

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.314-002-082:614.2

О. Н. Иванченко, С. В. Zubov, М. Т. Александров, Е. В. Иванова, А. А. Лабазанов, А. С. Калиничук

**МОНИТОРИНГ ДАННЫХ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВЕДОМСТВЕННОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

Поликлиника «ОАО Газпром» (г. Москва, ул. Наметкина, д. 16); кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Института усовершенствования врачей ФГУ Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 65); Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2); кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ДПО РМАПО Минздравсоцразвития РФ (123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1); Российский университет дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6)

*С целью ретроспективного анализа изучены статистические данные эффективности оказания стоматологической помощи прикрепленному контингенту в ведомственной поликлинике в период с 1999 по 2010 г. Распространенность кариеса в возрастной группе 18-70 лет составляла в среднем 83,5%. Средний показатель интенсивности кариеса соответствовал  $20,2 \pm 0,3$ . Была выявлена динамика к увеличению распространенности кариеса и его осложнений от  $70 \pm 0,1\%$  в 1999 г. до  $98 \pm 0,5\%$  в 2010 г.*

Ключевые слова: эпидемиология, стоматологическая помощь

## MONITORING DATA PROVIDE DENTAL CARE IN THE DEPARTMENTAL CLINIC

O.N. Ivanchenko, S.V. Zubov, M.T. Alexandrov, E.V. Ivanova, A.A. Labazanov., A.S. Kalinichuk

*With the purpose of retrospective analysis studied the statistics effectiveness of dental health care delivery attached contingent in the departmental clinic in the period from 1999 to 2010. The prevalence of dental caries in the group aged 18-70 years was on average 83,5%. The average indicator of the intensity of caries corresponded to  $20,2 \pm 0,3$ . It was revealed the dynamics of the increase in the prevalence of dental caries and its complications from  $70 \pm 0,1\%$  in 1999 to  $98 \pm 0,5\%$  in 2010.*

Key words: epidemiology, dental care

**Введение**

Стоматологические заболевания занимают второе место в структуре обращаемости населения в медицинские учреждения и третье – в структуре общей заболеваемости [19]. По данным российских ученых, начиная с 2-летнего возраста [1, 7, 10, 15], заболеваемость и интенсивность кариеса были на уровне  $52,3 \pm 0,08\%$  и  $3,89 \pm 0,11\%$  и возрастали, достигая в старшей возрастной группе до 65 лет максимальных показателей –  $99,4 \pm 0,7\%$  и  $29,4 \pm 0,5\%$ . Нуждаемость в терапевтическом и ортопедическом лечении оставалась довольно высокой: от 30% в возрасте до 34 лет до 97% в возрасте 70 лет [9]. Период максимальной активности развития осложнения кариеса выявляли, как правило, после 44 лет [17], следствием которого было массовое удаление зубов – от 46,1 до 80,3% случаев всех удалений. Также было установлено, что удаление постоянных зубов по поводу осложнения кариеса у детей в возрасте от 6 до 15 лет встречалось в 7,6% случаев обращения [13]. Зачастую причиной удаления зубов были заболевания пародонта (20–52% случаев). Кроме того, происходило стабильное необоснованное депульпирование зубов, при этом качество эндодонтического лечения оставалось на невысоком уровне. Девитальный зуб по-прежнему является ис-

точником одонтогенной инфекции, что способствует усугублению проблемы [3, 4, 6].

Целью исследования явилось изучение нуждаемости в стоматологическом лечении прикрепленного контингента на основе изучения статистических данных за 11 лет наблюдения.

**Материал и методы**

Исследование проводилось в медицинском частном учреждении поликлиника «ОАО Газпром» (далее МЧУ ПГ). У взрослых пациентов МЧУ ПГ был проведен мониторинг данных лечения за 11-летний период – с 1999 по 2010 г. Оценивали статистические данные стоматологического лечения: случаев удаления зубов и имплантатов, зубосохраняющих операций, эндодонтического лечения, лечения кариеса зубов, пародонтологического лечения.

