

Глава 3

Вопросы организации комплексной стоматологической помощи населению с заболеваниями пародонта

За последние годы в мире наметилась тенденция к серьёзному нарастанию частоты заболеваний пародонта среди всех групп населения. Особенно высока заболеваемость взрослых, достигающая, по литературным данным, 80–90% (Грудянов А.И., 1995). Этот процесс коснулся многих стран мира, как развивающихся, так и развитых, что подтверждает статистика Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, Женева, 2005). Рост распространённости данной патологии и, главное, степени её тяжести связывают со многими факторами (в частности, социальными, алиментарными, особенностями труда и быта, общей заболеваемостью). В последние годы организации стоматологической помощи больным данного профиля придают серьёзное значение, однако её оптимальная модель применительно к конкретным условиям жизни тех или иных групп населения до сих пор не предложена.

По сей день в РФ стоматологическую помощь населению, страдающему заболеваниями пародонта, оказывают в основном врачи стоматологи-терапевты, работающие в стоматологических поликлиниках, стоматологических отделениях и кабинетах. Лишь в некоторых регионах страны существуют специализированные пародонтологические подразделения, где предусмотрено более планомерное лечение таких больных. Между тем такой подход, хотя и более правилен, но всё же недостаточен, поскольку больные пародонтологического профиля нуждаются, как правило, в комплексном обслуживании, включая различные виды стоматологической помощи, а не только непосредственное лечение тех или иных заболеваний пародонта. В частности, большинству из них необходимо также адекватное протезирование зубов, для чего, как известно, практически каждому больному нужна предварительная подготовка полости рта. Она включает лечение кариеса зубов и его осложнений, удаление разрушенных зубов, а также зубов с высокой степенью подвижности, возникшей вследствие осложнений заболеваний пародонта.

Иными словами, подобным пациентам необходимо действительно комплексное стоматологическое обслуживание, которое в настоящее время оказывают в полном объёме лишь в ограничен-

ном числе стоматологических клиник страны. Для реализации подобного подхода нужны квалифицированные специалисты различного стоматологического профиля, соответствующее оборудование и оснащение, а главное — согласованный план лечения, т.е. предварительное консультирование этими специалистами пародонтологических больных. Только на основании подобного консилиума можно обеспечить наиболее оптимальный план оздоровления пациента и необходимых лечебно-профилактических мероприятий. Сейчас к этому в наибольшей степени готовы стоматологические клиники крупной и средней мощности, где есть полный набор подобных специалистов, а также соответствующая инфраструктура.

Прежде чем проводить такие мероприятия в отдельных регионах, обязательно предварительное клинично-эпидемиологическое обследование местного населения. Только на основании этих данных можно выявить уровень и структуру его поражённости основными стоматологическими заболеваниями, включая заболевания пародонта, а также оценить необходимость различных видов стоматологической, в том числе пародонтологической, помощи.

Значение эпидемиологических исследований трудно переоценить. Они особенно важны в современных условиях, что связано с серьёзными экологическими проблемами многих регионов, обусловленными в основном техногенным загрязнением окружающей среды и изменением климата. Соответственно во всём мире придают большое значение изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний с тем, чтобы не только изучить особенности их распространения, но и наметить пути их устранения. Именно с этих позиций необходимо рассматривать, планировать и проводить все эпидемиологические исследования, должным образом сочетая научную новизну и практическую значимость.

К сожалению, до сих пор в нашей стране продолжают так называемые прикладные, разовые эпидемиологические исследования: например, изучают особенности поражения населения того или иного возраста кариесом зубов или заболеваниями пародонта, жителей тех или иных регионов с разным содержанием фтора в питьевой воде, работников различных промышленных производств с профессиональными вредностями и без них, представителей определённых профессий или видов деятельности. При этом стоматологические заболевания пытаются связать с теми или иными факторами внешней среды.

Исследования, сопоставляющие полученные данные в целом с биогеохимическими особенностями регионов, характером труда и быта обследованного населения, а также другими факторами, весьма редки. Безусловно, ведущую роль среди таких факторов играют экологические условия, непосредственно влияющие на состояние здоровья населения, поэтому необходимо изучать только коренное население, родившееся и постоянно проживающее в том или ином регионе страны.

Следовательно, к работе по изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний надо привлекать наиболее опытных и квалифицированных специалистов, в полной мере владеющих подобной методикой. В противном случае нередко допускают гипо- или гипердиагностику тех или иных стоматологических заболеваний. Например, если в ходе осмотра дополнительно регистрируют лишь один кариозный зуб (или не замечают его), то, помимо завышения (или занижения) итоговых показателей интенсивности поражения, при расчётах штатных нормативов возникает ошибка соответственно на одну врачебную должность. Приведённый пример наглядно свидетельствует о том, насколько точными и достоверными должны быть эпидемиологические исследования. Всем его участникам необходимо пройти соответствующую предварительную подготовку и калибровку у специалистов-эпидемиологов с большим стажем работы. Только в таком случае можно быть уверенными в достоверности получаемых данных, причём абсолютно неважно, по какой методике они получены (ЦНИИС или ВОЗ). Дело не в регистрационных

документах, а в опыте специалиста, проводящего обследование, его квалификации и точности диагностики, осуществляемой им.

