

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНЗДРАВА РОССИИ**

На правах рукописи

КУЧИЕВ ГАДЖИБУТАГАДЖИМАГОМЕДОВИЧ

**Стоматологическая заболеваемость и потребность взрослого
городского населения Республики Дагестан в ортопедической
стоматологической помощи**

14.01.14 «Стоматология»

**ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени:
кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель:
доктор медицинских наук,**

доцент О.Р. Курбанов

Москва - 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	10
1.1. Причина возникновения нужды населения в ортопедической стоматологической помощи	24.
1.2. Планово-нормативные исследования в ортопедической стоматологии...	25
1.3. Определение потребности и особенности организации ортопедической стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста	30
1.4. Основные направления социологических исследований в стоматологии	34
1.5. Современное состояние экспертной оценки качества оказания стоматологической ортопедической помощи	35
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	41
Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ОСНОВНЫМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ВЗРОСЛОГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН	59
3.1. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и его структура у взрослого городского населения Республики Дагестан	60
3.2. Распространенность некариозных поражений эмали у взрослого городского населения Республики Дагестан	67
3.3. Распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта у взрослого городского населения Республики Дагестан	69

3.4. Распространенность зубочелюстных аномалий у взрослого городского населения Республики Дагестан	78
Глава 4. ПОТРЕБНОСТЬ ВЗРОСЛОГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	82
Глава 5. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ДАГЕСТАНА	94
5.1. Анализ и оценка качества ортопедических стоматологических услуг с применением экспертной оценки	94
5.2. Данные амбулаторных карт, как источники анализа качества ортопедического стоматологического лечения	97
Глава 6. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ОРТОПЕДОВ-СТОМАТОЛОГОВ	104
6.1. Мнение пациентов об оказанной ортопедической стоматологической помощи	104.
6.2. Особенности квалификационной характеристики врачебного персонала стоматологической ортопедической службы	107
6.3. Анализ анкетирования врачей-стоматологов-ортопедов	110
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	113
ВЫВОДЫ	125
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	127.
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	129
ПРИЛОЖЕНИЯ	158

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ И СОСТОЯНИЯ ВОПРОСА

Стоматологические заболевания занимают большой удельный вес среди общей заболеваемости человека. Несмотря на то, что этиология и патогенез основных стоматологических заболеваний во многом общеизвестны, на сегодняшний день во всем мире многочисленные авторы проводят исследования по этой проблеме и освещают ее с различных сторон (Е.В. Боровский, П.А. Леус, В.К. Леонтьев, 1985; И.В. Кузнецова, 2002; А.Н. Галиулин, 2002; А.В. Алимский, 2002; В.Я. Яковлева, 2005; И.А. Горбачева и соавт., 2008; VanWykP.J. et al., 2004; KuklevaM.P. et al., 2009; EricssonJ.S. et al., 2009; CumminsD., 2009; Е.М. Максимова, 2009; З.О. Курбанов, 2014).

Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в различных регионах нашей страны подвержена значительным колебаниями зависит от климатогеографических условий местности, содержания фтора, йода и других микроэлементов в питьевой воде, экологических и социальных факторов.

Определение уровня заболеваемости и интенсивности стоматологических заболеваний используется для проведения расчетов по обеспеченности врачебными кадрами, обоснования целесообразности и определения сроков проведения лечебно-профилактических мероприятий, объема различных видов стоматологической помощи (А.К. Курьянов, 1979; Т. Атдаев, 1988; О.Р. Курбанов, 1991; М.С. Гадаев, 2003; У. Барсанов, 2009).

Как свидетельствует анализ литературных данных, лишь в единичных районах освещается состояние жевательного аппарата у населения всех возрастно-половых групп населения Республики Дагестан (А.С. Ахмедханов, 1988; Г.В. Гусенов, 1978; Б.Р. Бахмудов, 1990; И.В. Кузнецова, 2002; О.Р. Курбанов, 2009; Т.А. Абакаров, 2012; Т.М. Алиханов, 2012). Немного сообщений, отражающих и состояние ортопедической стоматологической помощи (Г.В. Гусенов, 1978).

Однако следует отметить, что после выполнения большинства этих работ прошло значительное время и согласно рекомендациям ВОЗ целесообразно через 5-6 лет иметь обновленные данные о стоматологической заболеваемости.

Актуальность исследования заключается в том, что до настоящего времени не изучена потребность в ортопедической стоматологической помощи городского населения, проживающего на территории Республики Дагестан.

Цель исследования – определение потребности в различных видах зубных протезов и повышение качества и эффективности ортопедической стоматологической помощи городскому населению Республики Дагестан.

Задачи исследования.

1. Изучить показатели пораженности кариесом зубов, некариозными поражениями, заболеваниями тканей пародонта, зубочелюстными аномалиями среди взрослого населения, проживающего в разных городах Республики Дагестан.

2. Оценить уровень оказания и потребности в ортопедической стоматологической помощи взрослого городского населения Республики Дагестан.

3. Оценить уровень оказания и потребности населения в лечебно-профилактической стоматологической помощи взрослого городского населения республики.

4. Путем социологического исследования определить уровень мотивации населения в разных городах Республики Дагестан к получению ортопедического стоматологического лечения.

5. Оценить качество проведенной ортопедической помощи взрослому городскому населению Республики Дагестан.

6. Разработать практические рекомендации по профилактике стоматологических заболеваний и эффективности ортопедической помощи городскому населению Республики Дагестан.

Научная новизна результатов исследования.

Впервые проведено клинико-эпидемиологическое исследование стоматологической заболеваемости у взрослого городского населения Республики Дагестан.

Получены новые данные о распространенности и интенсивности кариеса зубов, некариозных поражений эмали, заболеваний тканей пародонта, зубочелюстных аномалий у лиц различных возрастных групп.

Впервые дан анализ состояния ортопедической стоматологической помощи, оказанной городскому населению Республики Дагестан.

Впервые определен объем потребности городского населения в ортопедической стоматологической помощи.

Разработан и предложен алгоритм совершенствования ортопедической стоматологической помощи городскому населению Республики Дагестан.

Практическая значимость.

Материалы об уровне и структурестоматологической заболеваемости будут использованы для повышения качества ортопедической стоматологической помощи.

Определены направления реформирования стоматологической службы Республики Дагестан. Доказана преимущественная необходимость организации сонационной и профилактической работы среди населения Республики Дагестан.

Выполненная работа должна послужить основанием для представления в Министерство здравоохранения Республики Дагестан рекомендаций по совершенствованию организации и планирования ортопедического стоматологического обслуживания городского населения Республики Дагестан.

Основные положения, выносимые на защиту:

- Показатели и динамика развития основных стоматологических заболеваний у городского населения Республики Дагестан неодинакова и

зависит от условий проживания и уровня оказываемой стоматологической помощи;

- Стоматологическая служба Республики Дагестан на современном этапе характеризуется недостаточной доступностью бесплатной стоматологической помощи, отсутствием адекватности санации и профилактики среди населения;

- Интенсивность кариеса во всех возрастных группах городского населения Республики Дагестан, а также нуждаемость в ортопедическом лечении, существенно превышающая среднероссийские показатели.

Личное участие автора. Автором лично изучена первичная медицинская документация, проведены клинические и организационные исследования анкетирование 670 пациентов, 37 врачей ортопедов-стоматологов 8 ЛПУ. При личном участии автора диссертационной работы были разработаны особенности оценки объёма и охвата последипломным образованием врачей-стоматологов разных специальностей и разных учреждений (муниципальные, ведомственные, частные). Разработаны протоколы исследований, позволяющие получить информацию по теме диссертации, осуществлять выкопировку сведений из официальной медицинской документации.

Внедрение результатов исследования. Результаты работы внедрены в учебный процесс и используются в преподавании студентам, ординаторам и аспирантам кафедр терапевтической, ортопедической хирургической стоматологии, а также слушателям курсов усовершенствования и профессиональной переподготовки кафедры ФПК и ППС Дагестанской государственной медицинской академии, в клиническую практику Республиканской стоматологической поликлиники, Каспийской городской стоматологической поликлиники. Основные результаты исследования доложены на российских и региональных научно-практических конференциях Дагестанской государственной медицинской академии (Махачкала, 2012; 2013; 2014), Всероссийской научно-практической

конференции (Ставрополь, 2014), научно-практической конференции организаторов здравоохранения Республики Дагестан (Дербент, 2012).

Апробация работы. Публикации. По теме диссертации опубликовано 18 печатных работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, и 2 статьи в зарубежной печати.

Структура и объем диссертации.

Диссертация изложена на 157 листах машинописного текста, состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Список литературы включает 267 источников, из которых 242 отечественных, 25 зарубежных авторов.

Диссертация иллюстрирована 14 таблицами и 16 рисунками.

Глава 1. СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Несмотря на значительные успехи в изучении решения отдельных сторон проблемы кариеса зубов и болезней пародонта, эти заболевания наиболее часто являются причиной частичной или полной потери зубов.

Представляется важным проведение эпидемиологических исследований с целью их сопоставления и разработки методов планирования различных видов стоматологической помощи населению. Наиболее фундаментальными, отражающими состояние зубов и пародонта у населения различных регионов, являются исследования, проводимые в Центральном научно-исследовательском институте стоматологии.

Ознакомление с многочисленными источниками литературы, посвященных распространенности стоматологических заболеваний, позволило выделить ряд этапов и направлений в изучении этой проблемы. К ним могут быть отнесены исследования организаторов здравоохранения по определению нормативов потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе и стоматологической (П.И. Куркин, 1929; Л.С. Каминский, 1934; И.В. Озерян, С.М. Гиндбург, 1934; В.С. Никитский, 1945; И.Д. Богатырев и соавт., 1956-1968; Г.И. Кудрявцева, 1961; А.П. Кук, Ф.М. Илупина, В.Д. Дубровина, 1964; Г.Н. Пахомов, 1982; А.В. Алимский, 1986; Э.М. Кузьмина, 1987; В.К. Леонтьев, 2000).

Статистические исследования распространенности стоматологических заболеваний в нашей стране изучались на протяжении многих десятилетий (А.И. Евдокимов, П. Беликов, 1929; М.А. Келлер, 1928; В.П. Масленкова, 1962; Ю.Т. Юнусов, 1965; В.К. Каргин, 1967; Г.В. Базиян, 1967, 1968; Т.А. Акилов, 1972; А.К. Курьянов, 1976).

Немногочисленны работы по изучению пораженности жевательного аппарата и определения потребности в зубном протезировании (А.И. Агапов,

1927; И.В. Озерян, 1936; Н.В. Масленикова, 1961; А.К. Курьянов, 1979; Г.В. Гусенов, 1977, 1978).

Перечисленные труды имели большое практическое и теоретическое значение в изучении статистики стоматологических заболеваний. Однако сопоставить результаты исследований отдельных авторов не представлялось возможным в виду различных методик их проведения.

Последующие исследования по статистике кариеса зубов и других стоматологических заболеваний (Г.А. Новгородцев, Г.В. Базиян, 1961-1965; Л.М. Долгих, 1967; И.З. Мильман, 1964-1968; А.М. Зволинская, 1968) проводились в соответствии с рекомендациями ВОЗ и, наряду с освещением особенностей распространения стоматологических заболеваний во всех возрастных группах населения, дали возможность определить на научной основе общие потребности населения в различных видах амбулаторно-поликлинической помощи. Несмотря на то, что причины кариеса в принципе известны, механизм повреждающего воздействия на твердые ткани зуба достаточно освещен, на данное время научные исследования в этой области стоматологии не останавливаются. К одному из основополагающих направлений можно, несомненно, отнести эпидемиологические исследования, позволяющие ответить на неясные вопросы по особенностям заболеваемости населения, выявить возможные факторы, влияющие на развитие кариозного процесса, и определить потребность населения того или иного региона в стоматологической помощи.

Алиева Р.К. провела обследование свыше 5000 детского населения в возрасте от 3 до 16-19 лет, проживающего на равнинной территории (г. Евлах, г. Баку) и очаге эндемии флюороза, горной местности (г. Дашкесан) Азербайджана. Согласно результатам этой работы распространенность кариеса зубов у школьников находилась в интервале 79,1-92,8%. Интенсивность кариеса находилась в пределах 1,5-2,2 пораженных постоянных и 2,4-3,1 временных зубов. Эти данные позволили автору отнести республику по уровню пораженности детского населения кариесом

зубов, в соответствии с классификацией ВОЗ, к регионам в основном со средним уровнем пораженности.

Пашаев А.Ч. (2010) отметил, что распространенность кариеса зубов по всем регионам Азербайджана колеблется в пределах $82,5 \pm 1,43$ – 100%. Наиболее низкое распространение кариеса наблюдалось в горном районе Кедабеке и очаге эндемии флюороза зубов, наибольшее в Кюрдамире – $97 \pm 0,62\%$ и очаге эндемии зоба Шеки – 100%. Отличие по частоте кариеса зубов в обследованных регионах наиболее четко прослеживалось до 20-29 летнего возраста, а в последующем выравнивалось. Так, например, в первой возрастной группе (15-19 лет) в горном районе и очаге эндемии флюороза зубов распространенность кариеса составила 40,5-64,2% против 69,3-100% в остальных районах.

В свете сказанного, определенный интерес вызывает состояние проблемы кариеса зубов у населения ближнего зарубежья (Р.К. Алиева, 2003; Т.А. Брегадзе, 2002; А.Ч. Пашаев, 2010).

Брегадзе Т.А. (2002) обследовано 580 человек, проживающих в Западной Грузии, где преобладали субтропический климат и низкое содержание фтора в питьевой воде ($0,2-0,3$ мг/л). Обследованные были разделены на пять возрастных групп: 16-25, 26-35, 36-45, 46-55 лет и 56 лет и старше. По данным обследования было установлено, что распространенность кариеса в различных возрастных группах различна. Индекс КПУ по возрастам составил: 1,94-6,2-10,6-13,6-16,8 соответственно. Во всех возрастных группах у женщин показатели были выше, чем у мужчин.

Представляет интерес работа Л.М. Яновского (2003) по изучению соотношений осложненных и неосложненных форм кариеса зубов в связи с величинами минерализации питьевых вод ландшафтов, их общей жесткостью, концентрацией фторидов и показателями pH. Указанные факторы питьевой воды влияют на степень устойчивости твердых тканей зубов к кариесу, что в свою очередь проявляется, по мнению автора, не

только при диагностике поверхностных поражений тканей зубов, но и при диагностике осложненных форм кариеса.

Ахатов А. (2004) провел подробный анализ 5403 карт стоматологического статуса обследованного взрослого населения республики Таджикистан в возрасте от 20 до 60 лет и старше (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 лет и старше), проживающего в различных природно-климатических зонах (низкогорье, средне- и высокогорье). Сопоставление результатов эпидемиологического исследования позволило автору констатировать отчетливое влияние на частоту распространенности и интенсивности кариеса от высоты местности проживания.

Галиулин А.Н. (2002) изучил влияние медико-социальных факторов на формирование и развитие кариеса зубов у детей дошкольного возраста в г.Казани (2400 человек) и г.Йошкар-Оле (2130 человек). Частота кариеса зубов составила в возрасте 0-3 лет – 30,1% (Казань), 24% (Йошкар-Ола), в возрасте 4-6 лет – 76,1% и 79,2% соответственно. Автор подробно рассмотрел влияние антенатальных факторов, среди которых выделены неблагоприятный климат в семье в период беременности, стрессовые ситуации, перенесенные матерью острые респираторные заболевания во время беременности.

Гарус Я.Н. (2006) провел исследование по изучению состояния полости рта работников вредных производств гидрометаллургического завода в г.Лермонтове Ставропольского края (71 человек в возрасте 35-44 лет). Согласно исследованию распространенность заболевания кариесом составила 100%, КПУ – 15,2. Автор отмечает, что установленный индекс КПУ находится в интервале высокого уровня интенсивности по классификации ВОЗ (средний уровень 12,7). Также показатель КПУ превысил среднероссийский (13,14). Здесь же сравнивается полученный индекс КПУ с интенсивностью кариеса у работников химического производства в Челябинске (15,4), металлургического производства в Норильске (16,4), при переработке нефти в Нижневартовске (16,1). Анализ двух показателей КПУ

(«К» и «П») позволил исследователю сделать вывод о хорошей доступности стоматологической помощи и определенной эффективности ежегодной санации полости рта по результатам профилактических осмотров.

Льянова Д.К. и др. (2006) с целью изучения стоматологической заболеваемости у детей республики Северная Осетия-Алания обследовали свыше 2000 детского населения в возрасте от 3 до 16-18 лет, постоянно проживающих в столице и районах, где в питьевой воде имеется недостаточное содержание фтора. Обследование показало, что наиболее повышенный уровень пораженности кариесом был характерен для детей, проживающих на равнине (91,8%), наиболее низкий – в предгорной зоне (79,1%). У жителей высокогорного района он составил 86,7%. Полученные различия по распространенности кариеса зубов авторы объясняют особенностями образа жизни и состояние окружающей среды, в частности, дефицитом фтора в питьевой воде.

Антонова А.А. (2006) изучила особенности кариеса зубов у детей в условиях Хабаровского края, которые характеризуются сочетанным дефицитом фтора и йода, эссенциальных микроэлементов, наличием экотоксикантов в окружающей среде на фоне неблагоприятных климатических условий. Региональные особенности заболеваний кариесом зубов заключались в повышении его интенсивности у коренного населения в 1,5-2 раза.

Алимский А.В. (2002) изучил динамику пораженности кариесом зубов детей г.Караганды в возрасте от 3 до 16-19 лет по материалам эпидемиологического обследования, проведенного в 1988 и 1998 годах. Результаты исследования показали положительные сдвиги в показателях пораженности детей кариесом зубов. Частота кариеса среди всех обследованных сократилась с $84,6 \pm 1,11\%$ в 1988 г. до $80,92 \pm 1,27\%$ в 1998 г. По показателю КПУ интенсивность поражения кариесом постоянных зубов сократилась с $1,99 \pm 0,07$ в 1988 г. до $1,40 \pm 0,05$ в 1998 г.

Изучение литературных данных по странам дальнего зарубежья показало, что состояние вопроса пораженности кариесом зубов находится в несколько лучшем положении. Данное положение касается экономически развитых стран. Но положительные тенденции не загораживают всей серьезности проблемы кариеса зубов.

MadlenaM. и др. (2008) исследовали 4606 человек (2923 женщин и 1683 мужчин), проживающих в столице, больших городах, селах Венгрии, в возрасте 19-75 лет и более. Интенсивность кариеса составила в целом 11,79-21,90, причем у женщин она была выше, чем у мужчин. Данные анализа динамики кариеса зубов между 2000 и 2004 гг. показали небольшое уменьшение частоты поражения в возрасте 35-44 лет, хотя эта положительная тенденция не влияла на наличие беззубых лиц в этой группе.

По данным Skudutyte-RysstadR. и др. (2009), обследовавших 35-летних граждан Осло (Норвегия), выявлено, что кариес чаще встречался у людей с низким социальным уровнем, курящих и нерегулярно посещающих стоматолога.

Бахмудов Б.Р. (1990) отметил, что в возрасте 20-24 года кариес у населения г.Дербента встречается в 93,9% случаев при КПУ зубов равном 6,16 случ/чел.

Результаты исследований Е.В. Боровского с соавт. (1987) свидетельствуют, что у лиц старше 35-44 лет распространенность кариеса достигает 100%, а величина индекса КПУ возрастает до 13,33 - 13,56.

По данным М.У. Дахкильгова (2001) в Республике Ингушетия в возрасте 35-44 года распространенность кариеса увеличивается и достигает 100 %. Очевидно, это связано с низким уровнем стоматологической помощи, отсутствием профилактики кариеса и лечения его ранних форм в детском и подростковом возрастах. Интенсивность кариеса по сравнению с таковой у 15-летних возросла в 2,5 раза; поражено $13,25 \pm 0,33$ зуба на 1 обследованного. В структуре индекса КПУ значительно возросла доля компонента «У»:

число удаленных зубов - $6,38 \pm 0,39$, что по сравнению с таковым в группе 15-летних подростков практически в 10 раз больше.

И.В. Кузнецова (2002) выявила распространенность кариеса в возрастной группе 35-44 года, которая возросла до 100% во всех обследованных местностях. Интенсивность кариеса колебалась в зависимости от района от 13,1 (с. Кумух) до 15,7 (с. Касумкент), что по критериям ВОЗ соответствует очень высокому уровню интенсивности кариеса среди компонентов индекса КПУ, значительно возросла доля компонента особенно в Буйнакске (5,36) и в Махачкале (5,01). В селах у обследованных компонент «У» в структуре индекса КПУ был несколько ниже, однако большое количество лиц нуждались в удалении разрушенных кариозным процессом зубов. Полученные данные свидетельствуют о низкой, несвоевременной обращаемости за стоматологической помощью, распространенным среди сельских жителей мнением, что кариозные зубы нуждаются скорее в удалении, чем в лечении.

Исследования М.С. Гадаева (2003) позволили установить, что распространенность кариеса зубов среди пожилого населения Чеченской Республики составляет -100%. Индекс «КПУ» в среднем равен $27,46 \pm 0,68$ зуба. В структуре индекса «КПУ» ведущее место занимают удаленные зубы, которые составляют $46,29 \pm 0,37\%$. В абсолютном выражении у каждого человека пенсионного возраста удалено в среднем $12,71 \pm 0,41$ зуба. У данной категории населения значителен удельный вес зубов, пораженных кариесом и его осложнениями, требующих лечения - $13,22 \pm 0,25\%$. В абсолютном выражении у каждого человека пенсионного возраста подлежит лечению в среднем $3,63 \pm 0,05$ зуба. Удельный вес запломбированных зубов незначителен и составляет всего $12,25 \pm 0,24\%$. В абсолютном выражении у каждого человека пенсионного возраста выявлено в среднем $3,36 \pm 0,09$ зуба.

По данным Ф.Н. Гаджиева (1998) клиническое обследование органов полости рта у работающих в ОАО «Махачкалинский завод стекловолокна» свидетельствует о высокой распространенности кариеса зубов среди данного

контингента, которая составляет $99,68 \pm 0.23\%$. Уровень распространенности кариеса зубов у лиц, подвергающихся воздействию неблагоприятных факторов (экспериментальная группа) в возрастной категории 35 - 44 года, составляет 100%.

Результаты исследований И.М. Шамова (2003) показывают, что в структуре индекса КПУ у детей и подростков обеих возрастных групп компонент «К» превышает компонент «П» в 2,5-5 раз в горной зоне, в 1,5-2 раза - в равнинной. Исключение составили дети 13-14 летг. Махачкалы, у которых, напротив, компонент «П» превышал компонент «К» на 24%, а также дети и подростки, проживающие в с. Дургели, где эти компоненты в структуре индекса были приблизительно равны.

При сравнении интенсивности кариеса и болезней пародонта среди детей, проживающих в различных территориально-административных зонах Таджикистана, различалась поражаемость городского и сельского населения (К.П. Пашаев с соавт., 1997), вследствие чего авторы рекомендуют дифференцированный подход к планированию стоматологической помощи на основе изучения заболеваемости. Wong M.C.M. et al.(1998), выявили, что распространенность кариеса в Китае была достаточно высокой среди сельских детей 6-летнего возраста (86%), городских (78%), а к 12 годам эта разница нивелируется (42%).

Аналогичные результаты получены В.В. Беляевым (1998), который показал, что средняя интенсивность кариеса у детей сельской местности достоверно выше ($4,86 \pm 0,36$), чем у их ровесников из районных центров ($4,24 \pm 0,13$) и города Твери ($2,84 \pm 0,28$).

Существующее мнение, что у сельских жителей распространенность стоматологических заболеваний ниже, чем у горожан, не всегда соответствует действительности, поскольку различия заболеваемости минимальны (Г.В. Гусенов, 1978; А.В. Алимский с соавт., 1985; В.Г. Сунцов с соавт., 1991; СВ. Аверьянов, 1999).