**Результаты и обсуждение**

Анализ статистических данных за 11 лет оказания стоматологической помощи в ведомственной клинике показал, что основным хирургическим методом лечения осложненного кариеса зубов оставалось удаление зуба. При этом количество зубосохраняющих операций было на крайне невысоком уровне, несмотря на высокую потребность в этом виде помощи и высокие материально-технические возможности клиники [9] (табл. 1).

С 2001 г. отмечался стабильный рост удалений зубов, связанный с увеличением случаев протезирования, что привело к росту случаев проведения опе-

Иванченко Ольга Николаевна – канд. мед. наук; врач-стоматолог; e-mail: 7452832@mail.ru

Таблица 1. Динамика изменений количества удалений и зубосохраняющих операций в период с 1999 по 2009 г.

Хирургическое лечение зубов	Год										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Удаление	1391	1290	1461	2250	2763	3126	2975	3197	3423	3050	2727
Зубосохраняющие операции	65	86	76	94	101	119	123	97	100	116	97

Таблица 2. Сравнительный анализ частоты депульпирования зубов и установки имплантатов на одно протезирование (1999–2010 гг.)

Лечение	Год											
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Депульпирование	2	1,7	1,9	1,6	1,7	1,6	1,8	1,8	1,7	2,5	1,9	4
Установка имплантатов	0,01	0,04	0,001	0,03	0,02	0,05	0,07	0,2	0,23	0,22	0,24	0,4

раций по установке имплантатов и эндодонтического лечения зубов (табл. 2). В 2008 г. установлено 196 имплантатов – удалено 4 имплантата, в 2009 г. установлено 239 – удалено 13, а в 2010 г. установлено 168 имплантатов – удален 1 имплантант.

Наряду с операциями установки имплантатов производили также и их удаление, количество которых не превысило 5,4% от случаев их установки. Это может быть связано также с недостаточным диспансерным наблюдением и колебанием численности прикрепленного контингента.

Сопоставляя данные о численности всех прикрепленных пациентов (учитывая почти 100% распространенность патологии тканей пародонта) с количеством случаев законченного лечения, неоспоримым являлся факт недополучения пациентами данного вида стоматологической помощи, в том числе и пациентами, которым произведена операция по установке имплантатов. Так, в 2008 г. из 17 360 пациентов пародонтологическое лечение получили 259, в 2009 г. из 16 460 – 270, а в 2010 г. из 15 986 обратившихся больных только 314. Учитывая рост количества случаев удалений зубов, операций имплантации и недостаточность пародонтологического лечения, можно ожидать в дальнейшем увеличение числа случаев удалений имплантатов и повторного ортопедического лечения и как следствие дополнительные временные и финансовые затраты и удорожание стоматологического лечения.

Развившийся в течение последних двух десятилетий в стране социально-экономический кризис привел к значительным сдвигам в состоянии здоровья населения страны. Сегодня происходит поступательный процесс отягощения населения страны общесоматической патологией практически по всему диапазону нозологических форм [21], в том числе и стоматологическими заболеваниями. Отмечается снижение социально-экономического уровня жизни российского общества, что отражается на показателях здоровья населения и выражается в ухудшении здоровья и росте заболеваемости. Большую роль в этом сыграло разрушение в нашей стране централизованной системы эффективной профилактики общесоматических и стоматологических заболеваний, диспансеризации всех слоев населения, в том числе и в организованных детских коллективах, начиная с детских садов, школ и вузов [18]. Последние десятилетия происходила активная коммерциализация всей системы здравоохранения, в том числе и в стоматологии. Анализ деятельности 1170

частных стоматологических клиник Москвы показал, что в структуре оказания стоматологической помощи полностью отсутствовали цитологические, гистологические исследования, очень редко выполнялись бактериологические исследования, одонтопародонтографии, определение пародонтальных индексов, не проводили сбора анамнеза, жалоб при патологии полости рта. Крайне редко выполняли радиовизиографию челюстно-лицевой области, антропометрические исследования, телерентгенографию челюсти, физиотерапевтическое лечение [23]. Стоимость одной пломбы из гелиокомпозита в частной стоматологической клинике Москвы составляла от 1487 до 2953 руб., пломбирования одного корневого канала – от 778 до 1976 руб., металлокерамической коронки – от 5674 до 7775 руб., изготовление бюгельного протеза от 16 257 до 23 978 руб. При этом средняя заработная плата по Москве, по данным УФНС за 2010 г., составляла в среднем 22 132 руб., прожиточный минимум для работающих граждан – 9825 руб.

