Золотухин В.А. Оценка качества ведения Медицинской карты стоматологического больного // Нижегородский медицинский журнал. – 2006. – №5. – С.166-169.

- 45.Борисова Е.Н. Индивидуальные факторы, способствующие развитию заболеваний пародонта у лиц пожилого и преклонного возраста // Стоматология для всех. – 1999. - №4. – С. 36-37.
- 46.Борисова Е.Н. Социальные и клинические аспекты заболеваний пародонта у людей пожилого и преклонного возраста // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. - №2. – С. 31-36.
- 47.Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология.- М.:Мед., 2002.- 736 с.
- 48.Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта.- М., 1992.-304 с.
- 49.Боровский Е.В., Пауныко И., Кузьмина Э.М. и др. Состояние пародонта у школьников некоторых городов СССР и Финляндии // Стоматология. – 1989. – Т.68, №2. – С. 65-68.
- 50.Бородулина И.И. Повышение эффективности хирургического лечения заболеваний пародонта / Автореф. дис....д-ра мед. наук.-М., 2005.- 32 с.
- 51.Брагина О.М. Ранняя диагностика и прогнозирование заболеваний пародонта у пациентов с частичной потерей зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Тверь, 2004.- 22 с.
- 52.Бутова В.Г., Ананьева Н.Г., Абаева З.М., Ковальская Н.А. Стимулирование сбыта стоматологических услуг // Экономика и менеджмент в стоматологии, 2005. - №1. – С.45-46.
- 53.Вагнер В.Д. Прогноз и тенденция развития стоматологии с позиций специалиста и населения // Автореф. дис....канд. мед. наук. – М., 2001. – 25с.
- 54.Вагнер В.Д., Леонтьев В.К. Пути совершенствования стоматологической помощи, по мнению врачей-стоматологов // Стоматология. Спец. вып.: Матер. III Съезда Стоматолог. Ассоциации (Общеросс.). – М., 1996. – С.8-9.
- 55.Вялков А.И., Леонтьев В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективы её развития // Стоматология. - 1999. - №2. – С.44-47.

56. Вилкова М.Г. Лечение воспалительных заболеваний пародонта препаратами пихты // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Ставрополь, 2005.- 23 с.
57. Галкин Р.А., Зуева С.А. Объем бесплатной стоматологической помощи в условиях дефицита бюджетных средств // Актуальные вопросы стоматологии. – Самара, 1992. – С. 56-58.
58. Голиков С.Н., Гурьянов Г.А., Козлов В.К. Пути и способы пролонгированного действия лекарственных средств // Фармакология и токсикология. -1989.- № 2. – С. 5-15.
59. Голуб Ю.Н. Опыт применения нового способа лечения пародонта // Материалы юбилейной научной конференции «Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения». – Краснодар.-2005.- С.129-132.
60. Григорьев С.С. Клинико-лабораторное обоснование необходимости коррекции микрофлоры полости рта у больных синдромом Шегрена // Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Екатеринбург, 2000.- 23 с.
61. Григорьян А.С., Рабухина Н.А., Грудянов А.И., Фролова О.А. Проблемы диагностики ранних фаз воспалительных заболеваний пародонта // Новое в стоматологии. – 2001.-№ 8.- С.3-8.
62. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Антипова З.П. и др. Новый диагностический метод оценки состояния пародонта по данным цитоморфометрии отпечатков с десны // Стоматология.- 2000.- №5 .- С. 4-9.
63. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта.- М.:ООО «МИА», 2007.- 80 с.
64. Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А. Диагностика в пародонтологии.- М.:МИА, 2004.- 104 с.
65. Грудянов А.И., Безрукова И.В., Александровская И.Ю. Сравнительное изучение клинической эффективности гомеопатических препаратов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта у