Фактором, способствующим росту интенсивности стоматологических заболеваний, по мнению В.М. Елизаровой с соавт., 1996, 1999, является загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов, которое снижает неспецифическую резистентность организма и может оказывать влияние на резистентность зубов к кариесу. При сравнении интенсивности и распространенности кариеса у детей 3-6 лет, проживающих в экологически чистом и загрязненном районах Московской области, эти показатели составляли соответственно 3,7 и 66,7%, 5,1 и 85,8%. Кроме того, у детей из загрязненного района была повышена концентрация тяжелых металлов в слюне.

По мнению Э.М. Гильмиярова с соавт. (1999), в условиях воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (питания, питьевого режима, температуры, антропогенных загрязнений) происходит нарушение приспособительных механизмов, приводящее к структурным метаболическим изменениям зубочелюстной системы.

Мнение о негативном влиянии загрязненности окружающей среды на стоматологическое здоровье детей и подростков подтверждается результатами эпидемиологических обследований, проведенных О.И. Адмакиным (1999); Е.Е. Двиняниновой (1998); С. Ю. Косюгой (2001).

Неблагоприятная экологическая обстановка в том или ином регионе играет не последнюю роль в возникновении зубочелюстных аномалий. По данным ряда авторов (Л.С. Персин с соавт., 1996) у детей, проживающих в крупных промышленных районах города, зубочелюстные аномалии выявляются на 10-25 % чаще, чем у детского населения в экологически чистых районах.

Э.М. Кузьмина проводила в период с 1979 по 1995 гг. комплексное стоматологическое обследование ключевых возрастных групп населения семи основных регионов России. По ее данным (1995), распространенность кариеса зубов в ключевой группе ВОЗ 65-74 года в различных регионах нашей страны составляет 100%, а интенсивность (индекс КПУ) колеблется от

15,8 до 23,7. В среднем у каждого пожилого человека в полости рта сохранилось лишь 5-6 зубов. Распространенность заболевания пародонта колеблется от 97 до 100%.

В исследовании А.В. Алимского (2000) показано, что 100% пожилых людей в возрасте 60-69 лет -90 лет и старше поражены кариесом зубов при средней интенсивности поражения - 24,3. В структуре КПУ преобладающим элементом (77,2%) являются удаленные зубы. Автор установил, что основной причиной потери зубов в этом возрасте являются заболевания пародонта.

Е.В. Рашковским (2008) обследованы лица пожилого и старческого возраста, а также долгожители, находящиеся в крупных клинических и геронтологических стационарах г. Москвы (355 человек в возрасте от 50-59 лет до 90 лет и старше). Выявлен высокий уровень пораженности их кариесом зубов (100%) во всех возрастных группах. Интенсивность поражения варьирует от 20,2 пораженных зубов в возрастной группе 50-59 лет до 31,2 - в возрастной группе 90 лет и старше. В структуре КПУ обследованных преобладают удаленные зубы (более 80% в среднем).

Обследование Т.М. Алиханова и др. (2012) пожилых лиц ключевой возрастной группы ВОЗ 65-74 лет показало, что компонент «К» составляет 1,4 (5,6%) от показателя КПУ, а компонент «П» - 4,4 (17,9%), что подтверждает замедление с возрастом пораженности населения кариесом зубов.

Исследования О.Р. Курбанова (2009) показали, что распространенность кариеса среди населения обследованных районов оказалась довольно широкой. Уже в возрасте 12-19 лет она составила 60 -70 % и, увеличиваясь в дальнейшем, достигала в старших возрастных группах 98-99%, при этом в разных районах распространенность стоматологических заболеваний была неодинакова. Полученные результаты мы объясняем различным содержанием фтора в питьевой воде обследуемых районов. Так, в разных источниках содержание фтора составляет от 0,40 мл/дм³ до 0,71 мл/дм³.

Интенсивность кариеса и его осложнений, определяемая по индексу КПУ, соответствовала средней степени по классификации ВОЗ, т. к. составила от 1,53 до 2,97 пораженных зубов на одного обследованного в возрастной группе 12 - 19 лет. Кроме того, во всех изучаемых районах не выявлено различия в динамике развития патологического процесса, что дало основание для проведения дальнейшего анализа и объединения всех обследованных в одну группу.

Материалы исследования Т.А._Абакарова (2012) показали, что распространенность кариеса среди пациентов, обратившихся за лечебно-профилактической помощью в государственные стоматологические структуры г. Махачкалы довольно высока. Уже в возрасте 20- 29 лет она достигла 83,37%, увеличиваясь с возрастом, и в старших возрастных группах достигает 96,6%. Автором установлено, что интенсивность кариозных поражений - умеренная и колеблется от 3,97% пораженных зубов на одного обследованного в возрасте 20 - 29 до 15,56% в старших возрастных группах.

Изучение литературных данных по странам дальнего зарубежья показало, что состояние вопроса пораженности кариесом зубов находится в несколько лучшем положении. Данное положение касается экономически развитых стран. Но положительные тенденции не загораживают всей серьезности проблемы кариеса зубов.

HugosonA., KochG. (2008) выявили определенную тенденцию в распространенности кариеса зубов среди взрослого населения Швеции за тридцатилетний период (1973-2003 гг.). В общей сложности обследовано было 2521 человек в возрасте 20-80 лет. В целом, по данным анализа материалов исследования, отмечается уменьшение интенсивного показателя кариеса в возрастных группах 20-50-летних и сокращение «беззубости» за указанный отрезок времени.

YazdaniR. и др. (2008) определили, что среди 15-летних подростков, жителей Тегерана (Иран) (506 человек), 40% нуждались в лечении кариеса, 24% - в удалении зубных отложений и 100% - в гигиеническом обучении.

CampusG. et. al. (2009) выявил существенную тенденцию между кариозным процессом и социально-экономическим статусом студентов Милана (Италия) (1333 человека). Подростки из областей с низким социально-экономическим уровнем имели частоту кариеса выше, чем их товарищи, приехавшие из местностей со средним социально-экономическим развитием.

AkpataE.S., Al-AttarA., SharmaP.N. (2009) определили факторы, связанные с кариесом зубов среди взрослых в Кувейте: высокое употребление углеводов, высокое количество *Lactobacillus* и *Streptococcusmutans*, низкий уровень личной гигиены.

Изучение литературных данных по странам дальнего зарубежья показало, что состояние вопроса пораженности кариесом зубов находится в несколько лучшем положении. Данное положение касается экономически развитых стран. Но положительные тенденции не загораживают всей серьезности проблемы кариеса зубов.

В свете сказанного Республика Дагестан представляет интерес для рассмотрения вопросов стоматологической заболеваемости, так как указанные факторы присутствуют и, возможно, оказывают влияние на развитие этой заболеваемости, в частности, кариеса зубов. Достаточно сказать, что в Республике Дагестан имеется более половины из существующих природно-климатических зон.

Помимо кариеса зубов, другой важной проблемой современной стоматологии являются заболевания пародонта. Согласно литературным источникам, эти заболевания поражают население всего мира, и, что особенно важно, происходит, по выражению некоторых авторов, процесс «омоложения» возрастных групп с данной патологией полости рта(Al-Sabbaghmetal., 2009).

Эпидемиологические исследования помогают вскрыть сложную, многофакторную природу заболеваний пародонта, их основные тенденции и частоту. Географический регион проживания, его социально-экономический уровень развития, влияние окружающей среды, питание, возраст, уровень личной гигиены, профессиональные вредности, заболевания внутренних органов, доступность стоматологической помощи, все это, наряду с другими немаловажными критериями, в совокупности влияют на развитие этих заболеваний.

Л.Н. Максимовская и др. (2000) обследовали стоматологический статус у 600 человек 12, 15 и 35-44 лет (по 200 человек в каждой группе), постоянно проживающих в Ингушетии. По данным, полученным в ходе исследования, 53% подростков в возрасте 12 лет имели заболевание пародонта, 51% в этом возрасте имели кровоточивость десен. В 15 лет распространенность заболеваний пародонта увеличилась до 78%. Уже у 1% обследованных выявлены карманы глубиной 4-5мм. В возрасте 35-44 лет патология пародонта выявлялась у 92% обследованных (кровоточивость – 33% случаев, зубной камень – 64%, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – 12%).

Holtfreter B. et al. (2009) изучили эпидемиологию заболеваний пародонта среди населения Восточной Германии. В обследование были включены 4310 человек в возрасте 20-81 годов. Результаты показали, что пародонтальные карманы глубиной 3 мм и более встречались у 89,7% обследованных, в 4 мм и более в 69,7% случаев. 25,3% обследованных имели карманы глубиной 6 мм и более. Частота пародонтита увеличивалась к 50-59 летнему возрасту и эта патология чаще встречалась у мужчин.

Indermitte E., Saava A., Korro E. (2009) исследовали возможности возникновения флюороза зубов у жителей Эстонии, проживающих в ее 15 регионах и имеющих доступ к общественному водоснабжению, основанному на грунтовых водах с содержанием фтора – 0,01-7,20 мг/л. Исследование показало, что 4% населения, проживающего в западной и центральной части страны, подвергнуты риску флюороза. Уровень фтора в питьевой воде,

отрицательно сказывающийся на здоровье, определен по значению свыше 1,5 мг/л.

MandinicZ. etal. (2009) провели сравнение между содержанием фтора в питьевой воде, часто употребляемых овощах, картофеле, бобовых, выращенных в 2-х разных областях Сербии, контрольной (норма) и высоким содержанием фторида. Результаты исследования указали на существенную связь между употреблением воды и указанных продуктов питания на частоту флюороза зубов среди 12-летних детей в области с высоким содержанием фтора.

MachiulskieneV. etal. (2009) выявили распространенность флюороза зубов среди литовских детей, проживающих в двух различных по содержанию фтора в воде областях – 1,1 мг/л и 0,3 мг/л. Частота флюороза составила 45% и 21% соответственно.

Расулов И.М. (2001) обследовал 1444 человека в различных климатогеографических зонах сельской местности Дагестана (равнинной, предгорной и горной). Средний возраст обследованных составил 35-40 лет. Среди обследованных была выявлена физиологическая стираемость в 63,9% случаях, переходная – в 29,0%, патологическая – в 6,3%. Определена корреляция патологической стираемости с возрастом обследованных. В возрасте 15-29 лет она составляла 1,1%, а в возрасте 50 лет и старше 16,3%.

Немногочисленны работы по изучению пораженности жевательного аппарата и определению потребности в зубном протезировании у взрослого и пожилого населения (Э.М. Кузьмина, 1995; Е.Б. Ольховская, 1997; М.С. Гадаев, 2003; Г.Н. Апресян, 2005; Е.В. Рашковский, 2008 и др).

Исследования Апресян Г.Н. (2005) показали, что средняя интенсивность пораженности кариесом зубов среди лиц пожилого и старческого возраста, обратившихся в муниципальную поликлинику № 7 г.Москвы, составила $24,61 \pm 0,35$ в районе на одного обследованного. Она неуклонно нарастает с возрастом: с $19,91 \pm 0,7$ в 60-69 лет до $29,59 \pm$ в возрастной группе 80 лет и старше.

1.1. Причина возникновения нуждаемости населения в ортопедической стоматологической помощи

Наряду с изучением эпидемиологии стоматологических заболеваний по данным массовых осмотров, продолжается изучение обращаемости различных групп населения за стоматологической помощью (П.В. Масленкова, 1962; А.В. Алимский, 1975 и др.). Авторами убедительно показано, что даже по поводу осложненных форм кариеса зубов (пульпитов и периодонтитов) обращаемость не превышает 50% от объема истинной потребности в ней. Это приводит в последующем к большой потере зубов у населения.

Не отражая полной картины о размерах потребности населения в стоматологической помощи, материалы обращаемости, тем не менее, дают неоценимую информацию о посещении врача лечебного учреждения по поводу той или иной стоматологической патологии, их характере, возрастнo-половой структуре обратившихся и т.д.

Многими исследователями эпидемиологическая оценка состояния стоматологического статуса производится для того, чтобы оценить потребность обследованных в ортопедической стоматологической помощи (G. Miiller, 1966, Л.С. Попов, 1973). Большинство авторов проводилась комплексная оценка показаний стоматологического статуса.

При этом ими учитывались факторы как потери зубов у населения, так и перспектива их потери в будущем, а также состояние имеющихся зубных протезов и некоторые другие факторы.

Важное значение в оценке состояния стоматологической помощи населению имеют данные о структуре индекса КПУ (кариозных запломбированных и удаленных зубов). Эти данные в их абсолютном и процентном выражении даны в работах I. Kelliet. al. (1967), J.A. Spenser, DenereS.I. (1967).

Немаловажную роль в образовании контингента населения, нуждающегося в ортопедической стоматологической помощи, играет ранняя потеря зубов у детей (J.S. Rees et al. (2003).

Занимаясь вопросами разработки показаний и противопоказаний к зубному протезированию, отдельных исследователей привлекала также перспектива изучения потребности в ортопедической помощи различных категорий городского и сельского населения, разных профессий (П.В. Масленикова, 1962, Н.В. Сергичева, 1964, 1966, 1973, 1981; Б.Б. Брандсбург, 1933; А.Н. Бетельман, 1943; Е.Г. Лугонский, 1943; Н.И. Агапов, 1956; А.Р. Панченко, 1981 и др.).

Полученные данные стали основой для широко проводимых в нашей стране плано-нормативных исследований.

1.2. Плано-нормативные исследования в ортопедической стоматологии

Планирование медицинской помощи населению и разработка нормативов потребности в ней населения по ортопедии всегда были одним из основных вопросов республиканского здравоохранения.

Углубленное изучение потребности населения в ортопедической стоматологической помощи обусловлено неодинаковой стоматологической заболеваемостью и медико-географическими особенностями ее распространения.

Так, Б.Б. Брандсбург (1934) установил, что рабочие нуждаются в зубном протезировании в 53,3%, служащие – в 52,7%, работники сельского хозяйства – в 34,9%, а учащиеся ФЗУ – в 15,1% случаях. Однако материалы данного исследования не осветили потребность в зубном протезировании в возрастном-половом аспекте и степень обеспеченности обследованных групп населения ортопедической стоматологической помощью.

По данным А.И. Летман и В.Н. Кузнецова (1959) 44,45% населения г.Одессы нуждается в протезировании зубов. Кроме того, авторы определили

потребность населения в ортопедической помощи отдельно по возрастным группам и по видам конструкций зубных протезов. Однако ими не была дана оценка имеющихся у населения зубных протезов, а также не определена потребность во врачебных кадрах.

Методической основой всех проводимых в нашей стране планово-нормативных исследований являются фундаментальные разработки отечественных авторов – организаторов здравоохранения (А.С. Никитский, 1956; И.Д. Богатырев, 1956; И.Д. Богатырев, Л.И. Калью, 1956; А. Ашенфельд, 1961; В.Л. Дубровина, 1964; А.В. Кук, И.Илупина, В. Дубровина, 1964; Г.А. Новгородцев, 1966; Г.А. Попов, 1967; К.А. Быкова, 1970 и др.).

Указанные исследования стали методической основой для разработки норм амбулаторно-поликлинической помощи населению, проживающему в различных регионах страны (Г.А. Новгородцев, 1962, 1964, 1965; А.Н. Берлин, 1967; Г.А. Базиян, 1971; Я.С. Филипчик, 1981).

П.И. Колегов (1971), обследовав 3498 рабочих и служащих различных предприятий г.Ленинграда, установил, что 28,1% из них нуждается в протезировании зубов. Причем при высокой обеспеченности жителей данного города врачами-ортопедами (1,04 на 10 тыс.населения) только у 40,5% обследованных имелись зубные протезы. Как установлено, 73,0% из числа обследованных нуждались в дополнительном протезировании.

Г.В. Базиян (1971), обследовав более 10 тыс. человек, установил, что потребность городского населения в зубопротезной помощи составляет 545,0 ед. на 1000 жителей, сельского – 686,3. Имели зубные протезы соответственно 394,5 и 347 человек. Для полного удовлетворения нуждаемости населения в зубопротезной помощи требуется, по мнению автора, 2712,2 посещения в городах и 3515,1 – в сельской местности.

В отличие от предыдущих авторов, исследованиями Т.А. Акилова (1972) установлено, что потребность в ортопедической стоматологической помощи населению как городской, так и сельской местности (на примере

Узбекской ССР) существенных различий не имеет. Однако потребность женщин в зубопротезировании на 13,6-15,5% выше, чем у мужчин.

Основоположником нового методического подхода к определению потребности населения в ортопедической стоматологической помощи основанной на изучении данных стоматологической заболеваемости, является Г.В. Базиян (1963, 1965, 1966, 1967). В нашей стране его методика стала основой для всех проводимых в последующем исследований в этой области (Т.А. Акилов, 1970, 1972; А.В. Алимский, 1975; О.М. Мирзабеков, 1988; Блиндар, 1981; Т.А. Атдаев, Т.Т. Танрикулиев, 1989 и др.).

Вопросам определения потребности в зубном протезировании посвящено значительное количество публикаций отечественных и зарубежных авторов. При этом большое значение приобретают массовые эпидемиологические обследования, позволяющие получить достоверные показатели нуждаемости населения в ортопедической стоматологической помощи (Приемская М.Г., 1974; Гройсман В.А., 1975; Алимский А.В., 1983; AstothJ., et. al., 1998; BlinkhonA.S., et. al., 1985; Боровский Е.В., Евстригнеева И.Л., 1997; SasahiG., 1988; Тлеумуратов Т.Ш., 1989; Брегадзе Т.А., 1991; BaelumV., et. al., 1997; BlinkhomA.S., 1986; BurgerA.D., et. al., CessfordC., et. al., 1994; EgomakE.I., et. al.; SmithA.S., LingW.P., 1993; Григорьев В.А., Данилов Е.О., 1998; Курбанов О.Р., 1991, 2009).

Серьезные исследования по разработке планово-нормативных предложений по всему объему стоматологической помощи населению Азербайджана были проведены Ч.А. Пашаевым (1981). Автор привел результаты проведенных им эпидемиологических исследований о поражаемости городского населения основными стоматологическими заболеваниями, о потребности в ортопедической стоматологической помощи и, соответственно, им разработанных планово-нормативных предложений.

Р.С. Усмановым в период 1968-1970 г.г. было обследовано 18743 жителя г.Алма-Аты от 1 года до 16 лет и старше. Аналогичные исследования были проведены в Казахстане. ВОЗ все обследования были разделены на

возрастные группы 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15-19,20-24,25-29,30-34,35-39,40-44,45-49,50-54,55-56,60 лет и старше. Поражение жевательного аппарата выявлено у 54,26%. Дефекты зубных рядов наблюдались уже с 2-х летнего возраста.

В ортопедической стоматологической помощи нуждались 39,32% обследованных, из них потребность в несъемных протезах была у 28,19%, в съемных – у 11,13%.

Учитывая различия в распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний Н.И. Проценко (1986) провел углубленные исследования распространенности кариеса среди взрослого населения Туркменской ССР.

Все это позволило автору впервые разработать дифференцированные нормативы различных видов стоматологической помощи населению.

Большой интерес представляют исследования А.К. Курьянова (1979), посвященные прогнозированию потребности в ортопедической стоматологической помощи. Перспективное планирование медицинской помощи, научное прогнозирование требует предвидения характера предстоящих изменений в состоянии здоровья населения и динамике демографических процессов, а также учета факторов, влияющих на потребность населения в отдельных видах стоматологической помощи.

Своевременное и качественное оказание помощи стоматологическим больным зависит не только от уровня развития стоматологической науки, объема и содержания программ профилактики, но и от форм организации стоматологического обслуживания. Стоматологическая помощь отличается от всех других видов медицинской помощи тем, что ведущее место в ее организации занимает амбулаторное звено. Важно отметить, что организация и принципы финансирования стоматологической практики разных стран отличаются, как и сама история становления стоматологии в них.

Э.Я. Варес (1983) предложил повысить производительность труда и снизить себестоимость зубных протезов за счет внедрения поточноузлового

принципа зуботехнического производства, суть которого заключается в создании определенных этапов или узлов (отливка моделей, литье, полимеризация, пластмассы, штамповка и т.д.) с передачей продукции с одного этапа на другой после обязательного контроля качества.

Изучая пути улучшения ортопедической помощи в новых экономических условиях И.С. Филипчик (1981) разработала принципы работы стоматологических ортопедических кабинетов в режиме эксперимента, оптимальные гарантийные сроки пользования различными видами протезов, условные единицы трудоемкости для врачей-стоматологов-ортопедов, методику начисления заработной платы всем категориям работников, определил ожидаемые показатели обеспечения населения ортопедической помощью.

В.И. Микчава (1991) на основе ситуационного анализа перестройки стоматологической службы для работы в новых условиях хозяйствования выделила целый ряд как положительных, так и отрицательных моментов внедрения бригадной формы организации и оплаты труда работников стоматологических учреждений.

Особенностью организации стоматологической помощи в настоящее время в большинстве зарубежных стран является широкое распространение частнопрактикующих или работающих по контракту стоматологов в порядке индивидуальной практики.

В некоторых странах часть зубных врачей работает совместно с другими специалистами в Центрах здоровья (Щепин О.П., 1981; Вартанян Ф.Е. и соавт., 1985; 1991; Скворцова Е.С., 1987).

Важно также отметить, что и в странах с государственной системой здравоохранения, и в странах с развитой системой медицинского страхования, а не только в государствах, где преобладает частнопредпринимательское здравоохранение, лечение стоматологических больных и протезирование часто полностью или частично оплачивается самими гражданами. Так, в Финляндии бесплатно оказывается зубоврачебная помощь и

профилактические мероприятия только детскому населению, а прямые платежи за зубоврачебную помощь для лиц старше 18 лет сохраняются (Ермаков В.В. и соавт., 1985; Вартанян Ф.Е., Владимирова Л.И., 1987; PekurienM. etal., 1987).

Введение медицинского страхования усилило значимость научно обоснованной концепции обеспечения качества медицинской помощи. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации контроль качества медицинской помощи является необходимым элементом обеспечения конституционных гарантий граждан в предоставлении медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора медицинского страхования (Чавпецов В.Ф. и соавт., 1996).

Э.Я. Варес (1983), изучив состояние ортопедической службы, предложил изложить оценку ее деятельности по принципу обращаемости, а основным качественным показателем считать т.н. «Профилактическое протезирование», предусматривающее комплекс мероприятий, обеспечивающих устранение зубочелюстных деформаций, ранее системное восстановление малых дефектов зубных рядов, комплексное лечение заболеваний пародонта на ранних стадиях подвижных зубов и поддержание функционального состояния зубочелюстной системы на протяжении всей жизни человека. Для этого автор считает необходимым ликвидировать, по его мнению, искусственно созданное обособление между врачами-стоматологами-терапевтами и ортопедами, подчинив работу последних плановой профилактической работе.

1.3. Определение потребности и особенности организации ортопедической стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста

Эпидемиологические исследования с целью определения стоматологического статуса лиц старших возрастов, их потребности в лечении зубов и протезировании являются неотъемлемой частью

планирования и финансирования геронтостоматологического обслуживания (Безруков В.М., Алимский А.В., 1995; Кузьмина Э.М., 1995; Луцкая И.К., 1995; Гадаев М.С., 2005; Апресян Г.Н., 2005; Алиханов Т.М., 2013).

За рубежом давно существует мнение о том, что стоматологическое обслуживание пожилых людей должно рассматриваться как приоритетное, наравне с детьми (KunzelW., DietrichH.P., BoruttaA. et. al., GordonS.R., 1989).

Изучение источников литературы показало, что эпидемиологические стоматологические исследования среди лиц пожилого и старческого возраста малочисленны (Заксон М.Л., Пясецкий М.И., Козлюк В.И., 1986; Курьянов А.К., Бабенко А.Н., 1988, Пак А.Н., 1991; Заксон М.Л., Овруцкий Г.Д., Пясецкий М.И. и др., 1993; Кузьмина Э.М., 1995; Давыдов Б.Н., Ключева Л.П., Беляев В.В., Ольховская Е.Б., 1996. 1997), и весьма разноречиво отражают неблагоприятное состояние органов полости рта у этой категории.