Результат изучения данных эпидемиологического исследования в различных регионах России выявил высокую распространенность кариеса и его осложнений – до 100% [3–6, 13, 17]. Согласно проведенному статистическому анализу обращаемости на примере московской поликлиники [20], чаще всего причиной посещения врача-стоматолога являлись заболевания пульпы и периодонта. На втором месте оказался кариес, на третьем были заболевания пародонта. Возраст активных пациентов 25–59 лет. При этом доля женщин среди всех пациентов была больше, чем мужчин.

Для восстановления отсутствующего зуба в настоящее время все чаще применяется метод дентальной имплантации. Поскольку полость рта заселена резидентной микрофлорой, микробная контаминация операционной раны при внутрикостной имплантации неизбежна. При проведении синус-лифтинга в ходе операции, как правило, происходит инвазия бактерий полости рта, обладающих вирулентными свойствами, в операционную рану. При этом возможно развитие воспалительных осложнений [16]. Однако на сегодняшний день в литературе отсутствуют данные о подходе к выбору антибиотиков для профилактики осложнений при операции по установке дентального имплантата в различных клинических ситуациях, нет четких инструкций по тактике антибиотикотерапии. Причиной риносинусогенных гнойных внутричерепных осложнений в 65% случаев являлся острый гной-

ный синусит, в том числе имеющий одонтогенный характер (при выведении в верхнечелюстной синус пломбировочного материала, имплантата). Острое и хроническое гнойное воспаление околоносовых пазух, приводящее к внутричерепным осложнениям в большинстве случаев (82,5%), носило разлитой характер, захватывающий 3 пазухи и более [8]. По наблюдениям оториноларингологов, частота одонтогенных гайморитов колеблется от 2 до 25% от общего числа больных с патологией верхнечелюстных пазух [22]. При анализе хирургических осложнений после имплантации выявлено, что в 65,6% случаев происходило повреждение верхнечелюстной пазухи, в 34,4% наблюдалась травма нижнего альвеолярного нерва [14]. В данное время проблематичным остается вопрос устранения ороназальных перфораций и свищей. Статистика показывает, что рецидивы заболеваний возникали в 9-50% случаев [22]. Потерю имплантатов выявляли у пациентов с артериальной гипертензией – в 11% случаев, с ишемической болезнью сердца – в 11,4%, с патологией выделительной системы – в 14,5%, наибольшую – у больных сахарным диабетом – в 29,7% случаев [11]. Более частыми причинами ошибок были: отсутствие комплексного плана лечения, преемственности и интеграции между врачами, недостаточная профессиональная подготовка специалистов, необоснованное расширение показаний к дентальной имплантации, пренебрежение новейшими достижениями в области стоматологии [12]. Таким образом, несмотря на стремительное развитие рынка стоматологических услуг, технологий лечения и материально-технической базы стоматологических клиник, остается актуальной проблема качества лечения и доступности его населению нашей страны.

### Заключение

В изученный период с 1999 по 2010 г. в МЧУ ПГ выявлен стабильно высокий уровень случаев кариеса зубов и его осложнений, удалений зубов, что соответствует значительной распространенности стоматологических заболеваний (85,3%). Эти данные согласуются в целом с ситуацией по заболеваемости в стране, наблюдающейся на высоком уровне. Также являлась значительной потребностью в пародонтологическом лечении. Пародонтологическое лечение оставалось недоступным подавляющему числу пациентов. Это связано не только со значительной распространенностью этой патологии, но и с нехваткой специалистов в МЧУ ПГ. Решением этой проблемы могло бы стать увеличение ставок для стоматологов-пародонтологов и гигиенистов. Кроме того, ситуацию ухудшали недостаточная диспансеризация прикрепленного контингента, смещение акцента в подходе к лечению стоматологических пациентов в сторону принципа лечения по обращаемости и подготовки к протезированию зубов, расширение показаний к удалению зубов, т. е. коммерциализация стоматологической помощи. Фактором риска и низкой эффективности лечения было также наличие общесоматической патологии у пациентов.