- пациентов с отягощенным аллергологическим статусом // Стоматология. – 2006. - №2.- С. 25-28.
- 66.Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Овчинникова В.В. Обоснование оптимальной концентрации препарата «Метрогил-Дента» при лечении воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология.- 2002.- №1.- С. 44-47.
- 67.Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Фоменко Е.В. Применение таблетированных форм пробиотиков бифидумбактерина и ацилакта в комплексном лечении заболеваний пародонта // Пародонтология.- 2001.-№1-2 .- С.11.
- 68.Грудянов А.И., Стариков Н.А., Ломакова М.В. Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта // Пародонтология.- 1997.- № 2. – С. 17-23.
- 69.Грудянов А.И. Принципы организации оказания лечебной помощи лицам с воспалительными заболеваниями пародонта (эпидемиологические, экспериментальные, клинические и социально-экономические аспекты) // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1992.- 45 с.
- 70.Грудянов А.И. Методы профилактики заболеваний пародонта и их обоснование // Стоматология. – 1995. – Т.74, №3. – С. 21-24.
- 71.Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В.Заболевания пародонта. –Киев, 2000.- 364 с.
- 72.Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии.- М., 2001.- 125 с.
- 73.Дмитриева Л.А., Крайнова А.Г. Современные представления о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта // Пародонтология. 2004. - № 1 (30).- С.9-15.
- 74.Дрожжина В.А. Естественные биологически активные вещества в профилактике и лечении зубов и пародонта : автореф. дис... д-ра мед. наук: С.-Пб., 1995.- 27 с.

- 75.Ефремова Н.В. Клинико-функциональное обоснование лечения заболеваний пародонта методом фотодинамической терапии: автореф. дис... канд.мед. наук. – М., 2005.- 23 с.
- 76.Жунусова А.А. Обоснование к применению мелиссы лекарственной в комплексной терапии болезней пародонта: автореф. дис ... канд. мед. наук: Алматы, 2002.- 22 с.
- 77.Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта // Под ред. А.К.Иорданишвили.- М., 2008.- 344 с.
- 78.Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.:МИА, 2001.- 300 с.
- 79.Иванюшко Т.П., Ганковская Л.В., Ковальчк Л.В. Комплексное изучение механизмов развития хронического воспаления при пародонтите // Стоматология.- 2000.- №4.- С. 13-16.
- 80.Имангалиева А.Т. Разработка мер профилактики и лечения заболеваний пародонта у лиц, пользующихся ортодонтическими аппаратами/-: Автореф. дис... канд. мед. наук.- Алматы, 2008.- 18 с.
- 81.Калинин В.И., Кудрявцева Т.В., Орехова Л.Ю., Полькина С.И. Эффективность применения пролонгированных препаратов для лечения воспалительных заболеваний пародонта на примере биоактивного лекарственного криогеля // Пародонтология. – 1997. - №2.- С. 16-18.
- 82.Канкян А.П., Леонтьев В.К. Болезни пародонта. – Ереван:Тигран, 1989. – 358 с.
- 83.Кирсанов А.И., Горбачева И.А. Механизмы взаимосвязи патологии внутренних органов и пародонта // Пародонтология.- 1999.- №1.- С. 95-96.
- 84.Кирсанов А.И., Горбачева И.А., Орехова Л.Ю. Оценка эффективности иммунокорректирующего лечения больных с генерализованным пародонтитом на фоне заболеваний внутренних органов // Пародонтология.-2000. -№2.-С. 28-30.

- 85.Ковальский В.Л. Алгоритмы организации и технологии оказания основных видов стоматологической помощи.- М., 2004.- 180 с.
- 86.Колесова Н.В. Особенности нарушения барьерной функции эпителия десны при генерализованном пародонтите // Современная стоматология. 2001. -№3. –С. 42-45.
- 87.Корчагин В.П., Найговзина Н.Б. Организационно-экономические аспекты реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации // Экономика здравоохранения. – 1998. - №8-9. – С. 17-21.
- 88.Крылов Ю.Ф., Зорян Е.В. Использование противовоспалительных средств в пародонтологии // Стоматология. – 1998.- Спец. выпуск.- С. 49-50.
- 89.Кречина Е.К., Ефремова Н.В., Маслова В.В. Патогенетическое обоснование лечения заболеваний пародонта методом фотодинамической терапии // Стоматология. – 2006. - №4.- С. 20-25.
- 90.Курбанова Э.А. Клинико-эпидемиологические и медико-гигиенические аспекты распространенности зубных отложений у населения Республики Дагестан / - : Автореф. дисс.канд. мед.наук. – М., 2006.- 24с.
- 91.Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта. - М., 2000. - 162 с.
- 92.Кудрявцева Т.В. Применение биоактивного лекарственного криогеля при лечении заболеваний пародонта: автореф. дис... канд. мед. наук: СПб, 1993.- 20 с.
- 93.Кулаков А.А., Шестаков В.Т., Андреева С.Н. О формировании системы управления качеством в стоматологии: основные положения концепции// Матер. VIII ежегодного научного форума «Стоматология 2006».-М., 2006.- С.4-8.