Практика показывает, что все лица старше 60 лет нуждаются в различных видах стоматологической помощи (Алимский А.В., 1996; Бортнева Т.В., 1996). Около 10% пациентов нуждается в постоянном наблюдении и лечении у стоматолога ввиду хронических заболеваний (глоссалгия, неврит, невралгия, кандидоз, заболевания височно-нижнечелюстных суставов, предраки и др.), остальным необходимо периодическое лечение заболеваний пародонта, кариеса и его осложнений, изготовление, коррекция или замена зубных протезов.

Исследования Базияна Г.В. (1967) показали, что потребность в ортопедическом лечении нарастает с возрастом, достигая у лиц 60 лет и старше 90-98%.

Лабунец В.А. (1985) подчеркивает, что показатель потребности населения в съемных частичных и полных пластиночных протезах последовательно увеличивается в зависимости от возраста обследованных, достигая максимальной своей величины в старшей возрастной группе (65 лет и старше) – 667,93 и 481,76 протезов соответственно на 1000 пациентов.

Определенный интерес для ряда исследователей представляло определение распространенности заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению по укрупненной группировке нозологических форм, предложенной Миликевич В.Ю. (1984). Так Козыревой И.И. (1999) была изучена распространенность данной патологии среди лиц пожилого возраста Краснодарского края. При анализе частоты встречаемости частичной потери зубов Козыревой И.И. отмечено, что потеря до 10 зубов встречается в среднем у 32,98% лиц в возрасте 55-64 лет, у 17,78% обследуемых в возрасте 65-74 лет и у 8,64% - в возрасте 75-84 лет.

По данным Новгородцева Г.А. (1965) среди городских жителей в возрасте 60 лет и старше 27,1% мужчин и 24,6% женщин не имели зубов на обеих челюстях. Сергичева Н.В. (1967) при определении нуждаемости сельских жителей в ортопедическом лечении установила, что количество лиц с полным отсутствием зубов в возрасте старше 60 лет составляет 23,8%. Удельный вес полностью беззубых больных в 65 лет по данным Заксона М.Л. (1972) составляет 44%.

По данным Луцкой И.К. (1988, 1995) полная потеря зубов у лиц в возрасте 60-69 лет наблюдалась у 9,9% обследованных, в возрасте 70-79 лет – у 29,5%, а старше 80 лет – у 40,2%.

Заксон М.Л.(1972) отмечал полную потерю зубов на обеих челюстях или на одной из них у 636 пожилых людей на 1000 обследованных.

Модестов Е.А. в своей диссертационной работе (2000) « Потребность лиц пожилого и старческого возраста г.Красноярска в зубных протезах» установил, что утрата зубов у данного контингента составляет 11,0%.

Клинико-функциональная оценка эффективности протезирования больных при полном отсутствии зубов детально разработана Садыковым М.И. (2001).

Им предложена методика получения дифференцированного функционального слепка с использованием пластмассовых индивидуальных ложек-базисов авторской конструкции.

Установлено, что съемные протезы с аттачменами обладают более высокими функциональными и эстетическими характеристиками, а также обеспечивают более комфортные условия для пациентов (Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю., Николаева Г.С. и др., 2000).

Марковым Б.П. (2001) описаны методы повышения эффективности фиксации протезов на беззубых челюстях в зависимости от местных анатомо-топографических особенностей, в том числе с использованием магнитов из самарий-кобальта, сферических магнитов и внутрикостных имплантатов.

Рединовым И.С. и Марковым Б.П. (1999) разработан способ предортопедической подготовки беззубой нижней челюсти к протезированию с использованием малых имплантатов и магнитов. Предлагаемый метод может быть использован при лечении больных с полной потерей зубов и выраженной атрофией альвеолярной части нижней челюсти.

Карасева В.В., Козицына С.И. (1998) отмечают, что состояние таких больных характеризуется угрюмой напряженностью, постоянным недовольством, раздраженностью, сужением круга интересов и вместе с тем усилением сутяжнических тенденций.

На рубеже 80-90-х годов XX века в организации здравоохранения центральное место отводилось проведению комплекса мероприятий, направленных на экономические преобразования отрасли, в связи с этим большое число публикаций этих лет посвящено внедрению элементов нового хозяйственного механизма в систему управления ортопедической стоматологической службой вообще и зубопротезной помощью, в частности (Галкин Р.А. с соавт., 1991; Загорский В.А. с соавт., 1991; Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., 1991; Куракбаев К.К. с соавт., 1991; Миргазизов М.З., с соавт., 1991; Ольшевский В.А. с соавт., 1991; Филипчик И.С., Бобрец А.В., 1991; Чупрунова И.Н., Киняпина И.Д., 1991; Колков Н.И., 1993 и др.).

Эти работы как бы предварили переход отечественной ортопедической стоматологии на рыночные рельсы.

1.4. Основные направления социологических исследований в стоматологии

В системе информационного обеспечения результатов реформирования здравоохранения важная роль отводится изучению мнений самих пациентов.

Особая ценность социологического метода заключается в том, что, в отличие от других, он наиболее полно отражает принцип обратной связи в здравоохранении и поэтому может быть оперативно использован с целью получения динамической информации (WinterG.B., 1990). Изучение мнения населения может явиться хорошим стимулом совершенствования стоматологической помощи и улучшения работы стоматологических учреждений и медицинского персонала.

Для выяснения мнения населения о качестве оказания стоматологической помощи, путях его улучшения и направлениях расширения объемов предоставляемых медицинских услуг осуществлялся социологический опрос пациентов (А.В. Алимский, 1991; Л.С. Гокоева, 1993; В.Д. Вагнер, В.К. Леонтьев, 1998; О.Р. Курбанов, 2009; Т.А. Абакаров, 2012). Необходимость этого можно объяснить тем, что систематический поиск и освоение стоматологического рынка предполагает выбор и сохранение постоянных пациентов.

Например, анализируя отношение стоматологов к введению платных стоматологических услуг, В.К. Леонтьев (1998) указывает, что 95 из 100% опрошенных предлагают пациентам право выбора на платную или бесплатную помощь.

Таким образом, проведение эпидемиологических и социологических исследований в отрасли имеет важное значение не только для планирования и проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий среди обследованного контингента. Эти исследования важны и для составления маркетинговых программ в отрасли.

В свете изложенного и с учетом социально-экономического положения Республики Дагестан очевидна актуальность проведения маркетингового

исследования в стоматологической подотрасли как на республиканском, так и на учрежденческом уровне для того, чтобы получить ряд необходимых исходных данных и наметить экономические пути ее развития в функционировании рыночных механизмов управления. При этом необходим учет спроса населения на стоматологические услуги, его половозрастная и социально-демографическая характеристика, а также учет реального состояния материально-технической и кадровой базы стоматологической службы. Только на этой основе с использованием экономических методов может быть разработана жизнеспособная маркетинговая программа по оказанию стоматологической помощи населению.

1.5. Современное состояние экспертной оценки качества оказания стоматологической ортопедической помощи

Рыночная экономика и страховая медицина поставили перед врачами весьма жесткие требования к качеству диагностики лечения. Широкий рынок медицинских услуг в условиях жесткой конкуренции предусматривает самое высокое качество лечебной помощи, адекватной ее стоимости.

Многочисленные попытки создания системы контроля качества медицинской помощи показали, что недопустимо оценивать медицинское обслуживание без научно обследованных критериев и стандартов, строго специфичных для каждого вида медицинской помощи (Кужель А.М., 1996; Howell J.N., 1982; Michalski E.J., 1984; Hammond W.E., 1995).

Следует отметить, что в зарубежной практике первые стандарты появились именно в стоматологии (Yacobson P.H., 1988). Международная организация стандартов учредила специальный комитет, координирующий деятельность национальных организаций по стандартизации в стоматологии и обеспечивающий стандартизацию всех видов стоматологических материалов, аппаратуры и услуг.

В литературе содержится целый ряд публикаций в той или иной степени рассматривающих тему качества стоматологической помощи

(Рыбаков А.И., 1976; Воробьев В.С., с соавт., 1984; Стародубцев В.С. с соавт., 1986; EliassonSetal., 1990; IaamfeldT. N., 1991; Морозов Б.Т. Данилов Е.О., 1996; Леонтьев В.К. 1996).

К средствам контроля качества ортопедической помощи можно отнести и социологические опросы, организуемые для определения степени удовлетворенности населения стоматологическим обслуживанием (Адыширин-Заде Г.А. и соавт., 1996; Юрьев В.К. и соавт., 1996; Линденбратен А.Л., 1997; Архипов В.В., 1998; Алимский А.В. и др., 2003; 2004).

Социологические исследования дают важную информацию о состоянии стоматологической службы и качестве стоматологической помощи населению. Большое значение подобным исследованиям придается за рубежом. Есть данные, что в развитых странах мира результаты опросов мнения населения являются единственным и главным критерием оценки качества стоматологического обслуживания (Курбанов О.Р., 2009).

Введение в России системы медицинского страхования, развитие рынка медицинских услуг, предоставление лечебно-профилактическим учреждениям большей самостоятельности в лечебной и хозяйственной деятельности, расширение юридической основы защиты прав пациентов обуславливают высокую значимость формирования действенных механизмов обеспечения качества медицинской помощи (Курбанов О.Р., 2009).

В зарубежных странах проблеме качества медицинской помощи пристальное внимание уделялось уже в 50-60-е годы прошлого века. Это связано, прежде всего с тем, что в условиях постоянного удорожания медицинского обслуживания от его качества и индивидуального подхода к нуждам каждого пациента зависит как рост численности обслуживаемого контингента, так и подход, и стабильность частнопрактикующих врачей (SommersP.A., 1988).

Н.И. Вишняков и соавт.(1999, 2001) предлагают выделять два звена системы контроля качества медицинской помощи:

- контроль со стороны производителя медицинских услуг (внутренний контроль);

- контроль со стороны потребителя медицинских услуг (потребительский контроль).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) различает три аспекта качества: качество структуры (оснащенность, обеспеченность); качество процесса (медицинской помощи); качество результатов (исходов медицинской помощи по оценкам компетентности специалистов, инфраструктуры учреждения), в которых объем и качество стоматологической помощи населению в значительной степени зависят от уровня профессиональной подготовки и квалификации работников данного профиля (Алимский А.В. 1996; Беляева Е.В., 2001 и др.).

Не менее важным является ведение медицинской документации, так как А.Ю. Малый (2001) считает, что на основе врачебной документации проводятся:

- документированные исследования и их результаты;
- полноценная диагностика;
- степень восстановления функции зубочелюстной системы в той мере, в которой это было достижимо;
- качество изготовления протеза;
- удовлетворенность пациента.

В практике ортопедической стоматологии нередко наблюдаются осложнения не только во время протезирования, но и на протяжении эксплуатации (ношения) различных конструкций зубных протезов.

По мнению различных авторов, во многих случаях допущенные ошибки врача-стоматолога-ортопеда начинаются изначально с плана лечения и неправильного выбора конструкции зубного протеза (Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю., 2002).

В.Г. Сунцов с соавт. (1987) отмечают, что пациенты зубопротезных клиник обычно тяжело воспринимают дефекты своего жевательного

аппарата, чрезвычайно остро реагируют на невнимательность, бестактность и тем более на погрешности в профессиональных действиях врача. Сопоставив опыт работы разных клиник, авторы предлагают обсудить отдельные вопросы деятельности стоматологов-ортопедов.

Вопросам предупреждения ошибок в ортопедической стоматологии и соблюдению соответствующих показаний лечебно-диагностических процедур посвящен ряд работ (И.Д.Киняпина, 1999; С.И.Козицына, 1999).

В то же время при наличии большого объема законодательной базы в отношении защиты прав пациента, права врача практически не защищены (Жаров В.В., Фадеев С.П., 2001; Тучик Е.С., Гажва С.И., Адаева С.А., 2008; Курбанов О.Р., 2009; Абакаров Т.А., 2012).

Проблемам взаимоотношения врача и пациента, связанным с оказанием медицинской услуги, в частности стоматологии, а также защите прав пациентов на страницах отечественной и зарубежной литературы уделяется большое внимание (Садовский Б.С., 1998; Сергеев Н.В., Захаров С.О., 2000; Образцов Ю.Л., Юшманова Т.Н., 1999; Тучик Е.С., с соавт., 2008).

В исследовании проблем качества медицинской помощи основная роль принадлежит судебным медикам, так как теория и практика судебной медицины в решении данных вопросов непосредственно связана с рассмотрением случаев, связанных с дефектами оказания медицинской помощи, что связано с усилением правовой составляющей в отношениях врача и пациента (Акопов В.И., Бова А.А., 1997; Попова Т.Г., 2008; и др.).

Особенность каждой конфликтной ситуации больного с медицинским учреждением определяет актуальность каждого случая, а также устанавливает новые задачи по совершенствованию отношений между врачом и пациентом и прогнозированию их развития для адекватного регулирования их взаимоотношений (Колутин В.В., Соседко Ю.И., Гурочкин Ю.Д., 2003 и др.).

Таким образом, при оказании стоматологической ортопедической помощи врачом-ортопедом нужно быть внимательным и грамотно подходить ко всем видам лечения и изготовления зубных протезов.

Изучению уровня правовой грамотности медицинских работников и, в частности, врачей-стоматологов, посвящены единичные работы. Авторы этих работ утверждают, что уровень их правовой грамотности остается достаточно низким (Пашинян Г.А., Бондаренко Н.Н., 2001; Демина А.В., 2002; Тучик Е.С., Гажва С.И., Адаева С.А., 2008).

Анализ правильно заполненной медицинской документации может позволить судить достоверно об объективных факторах либо о недостаточном уровне общемедицинских знаний врача, повлиявших на качество оказания медицинской помощи пациенту (Эделев Н.С., Краев И.П., 2001 и др.).

Большинство авторов видят развитие конфликтных ситуаций в ортопедической стоматологии и не только в качестве оказанной помощи, но и в получении пациентами информации о плане ортопедического лечения и ведения медицинской документации (Ананьева Н.Г., 2000; Бойко В.В., 2005; Демина А.В., 2002 и др.).

Информированное согласие на медицинское вмешательство является юридическим обеспечением медицинской деятельности. Информированное добровольное согласие пациента делает опасность вмешательства разрешенным риском и защищает права врача от юридического преследования (Гажва С.И., и соавт., 2008).

По мнению В.В. Бойко с соавт. (2005), пациент желает, чтобы с ним советовались, поэтому сопротивляется всему, что делают с ним без его согласия.

Гражданское законодательство предусматривает наступление гражданской ответственности не только за «виновное» причинение вреда, но и за то, которое не было оговорено в качестве вполне реальной вероятности

при осуществлении профессиональной деятельности, то есть «невиновное» (Рамишвили А.Д., 2001 и др.).

Правоотношения между врачом-стоматологом и пациентом стали весьма актуальны в условиях рыночной экономики (Ерофеев С.В., Жаров Е.Е., 2003; Данилов Е.О. с соавт., 2001; Жаров В.В., 2003 и др.). В связи с этим между стоматологическим учреждением и пациентом заключается договор об оказании стоматологических услуг. Пациент- это «заказчик» стоматологических услуг, который обязуется их оплатить (часть 1 статьи 779).

Изучение различного рода публикаций свидетельствует о том, что вопросы систематизации ошибок и осложнений при зубном протезировании, а также разработка показателей судебно-медицинской экспертной оценки качества оказания ортопедической стоматологической помощи в Республике Дагестан детально не изучались, что явилось основанием для проведения этого научного изыскания.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Объем и объект стоматологического обследования

Всесторонний анализ стоматологической заболеваемости позволяет ответить на широкий круг вопросов, осветить некоторые стороны патогенеза, медико-географические аспекты распространенности и интенсивности, влияние профессиональных вредностей на развитие данной патологии и т.д. Каждый из перечисленных вопросов представляет собой самостоятельный интерес и требует индивидуального подхода и глубокого изучения.

В связи с этим, рациональное планирование лечебно-профилактических мероприятий может быть осуществлено на основе тщательного анализа распространенности, интенсивности и структуры заболеваемости. Данные заболеваемости служат основой для проведения расчетов по определению числа врачей, необходимых для ликвидации выявленной патологии, позволяют обосновать целесообразность и сроки проведения плановых лечебно-профилактических мероприятий.

Эффективность проводимых мероприятий можно оценить на основании детального изучения структуры КПУ.

Изучение заболеваемости представляет трудоемкую задачу, успешное выполнение которой предопределяется четкой формулировкой целей и составлением тщательно продуманного плана исследования.

В связи с изложенным, анализ материалов заболеваемости, проведенный в настоящем исследовании, проводится в целях последующего использования его для разработки метода определения потребности городского населения Республики Дагестан в ортопедической стоматологической помощи.

Планом исследования предопределялось место и время проведения обследования, единица наблюдения и объем выборки, методы выбора,

обработки и анализа необходимой информации. Для решения цели и задач настоящего исследования нами было обследовано население в возрасте от 20 до 60 лет и старше в трех городах Республики Дагестан (Махачкала, Каспийск и Буйнакс).

По полу, возрасту и месту обследованные распределялись следующим образом (табл. 2.1).

Таблица 2.1.

Распределение обследованных по полу, возрасту и местности

Возрастные группы	Всего	Место обследования												Итого			
		г. Махачкала				г. Каспийск				г. Буйнакс				мужчины		женщины	
		мужчины		женщины		мужчины		женщины		мужчины		женщины		абс	%	абс	%
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%				
20-29	112	23	20,5	27	24,1	15	13,4	17	15,2	13	11,6	17	15,2	51	45,5	61	54,5
30-39	250	48	19,2	52	20,8	39	15,6	41	16,4	32	12,8	38	15,2	119	47,6	131	62,4
40-49	110	18	16,4	23	20,9	17	15,4	21	19,1	14	12,7	17	15,4	49	49,5	61	55,4
50-59	113	19	16,8	21	18,6	21	18,6	23	20,3	14	12,4	15	13,3	54	47,8	59	52,2
60 лет и старше	85	17	20,0	20,0	23,5	13	15,3	15	17,6	9	10,6	11	12,9	39	45,9	46	54,1
Всего:	670	125	18,6	143	21,3	105	15,7	117	17,5	82	12,2	98	14,6	312	46,6	358	53,4

Всего было обследовано 670 человек, из них 53,4%- женщин и 46,6% - мужчин.

В составе выборки преобладало количество лиц в возрасте от 30 до 39 лет – 37,7%. Группа лиц в возрасте 60 лет и старше составила 14,02% от общего количества обследованных. Разность показателей статистически достоверна ($0,05 > P > 0,01$). Возрастное соотношение лиц, отобранных для проведения данного исследования в общем соответствует аналогичному распределению по этому признаку населения Республики Дагестан, из них 46,6% соответствуют лица мужского пола и 53,4% - женского (табл. 2.2).

Таблица 2.2.

Распределение обследованных лиц по полу и возрасту

Возраст	Всего	Мужчины		Женщины	
		абс.	%	абс.	%
20-29	112	51	45,5	61	59,5
30-39	250	119	47,6	131	52,4

40-49	110	49	45,5	61	55,4
50-59	113	54	47,8	59	52,2
60 лет и старше	85	39	45,9	16	54,1
Всего:	670	312	46,6	358	53,4

2. Выбор групп населения

Программа изучения интенсивности стоматологических заболеваний проводилась нами в соответствии с рекомендациями ВОЗ и включала проведение обследования в возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 лет и старше. Общий объем собранного и обработанного клинико-эпидемиологического материала составил 670 человек.

Результаты осмотра населения в возрасте от 20 до 60 лет свидетельствуют о стоматологическом статусе взрослых жителей, а обследование лиц, начиная с 60-летнего возраста, позволяет планировать стоматологическую помощь пожилым жителям Республики Дагестан.

В каждом из населенных пунктов, входящих в сетку исследования, исследователя специально обучали на кафедре стоматологии факультета последипломного образования Дагестанской медицинской академии.

Обследование проводили в стоматологических кабинетах предприятий или в поликлиниках. Обследование лиц пожилого возраста проводили в гериатрических учреждениях, стоматологических поликлиниках или путем подворного обходов.

3. Методы стоматологического обследования и регистрации данных

Обследование населения проводили в условиях стационарных стоматологических, медицинских кабинетов предприятий и гериатрических учреждений. Осмотр проводился с использованием стандартных индексов ВОЗ при искусственном освещении с использованием стоматологического зеркала и зонда. Для оценки состояния тканей пародонта и глубины

патологических карманов использовались тонкие зонды Williams с маркировкой 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 и 10 мм, а также зонды CPITN с маркировкой 0,5; 3,5; 5,5; 8,5 и 11,5 мм.

При стоматологическом осмотре учитывали 165 показателей, характеризующих стоматологический статус каждого обследованного пациента. Полученные данные вносили в карту стоматологического обследования ВОЗ (приложение 1).

Карта стоматологического обследования содержала разделы, касающиеся состояния твердых тканей зубов, заболеваний тканей пародонта, зубочелюстных аномалий, потребности в терапевтическом и ортопедическом лечении.

Обследование включало в себя внешний осмотр челюстно-лицевой области, оценку состояния твердых тканей зубов, в том числе кариеса зубов, некариозных поражений эмали, признаков поражения тканей пародонта, дефекты и деформации зубных рядов, а так же изучение потребности населения в ортопедической помощи.

4. Подготовка специалиста исследователя

Исходя из программы исследования, была организована специализированная группа из врача-стоматолога и медицинской сестры. Участники программы прошли предварительный инструктаж о целях исследования, методике проведения осмотра зубов и полости рта, применяемой терминологии и общепринятых условных обозначениях, необходимых для заполнения статистических карт.

Для получения достоверных и воспроизводимых результатов на базе кафедры стоматологии ФПК и ППС Дагестанской государственной медицинской академии была проведена предварительная калибровка знаний и умений специалистов с целью достижения максимально одинаковой оценки ими диагностических критериев.

Специалисты, принимающие участие в программе, предварительно осмотрели по 20-30 пациентов из каждой возрастной группы. Основная задача достижения процентного совпадения результатов по всем диагностическим критериям не ниже 85%.

5. Оценка состояния твердых тканей зубов

При оценке состояния зубов и потребности в их лечении придерживались системного подхода. Обследование выполнялось в определенной последовательности. Осматривали все зубы, начиная с верхней челюсти справа – налево; далее осуществляли переход на нижнюю челюсть и проводили осмотр слева-направо. Принадлежность зуба определяли в соответствии с международным обозначением зубов по ВОЗ. Зуб считали присутствующим, если какая-либо часть его была видима.

Диагностика кариеса зубов проводилась с помощью стоматологического зеркала и зонда. Кариес корня фиксировали в том случае, если устанавливали размягчение этой области с помощью зонда или когда верхушка зонда при среднем нажиме пальцем легко проникает в поврежденное место.

При диагностике этой локализации кариеса принимались во внимание все кариозные поражения на любой поверхности зуба при вовлечении в патологический процесс цемента корня («пограничный» кариес на границе эмаль-дентин) и изолированный кариес корня.

При количественном подсчете учитывались первичные кариозные поражения, рецидивы кариеса и запломбированные полости. Если поражение коронки и корня не были связаны, и требовалось отдельное пломбирование корня – ставили диагноз «кариес корня».

При невозможности точного установления локализации возникновения кариеса, регистрировали коды кариеса и коронки, и корня. В дальнейшем по этим данным рассчитывали показатели распространенности и интенсивности

кариеса зубов по индексам КПУ и кариеса корня. Для интерпретации полученных значений использовали критерии ВОЗ.

6. Определение распространенности некариозных поражений эмали зубов

При обследовании населения мы регистрировали наличие пятнистости/гипоплазии эмали зубов. Для диагностики данной патологии использовали модифицированный индекс дефектов развития эмали, в соответствии с которым осматривали вестибулярные поверхности 10 индексных зубов:

	14	13	12	11		21	22	23	24	
46										36

При оценке некариозных поражений эмали в виде пятен относили их к одному из трех типов, в зависимости от макроскопических проявлений, протяженности и локализации на поверхности зуба.