Калибровку проводят для выработки единого взгляда участников обследования на то или иное стоматологическое заболевание либо состояние, наличие и степень тяжести выявляемой патологии. В противном случае достоверность эпидемиологических исследований, особенно разовых, может быть подвергнута серьёзному сомнению. Как известно, предел ошибки после калибровки таких специалистов не должен превышать $\pm 5\%$. В идеальном варианте предпочтительно осматривать тот или иной контингент дважды в одно и то же время, и при совпадении данных результатов следует считать достоверным. Таким образом, как отмечено, лучше всего доверять подобные исследования опытным эпидемиологам, причём одним и тем же.

Есть и другой, ещё более верный путь проверки правильности результатов эпидемиологических исследований: необходимо повторять их на одном и том же контингенте спустя 1 год. Соответственно совпадение данных служит объективным критерием их достоверности. В свою очередь, полученные разноречивые данные вряд ли будут свидетельствовать о влиянии тех или иных факторов на изменение поражённости, поскольку за год, как правило, этого не происходит. Именно поэтому ВОЗ (Женева, 1975) рекомендует повторять эпидемиологические исследования спустя 5 лет, когда возможны определённые изменения стоматологического статуса населения и окружающей среды.

Указанное положение иллюстрирует пример эпидемиологического обследования школьников г. Сургута. Так сложилось, что необходимо было дополнительно осмотреть учащихся тех же школ в следующем году. Поскольку исследование проводил тот же специалист по той же методике ЦНИИС, полученные данные совпали с точностью до сотых долей. Это свидетельствует о точности эпидемиологии стоматологических заболеваний как науки, позволяющей получить весьма достоверные данные, которые можно использовать также для организации и планирования стоматологической помощи. Однако для этого необходимо соблюдать следующие основные требования.

- Правильный выбор баз и контингентов для обследования (в частности, пол, возраст, род деятельности).
- Обеспечение репрезентативности обследуемых групп населения при их чётком разделении на местное и приезжее (причём для выявления краевых особенностей поражённости теми или иными стоматологическими заболеваниями необходимо ориентироваться только на местное население). При этом число обследованных в каждой возрастной группе должно составлять около 100 человек.
- Исчерпывающая статистическая обработка полученного материала, причём исчисление не только средних величин (M), но и ошибок к ним ($\pm m$). При сравнении тех или иных показателей обязательна их стандартизация и определение достоверности или несущественности различий по t -критерию Стьюдента.
- Изучение особенностей окружающей среды (таких как экологические условия, профессиональные вредности, состав воды и почвы) во взаимосвязи с показателями стоматологической заболеваемости изученных групп населения.

Как свидетельствует практика эпидемиологических исследований, проводимых по методике ВОЗ, при оценке полученных показателей не выделяют местное и приезжее население, а определяют лишь среднюю величину, причём без исчисления ошибки к ней, а также оценки достоверности различий. Такой подход при некоторых других недостатках данной методики не позволяет в должной мере определить особенности поражённости стоматологическими заболеваниями в тех или иных регионах либо на обследуемых объектах (в дошкольных учреждениях,

школах, на промышленных предприятиях). Всё это значительно снижает информативность и достоверность получаемой информации, а также возможность её реализации на практике.

Таковы основные требования к эпидемиологическим исследованиям в современных условиях. Если исследователи, помимо выявления краевых особенностей распространённости и интенсивности стоматологических заболеваний и их взаимосвязи с производственными и иными факторами, захотят использовать эти данные для организации и планирования каких-либо видов стоматологической помощи, в том числе пародонтологической, лучше использовать методику ЦНИИС, поскольку по ней обследуют все возрастно-половые группы населения, а не выборочно, как по методике ВОЗ (6, 12, 15 лет, 35–44 года). По ним невозможно определить полную ситуацию в изучаемом регионе и проводить планомерно-нормативные расчёты как в целом, так и в каждой возрастной группе населения. Только при таких условиях подчас немалые средства, вкладываемые в эпидемиологические исследования, оправданы, а полученные результаты востребованы и полезны.

Как сказано выше, в последние годы наметился серьёзный рост распространённости заболеваний пародонта среди населения. К сожалению, их до сих пор изучают изолированно от других стоматологических заболеваний. Поскольку связь кариеса зубов и заболеваний пародонта с микробными факторами общепризнанна, такой подход вряд ли оправдан. Более того, подчас одинаковы и пусковые механизмы этих заболеваний, связанные с особенностями окружающей среды, быта, характера питания и других условий.