94. Кунин В.А. Организация управлением качеством в условиях стоматологической клиники // Материалы Всерос. н.-практ. конф. - М., 2006. - С.131-133.
95. Кунин А.А., Ерина С.В., Панкова С.Н. Этиопатогенетические аспекты диагностики и лечения заболеваний пародонта // Вестник института стоматологии. - 2007. - №4. - С.38-50.
96. Лемберг И.А. Потребность в комплексной стоматологической помощи и мотивация населения к обращению за ней в средние по мощности частные структуры // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М. - 2009. - 31 с.
97. Лемберг И. А., Рабинович И.М., Алимский А.В. Рынок как регулятор спроса и предложения стоматологических услуг // Матер. VIII ежегодного научного форума «Стоматология 2006». – М., 2006. - С. 47-48.
98. Лемецкая Т.И. Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта // Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - М. - 1998. - 38 с.
99. Леонтьев В.К. Организация стоматологической службы в условиях рыночных отношений и страховой медицины // Стоматология. - 1995. - № 1. - С.66-72.
100. Леонтьев В.К., Шиленко Ю.В. Социальная стоматология на современном этапе // Стоматология. – 1999. - №1. – С.5-9.
101. Леонтьев В.К. Материально-техническое обеспечение стоматологии. Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны // Стоматология. – 1991. - №3. – С.21-23.
102. Леонтьев В.К. О состоянии стоматологии перспективах её развития // Стоматология. – 2002. – т. 81, № 1. – С.75-84.

103. Леонтьев В.К. Организация, экономика и управление стоматологической службы страны // Стоматология. – 1996, спец. вып., VI съезд Стоматол. Ассоциации. – С.7-11.
104. Леонтьев В.К. Пути повышения качества работы стоматологов // Дент-Арт, 1998. - №3. – С.11-15.
105. Леонтьев В.К. Стоматологическая служба России и перспективы её развития в новых условиях хозяйствования // Стоматология. – 1997. – т. 76, № 2. – С.4-7.
106. Леонтьев В.К., Копейкин В.Н., Алимский А.В. Сеть стоматологических учреждений: тенденции и направления развития при переходе к рыночным отношениям // Стоматология. – 1998. – Т.77, №1. – С.51-54.
107. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии // Медицинская книга. – М., 2003. – 273с.
108. Лепилин А.В., Прилепская М.В., Райгородский Ю.М., Елисеев Ю.Ю. Клинико-иммунологическая эффективность применения вакуум-лазерной терапии при заболеваниях пародонта // Стоматология. – 2007. - №3.- С. 28-30.
109. Леус П.А., Лобко С.С. Эффективность профессиональной гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта // Клиническая стоматология. – 1997. - №3. – С. 70-72.
110. Ломагин В.В. Влияние факторов рыночных отношений на внедрение новых технологий в стоматологическую практику // Автореф. ... дисс.канд. мед.наук. – М., 2003. – 26 с.
111. Лукиных Л.М. Профилактика кариеса и заболеваний пародонта.- М.: Мед. Книга, 2003.- 193 с.
112. Лукиных Л.М., Жулев Е.Н., Чупрунова И.Н. Болезни пародонта.- Н.-Новгород, 2005.- 322 с.