7. Определение состояния тканей пародонта

Для оценки состояния тканей пародонта применяли индекс CPITы, модифицированный в индекс CP1 (P01) специалистами рабочей группы ВОЗ для клинико-эпидемиологических обследований населения. В возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 лет и старше осмотр проводили с помощью пародонтального зонда в области 10 индексных зубов, оценивая три показателя состояния тканей пародонта: кровоточивость десен, над – и/или поддесневой зубной камень, пародонтальные карманы различной глубины (4-5 мм, 6 мм и более).

Полость рта при осмотре делили на 6 секстантов, включающих следующие группы зубов:

18-14	13-23									24-28							
	18	17	16	15	14	13	12	11		2	22	23	24	25	26	27	28
										1							

48 47 46 45 44 43 42 41	3 1	32 33 34 35 36 37 38
-------------------------	--------	----------------------

48-44

43-33

38-34

Секстант осматривали только в том случае, если в нем присутствовало два или более зубов, не подлежащих удалению.

При обследовании тканей пародонта в области каждой пары моляров регистрировалось более тяжелое состояние, например, при наличии кровоточивости и зубного камня – только зубной камень, поэтому в карту заносили лишь 6 цифр в соответствующих секстантах. В возрастной группе 65 лет и старше осматривали 10, так называемых, индексных зубов, которые идентифицированы как наиболее информативные:

17 16	11	26 27
47 46	31	36 37

В каждом боковом секстанте осматривали два моляра. Если в секстанте отсутствовали один или два индексных зуба, то осматривали все оставшиеся зубы и регистрировали наиболее тяжелый код.

Выявление признаков поражения пародонта осуществляли с помощью пародонтального зонда. Уровень пораженности тканей пародонта определяли наименьшим показателем (высшим кодом, зарегистрированным в том или ином секстанте), а также общим количеством пораженных секстантов. В дальнейшем по этим данным рассчитывали показатели распространенности и интенсивности отдельных патологических признаков.

8. Оценка зубочелюстных аномалий

Наличие или отсутствие зубочелюстных аномалий оценивали с помощью стоматологического эстетического индекса.

Определяли отсутствующие резцы, клыки и премоляры; подсчитывали количество отсутствующих резцов, клыков, премоляров на верхней и нижней челюстях, скученность передних или нижних зубов (наличие скученности в

резцовых сегментах зубной дуги определялось как 0 – нет, 1 – есть), промежутки между резцами и клыками (наличие промежутка в резцовых сегментах зубной дуги оценивали как 0 – нет, 1 – есть).

Диастему измеряли с помощью пуговчатого зонда как промежуток (в мм) между двумя постоянными центральными верхними резцами в нормальном положении при сохранении межзубного контакта.

Аномальное положение резцов на верхней и нижней челюстях измеряли как величину (в мм) наибольшего отклонения между соседними зубами, измерение переднего верхнечелюстного перекрытия проводили в положении резцов в состоянии центральной окклюзии, регистрировали глубокое резцовое перекрытие, когда любой нижний резец выдвинут вперед, или лабильной, по отношению к противоположно находящемуся верхнему резцу.

Вертикальную резцовую дизокклюзию измерили как расстояние (в мм) между одноименными противоположными резцами, изменение смыкания моляров определяли как соотношение постоянных верхних и нижних первых моляров в состоянии окклюзии справа и слева.

Результаты определения данных параметров вносили в уравнение регрессии для расчета стоматологического эстетического индекса.

$DAI = (\text{количество отсутствующих зубов} \times 6) + (\text{скупенность}) + (\text{промежутки}) + (\text{диастема} \times 3) + (\text{величина самого большого переднего отклонения на верхней челюсти}) + (\text{величина самого большого отклонения резцов на нижней челюсти}) + (\text{величина верхнечелюстного перекрытия} \times 2) + (\text{величина глубокого резцового перекрытия} \times 4) + (\text{вертикальная резцовая дизокклюзия} \times 4) + (\text{величина смещения переднезаднего соотношения моляров} \times 3) + 13.$

9. Оценка потребности в ортопедической помощи

При определении нуждаемости обследуемых лиц в ортопедической помощи оценивался ортопедический статус на момент осмотра:

- нет протезов;
- мостовидный протез;
- более чем один мостовидный протез;
- частично-съёмный протез;
- мостовидный (е) и частично-съёмный (е) протез (ы);
- полностью съёмный протез;
- не регистрируется.

Необходимость в протезировании оценивали следующим образом:

- нет необходимости в протезировании;
- нуждаемость в одном виде протезов;
- комбинированное протезирование;
- необходимость в одиночном и комбинированном протезировании;
- нуждаемость в полном протезировании;
- не регистрируется.

10. Клинико-экспертный анализ ведения медицинской документации в ортопедической стоматологии

Для изучения проблемы профессиональных ошибок и осложнений в практике ортопедической стоматологии были проанализированы 1250 амбулаторных карт пациентов от 30 до 70 лет, проходивших ортопедическое лечение в стоматологических поликлиниках городов Махачкалы, Каспийска, Буйнакска.

Также были проанализированы 1050 заказ-наряды на ортопедические услуги. Анализ данной проблемы проводился с использованием статистических методик. Статистическое исследование включало несколько этапов:

1. Сбор материала (данные и информация).
2. Составление таблиц на основании собранного материала.
3. Анализ материала, регистрация и оформление, обслуживание и

ВЫВОДЫ.

Исследования проводились по разработанному нами перечню вопросов, на которые получены ответы для последующего их анализа и обобщения (приложение 1):

1. Ведется ли в лечебных стоматологических учреждениях городов Махачкалы, Каспийска и Буйнакска первичная медицинская документация?

2. Какая форма амбулаторной карты стоматологического больного используется в лечебных стоматологических учреждениях городов Махачкалы, Каспийска и Буйнакска?

3. Какая форма дневника учета работы врача-стоматолога-ортопеда используется в лечебных стоматологических учреждениях Махачкалы, Каспийска и Буйнакска?

4. Какая форма листика ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда используется в лечебных стоматологических учреждениях городов Махачкалы, Каспийска и Буйнакска?

5. Соответствует ли требованиям современности медицинская карта стоматологического больного?

6. Способна ли амбулаторная карта, имеющаяся в стоматологической поликлинике, выполнять свои функции?

7. Соответствует ли требованиям современности дневник учета работы врача-стоматолога-ортопеда?

8. Какие ошибки при оформлении первичной медицинской документации, допускаемые врачами-стоматологами-ортопедами, являются наиболее частыми?

9. Соответствуют ли записи в амбулаторных картах об утверждении стандартов приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 252 «О медицинской помощи больным с полным отсутствием зубов (полная вторичная адентия)»?

10. Соответствуют ли записи в амбулаторных картах об утверждении стандартов приказу Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 22.11.2004 № 243 «О медицинской помощи больным с частичным отсутствием зубов (частичная вторичная адентия)»)?

11. Соответствуют ли врачи-стоматологи-ортопеды плану предварительного ортопедического лечения и представляют ли его пациенту?

12. Получают ли врачи у пациента информированное добровольное согласие на проведение ортопедического лечения с использованием аттачментов и имеется ли в амбулаторной карте такой вкладыш?

13. Указывают ли врачи в медицинской карте стоматологического больного совершенные ошибки и возникающие осложнения при изготовлении зубных протезов?

14. Имеются ли сведения в амбулаторной карте об отказе пациента от предложенного плана ортопедического лечения?

15. Имеется ли анкета в лечебном учреждении, согласно которой врач получает необходимые данные о состоянии здоровья пациента?

16. Подписана ли анкета пациентом и есть ли на данный вид документа указание в амбулаторной карте?

17. Какие ошибки и осложнения можно выявить в практике врача-стоматолога-ортопеда по записям в амбулаторной карте в результате зубного протезирования?

Мы с помощью этих вопросов пытались выявить наиболее часто встречающиеся ошибки и возникающие при этом осложнения в практике работы врача-стоматолога-ортопеда.

В процессе изучения амбулаторных карт стоматологического больного нами рассматривалась правильность и полнота их заполнения и ведения, как в паспортной, так и в медицинской частях.

С целью проведения анализа данного материала нами были разработаны статистические карты оценки качества оказания стоматологической помощи, состоящие из 97 пунктов (приложение № 2).

В карты, которые состоят из 5 разделов, входили вопросы:

- о надлежащем оформлении медицинской документации на ортопедическом приеме;
- о качестве выполнения лечебно-диагностических манипуляций;
- о наличии или отсутствии специальной информации пациента;
- о наличии расходных материалов на ортопедическом приеме;
- об ошибках и осложнениях во время или после проведенного ортопедического лечения.

11. Социологическое исследование врачей-стоматологов-ортопедов

С целью оценки уровня организации лечебно-диагностического процесса в ортопедической стоматологии, профессиональной подготовки врачей и их правовой грамотности нами опрошены 37 специалистов различных квалификационных врачебных категорий поликлиник городов Махачкалы, Каспийска и Буйнакска.

Возраст опрошенных колебался от 20 до 60 лет и старше, стаж работы составил от 2 до 25 лет. Опрос проводился по специально разработанной нами анкете. Анкета включала в себя 47 вопросов с несколькими вариантами ответов (приложение № 3).

12. Социологическое исследование пациентов

Для изучения степени удовлетворенности населения оказанием стоматологической ортопедической помощи и анализа проблемы ошибок и возникающих из-за этого осложнений в практической деятельности врачей-стоматологов при протезировании с использованием замковых креплений нами использовались методы социологического исследования путем проведения опросов с последующим анализом и обобщением полученных результатов. По специально разработанной анкете опрошено 670 пациентов (респондентов) в возрасте от 20 до 60 лет и старше. В процессе опроса учитывались возраст, пол, уровень образования и профессия пациента. Анкета состоит из 16 вопросов (приложение № 4), к которым прилагаются

несколько возможных вариантов ответов. Респондент выбирал один верный, на его взгляд, ответ. Шесть вопросов отражали цель обращения и мнение пациента об оказании стоматологической ортопедической помощи в настоящее время, а также критерии, по которым они выбрали лечение и возможность выбора лечащего врача. Следующие 6 вопросов касались отношений врача-стоматолога-ортопеда к пациенту, аспекты во взаимоотношениях пациентов с врачом-стоматологом-ортопедом, информированность пациента о проводимом ортопедическом лечении и возможности ошибок и возникновения осложнений в процессе и после лечения. Остальные 4 вопроса – о степени правовой грамотности пациента и его поведении в случае возникновения конфликтных ситуаций между ним и врачом.

На кафедре ГОУ ВПО Дагестанской государственной медицинской академии стоматологии ФПК и ППС Министерства здравоохранения РФ вопросы анкеты прошли экспертизу.

Программой исследования предусматривалось подробное изучение особенностей организации лечебно-профилактической стоматологической помощи в государственных (муниципальных) ЛПУ.

Согласно используемой методике изучения эпидемиологических заболеваний, которые соответствовали бы возрастной структуре всего населения и условиям жизни в изучаемом регионе, в обследованных городах Республики Дагестан проводились консультации с представителями органов здравоохранения и местной власти.

Объем выборочных исследований планировался следующим образом. В соответствии с последней переписью населения республики мы заранее рассчитывали на 1000 человек удельный вес жителей района по отдельным возрастным группам. Поскольку основную часть наших стоматологических обследований предусматривалось проводить среди взрослого городского населения, согласно расчетам, в каждом городе необходимы были обследования в пределах 670 человек. Процентные соотношения

обследованных лиц по возрастным группам соответствовали, как было отмечено выше, удельному весу их в процентах на 1000 человек населения городов. Таким образом, во всех городах обследования число осмотренных лиц было примерно равным, достаточно представительным и вполне репрезентативным.

13. Статистическая обработка результатов исследования

Собранные нами базы данных, содержащие информацию о характеристике больных и результатах исследований, подвергались статистической обработке с помощью пакетов STATGRAPHICS и STATISTICA FOR WINDOWS 1.1. Для построения графиков и рисунков использовался пакет MICROSOFT GRAPH 5.0. В качестве текстового редактора использовался пакет MICROSOFT WORD 6.0.

В процессе статистической обработки определяли соответствие изучаемых показателей нормальному распределению. Вычислялись: среднее арифметическое и среднее квадратическое отклонения, стандартная ошибка, асимметрия, коэффициенты корреляции. Рассчитывались абсолютные и относительные разности ряда динамических показателей, а также вышеуказанные параметры для абсолютных и относительных разностей.

Статистические гипотезы при сравнении выборок в условиях нормального распределения проверялись с помощью t-критерия Стьюдента, парного критерия Стьюдента, а в других случаях – с помощью точного критерия Фишера, критерия Колмогорова-Смирнова и других непараметрических критериев. При сравнении долевого распределения показателей использовался критерий χ^2 .

Следующим основным этапом планирования исследования является выбор адекватных методов статистической обработки полученной информации. Учитывая цели и задачи выполняемой работы, а также детальное предварительное рассмотрение особенностей выбраны, кроме уже

ставшими традиционными, дополнительные статистические методы изучения стоматологической заболеваемости.

Изучаемые медицинской наукой явления с течением времени часто меняют интенсивность; изменения эти отражаются на развитии явлений и при их изучении необходимо учитывать величину и направление изменений. Особенно большое значение для стоматологической практики имеют сведения об изменениях заболеваемости кариесом и болезнью пародонта.

Правильность практических мероприятий, осуществляемых медицинскими работниками, в значительной мере зависит от правильной оценки изменений в этих явлениях. Так как эти изменения часто являются результатом практических оздоровительных мероприятий, то при помощи их изучения можно учесть эффективность оздоровительной работы.

Для медицинской практики интерес представляет и тенденция развития некоторых явлений. На основе тенденции в их развитии в данный момент можно предвидеть их изменения в будущем и, соответственно, наметить и осуществить необходимые практические мероприятия.

Методы медицинской статистики позволяют измерить размеры произошедших изменений и количественно охарактеризовать направления их развития. Количественное измерение изменений, наступающих с течением времени, можно провести при помощи следующих показателей.

1. Абсолютный уровень – фактический, количественный размер изучаемого явления. Ввиду того, что с течением времени эти размеры изменяются, абсолютный уровень обычно дается для каждого периода времени отдельно. Абсолютный уровень является основой для расчета производных показателей: абсолютный прирост, темп роста и темп прироста.

2. Абсолютный прирост – абсолютная величина – разность абсолютного уровня в данный период и абсолютного уровня предыдущего периода. Эта разность может быть как положительной, так и отрицательной величиной.

3. Темп роста – процентное отношение между абсолютным уровнем данного периода и абсолютным уровнем предыдущего периода или какого-нибудь иного периода, принятого за исходный. В первом случае говорят о показателях темпа развития, вычисленных при цепном основании, а во втором – о показателях, вычисленных при постоянном основании. Показатели темпа развития, вычисленные при постоянном основании, носят также название показателей наглядности. Иногда показатели темпа развития, вычисленные при цепном основании, называются показателями динамики или коэффициентами роста.

Темп роста позволяет проследить изменения в абсолютном приросте, произошедшие в течение отдельных периодов по отношению к условно принятому основанию. Это основание может быть абсолютным уровнем начального периода, абсолютным уровнем какого-нибудь другого периода (так называемая постоянная основа) или абсолютным уровнем предыдущего периода (так называемая цепная основа).

4. Темп прироста – процентное отношение между абсолютным приростом данного периода и абсолютным уровнем предшествующего периода. Абсолютный прирост может быть отрицательным или положительным; отсюда и темп прироста также может быть положительным или отрицательным.

Для большей наглядности часто пользуются наряду с показателями абсолютного прироста также и показателями темпа роста и темпа прироста. Они позволяют проследить процесс изменения изучаемых явлений, выраженных в относительных величинах. Так как относительные величины неименованные числа, их можно сравнивать между собой.

Темп прироста – показатель, при помощи которого можно получить сведения об относительной величине изменений в приросте абсолютного уровня.

Рассмотренные четыре стоматологических показателя не следует, при анализе изучаемых явлений, применять отдельно, без связи с абсолютным

уровнем, а темп прироста – в связи с абсолютным приростом. Довольно часто за высокими темпами развития скрывается низкая исходная база, а за высокими темпами прироста – низкие показатели абсолютного уровня и незначительные по величине показатели абсолютного прироста.

Довольно часто медицинская практика нуждается в обобщенной характеристике показателей динамики изучаемых явлений. Для этой цели используют ряд средних величин, называемых хронологическими, так как вычисляются они из динамических статистических рядов. Известны так называемые показатели среднего уровня, среднего темпа роста и среднего темпа прироста.

Показатель среднего уровня дает сведения о среднем размере или объеме изучаемых явлений и служит типичным представителем для всех периодов, представленных в динамическом ряду.

Техника исчисления показателей среднего уровня различна в зависимости от того, из какого динамического ряда будут вычисляться эти показатели – интервального или моментального.

В интервальном статистическом ряду показатель среднего уровня – средняя арифметическая величина, полученная путем осреднения отдельных показателей абсолютного уровня.

Показатель среднего уровня обозначает $\bar{Y}_u$ в отличие от $\bar{X}$ – символа средней величины, вычисленной из вариационного ряда.

$$\bar{Y}_u = \frac{\sum Y}{n}$$

Числитель средней хронологической является суммой чисел, характеризующих изучаемое явление за весь рассматриваемый период, а знаменатель n – число лет в этом периоде. При помощи хронологической средней получают представление о среднем типичном размере или объеме изучаемого явления.

В моментном статистическом ряду техника начисления показателя среднего уровня следующая: первоначально вычисляют абсолютный уровень изучаемого явления, относящегося к середине каждого из интервалов. Полученные величины осредняют.

Оба эти этапа работы по выполнению показателя среднегодового уровня могут быть представлены в виде следующей формулы:

$$Y_a = \frac{Y_1 + 2Y_2 + 2Y_3 + \dots + 2Y_{n-1} + Y_n}{2(n-1)}$$

где Y – показатели абсолютного уровня получаемого явления к концу каждого из интервалов времени;

n – число интервалов.

В медицинской практике часто применяют и другой обобщающий показатель, при помощи которого можно получить представление о динамике изучаемых явлений. Это показатель среднего темпа роста. При помощи показателя среднего темпа роста получают сведения о средней величине темпа, с которым проходили изменения, отмеченные за определенное время. Показатели темпа роста являются отношением абсолютного уровня текущего периода к абсолютному уровню какого-нибудь другого базисного периода. Для измерения среднего темпа роста следует вычислять геометрическую среднюю:

$$\sqrt[n]{Y_2} = \sqrt[n]{\Pi Y}$$

где $\overline{Y}$ – осредненная величина, показывающая темп роста в отдельные интервалы времени;

n – число этих интервалов;

Π – произведение.

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ОСНОВНЫМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ВЗРОСЛОГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Учитывая, что основной задачей настоящего исследования является изучение нуждаемости городского населения Республики Дагестан в различных видах ортопедической помощи, всех, естественно, интересовали причины, которые наиболее часто приводят к потере зубов. С этой целью в работе изучена распространенность и интенсивность кариеса и заболеваний пародонта и их осложнений, приводящих к потере зубов.

Изучение распространенности и интенсивности наиболее массовых стоматологических заболеваний позволяет определить уровень этих болезней, характерный для городов Республики Дагестана оценить эффективность проводимых профилактических и лечебных мероприятий. Кроме того, данные, полученные в результате изучения распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний являются основой для текущего и перспективного планирования стоматологической помощи.

Первым этапом изучения явилось определение распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний среди обследованного контингента населения трех городов Республики Дагестан.

Как уже отмечалось в главе «Материалы и методы исследования», специальному клинико-эпидемиологическому обследованию были подвергнуты более 670 человек обследованного городского населения Республики Дагестан, постоянного проживающего в городах Махачкала, Каспийск и Буйнакск, в возрасте от 20-29 лет до 60 лет и старше (табл.3.1).

Таблица 3.1.

Численность и возрастная структура обследованных пациентов, обратившихся за ортопедической помощью городов Махачкала, Каспийск и Буйнакск (абс. и в %)

Возраст, лет	Число обследованных	в %
20-29	72	10,7
30-39	65	9,7
40-49	162	24,2
50-59	175	26,2
60 и старше	196	29,2
Всего	670	100

В структуре наибольший удельный вес составили возрастные группы от 40 до 60 лет и старше, т.е. в основном обследовано население, в наибольшей степени тяготеющее к получению ортопедической стоматологической помощи.

Следует, однако, отметить, что относительно невысокое число обследованных в более молодых возрастных группах не повлияло существенно на итоговые эпидемиологические показатели и результаты исследования в целом, поскольку незначительные погрешности выборки надежно устранялись методом прямой стандартизации (Рыбаков А.И., Базиян Г.В., 1973), а также перекрывалось большой численностью обследованных (значительно превышающих 100 человек) во всех последующих возрастных группах.

3.1. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и его структура у взрослого городского населения Республики Дагестан

Распространенность и интенсивность кариеса зубов у лиц возрастной группы 20-29 лет. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у лиц возрастной группы 20-29 летних жителей города Махачкалы ($70,24 \pm 0,94\%$) не отличалось от таковых в других обследованных городах.

Интенсивность составила $5,06 \pm 0,05$, что по классификации ВОЗ усередненная. Структура индекса КПУ выглядела следующим образом: «К» - $1,44 \pm 0,01$, «П» - $1,56 \pm 0,02$, «У» - $2,07 \pm 0,02$. (табл. 3.1, рис. 3.1).

Таблица 3.1.

Величина и структура индексов КПУ у взрослого городского населения Республики Дагестан

Город	Возраст	КПУ	«К»	«П»	«У»
Махачкала	20-29 лет	$5,06 \pm 0,05$	$1,44 \pm 0,01$	$1,56 \pm 0,02$	$2,07 \pm 0,02$
	30-39 лет	$12,68 \pm 0,16$	$2,97 \pm 0,04$	$4,45 \pm 0,07$	$5,26 \pm 0,03$
	40-49 лет	$16,04 \pm 0,26$	$2,74 \pm 0,04$	$4,11 \pm 0,08$	$9,19 \pm 0,1$
	50-59 лет	$17,82 \pm 0,03$	$3,78 \pm 0,33$	$2,14 \pm 0,05$	$11,9 \pm 0,06$
	60 лет >	$24 \pm 0,73$	$5,33 \pm 0,01$	$2,08 \pm 0,09$	$17,98 \pm 0,08$
Каспийск	20-29 лет	$5,08 \pm 0,03$	$1,46 \pm 0,01$	$1,56 \pm 0,01$	$2,07 \pm 0,02$
	30-39 лет	$12,75 \pm 0,14$	$3,01 \pm 0,03$	$4,43 \pm 0,05$	$5,31 \pm 0,2$
	40-49 лет	$15,89 \pm 0,17$	$2,71 \pm 0,03$	$4,1 \pm 0,05$	$9,07 \pm 0,06$
	50-59 лет	$17,78 \pm 0,2$	$3,66 \pm 0,04$	$2,06 \pm 0,03$	$12,06 \pm 0,04$
	60 лет >	$24,1 \pm 0,47$	$3,14 \pm 0,06$	$2,83 \pm 0,06$	$18,12 \pm 0,06$
Буйнакск	20-29 лет	$5,09 \pm 0,04$	$1,47 \pm 0,01$	$1,55 \pm 0,02$	$2,07 \pm 0,02$
	30-39 лет	$12,72 \pm 0,14$	$3,05 \pm 0,03$	$4,41 \pm 0,07$	$5,26 \pm 0,02$
	40-49 лет	$15,76 \pm 0,23$	$4,09 \pm 0,07$	$4,09 \pm 0,07$	$8,98 \pm 0,08$
	50-59 лет	$17,55 \pm 0,28$	$3,61 \pm 0,06$	$2,00 \pm 0,04$	$11,91 \pm 0,05$
	60 лет >	$24,05 \pm 0,62$	$3,0 \pm 0,02$	$2,08 \pm 0,08$	$8,25 \pm 0,08$

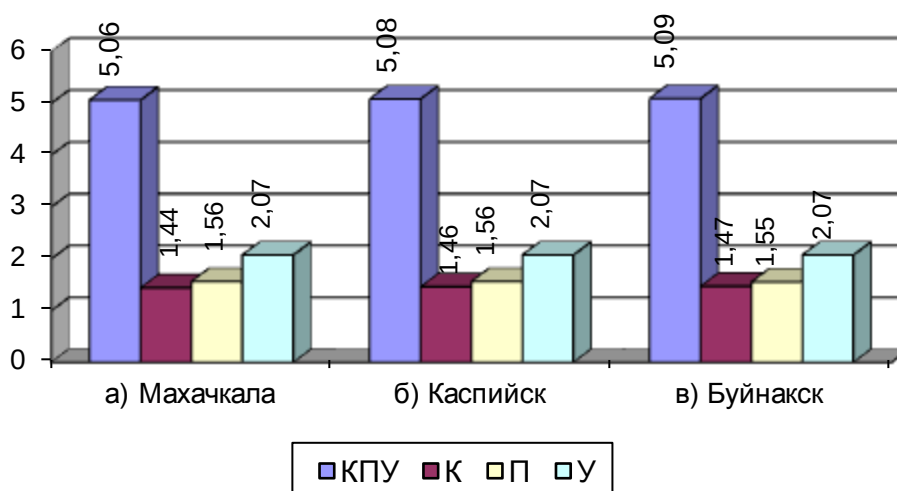


Рис. 3.1. Структура индекса КПУ у обследованных лиц 20-29 лет в различных городах Республики Дагестан

В возрастной группе 20-29 лет у обследованных в г.Каспийске кариес постоянных зубов встречался в $70,94 \pm 1,04\%$. Величина индекса КПУ (табл. 3.1, рис. 3.1) была равной $5,08 \pm 0,03$, что соответствует среднему уровню интенсивности в соответствии с критериями ВОЗ. Компоненты КПУ распределялись следующим образом: «К» - $1,46 \pm 0,01$, «П» - $1,56 \pm 0,01$, «У» - $2,07 \pm 0,02$.