На сохранение высокого уровня развития осложнений кариеса и удалений зубов, помимо мотивации пациентов и врачей-стоматологов, влияла также недостаточная эффективность применяемых в ежедневной

практике современных препаратов и материалов, так как известно, что оставшаяся в корневом канале микробная флора способствует увеличению случаев осложнений в ближайшие и отдаленные сроки после лечения, что впоследствии приводит к потере зубов [2].

Таким образом, в условиях одного современного медицинского центра с современным и достаточным материально-техническим оснащением на фоне коммерциализации подхода к лечению стоматологических заболеваний, недостаточного внимания государственных структур к проблеме профилактики и доступности эффективного лечения общесоматической и стоматологической патологии невозможно решить проблему высокого уровня распространенности стоматологических заболеваний. При отсутствии общегосударственных мероприятий по профилактике общесоматической патологии, кариеса и его осложнений, малодоступности качественной стоматологической помощи россиянам в дальнейшем будет происходить рост числа случаев кариеса, заболеваний пульпы и периодонта, удалений зубов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Адаева С. А. Медико-экспертная оценка стоматологического статуса детей Владимирской области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.
2. Беер Р. // Новое в стомат. – 2002. – № 5 (105). – С. 35–36.
3. Боровский Е. В. // Клин. стомат. – 1997. – № 1. – С. 5–8.
4. Боровский Е. В., Протасов М. Ю. // Клин. стомат. – 1998. – № 3. – С. 4–8.
5. Боровский Е. В. Клиническая эндодонтия. – М., 1999.
6. Боровский Е. В. // Стоматология. – 1999. – Т. 78, № 1. – С. 21–24.
7. Воронина Е. П. Стоматологический статус детей, родившихся и постоянно проживающих в районе расположения алюминиевого завода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995.
8. Демиденко А. Н. Риносинусогенные внутричерепные осложнения: вопросы этиопатогенеза, совершенствования диагностики, хирургического и консервативного лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Курск, 2009.
9. Иванченко О. Н., Попов С. Н., Александров М. Т. и др. // Рос. стоматол. журн. – 2010. – № 5. – С. 38–44.
10. Киселева Е. А., Те И. А., Те Е. А. // Институт стоматол. – 2009. – № 3. – С. 22–23.
11. Кузнецов С. В. Дентальная имплантация у пациентов с соматической патологией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009.
12. Кураева Е. Ю. Судебно-медицинский анализ дефектов стоматологического протезирования с опорами на дентальные имплантаты (Медико-правовые аспекты проблемы): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010.
13. Маркарян М. М. // Стоматол. форум. – 2004. – № 1 (4). – С. 35–36.
14. Нечаева Н. К. Клинико-рентгенологическая диагностика хирургических осложнений дентальной имплантации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010.
15. Ногина Н. В. Сравнительный эпидемиологический анализ стоматологической заболеваемости у детей в экологически неблагоприятном регионе на примере г. Чапаевска: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2009.
16. Панин А. М., Царев В. Н., Чувилкин В. И., Новиков С. А. // Рос. стоматол. – 2010. – Т. 3, № 3. – С. 17–23.
17. Петрикас А. Ж. Пульпэктомия. – Тверь, 2006.
18. Прохончуков А. А. // Стоматология. – 2010. – № 2. – С. 16–23.
19. Сорокин В. И. Стоматологическая заболеваемость и потребность в стоматологической ортопедической помощи в ЦЛПУ МВД России: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006.
20. Сохов С. Т., Кабанова А. В. // Рос. стоматол. – 2010. – Т. 3, № 3. – С. 49–53.
21. Тишук Е. А. Заболеваемость населения Российской Федерации. – М., 2010.
22. Честникова С. Э. Консервативное и хирургическое лечение хронических одонтогенных перфоративных верхнечелюстных синуситов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.
23. Янушевич О. О., Воцина Е. И. // Рос. стоматол. – 2010. – Т. 3, № 2. – С. 4–9.

Поступила 20.04.12