113. Макарова Н.Я., Паламарчук Ю.Н., Подмен А.А. Способ лечения больных пародонтитом с применением аппликационного сорбента АУВМ // Методики диагностики, лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний: Сб. статей.- Киев, 1990.- С. 129-130.
114. Максимовский Ю.М., Леонтьев В.К., Садовский В.В., Гринин В.М., Николаев Ю.В. Сборник нормативных документов для стоматологических ЛПУ всех форм собственности // М., 1999. – т.1. – 84 с.
115. Максимовская Л.Н., Желудева И.В., Чубатова С.А. Применение антибактериального фагового препарата в лечении гингивита и пародонтита // Пародонтология.- 2001.- №1-2. – С.11.
116. Максимовская Л.Н., Шищенко В.М. Метаболическая терапия при лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта // Пародонтология.- 1997.-№ 1. –С. 17-19.
117. Маланьин И.В., Голуб Ю.Н., Бондаренко И.С. Перспективы применения нового способа определения суммарных разрушений в пародонте //Материалы II научно-практической конференции молодых ученых Краснодарского края «Медицинская наука и здравоохранение».- Краснодар.- 2004.- С.57-60.
118. Малышева М.В. Местное лечение воспалительных заболеваний пародонта // Институт стоматологии. – 2002.- № 2. – С. 16-17.
119. Митронин А.В., Вавилова Т.П., Сажина Е.Н., Ясникова Е.Я. Стоматологический статус и клинико-лабораторные аспекты диагностики и течения болезней пародонта у пациентов старших возрастных групп // Пародонтология. – 2007. - №2.- С. 3-8.
120. Моисеенко О.О. Клинико-лабораторные параллели в патогенезе стоматологических заболеваний у детей, больных сахарным диабетом I типа/-: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 2001. - 22 с.
121. Морозов В.Г. Комплексная терапия генерализованного пародонтита средней и тяжелой степени с применением препаратов

- низкомолекулярного поливинилпирролидона // Автореф. дис ... канд. мед. наук.- Тверь, 1992.- 19 с.
122. Мчелидзе Т.Ш., Курускуа А.А., Ткачук М.И. Предварительная оценка качества стоматологической помощи с точки зрения пациента // Проблемы оценки качества медицинской помощи, СПб., 1998. – Вып. 2. – С.270-274.
123. Мюллер Х.-П. Пародонтология.-Львов: ГалДент, 2004.-256 с.
124. Нейзберг Д.М., Стюф И.Ю. Научно-практическое обоснование выбора средств гигиены полости рта у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Пародонтология.-2001. -№1-2.-С. 6-9.
125. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология.- М.: МЕДпресс-информ., 2005.- 548 с.
126. Николаев А.И. Особенности развития и лечения кариеса и пародонтита у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки/- : Автореф. дис... канд. мед. наук.- Смоленск, 1998.- 24 с.
127. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В. Организация стоматологической помощи населению и подготовка врачебных кадров. - С.-Пб., 2001.- 120 с.
128. Орехова Л.Ю. Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- СПб., 1997.- 34 с.
129. Орехова Л.Ю., Улитовский С.Б., Кудрявцева Т.В. Стоматология профилактическая. -М., 2005.- 271 с.
130. Павлик С.А., Сидорчук Г.К., Толочина О.Ф., Центило Т.Д. Этоний и мочевины, пролонгированные сорбентами, для лечения пародонта у больных различного возраста // Теория и практика стоматологии: Сб. науч. тр. ТГМИ - Ташкент, 1990.- С. 104-108.

131. Паненко Т.М. Результаты лечения деструктивной формы хронического периодонтита при использовании костно-пластического материала /-: Автореф. дисс.канд. мед.наук.- 2005.- 24с.
132. Пародонтит / Под ред. Л.А.Дмитриевой.-М.: МЕДпрессинформ, 2007.- 504 с.
133. Петрова Е.В. Аппликационные сорбенты в комплексном лечении пародонтита /-: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: М., 1993.- 22 с.
134. Петрова И.В., Шинкаренко Н.И., Лещенко Г.М.
Информативность и прогностическая значимость неинвазивных тестов в оценке иммунной системы при массовых обследованиях населения // Гигиена и санитария.- 1994.- №8.- С. 49-51.
135. Пичхадзе Г.М., Русанов В.П., Новоселов В.Е. Антагонистическая активность эубиотика Максилин к раневой инфекции и его влияние на резистентность микроорганизмов к антибиотикам // Стоматология.- 2000.-№4 (79).- С.22-27.
136. Плахтий Л.Я. Тактика антибактериальной терапии пародонтита, основанная на результатах микробиологического и молекулярно-генетического исследования: Дисс. ... д-ра мед. наук: 07.02.02. – М., 2002.- 290 с.
137. Пожарицкая М.М., Симакова Т.Г., Старосельцева Л.К., Кириенко В.В. Воспалительные заболевания пародонта у больных с метаболическим синдромом // Стоматология.- 2004.- № 6.- С. 13-16.
138. Прикулс В.Ф., Герасименко М.Ю., Московец О.Н., Сковородько С.Н. Фотофорез геля Метрогил Дента при комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом // Стоматология.- 2008.- №4.- С. 18-23.
139. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии.- М.:МИА, 1999.- 164 с.