Распространенность кариеса зубов у обследованных в г.Буйнакске в возрасте 20-29 лет была - $71,01 \pm 1,05$, а интенсивность - $5,09 \pm 0,04$. Компоненты КПУ распределялись следующим образом: «К» - $1,47 \pm 0,01$, «П» - $1,55 \pm 0,02$, «У» - $2,07 \pm 0,02$. (табл. 3.1, рис. 3.1).

Как свидетельствуют данные, приведенные выше, распространенность кариеса среди обследованных в группе 20-29 лет довольно высокая $70,73 \pm 1,01$. Интенсивность кариеса по классификации ВОЗ – умеренная и колеблется 3,41 пораженных зубов на 1 обследованного.

Распространенность и интенсивность кариеса зубов у лиц возрастной группы 30-39 лет. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у лиц возрастной группы 30-39 лет, проживающих в г.Махачкале составила $87,98 \pm 1,05\%$. Индекс КПУ был высоким $12,68 \pm 0,16$, компоненты «К» - $2,97 \pm 0,04$, «П» - $4,45 \pm 0,07$, «У» - $5,26 \pm 0,03$. (табл. 3.1, рис. 3.2).

В г.Каспийске распространенность данной патологии у обследованных 30-39 лет составила $88,05 \pm 0,33$. Индекс КПУ был $12,75 \pm 0,11$. Соотношение компонентов индекса КПУ было следующим: «К» - $3,01 \pm 0,03$, «П» - $4,43 \pm 0,05$, «У» - $5,31 \pm 0,02$. (табл. 3.1, рис. 3.2).

Распространенность кариеса зубов у обследованных 30-39 лет в г.Буйнакске была равна $88,07 \pm 0,67$. Интенсивность кариеса составила $12,72 \pm 0,14$ при «К» - $3,05 \pm 0,03$, «П» - $4,41 \pm 0,07$, «У» - $5,26 \pm 0,02$.

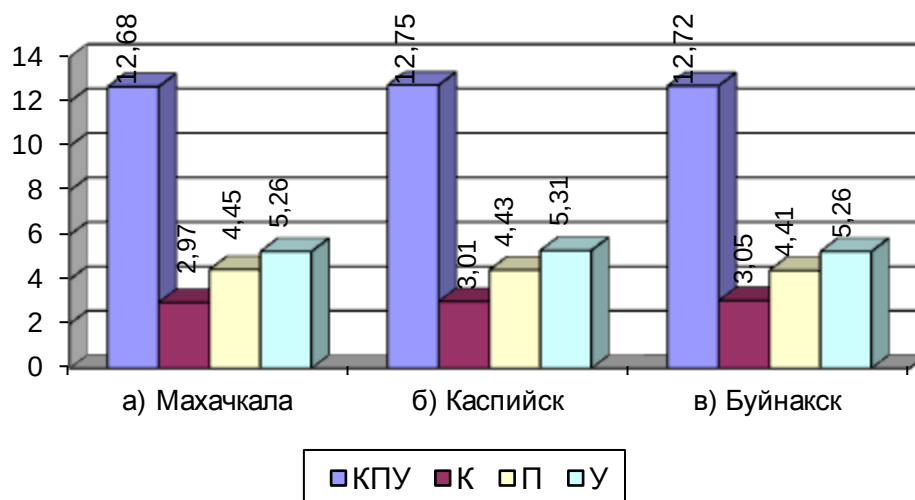


Рис. 3.2. Структура КПУ у обследованных лиц 30-39 лет в различных городах Республики Дагестан.

Как показали наши исследования, интенсивность кариеса зубов в возрастной группе 30-39 лет была очень высокой.

Обращает на себя внимание рост среднего показателя КПУ по сравнению с возрастной группой 20-29 лет в 2,5 раза (с $15,23 \pm 0,03$ до $15,03 \pm 0,14$).

Распространенность и интенсивность кариеса зубов у лиц возрастной группы 40-49 лет. Распространенность кариеса зубов у лиц 40-49 лет, обследованных в г.Махачкале достигла 100%, при КПУ – $16,04 \pm 0,26$. Соотношение компонентов в структуре индекса КПУ было следующим: «К» - $2,74 \pm 0,04$, «П» - $4,11 \pm 0,08$, «У» - $9,19 \pm 0,10$ (табл. 3.1, рис. 3.3).

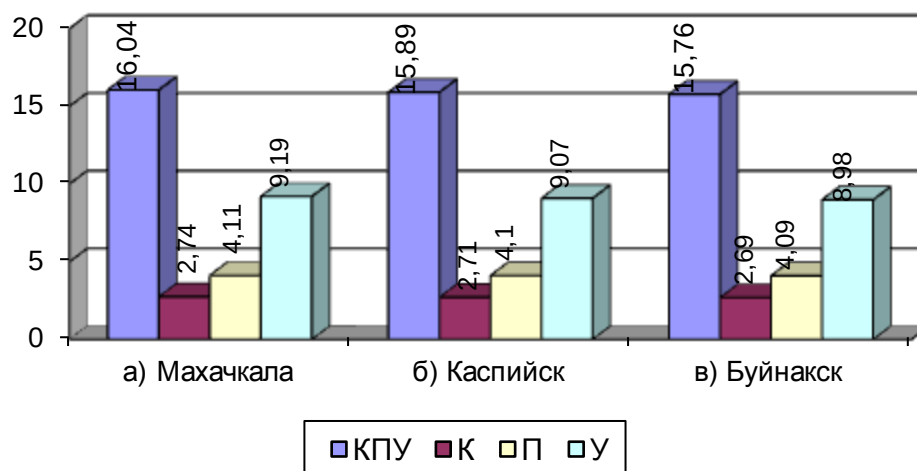


Рис. 3.3. Структура индекса КПУ у обследованных лиц 40-49 лет в различных городах Республики Дагестан

При обследовании состояния зубов у жителей г.Каспийска в возрасте 40-49 лет кариес зубов выявился в 100% случаев. Интенсивность поражения составила $15,89 \pm 0,17$, что по Международной классификации приравнивается к высокому уровню. Индекс КПУ разделялся на составляющие следующим образом: «К» - $2,71 \pm 0,03$, «П» - $4,10 \pm 0,05$, «У» - $9,07 \pm 0,06$ (табл. 3.1, рис. 3.б).

В данной возрастной группе г.Буйнакска интенсивность кариеса составила $15,76 \pm 0,23$. При обследовании было зарегистрировано $2,69 \pm 0,04$ кариозных зубов; $4,09 \pm 0,07$ – пломбированных; $8,98 \pm 0,08$ – удаленных (табл. 3.1, рис.3.3).

Следует отметить, что интенсивность кариеса у обследованных жителей городов Махачкала, Каспийск, Буйнакс неодинакова, несколько выше, чем в возрастной группе 30-39 лет. Средний показатель КПУ выше по сравнению с возрастной группой 30-39 лет в 1,2 раза.

Распространенность и интенсивность кариеса зубов у лиц возрастной группы 50-59 лет. Среди обследованных в возрастной группе 50-59 лет распространенность кариеса составила также 100%. У лиц, проживающих в г.Махачкале, интенсивность кариеса равнялась $17,82 \pm 0,33$, что соответствовало высокому уровню. Компоненты КПУ распределялись

следующим образом: «К» - $3,78 \pm 0,33$, «П» - $2,14 \pm 0,05$, «У» - $11,90 \pm 0,06$ (табл. 3.1, рис. 3.4).

У жителей г.Каспия распространённость кариеса составила 100%. Индекс КПУ составил $17,78 \pm 0,21$, при «К» равном $3,66 \pm 0,04$, «П» - $2,06 \pm 0,03$, «У» - $12,06 \pm 0,04$. По оценочным критериям ВОЗ распространённость кариеса зубов соответствовало – высокому уровню (табл. 3.1, рис. 3.4).

В данной возрастной группе г.Буйнакса интенсивность кариеса составила $17,55 \pm 0,28$. Было выявлено $3,61 \pm 0,06$ зубов с кариесом, $2,00 \pm 0,04$ – пломбированных, $11,94 \pm 0,05$ – удалённых зубов (табл. 3.1, рис. 3.4).

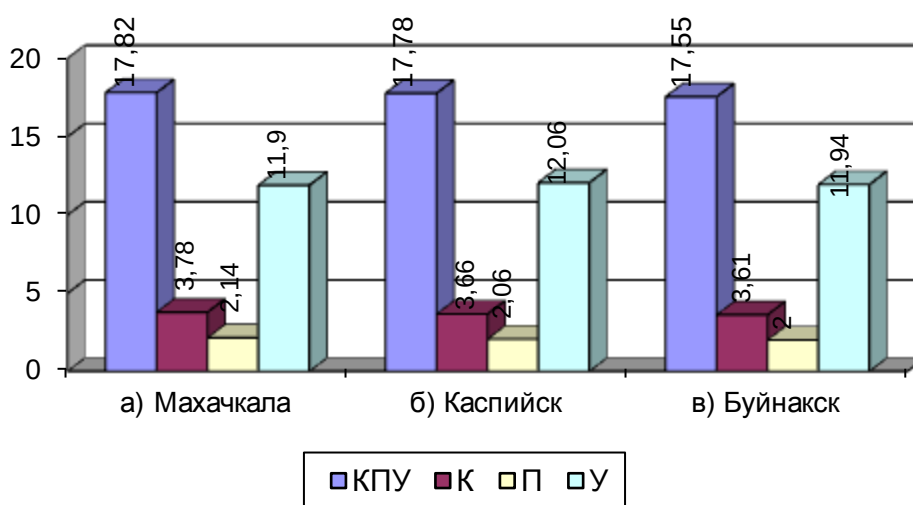


Рис. 3.4. Структура индекса КПУ у обследованных лиц 50-59 лет в различных городах Республики Дагестан

Следовательно наибольшая интенсивность кариеса зубов в возрастной группе 50-59 лет наблюдалась в г.Махачкале ($17,82 \pm 0,33$), наименьшая – в г.Буйнаксе ($17,55 \pm 0,28$). Различия полученных показателей статистически достоверны ($p < 0,001$).

Распространённость и интенсивность кариеса зубов у лиц возрастной группы 60 лет и старше. У обследованных лиц 60 лет и старше, проживающих в г.Махачкале, распространённость кариеса зубов составила 100%, а величина индекса КПУ достигала $24,19 \pm 0,73$. Компоненты индекса КПУ распределялись следующим образом: «К» - $3,33 \pm 0,10$, «П» - $2,88 \pm 0,09$, «У» - $17,98 \pm 0,08$ (табл. 3.1, рис. 3.5).

У лиц, проживающих в г.Каспийске, распространенность кариеса зубов составила 100% при интенсивности равной $24,10 \pm 0,47$. Компоненты индекса КПУ распределялись следующим образом: «К» - $3,14 \pm 0,06$, «П» - $2,83 \pm 0,06$, «У» - $18,12 \pm 0,06$ (табл. 3.1, рис. 3.5).

В г.Буйнаске у обследованных лиц 60 лет и старше кариес зубов определялся в 100% случаях. Величина индекса КПУ зубов составила $24,05 \pm 0,62$. Компоненты индекса КПУ распределялись следующим образом: «К» - $3,00 \pm 0,62$, «П» - $2,80 \pm 0,08$, «У» - $18,25 \pm 0,08$ (табл. 3.1, рис. 3.5).

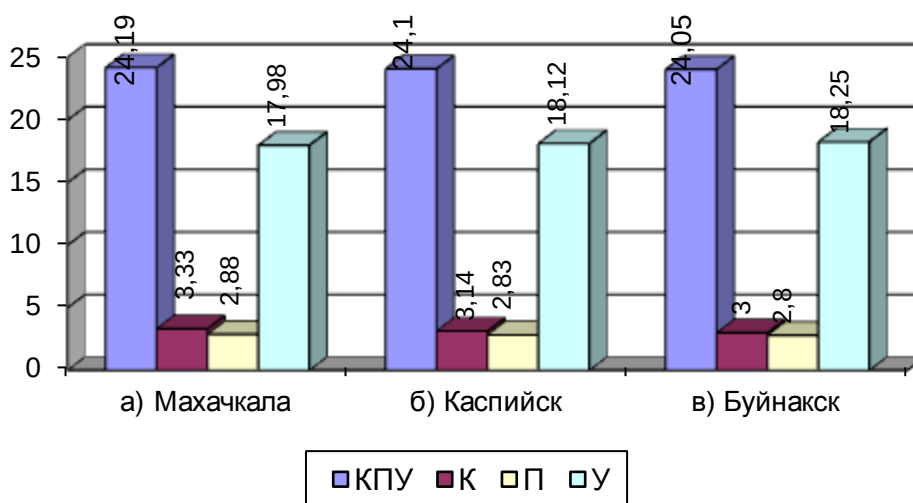


Рис. 3.5. Структура индекса КПУ у обследованных лиц 60 лет и старше в различных городах Республики Дагестан

Как показали наши исследования, при обследовании пожилых людей в возрасте 60 лет и старше было выявлено, что распространенность кариеса зубов была равна 100%, а интенсивность – $24,11 \pm 0,60$.

Показатель КПУ был почти в 5 раз больше, чем в группе 20-29 лет – $5,08 \pm 0,04$. В структуре индекса КПУ преобладал элемент «У» - удаленные зубы ($5,28 \pm 0,02$). Преимущественная стратегия лечения заключалась в удалении пораженных кариесом зубов. Компонент «К» имел невысокие значения во всех исследуемых городах у данной возрастной группы (от $2,97 \pm 0,04$ в г.Махачкале до $3,05 \pm 0,03$ в г.Буйнакске), что связано с уменьшением количества оставшихся зубов и подтверждается данными авторов (М.У. Дахкильгов, 2001; И.В. Кузнецова, 2002; С.С. Сирак,

2003; Е.М. Максимова, 2007; О.Р. Курбанов, 2009; Т.А. Абакаров, 2012; Т.М. Алиханов, 2012; З.О. Курбанов, 2014).

Данные нашего исследования показали, что интенсивность кариозных поражений по классификации ВОЗ высокая и колеблется от 5,06 пораженных зубов на одного обследованного в г.Махачкале в возрасте 20-29 лет до 24,19 в старших возрастных группах г.Махачкала. В связи с этим различие в величине КПУ в более молодом возрасте $p > 0,05$ нивелируется в старших возрастных группах.

3.2. Распространенность некариозных поражений эмали у взрослого городского населения Республики Дагестан

Распространенность некариозных поражений эмали зубов у взрослого городского населения г. Махачкалы Республики Дагестан.

Проявления некариозных поражений эмали зубов (пятнистость, гипоплазия) были зарегистрированы у $11,0 \pm 1,4\%$ обследованных 20-29 – летних жителей г. Махачкалы. Ограниченная пятнистость эмали зубов была зарегистрирована в $2,0 \pm 0,2\%$, диффузная – $3,7 \pm 0,03$. Сочетанная ограниченная пятнистость эмали зубов отмечена в $2,1 \pm 0,02\%$ случаев (табл. №). Остальные признаки поражения не выявлены.

При оценке состояния твердых тканей зубов у обследованных 30-39 летних жителей г. Махачкалы признаки некариозного поражения эмали в виде пятнистости и гипоплазии были зарегистрированы у $16,4 \pm 3,1\%$ сочетанная ограниченная пятнистость с гипоплазией – $2,0 \pm 0,39\%$. Остальные признаки поражения не выявлены.

Распространенность некариозных поражений в возрастной группе 40-49 лет составила $12,8 \pm 1,2\%$, из них: $3,9 \pm 0,12\%$ приходилось на диффузную пятнистость, $3,9 \pm 0,81\%$ - на диффузную, у $2,9 \pm 0,12\%$ - сочетанная ограниченная пятнистость и гипоплазия. Флюороз не зарегистрирован.

Среди обследованных взрослого городского населения г. Махачкалы в возрастных группах 50-59 лет и 60 лет и старше мы обнаружили резкое

снижение распространенности некариозных поражений эмали зубов. Диагностика данной патологии была затруднена вследствие роста числа удаленных зубов, а также тем, что большая часть коронок оставшихся зубов скрыта от осмотра под пломбами и ортопедическими конструкциями.

Распространенность некариозных поражений эмали зубов у взрослого городского населения г. Каспийска Республики Дагестан.

У обследованных 20-29-летних жителей г. Каспийска Республики Дагестан ограниченная пятнистость эмали отмечена в $2,9 \pm 1,5\%$ случаях, в $3,3 \pm 0,8\%$ случаев – диффузная, в $3,01 \pm 0,29\%$ – сочетанная (табл. №).

У 30-39 –летних обследованных жителей выявлены поражения эмали в $16,9 \pm 2,1\%$ – ограниченная пятнистость с гипоплазией, в $3,0 \pm 1,9\%$ – диффузная, в $30,0 \pm 2,1\%$ – сочетанная.

Поражения эмали зубов в виде пятнистости было выявлено у $13,0 \pm 4,9\%$ обследованных 40-49 –летних жителей г. Каспийска. Распространенность ограниченной пятнистости эмали зубов составила $3,0 \pm 0,32\%$, гипоплазия – $2,9 \pm 0,49\%$.

Среди обследованного взрослого и пожилого населения г. Каспийска диагностика распространенности некариозного поражения эмали зубов была затруднена, вследствие наличия на индексных зубах искусственных коронок, пломб или ввиду их отсутствия.

Распространенность некариозных поражений эмали зубов у взрослого городского населения г. Буйнакска Республики Дагестан.

В г. Буйнакске у обследованных 20-29 –летних жителей пятнистость эмали отмечена в $5,87 \pm 2,1\%$ случаев, в $3,9 \pm 1,2\%$ – ограниченная пятнистость, в $2,9 \pm 0,4\%$ – диффузная пятнистость, в $1,0 \pm 0,28\%$ – сочетание ограниченной пятнистости с гипоплазией. Флюороз зубов составил у $2,9 \pm 0,93\%$.

Пятнистость и гипоплазия эмали зубов выявлена у $24,2 \pm 3,1\%$ обследованных 30-39-летних жителей, в том числе: диффузная – у $8,9 \pm 2,9\%$, сочетание ограниченной пятнистости и гипоплазии – у $1,8 \pm 0,28$.

Среди обследованных данной группы признаки флюороза не зарегистрированы.

У обследованных 40-49-летних жителей пятнистость и гипоплазия выявлены в $14,8 \pm 1,1\%$ случаях, в том числе: ограниченная пятнистость – у $3,66 \pm 0,91\%$, диффузная – у $6,1 \pm 1,91\%$, гипоплазия – у $2,0 \pm 0,18\%$.. Признаки флюороза не выявлены.

Так, в г. Буйнакске диагностика некариозных поражений взрослого населения была затруднена по известной причине.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в изучаемых городах Махачкале, Каспийске и Буйнакске Республики Дагестан у населения имеется предельный уровень распространенности некариозных поражений эмали зубов. Встречаются все формы поражения. Приведенные данные указывают на значительные различия в состоянии зубной эмали в разных возрастных аспектах.

Все это надо учитывать при планировании стоматологической помощи по данной патологии зубов в составленной и внедренной комплексной программе по стоматологическому обеспечению населения Республики Дагестан.

Среди обследованных в возрастных группах (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 лет и старше) признаки флюороза не зарегистрированы.

3.3. Распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта у взрослого городского населения Республики Дагестан

Таблица 3.2

Распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта у
взрослого городского населения Республики Дагестан

Город	Возраст в годах	Распространенность в %	Пародонтальный индекс по секстантам (M±абс.)					
			здоровые	кровоточивость	зубной камень	карманы 4-5мм	карманы более 6мм	исключенные
Махачкала	20-29 лет	72,49	4,35±0,26	1,16±0,06	0,37±0,02	0,02±0,00	0,00±0,00	0,11±0,01
	30-39 лет	87,98	3,37±0,17	0,82±0,04	0,66±0,03	0,70±0,03	0,07±0,00	0,39±0,02
	40-49 лет	100,0	1,45±0,07	1,10±0,06	0,87±0,04	1,46±0,07	0,54±0,03	0,63±0,03
	50-59 лет	100,0	1,51±0,08	0,92±0,05	1,12±0,06	0,63±0,03	0,41±0,02	1,42±0,10
	60 лет и старше	100,0	0,69±0,03	0,53±0,01	0,3±0,04	0,89±0,04	0,58±0,03	3,02±0,15
Каспийск	20-29 лет	70,94	4,42±0,03	1,11±0,07	0,36±0,02	0,02±0,00	0,00±0,00	0,09±0,01
	30-39 лет	88,05	3,44±0,21	0,81±0,05	0,63±0,04	0,67±0,04	0,06±0,00	0,38±0,02
	40-49 лет	100,0	1,57±0,09	1,08±0,79	1,43±0,09	0,53±0,03	0,53±0,03	0,60±0,04
	50-59 лет	100,0	1,58±0,09	0,90±0,05	1,10±0,07	0,63±0,04	0,40±0,08	1,4±0,08
	60 лет и старше	100,0	0,72±0,04	0,53±0,03	0,30±0,02	0,88±0,05	0,58±0,03	2,98±0,18
Буйнакск	20-29 лет	71,06	4,36±0,26	1,18±0,07	0,36±0,02	0,00±0,00	0,00±0,00	0,09±0,01
	30-39 лет	88,05	3,33±0,24	0,81±0,05	0,65±0,04	0,70±0,00	0,07±0,00	0,41±0,17
	40-49 лет	100,0	1,41±0,08	1,11±0,07	0,81±0,05	1,48±0,09	0,56±0,63	0,63±0,04
	50-59 лет	100,0	1,02±0,10	0,90±0,05	1,10±0,07	0,62±0,04	0,38±0,02	1,38±0,08
	60 лет и старше	100,0	0,55±0,03	0,55±0,03	0,32±0,02	0,91±0,05	0,59±0,04	3,09±0,19

Распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта у лиц возрастной группы 20-29 лет. Распространенность признаков поражения пародонта городского населения Республики Дагестан в возрастной группе 20-29 лет составила 96,5% (табл.3.2).

Интактные ткани пародонта в группе обследованных 20-29 – летних жителей г.Махачкалы встречались в 72,49% случаев. Кровоточивость выявлена у 19,31% обследованных, зубной камень – у 6,08%. В среднем, у одного обследованного было 4,35±0,22% интактных секстантов, 1,16±0,06 с кровоточивостью, 0,37±0,02 – с зубным камнем, с патологическим карманом 4-5мм 0,02±0,00, патологическим карманом более 6мм – 0,00±0,00 (табл. 3.2, рис.3.6).