Следовательно, при изучении распространённости и степени тяжести заболеваний пародонта необходимо предварительно исследовать поражённость взрослого населения кариесом зубов. Это обусловлено тем, что индекс КПУ не является, если можно так выразиться, чисто кариозным, характеризующим лишь интенсивность поражения населения кариесом зубов. В его структуре довольно высокий удельный вес (особенно в старших возрастных группах) занимает важнейший составляющий элемент, характеризующий долю удалённых зубов, — удаления по поводу осложнений заболеваний пародонта. Их доля в индексе достигает подчас 50–60%, что обязательно учитывать при анализе распространённости заболеваний пародонта и планировании амбулаторных хирургических стоматологических вмешательств.

Самая распространённая патология среди заболеваний пародонта — пародонтит. Если в возрасте 20–29 лет выявляют немногим более 1% больных пародонтитом, то у пациентов старше 50 лет частота заболеваний пародонта достигает 90–96%. На втором месте по частоте поражения стоит гингивит. Гингивит как самостоятельная нозологическая форма имеет тенденцию к сокращению по мере увеличения возраста обследованных, поскольку на передний план выступает более тяжёлое заболевание — пародонтит.

При исследованиях важно соблюдать методическую особенность подсчёта: с учетом трансформации гингивита в пародонтит. Следовательно, чрезвычайно важно дифференцировать гингивит от более тяжёлой патологии — пародонтита. При таком методическом подходе удаётся наблюдать действительную картину динамики поражённости тканей пародонта воспалительными заболеваниями, ранжировать их по степени тяжести и оценивать их нарастание с возрастом обследованных.

При учёте заболеваемости важно оценивать долю пациентов, имеющих над- и поддесневые зубные отложения, причём учитывать лишь пациентов без клинически выраженных заболеваний пародонта, в том числе без гингивита и пародонтита. Это позволяет выявить преморбидную фазу указанных заболеваний, а также предрасполагающие к ним факторы, что чрезвычайно важно для их профилактики. При учёте всех пациентов с отложениями зубного камня, практически всегда

наблюдаемых при пародонтите и гингивите, картина в значительной степени смазывается, что не позволяет выявить долю пациентов с отложениями зубного камня, но ещё без видимых клинических проявлений заболеваний пародонта.

Однако в соответствии с существующей методикой ВОЗ (Женева, 1997) для определения нуждаемости населения в пародонтологической стоматологической помощи и согласно предложенному для этих целей коммунальному пародонтальному индексу (Community Periodontal Index, CPITN) обязательно учитывать отложения зубного камня, которые наряду с кровоточивостью считают одним из главных симптомов заболеваний пародонта. Соответственно в программу их выявления, лечения и профилактики включены обязательные регистрация и снятие зубных отложений.

К заболеваниям тканей пародонта предрасполагают аномалии зубочелюстной системы. В практике эпидемиологических исследований распространённость аномалий зубочелюстной системы изучают, как правило, в группах детского населения и чрезвычайно редко — у взрослых, между тем подобная информация чрезвычайно важна, особенно в современных условиях, когда многие взрослые, прежде всего женщины, обращают внимание на свою внешность. Именно они сейчас стали наиболее активно обращаться за ортодонтической стоматологической помощью, о чём убедительно свидетельствует и официальная статистика Минздравсоцразвития за последние годы. Так, в 2006 г. в РФ по всем направлениям деятельности стоматологической службы (терапия, хирургия, ортопедия) упали все статистические показатели, в том числе вследствие сокращения числа стоматологических поликлиник на 300 единиц. Вырос лишь один показатель — число обратившихся за ортодонтической помощью. Таким образом, знание фактического состояния поражения взрослого населения аномалиями зубочелюстной системы представляет не только научный, но и чисто практический интерес с точки зрения оптимальной организации данного вида специализированной стоматологической помощи. Крайне необходимы подобные исследования и среди обращающихся за такой помощью в крупные стоматологические учреждения, поскольку они сейчас стремятся удовлетворить возрастающий спрос населения во всех видах стоматологического обслуживания.

Каждый пятый житель города страдает аномалиями зубочелюстной системы. При этом отмечается высокая степень тяжести данной патологии. Так, в структуре выявленных аномалий более половины составляют аномалии прикуса, причём такие тяжёлые, как прогения, прогнатия и открытый прикус. Аномалии отдельных зубов встречаются несколько реже. Среди них наиболее распространено скученное положение зубов, существенно реже — диастемы и тремы и ещё реже — аномалии положения зубов.

Отдельным исследователям удалось отметить определённую возрастную динамику изучаемых показателей: тенденцию к сокращению поражений аномалиями зубов и прикуса по мере увеличения возраста обследованных. При этом наименьший уровень поражённости наблюдается в возрастной группе 60 лет и старше, что объясняется большой потерей зубов и соответственно невозможностью регистрации правильного (или фактического) соотношения челюстей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Алимский А.В. Геронтостоматология: настоящее и перспективы // Стоматология для всех. — 1999. — № 1. — С. 29–31.

Алимский А.В. Заболеваемость, нормативы потребности и пути повышения эффективности стоматологической помощи населению: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1983. — 46 с.

Алимский А.В. Заболевания пародонта у лиц пожилого и преклонного возраста / Пародонтит / Под. ред. Л.А. Дмитриевой. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — С. 403–420.