140. Рогачкова Е.А. Состояние организации и обеспечение технологий терапевтического лечения стоматологических больных // Автореф. дис... канд. мед. наук: М., 2009.- 22 с.
141. Рыбаков А.И. Некоторые замечания по поводу методики изучения кариеса зубов. //Стоматология. – 1964. – 1. – 17-23.
142. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. – М., 1973. – 317 с.
143. Садовский В.В., Заславский Р.С., Галёса С.А. Преимущества сетевой компьютеризации стоматологической клиники в вопросах диагностики, планирования, учёта и управления // Экономика и менеджмент в стоматологии, 2002. – № 2. – С.66-72.
144. Самойлов К.О. Морфофункциональные особенности хронического воспалительного процесса пародонта у больных с дисплазией соединительной ткани до и после комплексной терапии: Автореф. дис... д-ра мед. наук: Новосибирск, 2000.- 29 с.
145. Сечко О.Н. Использование современных противовоспалительных препаратов в комплексном лечении заболеваний пародонта/-: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1998.- 24 с.
146. Сивовол С.И. Клинические аспекты пародонтологии. - М., 2001. - 168 с.
147. Сигидзян Я.Н., Шварц Г.Я., Арзамасуев А.П. Лекарственная терапия воспалительного процесса. – М., 1988.- 239 с.
148. Сидельникова Л.Ф., Косенко С.В. Применение математического моделирования и прогнозирования для оценки эффективности лечения периодонтита //Стоматология.- 1989.- №4.- С.20-22.
149. Сологуб Э.П., Кузнецов В.Н., Баранова И.Е. Управление стоматологической поликлиникой // М., 1980. – 110 с.
150. Стародубов В.И., Гончаренко В.П., Яицных Н.А., Дорофеев В.И. Концептуальные вопросы развития здравоохранения в Российской

- Федерации // Концептуальные вопросы сектора здравоохранения Российской Федерации. – Санкт-Петербург, 2000. – С. 20-27.
151. Стоматологическая заболеваемость России // под редакцией Э.М.Кузьминой. – М., 1999. – 228 с.
152. Сурмаев Э.В. Особенности диагностики и пародонтологического лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*: автореф. дис. ...канд. мед. наук.- М., 2004.- 24 с.
153. Тучик Е.С., Полуев В.И., Логинов А.А. Ещё раз к вопросу о значении медицинской документации // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2002. - № 2. – С.11-13.
154. Улитовский С.Б., Леонтьев А.А. Оценка риска и предупреждение развития заболеваний пародонта // Дентал Юг.- 2007.- №46. – С.16-20.
155. Федоров Ю.А., Блохин В.П., Лампусова А.И. и др. Комплексное лечение пародонтита: Метод. рекомендации. – Д., 1989.- 20 с.
156. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А., Рыбакова М.Г. Новые данные о механизме влияния природных биологически активных веществ на ткани пародонта // Новое в стоматологии. 1997.- №4.- С. 8-18.
157. Филатова Н.А. Использование препаратов группы макролидов в комплексном лечении заболеваний пародонта/-: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- М., 1997.- 23 с.
158. Фролова О.А. Актуальные задачи развития диагностических методов в клинике пародонтологии // Стоматология.- 2004.- №4 .- С. 22-24.
159. Хайкин М.Б. Клинико-инструментальные и морфофункциональные особенности течения воспалительных заболеваний пародонта у больных гастродуоденальными язвами // Пародонтология.-2007.- №2 (43).- С. 44-46.