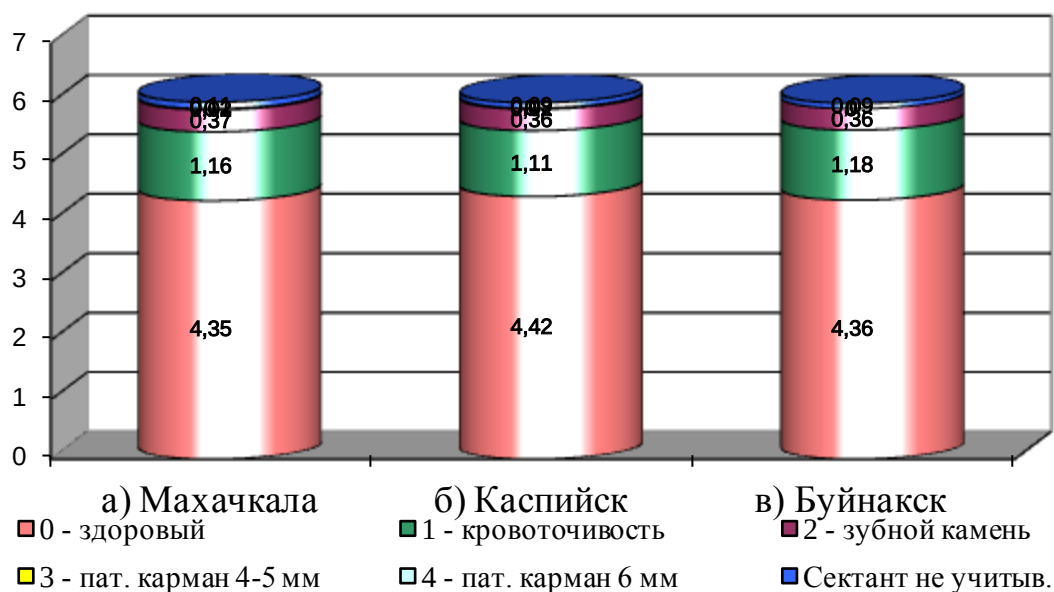


Рис. 3.6. Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц в возрастной группе 20-29 лет

У обследованных 20-29 – летних жителей г.Каспийска различные признаки поражения пародонта были выявлены в 24,8% случаев.

Зубной камень был выявлен у 7,23% обследованных. Средняя интенсивность поражения пародонта составила $0,49 \pm 0,02\%$ секстанта. Кровоточивость десен была выявлена в $1,11 \pm 0,07$ – секстантов. Интактными в этой возрастной группе оставались в среднем $4,42 \pm 0,26$ секстантов пародонта. Из регистрации исключены 0,09 секстантов (табл. 3.2, рис.3.6).

Поражение пародонта было выявлено у 24,84% обследованных жителей г.Буйнакска в возрасте 20-29 лет. Кровоточивость десен отмечена у 18,55% обследованных, зубной камень – у 5,97%. Интенсивность поражения тканей пародонта в среднем была равна $7,27 \pm 0,05$ секстантам, из них секстантов с кровоточивостью – $1,11 \pm 0,07$, с зубным камнем – $0,36 \pm 0,02$. Количество здоровых секстантов составило в среднем $4,36 \pm 0,26$ (табл. 3.2, рис.3.6).

Анализируя полученные результаты, можно сделать заключение, что у обследованных лиц 20-29 лет невысокая интенсивность патологических изменений в тканях пародонта.

В возрастной группе 20-29 лет во всех обследованных городах выявлен здоровый секстант как ведущий признак $4,38 \pm 0,25$.

Распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта у лиц возрастной группы 30-39 лет. Распространенность признаков поражения в данной возрастной группе во всех обследованных городах составила 93,5%. Интактный пародонт выявлен у 34,06 обследованных, признаки поражения пародонта – у 65,95%.

В среднем у каждого обследованного этой возрастной группы было $3,38 \pm 0,19$ интактного секстанта, $3,43 \pm 0,04$ - секстанта с кровоточивостью, $0,65 \pm 0,04$ - с зубным камнем, патологическим карманом 4-5мм – $0,69 \pm 0,03$, патологическим карманом 6мм и более – $0,06 \pm 0,0$. Из регистрации были исключены 0,39 (табл.3.2).

Обследование лиц 30-39 лет г.Махачкалы показало, что интенсивность поражения пародонта была равна $3,37 \pm 0,17$ секстантам: в $0,82 \pm 0,04$ была диагностирована кровоточивость, в $0,66 \pm 0,3$ – зубной камень, с патологическими карманами 4-5мм – $0,7 \pm 0,3$, 6мм и более – $0,07 \pm 0,0$, у $3,37 \pm 0,17$ секстантов пародонта были интактными, $0,39 \pm 0,02$ секстанта были исключены из исследования (табл. 3.2, рис.3.7).

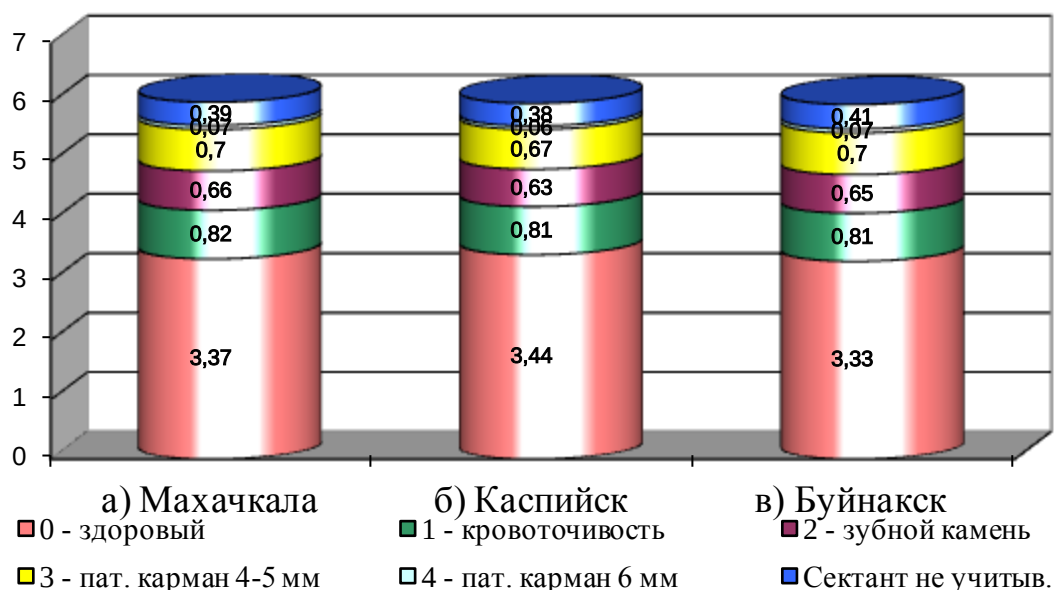


Рис.3.7. Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц в возрастной группе 30-39 лет.

У обследованных г.Каспийска распространенность заболеваний пародонта в данной возрастной группе достигла 96,8% (табл.3.2). $3,44 \pm 0,21$ секстантов были здоровыми, у $0,81 \pm 0,05$ секстантов выявлена кровоточивость, зубной камень – $0,63 \pm 0,04$, $0,67 \pm 0,04$ с пародонтальными карманами 4-5мм, $0,06 \pm 0,0$ с пародонтальными карманами более 6мм, $0,38 \pm 0,02$ исключенных секстантов (рис.3.7б).

Среди обследованных г.Буйнакса признаки поражения обнаружены у 97,0%, в том числе: здоровые секстанты были в среднем $3,33 \pm 0,2$, с кровоточивостью десен – $0,81 \pm 0,05$, с зубным камнем – $0,65 \pm 0,039$, с пародонтальными карманами 4-5мм – $0,7 \pm 0,0$, с карманами более 6 мм – $0,07 \pm 0,0$, исключенными из исследования оказались $0,4 \pm 0,03$ секстантов (рис.3.7в).

Как видно из полученных данных интенсивность патологических изменений в тканях пародонта у обследованных лиц 30-39 лет по сравнению с возрастной группой 20-29 лет нарастает. Во всех городах у лиц данной

возрастной группы выявлены пародонтальные карманы глубиной 4-5мм (в среднем $0,69 \pm 0,05$ секстанта).

Число других признаков: кровоточивость и зубной камень в возрастной группе 30-39 лет, составляла соответственно в среднем $0,81 \pm 0,45$ и $0,65 \pm 0,47$ секстанта.

У жителей обследованных городов здоровые секстанты составляют $3,34 \pm 0,21$, $3,37 \pm 0,17$, $3,45 \pm 0,24$ соответственно.

Распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта у лиц возрастной группы 40-49 лет. Признаки поражения пародонта выявлены почти у всех обследованных в возрасте 40-49 лет независимо от места проживания (табл. 3.2).

В г.Махачкале распространенность заболеваний пародонта в данной возрастной группе достигла до 100% (табл.3.2).

Интakтность пародонта выявлена лишь у 32,28%.

Выявлено $1,45 \pm 0,07$ здоровых секстантов $1,37 \pm 0,93$ секстантов с кровоточивостью десен, $1,1 \pm 0,06$ секстантов с зубным камнем, $0,82 \pm 0,04$ секстантов с пародонтальными карманами 4-5мм, $1,46 \pm 0,07$ секстантов с карманами более 6мм, $0,94 \pm 0,03$ – исключенных секстантов (рис.3.8).

Среди обследованных г.Каспийска и г.Буйнакса признаки поражения существенно не отличаются друг от друга. Изменения в тканях пародонта наблюдались у 100% обследованных (рис.3.8).

Таким образом, интенсивности поражения тканей пародонта в обследованной возрастной группе 40-49 лет мы не отмечаем.

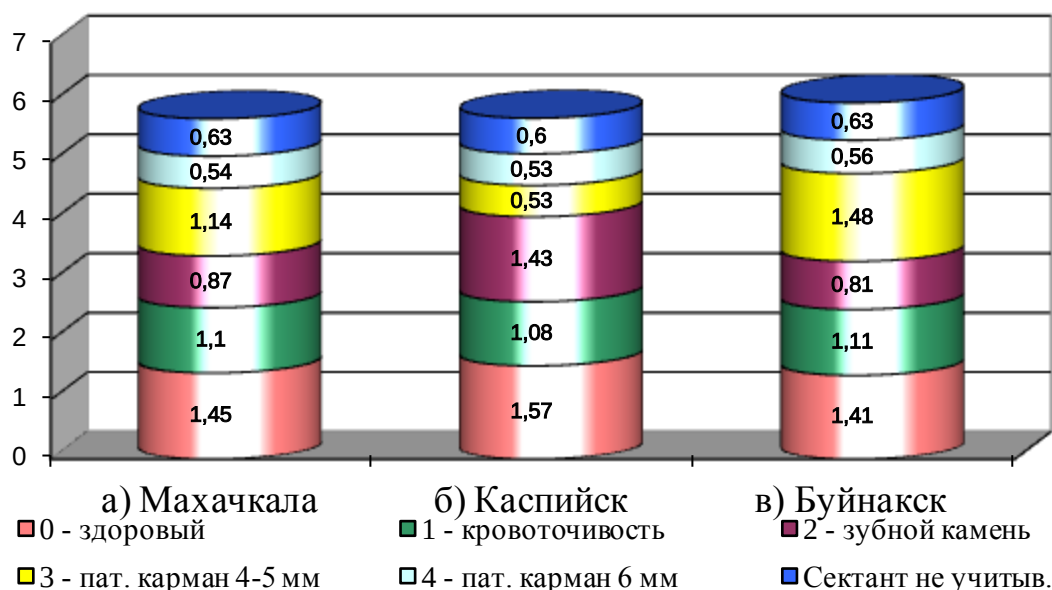


Рис. 3.8. Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц возрастной группы 40-49 лет

Во всех городах у обследованных лиц наряду с высокой кровоточивостью ($1,08 \pm 0,06$, $1,10 \pm 0,06$, $1,11 \pm 0,05$ секстантов соответственно), увеличилось количество секстантов с зубным камнем ($0,79 \pm 0,05$, $0,82 \pm 0,04$, $0,81 \pm 0,05$ секстантов соответственно).

Как показали наши исследования у обследованных лиц возрастной группы 40-49 лет увеличилось количество секстантов с пародонтальными карманами 4-5мм – $1,46 \pm 0,07$ и карманами более 6мм – $0,54 \pm 0,03$ соответственно, т.е. нарастала тяжесть патологических изменений. Количество интактных сегментов было в среднем $63,5 \pm 0,39$ секстантов во всех трех обследованных городах.

Распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта у лиц возрастной группы 50-59 лет. Здоровый пародонт не выявлен ни у одного из обследованных лиц 50-59 лет (г.г.Махачкала, Каспийск, Буйнакск) (табл. 3.2).

Признаки поражения тканей пародонта определялись у 70,83% обследованных. Интенсивность кровоточивости десен составила в среднем

0,9±0,05 секстанта, зубного камня – 1,11±0,068 секстанта, были исключены из исследования 1,41±0,78 секстанта пародонта (рис. 3.9).

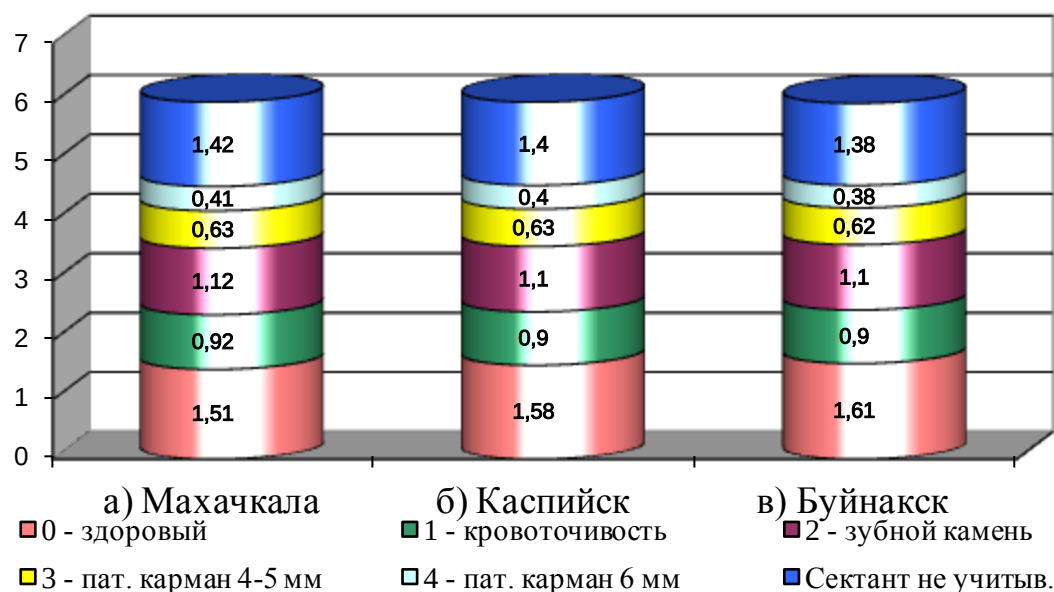


Рис. 3.9. Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц возрастной группы 50-59 лет

Среди обследованных жителей группы 50-59 лет распространенность патологии равнялась 100%.

По секстантам патология распределилась в следующем порядке: здоровый пародонт – 1,51±0,08 секстанта, с кровоточивостью десен - 0,92±0,05, с зубным камнем – 1,12±0,07 секстантов, с пародонтальными карманами 4-5мм – 0,63±0,04 секстанта, с пародонтальными карманами более 6мм – 0,41±0,02 секстантов, 1,42±0,07 секстанта были исключены из обследования.

Среди обследованных группы 50-59 лет г.Каспийска распространенность патологии равнялась 100%. Обнаружено 1,58±0,09 со здоровыми секстантами как ведущим признаком, 0,9±0,05 секстанта с кровоточивостью, 1,1±0,07 секстанта с зубным камнем, 0,63±0,04 секстанта с пародонтальными карманами 4-5мм, 0,4±0,08 секстантов с пародонтальными карманами более 6мм, 1,4±0,08 секстантов были исключены из исследования.

Здоровый пародонт не выявлен ни у одного из обследованных г.Буйнакса. Интенсивность кровоточивости десен составила в среднем $0,9 \pm 0,05$ секстанта, зубного камня – $1,1 \pm 0,07$, были исключены из исследования $1,38 \pm 0,08$ секстанта пародонта.

В $43,0 \pm 3,51$ случаев признак пародонтита зарегистрировать не представлялось возможным, из-за отсутствия индексных зубов.

Распространенность и интенсивность тканей пародонта у лиц возрастной группы 60 лет и старше. В данной возрастной группе преобладали самые тяжелые признаки поражения пародонта среди обследованных лиц 60 лет и старше. Здоровый пародонт не выявлен ни у одного из обследованных лиц в обследованных городах (табл. 3.2). Не всегда представлялось возможным зарегистрировать состояние тканей пародонта, из-за отсутствия индексных зубов. Признаки поражения пародонта определялись у 7,6%. Интенсивность кровоточивости десен составила в среднем $0,53 \pm 0,04$ секстанта, зубного камня – $0,3 \pm 0,02$, были исключены из исследования $3,03 \pm 0,31$ секстанта пародонта (рис. 3.10 (а, б, в)).

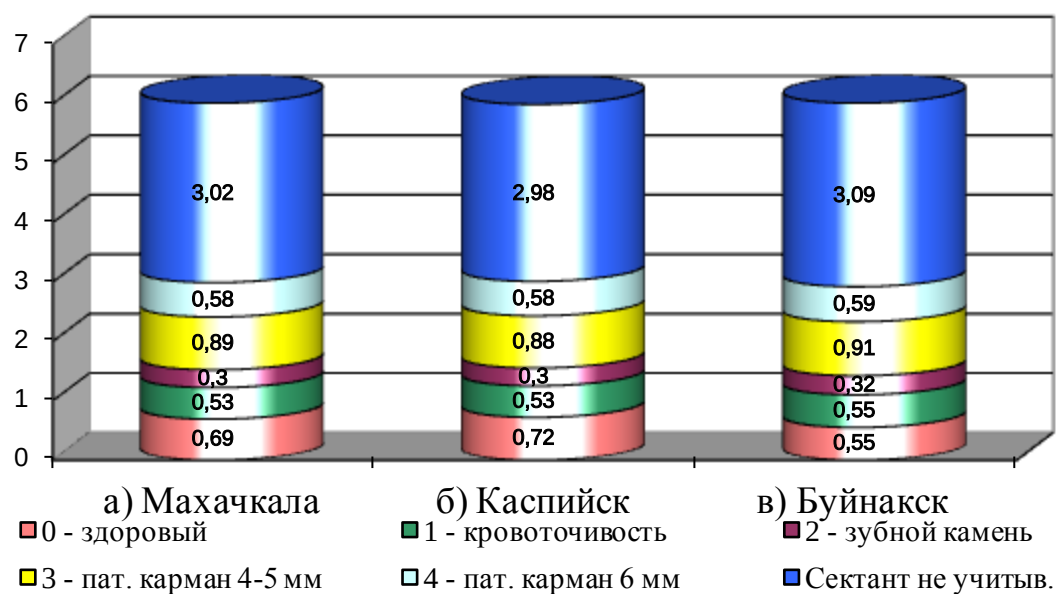


Рис. 3.10. Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц возрастной группы 60 лет и старше

Здоровый пародонт выявлен у 9,37% обследованных лиц 60 лет и старше г.Махачкалы. Среднее количество секстантов с кровоточивостью было $0,53 \pm 0,03$, с зубным камнем – $0,3 \pm 0,01$, с пародонтальными карманами 4-5мм $0,89 \pm 0,04$, с пародонтальными карманами более 6мм $0,58 \pm 0,03$, исключенных секстантов – $3,02 \pm 0,15$ (рис. 3.10а).

В г.Каспийске здоровый пародонт выявлен у 9,3% обследованных лиц пожилого и старческого возраста. Среднее количество секстантов с кровоточивостью составляло $0,53 \pm 0,03$, с зубным камнем $0,3 \pm 0,02$, с карманами 4-5мм – $0,88 \pm 0,05$, карманами 6мм и более – $0,558 \pm 0,03$, интактными оставались $0,72 \pm 0,04$ секстанта пародонта, исключили из исследования – $2,98 \pm 0,18$ (рис. 3.10б).

При осмотре тканей пародонта лиц пожилого и старческого населения г.Буйнакска признаки поражения тканей пародонта не регистрировались, из-за отсутствия индексных зубов. Здоровых секстантов пародонта было $0,55 \pm 0,03$, с кровоточивостью – $0,55 \pm 0,03$, с зубным камнем $0,32 \pm 0,02$, с карманами 4-5мм – $0,91 \pm 0,05$, с карманами 6мм и более – $0,59 \pm 0,04$, исключенными из исследования были $3,09 \pm 0,19$ секстанта пародонта (рис. 3.10в).

Как показали наши исследования состояние тканей пародонта у пожилого и старческого городского населения Республики Дагестан ($0,65 \pm 0,05$ секстантов - здоровые, $3,03 \pm 0,14$ - исключенные из исследования) крайне тяжелое. Представить полную картину поражения тканей пародонта у данного контингента населения не представилось возможным, из-за отсутствия подавляющего количества индексных зубов в 67,4% случаев.

3.4. Распространенность зубочелюстных аномалий у взрослого городского населения Республики Дагестан

Распространенность зубочелюстных аномалий у лиц возрастной группы 20-29 лет.

У обследованных лиц 20-29 лет г. Махачкалы отсутствие резцов и премоляров на верхней и нижней челюстях регистрировалось в $6,9 \pm 2,1\%$ случаев. У $49,8 \pm 4,1\%$ отмечена скученность передних или нижних зубов, у $26,7 \pm 3,6\%$ - промежутки между резцами и клыками, у $19,6 \pm 3,3\%$ обследованных отмечена диастема.

У $25,7 \pm 4,3$ обследованных установлено аномальное положение резцов. Изменение смыкания больших коренных зубов на половину бугра выявлено у $21,6 \pm 3,1\%$, не регистрировалось из-за отсутствия зубов у $8,4 \pm 2,1\%$ обследованных лиц. Глубокое резцовое перекрытие отмечено у $2,0 \pm 0,1\%$ обследованных.

Зубочелюстные аномалии у обследованных жителей 20-29-летнего возраста г.Каспия отмечены в $59,9 \pm 4,1\%$ случаев. Скученность зубов на обеих челюстях отмечена у $36,3 \pm 4,3\%$.

В $10,1 \pm 2,1\%$ случаев отмечены отсутствующие резцы, клыки и премоляры на верхней и нижней челюстях. Глубокое резцовое перекрытие наблюдалось у $20,0 \pm \dots$. Промежутки между резцами и клыками встречались у $20,1 \pm 2,1\%$ опрошенных. Диастема обнаружена у $11,0 \pm 2,1\%$.

Изменение смыкания моляров на половину бугра определялось у $16,7 \pm 3,1\%$, на полный бугор – $5,9 \pm 1,2\%$, не регистрировалось по причине отсутствия зубов – у $19,8 \pm 2,5\%$ обследованных.

Среди 20-29-летних опрошенных жителей г. Буйнакса отсутствие резцов, клыков и премоляров на верхней и нижней челюстях выявлено у $27,1 \pm 2,6\%$. Скученность зубов отмечена в $20,1 \pm 3,2\%$ случаев. Промежутки между резцами и клыками встречались у $13,9 \pm 1,9\%$ обследованных. Диастему регистрировали у $9,1 \pm 1,8\%$.

Наше исследование показало, что стоматологический эстетический индекс у обследованных жителей г. Махачкалы оказался равным 26,9, в г. Каспия – 25,9, г. Буйнакса – 26,0.

Таким образом, явного нарушения прикуса выявлено не было.

Распространенность зубочелюстных аномалий у лиц возрастной группы 30-39 лет.