160. Халиль Р.А. Причины обострения хронических верхушечных периодонтитов в отдаленные сроки после лечения осложнений кариеса // Автореф. дисс. ...канд.мед.наук.-1994.- 25с.
161. Хамад З.М. - С. Состояние гемоциркуляторного русла пародонта при пародонтите и его коррекция перфтораном // Автореф. дис... канд. мед. наук: - Волгоград, 2004.- 21 с.
162. Хан Р. О главной цели лечения пародонта с использованием прибора Вектор // Клиническая стоматология.-2002. -№3.-С. 44-46.
163. Царев В.Н., Николаева Е.Н., Максимовский Ю.М., Плахтий Л.Я., Носик А.С. Применение полимеразной цепной реакции для диагностики и контроля эффективности лечения генерализованного пародонтита // Российский стоматологический журнал. – 2002.- №2.- С. 27-34.
164. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему.-М., 2006.- 192 с.
165. Цепов Л.М., Морозов В.Г. Медикаментозная терапия в пародонтологии: от стереотипов и эмпиризма к реальности // Стоматология. – 1992.- № 2. – С. 82-84.
166. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта.- М., 2002.- 192 с.
167. Цепов Л.М., Николаев А.И., Сорокина Н.В., Иванова М.В. Хронический генерализованный пародонтит: кто должен лечить пациентов, или зачем терапевту-стоматологу еще одна проблема? // Пародонтология.-2006.- №4 (41).- С. 3-5.
168. Цепов Л.М., Николаев А.И., Ковалева О.В. «Куриозин» и новые возможности лечения хронического генерализованного пародонтита // Пародонтология. – 2006. - №3.- С. 43-48.
169. Чернов П.В., Давыдова Е.А., Гарина И.Б., Клишина Н.В. и др. Анализ дефектов качества оформления медицинской документации пациентов стоматологической клиники //Интеллектуализация

- управления в социальных и экономических системах: тр. Всерос.конф.- Воронеж, 2006.- С.214-215.
170. Шапиро А.П., Алимский А.В. Изучение мнения населения о качестве и культуре оказываемой ему стоматологической помощи // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: Тр. ЦНИИС. – М., 1991. – С.54-56.
171. Шарыпов В.И. Лечение тяжелых форм пародонтита с использованием волокнистого и гранулированного сорбентов // Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний: Матер. 7 съезда стоматологов УССР. – Киев, 1989.- С. 116-117.
172. Ширшова Н.Е. Совершенствование организации платных медицинских услуг населению в условиях крупного города // Здоровье и образование в XXI веке: материалы IV междунар. науч.-практ. конф. – М., 2003. – С. 688-689.
173. Шор М.В. Психологические аспекты пародонтологического приема //СтомПлюс.- 2008.- №1(8).- С.14-17.
174. Шпилея С.Е., Иванов С.И. Азбука природы: Лекарственные средства. – М.: Знание, 1989.- 221 с.
175. Юшманова Т.Н., Образцова Ю.Л. Результаты изучения мнения населения о стоматологической помощи в условиях рыночных отношений // Здравоохранение РФ. – 2000. - № 3. – С.51-53.
176. Янсон С.Д. Организация стоматологической помощи – реальная потребность населения // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2002. - № 1(6). – С.49-54.
177. Armitage G.C. Periodontal diseases: diagnosis // Ann. Periodontol.- 1996.-Vol.1.- P.37-215.
178. Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of periodontal disease // Quintessence. - 2002.-Vol. 3. - P.95-119.
179. Carranza F.A., Newman M.N. Clinical periodontology.- Philadelphia, 1996.- 470 p.