В г. Махачкале $9,8 \pm 2,1\%$ обследованных 30-39-летних жителей имели отсутствующие зубы среди резцов, клыков и премоляров на верхней и нижней челюстях, $21,8 \pm 2,7\%$ - скученность зубов в резцовых сегментах, $20,1 \pm 3,1\%$ - промежутки между резцами и клыками, $2,1 \pm 1,1\%$ - диастему, $11,8 \pm 2,9\%$ - аномальное положение резцов и клыков на верхней челюсти, на нижней челюсти – $19,3 \pm 2,5\%$, $1,9 \pm 1,9\%$ - глубокое резцовое перекрытие, $28,6 \pm 2,9\%$ - смещение на половину бугра при смыкании моляров.

Среди 30-39-летних обследованных г. Каспия отсутствие зубов (резцов, клыков и премоляров) на верхней и нижней челюстях выявлено у $15,9 \pm 2,9\%$. Скученность передних верхних или нижних зубов определялась у $25,9 \pm 3,0\%$.

Промежутки между резцами и клыками наблюдались у $19,8 \pm 3,1\%$ обследованных. Диастему регистрировали у $11,1 \pm 3,1\%$ случаев. Отклонение зубов в переднем отделе - у $12,1 \pm 1,9\%$ лиц.

У обследованных лиц этой возрастной группы г. Буйнакса обнаружены следующие зубочелюстные аномалии: отсутствие зубов (клыков и премоляров) на верхней и нижней челюстях - $26,1 \pm 3,2\%$, скученность зубов – $18,9 \pm 3,1\%$, промежутки между резцами и клыками – $13,9 \pm 2,6\%$, аномальное положение резцов на верхней челюсти – $5,9 \pm 3,1\%$, глубокое резцовое перекрытие – не отмечено, вертикальная резцовая дезокклюзия – $6,3 \pm 1,9\%$, смещение моляров на половину бугра при смыкании челюстей – $25,1 \pm 3,1\%$, смещение моляров на целый бугор – $11,9 \pm 1,8\%$.

Таким образом, расчет интенсивности зубочелюстных аномалий с использованием стоматологического эстетического индекса в группе 30-39 лет показал, что в г. Махачкале этот показатель составляет 26,0, в г. Каспии – 26,1, в г. Буйнаксе – 25,9.

В обследованных возрастных группах 40-49, 50-59, 60 лет и старше зубочелюстные аномалии не регистрировались ввиду отсутствия значительного количества индексных зубов – более $90,1 \pm 2,9\%$ случаев.

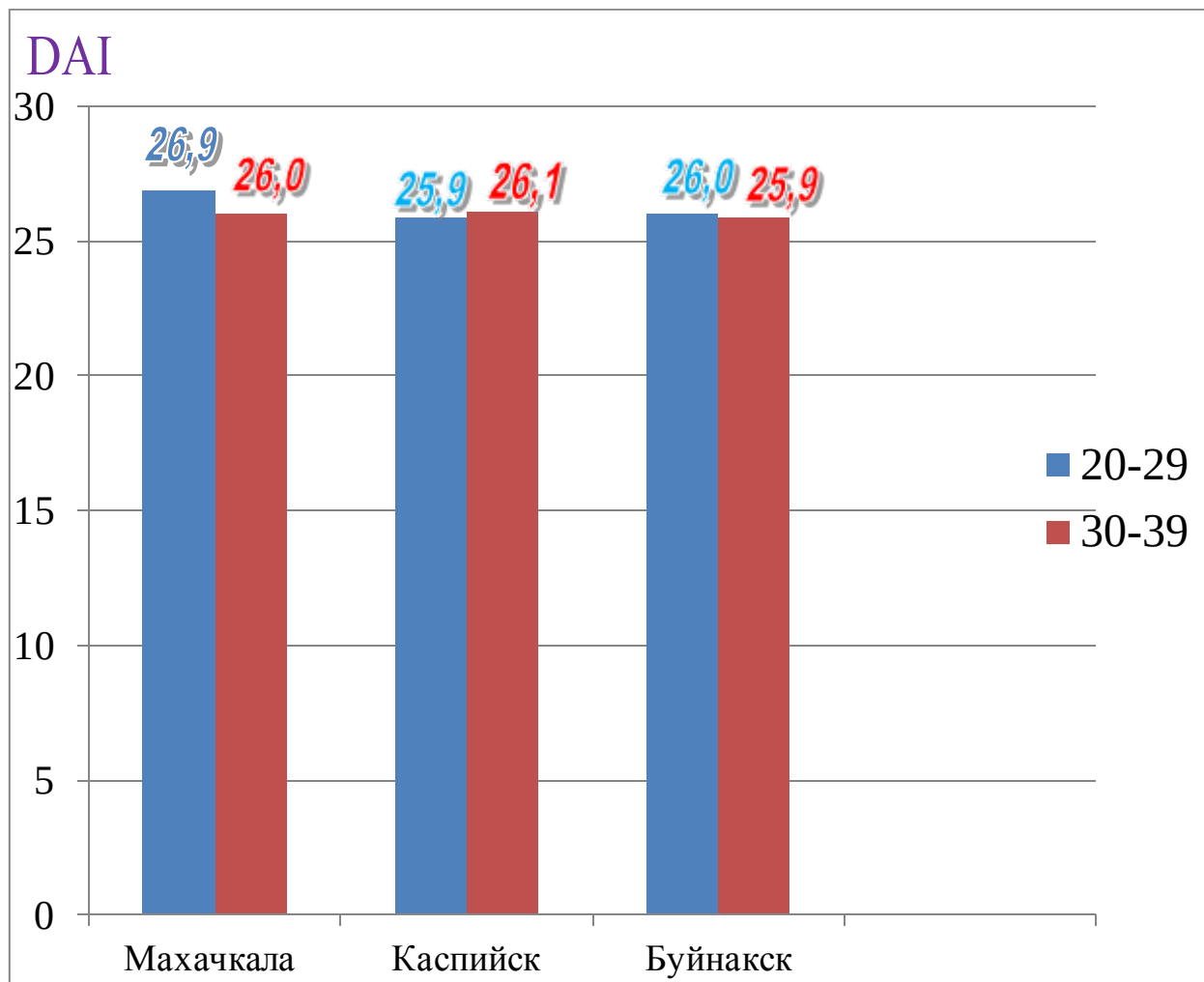


Рис. 3.11. Стоматологический эстетический индекс (DAI) у 20-29, 30-39-летних жителей г. Махачкалы, г. Каспияска, г. Буйнакска.

Глава 4. ПОТРЕБНОСТЬ ВЗРОСЛОГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

При анализе данных, полученных в ходе стоматологического обследования была установлена высокая потребность населения в ортопедической помощи.

Процент обследованных лиц с удаленными зубами во всех 3-х городах Республики Дагестан увеличивался с возрастом и, в среднем, составлял в 20-29 лет – 24,5%, 30-39 лет – 66,8%, 40-49 лет – 86,4%. В возрастных группах 50-59, 60 лет и старше – 100%. Для оценки эффективности и качества оказываемой ортопедической помощи, особенно важным являлись показатели обеспеченности населения протезами и нуждаемости в протезировании. В показатель обеспеченности протезами нами включались все протезы не зависимо от их качества, которыми на момент обследования пользовались жители Республики Дагестан. В показателе нуждаемости а протезировании учитывались не только впервые изготовленные протезы, но и старые некачественные, требующие замены.

При определении качества и функциональной пригодности ортопедической конструкции мы учитываем продолжить их исследование, жалобы пациентов, степень стертости искусственных пластмассовых зубов съемных протезов, понижение межальвеолярной высоты прикуса, балансировку и неудовлетворительную фиксацию протезов.

Как называют наше исследование, нуждаемость в протезировании в возрастной группе 20-29 лет довольно высока (в среднем 38,6%) во всех городах. При серьезной нуждаемости в лечении, практически во всех обследованных районах квалифицированная помощь оказывается в незначительном объеме – лишь 50% от требуемого ортопедического вмешательства.(табл.4.1)

Таблица 4.1

Потребность в ортопедическом лечении у лиц 20-29 лет, проживающих в разных городах Республики Дагестан

Города	Нуждаются в протезировании	Имеют протезы	Не нуждаются в протезировании
Махачкала	88,2	22,5	39,3
Каспийск	59,6	20,8	19,6
Буйнакск	40,7	20,9	38,4

К 30-39 ортопедические конструкции, в основном мостовидные, имелись у 9,2 – 35,8% обследованных лиц, в то время как нуждались в них – до 94% лиц. Особенно высокая потребность в протезировании была у жителей Каспийска и Буйнакска.(табл.4.2)

Таблица 4.2

Потребность в ортопедическом лечении у лиц 30-39 лет, проживающих в разных городах Республики Дагестан

Города	Нуждаются в протезировании	Имеют протезы	Не нуждаются в протезировании
Махачкала	42,8	28,9	27,6
Каспийск	54,9	32,8	12,8
Буйнакск	43,8	36,9	18,2

Наибольшая потребность в протезах наблюдалась у лиц 40-49 лет в г. Буйнакске и г. Каспийске – 65,9 и 53,2% соответственно (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Потребность в ортопедическом лечении у лиц 40-49 лет, проживающих в разных городах Республики Дагестан

Города	Нуждаются в протезировании	Имеют протезы	Не нуждаются в протезировании
Махачкала	48,2	42,5	9,3
Каспийск	65,9	32,8	1,3
Буйнакск	53,2	39,9	6,9

Отмечена высокая нуждаемость в несъемных видах протезирования, поскольку у обследованных лиц этой группы в среднем отсутствовало 6,64

зуба. Дефекты зубных рядов, как, правило, были включенные и небольшие по протяженности.

Не нуждались в протезировании 11,4% обследованных лиц в возрасте 40-49 лет и, хотя имели протезы 58,4% обследованных лиц, почти половине ортопедических конструкций требовалась замена (35,8%).

Самая низкая обеспеченность протезами – у лиц 50-59 лет, проживающих в г.г. Буйнакске и Каспийске – 19,5% и 24,8% соответственно (табл. № 4.4).

Таблица 4.4

Потребность в ортопедическом лечении у лиц 50-59 лет, проживающих в разных городах Республики Дагестан

Города	Нуждаются в протезировании	Имеют протезы	Не нуждаются в протезировании
Махачкала	41,6	28,4	-
Каспийск	81,5	18,5	-
Буйнакс	69,1	23,9	7,0

Нами зарегистрировано большое количество полностью беззубых лиц (в среднем 10,1%) в данной возрастной группе во всех 3-х исследуемых регионах. До 82,4% обследованных пожилых людей в возрасте 60 лет и старше нуждались в изготовлении съемных конструкций.

Наилучшие показатели оказания ортопедической помощи населению отмечены в г. Махачкале, где большинство пациентов данной возрастной группы (до 75,6%) своевременно получили ортопедическую помощь.

Следует отметить, что у обследованных лиц старшей возрастной группы (60 лет и старше) имело место снижение нуждаемости в протезировании несъемными протезами и, соответственно, увеличение числа лиц, которым показано протезирование частичными и полными съемными зубными протезами.

Это объясняется не только значительной потерей зубов у пациентов данного возраста, но и качеством протезов, которые чаще чем несъемные,

оказывались функционально непригодными из-за конструктивных недостатков, длительного пользования и естественных процессов в полости рта.

В ходе исследования нами было зарегистрировано большое количество полностью беззубых лиц (в среднем 12,8%) данной возрастной группы во всех трех исследуемых городах.

Табл. 4.6

Основные показатели динамических рядов, характеризующие потребность в различных видах зубных протезов населения обследованных городов (на 1000 населения)

Возраст (года)	Виды зубных протезов											
	Несъемные протезы				Частично съемные протезы				Полные съемные протезы			
	САУ	САП	СТР	СТП	САУ	САП	СТР	СТП	САУ	САП	СТР	СТП
20-29	340	+72	136,34	34,99	-	-	-	-	-	-	-	-
30-39	2039	+169	161,98	62,80	79	10	132,97	+31,88	-	-	-	-
40-49	1986	-91	96,60	-4,32	219	69	119,01	17,99	29	+4	118,94	30,01
50-59	1590	-81	96,99	-2,49	487	43	103,91	4,80	109	+16	120,89	22,00
60 лет и старше	1265	-73	93,87	-5,97	619	12	100,99	1,02	559	+89	125,78	25,59

Где САУ – средний абсолютный уровень нуждаемости населения в определенном виде протезирования на 1000 обследованных;

САП – средний абсолютный ежегодный прирост данного вида протезов на 1000 обследованных;

СТР – средний темп роста абсолютного уровня различных видов протезов, характерный для данной возрастной группы в процентах;

СТП – средний темп ежегодного прироста различных видов протезов для данной возрастной группы на 1000 обследованных (в %).

Исходя из задач исследования, были определены три основные группы зубных протезов:

1. Несъемные протезы. К этой группе мы отнесли мостовидные протезы, несъемные шины и шины-протезы при пародонтите;

2. Частичные съемные протезы. Эта группа включала в себя частичные пластиночные протезы, бюгельные протезы, съемные шины и шины-протезы при лечении заболеваний пародонта;

3. Полные съемные пластиночные протезы.

Мы сознательно не касаемся ни видов материалов, используемых при изготовлении протезов, ни особенностей конструкций отдельных протезов. Эти данные необходимы организаторам здравоохранения на местах для экономических расчетов и могут быть получены на основе годовых отчетов стоматологических учреждений, отражающих объективную ситуацию, объем и профессиональный уровень ортопедической помощи конкретно для каждого региона.

Для проведения качественного анализа нуждаемости населения обследованных городов в различных видах зубных протезов необходимо, прежде всего, изучить динамику развития потребности в этом виде помощи для различных возрастных групп.

Анализируя полученные результаты, можно сделать заключение, что потребность населения в объеме ортопедической помощи с возрастом увеличивается.

Однако потребность населения в ортопедической помощи в возрастном аспекте имеет свои особенности и нуждается в дополнительном анализе, который был поведен по каждой из трех групп, характеризующих различные виды зубных протезов. Так, потребность в несъемных протезах довольно высокая уже в возрасте 20-29 лет, прирост нуждаемости в несъемных видах зубных протезов составляет 72 протезов в год на 1000 жителей обследованных городов. Скорость прироста также довольно значительная и соответствует увеличению количества протезов на 34,05% по сравнению с

нуждаемостью предыдущего года. В этой возрастной группе не отмечена нуждаемость населения в частичных и полных съемных протезах. В возрасте 20-29 лет оно характеризуется бурным ростом потребности в несъемных видах протезов. Абсолютное среднее количество нуждемости в этом виде ортопедического лечения превышает массовое в группе 20-29 лет в 6,5 раза. Ежегодный прирост нуждемости в несъемных протезах по сравнению с последующей возрастной группой выше в 2,41 раза. Наряду с увеличением среднего количества съемных протезов и их среднего прироста отмечается повышение прироста почти в два раза превышающего такового в группе 20-29 лет.

В возрастной группе 30-39 лет впервые отмечается потребность в частичных съемных зубных протезах, которая составляет 80 протезов на 1000 населения, с ежегодным средним приростом в 79 протезов. Однако средний темп прироста этого вида протезов, который составляет 0,5%, указывает на прогрессирование процесса потери зубов.

Учитывая вышеизложенное, мы ожидали в следующей возрастной группе резкого увеличения потребности в несъемных видах зубных протезов, однако при анализе результатов оказалось, что для группы 40-49 лет, несмотря на увеличение потребности населения в несъемных видах зубных протезов по сравнению с потребностью в исходной возрастной группе 20-29 лет в 6,3 раза, характерно снижение абсолютного уровня на 50 протезов по сравнению с возрастом 30-39 лет. Для этого возраста характерно уменьшение потребности населения в мостовидных протезах по сравнению с группой 40-49 лет, о чем свидетельствует и их отрицательный прирост 4,40%, то есть, среднегодовое снижение их количества у 1000 обследованных на 100 протезов. Рассматривая эту особенность, следует особо подчеркнуть, что снижение потребности в этом виде ортопедического лечения происходит не за счет удовлетворения населения этими конструкциями зубных протезов, а за счет увеличения потребности в частичных и полных съемных протезах.

Потребность в частичных съемных протезах увеличивается в 7 раз, а потребность в полных съемных протезах составляет 30 единиц на 1000 обследованных, причем темп их прироста достигает в этой группе 28,18%.

Для возрастной группы 50-59 лет характерно снижение потребности в количестве несъемных протезов на 22,99%, однако их количество продолжает превышать потребность в возрасте 20-29 лет в 4,7 раза. Для этого вида протезов в рассматриваемой возрастной группе, также как и для предыдущей, характерен отрицательный прирост, однако его величина, по сравнению с таковой, в 40-49 лет уменьшается на 19,9%, отмечается уменьшение скорости этого процесса в 1,69 раза.

Характеризуя особенности развития потребности в других видах ортопедической помощи, можно отметить, что потребность в частичных съемных протезах увеличивается в 5,59 раза по сравнению с возрастом 30-39 лет и в 2,00 раза по сравнению с предыдущей возрастной группой. Однако, в то же время отмечается снижение как абсолютного прироста количества протезов на 33,17% так и скорости этого процесса в 3,05 раза. Потребность в полном съемном протезировании повышается, что находит свое отражение в увеличении их количества в 3,57 раза, скорость роста этого увеличения замедляется на 7,44%, однако среднегодовой абсолютный прирост полных съемных протезов увеличивается в 4,19 раза. У обследованных в возрасте 60 лет и старше сохраняется тенденция к снижению потребности в несъемных протезах. Их среднее значение для рассматриваемого возраста на 370 ниже предыдущего уровня. Ежегодно в этом возрасте количество их уменьшается на 70 протезов, что на 12,5% меньше, чем в предыдущей группе, однако скорость этих изменений в 2,18 раза больше.

Потребность в частичных съемных протезах продолжает увеличиваться по сравнению с предыдущим уровнем на 1,59 раза, однако отмечается резкое снижение абсолютного прироста на 68,99 %, а средний темп скорости этого процесса замедляется до 1,06%.

Несколько иную картину мы наблюдаем при анализе потребности в полном съемном протезировании. Среднее количество протезов, характеризующее потребность в них населения исследуемой возрастной группы увеличивается в 5,49 раза по сравнению с предыдущей группой. Проводя аналогичные сравнения по другим показателям, отмечается ежегодное увеличение как количества протезов, так и скорости этого процесса в 6,19 и 1,21 раза соответственно.

Подводя итог проделанному анализу, можно отметить изменение потребности населения в различных видах зубных протезов в зависимости от возраста.

Установлено, что от 20 до 29 лет при определении потребности в мостовидных протезах отмечается прямая зависимость между возрастом и видом зубных протезов, то есть, с уменьшением возраста увеличивается потребность в несъемном протезировании, а с 29 лет и старше – обратная, с увеличением возраста уменьшается потребность в их количестве, что же касается частичных и полных съемных протезов, то с 30 лет до 60 лет и старше отмечена стойкая прямая зависимость, то есть, с увеличением возраста повышается потребность в этих видах протезов, однако темп прироста этих протезов с возрастом уменьшается, особенно это относится к потребности населения в частичных съемных протезах.

Из выше сказанного можно сделать вывод, что потребность в ортопедической помощи определяется не возрастом, а количеством удаленных и подлежащих удалению зубов. Последнее, в свою очередь, зависит от величины КПУ и качества лечебно-профилактической помощи, которая оценивается по индексу К и П. Взаимозависимость этих показателей КПУ и Кл+П целесообразно выразить в возрастном аспекте, т.к. мы считаем важным определение заболеваемости индивидуально для каждой возрастной группы. Если бы мы рассматривали всю совокупность обследованных как однородную группу, то при определении потребности в зубном протезировании несъемными протезами получили бы следующие данные:

ежегодный прирост несъемных протезов составил бы 17,49 на 1000 обследованных, что позволяет сделать вывод о прямой форме связи. Такой вывод был бы неправомерным и искажал бы существующую действительность. Располагая данными о наличии и форме связи как между основными показателями, характеризующими стоматологическую заболеваемость и потребность в ортопедическом лечении, так и особенности их развития в возрастном аспекте, мы можем приступить к количественному определению этой связи. Это послужит основой для разработки метода определения потребности населения в ортопедической помощи. Как предполагалось, разрабатываемый метод должен учитывать влияние на потребность обследованных в различных видах зубных протезов следующих факторов:

1. Распространенность и интенсивность стоматологической заболеваемости.

2. Качество проводимых лечебных мероприятий.

Качество проводимого лечения достаточно полно отражается коэффициентами «П» и «У». Увеличение коэффициента «П» будет свидетельствовать о качественном проводимом лечении. Увеличение же коэффициента «У» указывает на низкую эффективность терапевтической стоматологической помощи. Сравнение абсолютных значений этих показателей лишено смысла, так как они являются составными частями одного целого – «КПУ» и не могут рассматриваться вне связи с ним. Более обоснованно будет определение связи между их относительными показателями, характеризующими долю каждого индекса в показателе интенсивности стоматологической заболеваемости. Проведенный анализ динамики развития заболеваемости позволяет предположить наличие между ними обратной связи, близкой к функциональной. Это означает, что с увеличением Кл+П уменьшается индекс «У» и наоборот.

3. Зависимость между количеством удаленных и подлежащих удалению зубов «У» и потребностью в различных видах зубных протезов.

Здесь мы можем рассчитывать на наличие корреляционной зависимости между этими показателями. При этом данные предыдущих исследований позволяют предположить, что связь между «У» и потребностью в несъемных протезах какого-то количества удаленных зубов будет носить прямую корреляционную зависимость, а с дальнейшим их увеличением – обратную; между потребностью в частичных и полных съемных протезах и количеством удаленных зубов – прямую.

Таким образом, выбранные нами показатели характеризуют основные факторы, влияющие на развитие стоматологической заболеваемости, учитывают эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий, а следствием их результативности является количество удаленных зубов, непосредственно влияющие на потребность в различных видах протезов.

Подводя итог данным, полученным в настоящей главе, можно считать установленным:

Нуждаемость населения обследованных городов довольно высокая и составляет от 340 протезов на 1000 населения в возрасте 20-29 лет до 2443 в возрастной группе 60 лет и старше (табл. 4.1).

Потребность населения в различных видах зубных протезов в возрастном аспекте не одинакова и характеризуется для несъемных протезов наибольшей нуждаемостью в возрасте 30-39 лет и составляет 2039 на 1000 населения с ежегодным приростом нуждаемости в 169 протезов. В последующих возрастных группах отмечается снижение количества этого вида протезов до 1265 на 1000 населения в группе 60 лет и старше с ежегодным уменьшением на 73 мостовидных протезов.

Наибольшая нуждаемость в частичных съемных протезах характерна для возраста 40-49 лет. В этой возрастной группе ежегодное повышение нуждаемости составляет 69 протезов на 1000 населения. Ежегодная нуждаемость в этом виде протезирования в дальнейшем уменьшается до 12

протезов в возрасте 60 лет и старше. Общее их количество в этой возрастной группе составляет 611 протезов на 1000.

Нуждаемость в полных съемных протезах отмечается уже в возрасте 40-49 лет, наблюдается постепенное увеличение количества этого вида протезов и в возрасте 60 лет и старше они составляют в среднем 559 протезов на 1000 населения с ежегодным увеличением на 99 протезов.

Учитывая выше изложенное, следует отметить тесную корреляционную, близкую функциональную, связь между возрастом и показателями, отсутствующими и подлежащими удалению зубами и потребностью населения в различных видах зубных протезов. При определении нуждаемости населения в различных его видах необходимо кроме возраста учитывать и уровень лечебно-профилактической помощи (количество удаленных и подлежащих удалению зубов), характерный для городского населения Республики Дагестан.

Глава 5. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ДАГЕСТАНА

5.1. Анализ и оценка качества ортопедических стоматологических услуг с применением экспертной оценки

Современные социально-экономические условия городской жизни привели к росту количества жалоб пациентов в связи с полученными услугами ортопедической стоматологической помощи в ЛПУ.