180. Contreras A., Slots J. Herpesviruses in human periodontal disease // J. Periodontol. Res. – 2000. - № 1.- P. 3-16.
181. Cobb C.M. Evaluation of site-specific chemotherapeutic agents in periodontal treatment // Curr. Opin. Periodontol. -1989.-V.16. - P.97-104.
182. Ezzo P.J., Culter C. W. Microorganismus as risk indicators for periodontal disease // Periodontol.- 2003.-Vol. 32.- P.24-35.
183. Flehn M.E. Therapeutic use of antibiotics in dentistry// J. Clin. Periodontol.-1990.-Vol.17, № 17.-P.528-530.
184. Frisk F., Hakeberg M., Ahlgvist M., Bengtsson C. Endodontic variables and coronary heart disease // Acta Odontol. Scand. – 2003.- № 5(61) – P. 257-262.
185. Garcia R.I. et. al. Relationship between periodontal disease and systemic health // Periodontology.-2001.-Vol.25.-P.21-37.
186. Goodson J.M. Antimicrobial strategies for treatment of periodontal disease // Periodontol. – 2000. - Vol. 5.- P. 142-148.
187. Grossi S., Zambon J.J., Ho A.W. et al. Assessment of risk for periodontal disease // J. Periodontol. - 1994.-65.-P. 260-267.
188. Haffajee A.D., Socransky S.S. Microbial etiological afents of destructive periodontal diseases // Periodontol. -2000. - 1994.-№ 5.- P. 57-71.
189. Kalach A., Gatti A. Active ageing: a policy framework //Успехи геронтологии. – 2003. - № 11. - С. 7-18.
190. Lindhe J. Clinical periodontology and implant dentistry. - Copenhagen:Munksgaard, 1997.- P. 461-843.
191. Lang N.P., Joss A., Tonetti M.S. Monitoring disease during supportive periodontal treatment by bleeding on probing // Periodontol. – 2000. - №12.- P. 44-48.
192. Lang N. P., Tonetti M.S. Periodontal diagnosis in treated periodontitis // J. Clin. Periodontol. - 1996.- № 23.- P. 240-250.

193. Le H., Brown L.J. Early onset periodontitis in the United States of America // J. Periodontol.-1991. - Vol. 62.-P.608-616.
194. Maupome G., Gullion C.M., White B.A., Wyatt C.C., Williams P.M. Oral disorders and chronic system diseases in very old adults living in institutions // Spec. Care Dentist. – 2003. – N6 (23). – P. 199-208.
195. Mohammad A.R., Jones J.D., Brunsvold M.A. Osteoporosis and periodontal disease: a review// J. Calif. Dent. Assoc. - 1994. - 22. - 3. - P. 69-75.
196. Page R.C., Offenbacher S., Schroeder H.E., Seymour G.J. Advances in the pathogenesis of periodontitis: summary of developments, clinical implications and future directions // Periodontology. - 1997. - №14. - P.216-248.
197. Pattison A.M. The use of hand instruments in supportive periodontal treatment // Periodontol. - 2000.-№12.-P. 71-89.
198. Rees T.D. Disorders affecting the periodontium // Periodontol.-2000. - Vol. 21.-P. 7-209.
199. Sauvetre E. Bacteriological aspects of periodontal disease // Rev. Belge Med. Dent.- 1994.- P. 9-17.
200. Taubman V.F., Haffajee A.D., Socransky S.S. Longitudinal monitoring of humoral antibody in subjects with destructive periodontal diseases// J. Periodontol. Res. – 1992.- Vol. 27.- P. 511-521.
201. Watanabe K. Prepubertal periodontitis: a review of diagnostic criteria, pathogenesis, and differential diagnosis // J. Periodont. Res. - 1990. - 25.-P. 31-48.
202. Williams R.C. Periodontal disease // N.Engl. J. Med. - 1990.-322 (6). - P.373-382.
203. Wilson T.G. Maintaining periodontal treatment // JADA. – 1990.-Vol. 58. –C. 231.
204. Wilson T.J., Komman K.S. Fundamentals of periodontics. -Tokyo: Quintessence Publ. Co., 1996. - 564 p.

205. Wolf L.F., Aepli D.M., Philstrom B.L. et al. Natural distribution of five bacteriae associated with periodontal disease // J. Clin. Periodontol. – 1993.-№ 20. –P. 676-699.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Карта выкопировки данных из первичной медицинской
документации

№ истории болезни _____

1. Ф И О _____

2. Пол (м, ж) _____

3. Возраст _____
(указать дату рождения или число полных лет)

4. Адрес _____

5. Учреждение _____

6. Дата первичного обращения _____

7. Диагноз при поступлении _____

8. Что сделано _____

9. Последующие посещения _____

Дневник

№	Дата	Зуб	Диагноз	Что сделано

Дата заполнения _____ . Подпись эксперта

:

Учётно-отчётная форма по оценке работы врача-пародонтолога (ФИО) _____ за _____ (день) _____ (месяц) _____ (год)

_____, _____
 (отделение) (поликлиника)

N/N п/п	N истории болезни	Пациент		Проведенная работа (в кодах)			Выработано УЕТ
		Первичный	Повторный	Диагностическая	Лечебная	Профилактическая	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Подпись врача _____

Подпись Зав.отделения _____