Наши исследования показали, что 85-90% врачей в своей практике сталкивались с конфликтами, связанными с качеством оказания ортопедических стоматологических услуг. Не все конфликты основаны на низком качестве оказанных ортопедических услуг, однако в любом случае они отнимают много сил и времени. Пациент, неудовлетворенный качеством ортопедической стоматологической услуги, пытается разрешить вопросы: «Что делать?» и «Кто виноват?». Ответ на них должна дать система экспертизы и контроля качества медицинских услуг, внедрение которой в практику имеет большое значение в деле улучшения качества ортопедической стоматологической помощи. Качество лечебно-диагностического процесса оценивается на основании стандарта, включающего в себя основные элементы: качественный свод информации о пациенте, т.е. диагностические мероприятия, необходимые для данного заболевания, правильную постановку и обоснование диагноза, качественно выполненные лечебные мероприятия. С этой целью нами была предложена «Карта оценки оформления медицинских карт стоматологического больного» (приложение №2). Эта карта позволила бы оценить полноту и качество проведенного обследования, определить своевременность посещения и выявить ошибки при постановке диагноза, установить степень полноценности проведенного лечения, обоснованности сроков лечения, выявить недостатки в организации консультативной помощи, в ведении амбулаторных карт стоматологических больных и т.д.

Экспертиза качества ортопедической стоматологической помощи – это комплекс мероприятий, основанных на сопоставлении объектов или совершенных реальных действий, результатов этих действий, с существующим стандартом, позволяющим определить степень соответствия, причины приведения к отклонению от норм принятых стандартом, проводимых на основании личного обращения субъекта для оказания медицинской помощи.

Экспертиза качества направлена в первую очередь на защиту интересов потребителей ортопедических стоматологических услуг и одновременно является важным инструментом защиты профессионалов-производителей. Поэтому по жалобам пациентов инициаторами экспертизы ортопедической помощи могут быть представители органов государственного управления, страховых медицинских организаций, руководители лечебно-профилактических учреждений, лицензионные комиссии, профессиональные и другие; общественные организации, а также отдельные врачи-стоматологи, сотрудники кафедр медицинских вузов. Последние, зачастую, не имеют своих клинических баз, располагаются в лечебных учреждениях, подчиняющихся органам здравоохранения. Заключение в результате носят не вполне объективный характер. Все это свидетельствует об отсутствии в настоящее время независимой экспертизы. Экспертную оценку качества целесообразно проводить по амбулаторным картам стоматологических больных.

Оценка качества медицинской помощи по амбулаторным картам основана на сопоставлении объема выполненных лечебно-диагностических мероприятий определенного вида ортопедической стоматологической помощи и достигнутых результатов с уставленными «стандартами». Под этим термином понимают конкретные технологические подходы к оказанию ортопедической помощи, заложенные в основу выработанных традиционных схем ведения пациентов. Эти объективно существующие разнообразные схемы лечебно-диагностического процесса превращаются в

формализованные программы действия. Экспертную оценку качества ортопедической стоматологической помощи в городах должны осуществлять городские стоматологи, предварительно обученные методике проведения экспертных исследований.

Основными этапами в проведении экспертных оценок качества ортопедической стоматологической помощи являются: формирование целей и задач экспертизы, составление программ исследования, выбор источников информации, непосредственное проведение экспертизы и анализ результатов исследования.

Успех проводимых экспертных оценок во многом зависит от чёткости постановки цели и задач исследования. После окончательного установления цели экспертной оценки следует определить перечень необходимых показателей. Исходя из этих показателей, составляется программа исследования и «Карта экспертной оценки качества стоматологической помощи».

Экспертиза качества ортопедической стоматологической помощи завершается составлением экспертного заключения, содержащего конкретные объективные результаты исследования и рекомендации заказчику экспертизы, направленные на устранение выявленных недостатков, тем самым, способствуя повышению качества стоматологической помощи. Метод экспертной оценки позволяет не только выявить недостатки, но и проверить, как они исправляются. Для этого через определенный промежуток времени экспертизу повторяют по тем же вопросам и сравнивают полученные данные с результатами предыдущей экспертизы.

Система оценки качества ортопедической стоматологической помощи обязательно должна включать показатели удовлетворенности потребителя медицинской услуги, так как оценка потребителем является окончательным критерием оценки медицинской услуги.

Таким образом, экспертная оценка является оперативным методом и может быть широко использована органами и учреждениями

здравоохранения, страховыми компаниями для решения самых различных вопросов организации стоматологической помощи на всех уровнях. Основной целью экспертных оценок является определение путей повышения качества и эффективности оказания ортопедической стоматологической помощи её потребителям. Нами выполнено комплексное, медико-правовое и социологическое исследование причин возникновения профессиональных ошибок и осложнений в лечебно-профилактических учреждениях с различной формой собственности городов Махачкалы, Каспийск, Буйнакск, оказывающих ортопедическую стоматологическую помощь.

5.2. Данные амбулаторных карт, как источники анализа качества ортопедического стоматологического лечения

Для изучения проблемы профессиональных ошибок в ортопедической - стоматологической практике методом случайной выборки было проанализировано 1250 амбулаторных карт и 2300 записей в них, которые были сделаны врачами – ортопедами стоматологических учреждений городов Махачкала, Каспийск, Буйнакск за период с 2010 года по 2012 год включительно. (Приложение №2)

Оформляя историю болезни, врач должен исходить из того, что записи в ней имеют важное лечебно-диагностическое, научно-практическое, воспитательное, юридическое и социальное значение.

В настоящее время стоматологические учреждения используют различные формы первичной медицинской документации, однако среди них основной считается «Медицинская карта стоматологического больного» (форма № 043/у), так как она обеспечивает необходимое позиционирование каждого лечебного случая в системе оказания медицинской помощи и является основным юридическим документом учета объема и алгоритма работы врачей-стоматологов всех специальностей. Оригинал ее не выдается на руки пациентам и хранится в регистратуре стоматологической поликлиники в течение 5 лет после последнего посещения, по истечении

срока сдается в архив со сроком хранения 75 лет и заполняется один раз в каждом лечебном учреждении.

Результаты анализа показали, что медицинские карты стоматологического больного не всегда соответствуют форме № 043/у, утв. приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

Однако в их ведении имеются упущения и недостатки, которые можно разделить на три группы: технические, методологические, профессиональные.

При анализе 1250 амбулаторных карт нами установлено, что *паспортная* часть заполняется медицинским регистратором или медицинской сестрой в регистратуре медицинского учреждения на основании предоставленного пациентом документа (медицинский полис, паспорт или со слов больного без документа). При оформлении медицинской карты стоматологического больного в 68% случаев отсутствует запись о профессии больного, которая имеет важное значение при оценке характера и тяжести течения стоматологического заболевания и потери зубов.

При ведении медицинских карт врач-ортопед обязан зарегистрировать, начиная со сбора анамнеза, каждую проводимую лечебно-диагностическую манипуляцию, дать практические рекомендации после проведенного ортопедического лечения и, закончить периодом адаптации и реабилитации, дать совет по уходу за протезом. Это позволит в случае возникновения конфликтной ситуации правильно оценить действия врача-ортопеда.

Выбор конструкции протеза зависит от правильно поставленного диагноза врачом-ортопедом. Диагноз должен быть развернутым, описательным по заболеваниям зубов и полости рта с учетом современной классификации МКБ-10 (Международной статистической классификации болезней) стоматологических заболеваний (ВОЗ, 1997).

По нашим данным, заполнение графы «диагноз» в титульной части медицинской карты отсутствует в 79% случаев (рис. 5.1).

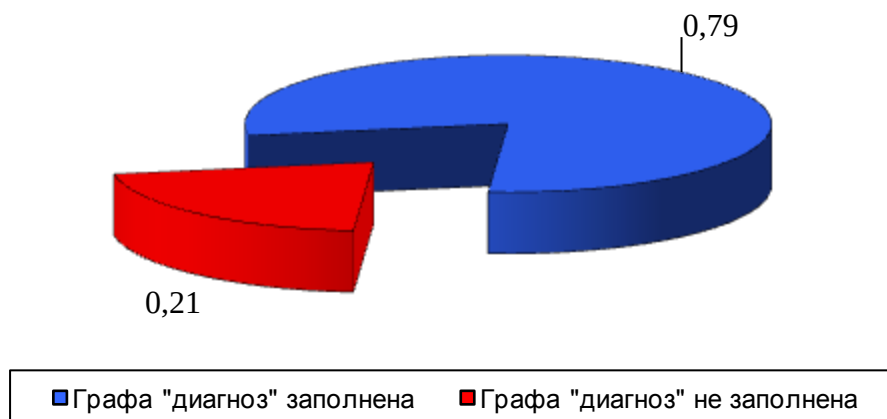


Рис. 5.1. Данные о диагнозе медицинской карты стоматологического больного

Впервые данные о диагнозе можно встретить в дневнике учета работы врача-стоматолога-ортопеда (форма № 039-4/у) лишь в 11,3% случаев, а в 88,7% случаев такая запись отсутствует.

В графе «жалобы» данные записываются врачами-ортопедами только в 3% случаев.

При сборе анамнеза важно получить данные о перенесенных заболеваниях больного, их осложнениях.

Проанализировав медицинские карты, установили, что данные о перенесенных заболеваниях, их осложнениях вообще не заполняются в 100% случаях.

При сборе анамнеза у ортопедических пациентов необходимо уточнять: протезировался ли больной, каким видом конструкции и как долго привыкал к нему. Наши данные указывают на то, что этому разделу врачи не уделяют должного внимания и в 93% случаев этот раздел не заполняется.

При внешнем осмотре нужно обращать внимание на такие важные признаки, как наличие или отсутствие асимметрии лица, состояние области височно-нижнечелюстного сустава, мимические нарушения, изменения цвета

кожи лица, воспалительные изменения, сглаженность носогубных складок, оценку зубов и зубных дуг, определение состояния окклюзии. Нами установлено, что в 100% случаев в этих картах отсутствуют данные о внешнем осмотре.

При исследовании полости рта и состояния твердых тканей зубов врач-ортопед обязан описать характер и топографию зубов, заполнить зубную формулу и в ней степень подвижности зубов, дефекты зубных рядов (классификация по Кеннеди), дефекты коронки зуба (классификация по Блэку), состояние альвеолярных отростков при полной потере зубов. В 95% случаях в медицинских картах отсутствуют данные о зубной формуле.

В 90% случаев не указаны сведения о дефектах коронок, зубных рядов, о состоянии альвеолярных отростков.

Виды прикуса указаны в 21% случаев, в 79% случаев отсутствует вид взаимоотношений зубных рядов (рис. 5.2).

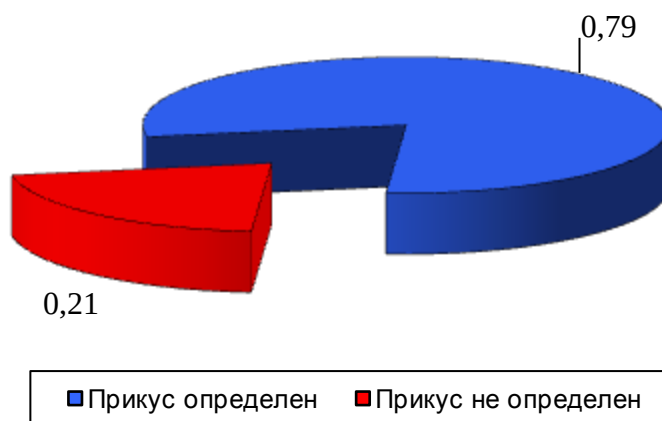


Рис. 5.2. Данные о взаимоотношении зубных рядов

В 94% медицинских карт игнорируется также и описание состояния слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба(рис. 5.3).

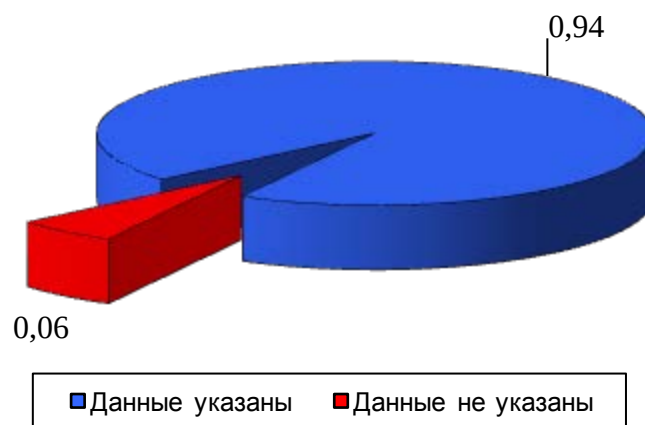


Рис. 5.3. Данные о состоянии слизистой оболочки полости рта

Данные рентгенологических и лабораторных исследований обнаружены в 100% медицинских карт.

В 57% случаев отсутствовали сведения о направлении на рентгенологическое исследование.

После завершения ортопедического лечения в дневнике должна быть полная запись, вплоть до практической рекомендации, профилактического осмотра и советов по уходу за протезом.

В 95% случаев отсутствовала отметка о необходимости явки на профилактический осмотр, 90% - запись о практических рекомендациях по уходу за протезом. Кроме того, в «дневниках» имеются вычеркивания и ряд исправлений. Несомненно, такие действия врача-стоматолога осложняли работу ведомственных экспертных комиссий при решении принятых вопросов.

По результатам исследования сокращенные записи в медицинских картах наблюдались в 48% случаев, исправленные – в 56% и неразборчивые – в 92%.

В 100% случаев не приведен план ортопедического лечения, в 92% - отсутствует добровольное информированное согласие пациента на его лечение; в 50% наблюдений нет направления на рентгенограмму; в 96% случаев не указаны дефекты по классификации зубных рядов, в 100%

случаев – не указывается классификация дефектов коронок зубов, атрофии беззубых челюстей, повышенной стираемости зубов, пародонтитов. Нет данных о непереносимости к материалам зубных протезов (рис. 5.4).

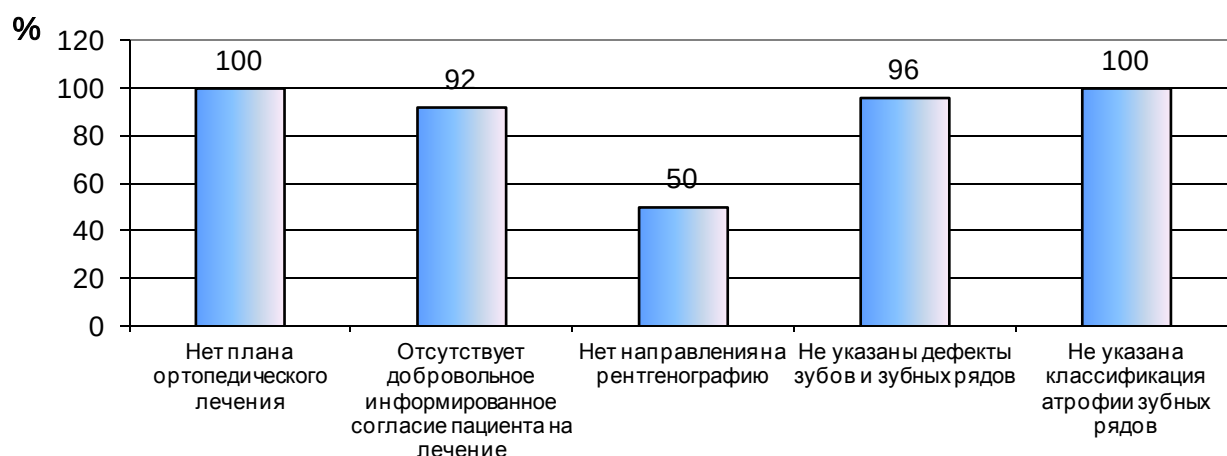


Рис. 5.4. Ошибки врача стоматолога-ортопеда при ведении дневника амбулаторных карт.

В 80% случаев записи в дневниках значительно сокращены или вообще они не ведутся, ограничиваясь только диагнозом и определением прикуса, а записи при выборе ортопедической конструкции сокращены, неразборчивы или вообще нет таковой.

Важным документом является заказ-наряд, который имеет как медицинское, так и юридическое значение. Заказ-наряд оформляется после выбора ортопедической конструкции врачом-ортопедом с точной датой заполнения, порядковым номером, паспортная часть заказа-наряда оформляется по данным амбулаторной карты больного медицинской сестрой в кабинете или администратором клиники, указываются фамилия врача-стоматолога-ортопеда и зубного техника, полный объем работы врача-стоматолога-ортопеда и зубного техника и ее стоимость, приводится срок выполнения работы. (Приложение № 6) Это имеет немаловажное значение в работе медицинских экспертов и может стать достаточно важным доказательством на до и судебном этапах разбирательства конфликтной

ситуации, так как позволяет сопоставить эти записи с таковыми в медицинских картах.

Перед началом ортопедического лечения врач обязан полностью проинформировать пациента о плане лечения и возможном осложнении, а также получить от пациента добровольное информированное согласие на предложенные врачом ортопедические конструкции (Федеральный закон «Об охране здоровья граждан»).

Отсутствие договора на оказание стоматологических услуг является одной из причин возникновения жалоб пациентов на ненадлежащее оказание стоматологической услуги.

В 60% случаев в ЛПУ не заключаются договора с пациентами на оказание ортопедических стоматологических услуг пациентом и лечебным учреждением.

Таким образом, анализ медицинских карт стоматологического больного показал, что небрежное отношение к оформлению медицинской документации остается достаточно высоким. Все это, с одной стороны, может привести к ошибкам при постановке диагноза и выборе метода лечения, а с другой стороны – вызвать необоснованные претензии со стороны пациентов и стать причиной возникновения конфликтных ситуаций.

Глава 6. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ОРТОПЕДОВ-СТОМАТОЛОГОВ

6.1. Мнение пациентов об оказанной ортопедической стоматологической помощи

При решении вопросов организации стоматологической помощи одним из ведущих моментов является изучение мнения потребителей стоматологических услуг о качестве оказываемой им стоматологической помощи и необходимости ее совершенствования.

Для того, чтобы получить целостную картину об уровне организации стоматологической помощи в обследованных стоматологических структурах нами проведено специальное социологическое исследование, охватившее 670 человек в возрасте от 20-29 до 60 лет и старше. Оно проведено среди респондентов, обратившихся за стоматологической помощью в городские стоматологические структуры городов Махачкала, Каспийск, Буйнакс и осуществлялось по специально разработанной анкете. (Приложение №3)

Все они были подвергнуты эпидемиологическому обследованию.

Численность и возрастная структура опрошенных отражена в таблице 6.1. Как установлено, она естественно полностью совпала с возрастной структурой пациентов, выявленной в ходе эпидемиологического обследования.

Таблица 6.1.

Численность и возрастная структура опрошенных пациентов, обратившихся за ортопедической помощью в г.г. Махачкала, Каспийск, Буйнакс (абс. и в %)

Возраст, лет	Число обследованных	в %
20-29	72	10,7
30-39	65	9,7
40-49	162	24,2
50-59	175	26,2
60 и старше	196	29,2
Всего	670	100,0

Данные анкетирования 670 опрошенных в городских стоматологических учреждениях Республики Дагестан показали, что 68% из них являлись пациентами государственных учреждений, остальные 32% - коммерческих стоматологических учреждений. Больше половины респондентов (71%) обращались за ортопедической помощью в виде протезирования – по мере необходимости, и не были информированы о таком лечении при проведении профилактических осмотров.

Несмотря, что требования пациентов к качеству оказания ортопедической помощи в настоящее время достаточно возросли, 38% опрошенных считает, что в последние годы качество оказания стоматологической ортопедической помощи изменилось в лучшую сторону, в то время как 27% респондентов отметили, что уровень оказываемых услуг стоматологами-ортопедами остался прежним, т.е. не изменился.

Более того, 23% опрошенных респондентов указывают на хорошие профессиональные навыки врачей-ортопедов. 28% указывают на возможность получения своевременного и полноценного стоматологического лечения в одном из учреждений, 4% опрошенным понравилось внутреннее оформление клиники и сервисное обслуживание (рис. 6.1).

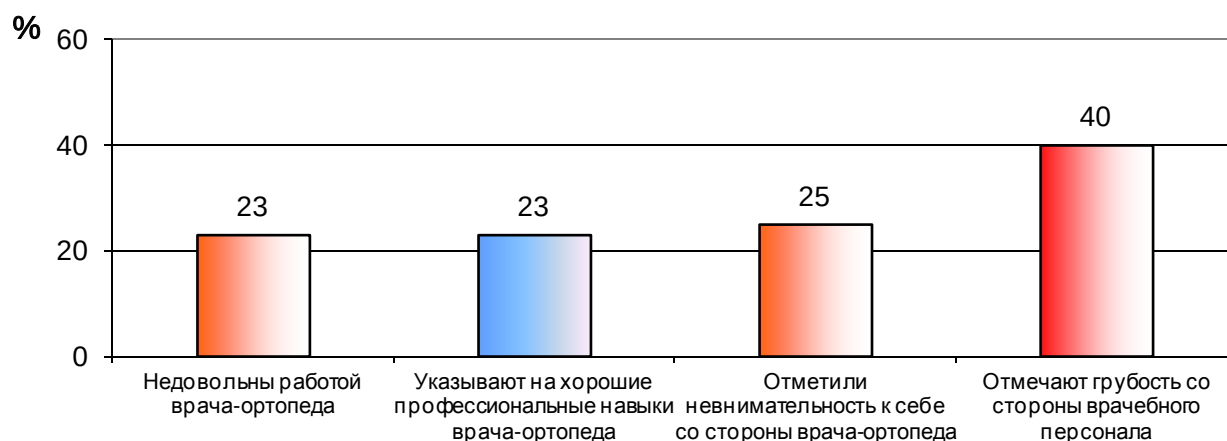


Рис.6.1. Оценка пациентами оказанной им ортопедической помощи

Однако 28% опрошенных пациентов не удовлетворены оказанными ортопедическими стоматологическими услугами в медицинском учреждении. 28% респондентов отметили невнимательность со стороны медицинского персонала. В то же время опрошенные пациенты отмечают, что, несмотря на интенсивность развития стоматологии, в настоящее время этика обслуживания больных все-таки остается низкой, 40% респондентов сталкивались с грубостью на приеме у ортопеда-стоматолога (рис.6.2).

Следует отметить, что каждый третий опрошенный (29%) имеет своего постоянного врача-стоматолога-ортопеда. Несмотря на все перечисленные качества, которыми должен обладать врач-ортопед-стоматолог, 73% пациентов не полностью доверяют врачам-ортопедам и предпочитают проконсультироваться у другого врача-стоматолога-ортопеда.

12% опрошенных пациентов указали, что врачи обсуждают с ними план ортопедического лечения и 13% респондентов ответили, что врач-ортопед предупреждал их о возможных осложнениях при ортопедическом лечении. С 59% респондентов врач-стоматолог-ортопед не обсуждал план ортопедического лечения и не предупреждал о возможных в связи с протезированием осложнениях.

В настоящее время действующее законодательство в области медицинской помощи в основном направлено на защиту прав пациентов, но, к сожалению, всего лишь 25% опрошенных знает свои права как пациента. 3% респондентов готовы обратиться непосредственно в суд при возникновении конфликтной ситуации с врачом-ортопедом. 86% опрошенных предпочитают улаживания конфликта в лечебном учреждении, а 2% - готовы отстаивать свои права в правоохранительных органах. При этом требования пациентов при некачественном ортопедическом лечении могут быть сведены к следующему:

- 35% пациентов – устранение дефекта ортопедического лечения;

- половина респондентов (59%) – согласны переделать ортопедическую конструкцию, несмотря на то, что это может у них занять дополнительное время.

6.2. Особенности квалификационной характеристики врачебного персонала стоматологической ортопедической службы

Особое внимание в деле обеспечения качественной ортопедической стоматологической помощью населения играет квалификация врачебного персонала. Вообще состояние подготовки врачебных кадров играет ключевую роль в деле оказания квалифицированной медицинской помощи населению.

Таблица 6.2

Объём последипломного обучения врачей-стоматологов, работающих с разными контингентами населения, на ортопедическом стоматологическом приёме

	Средний возраст	Средний стаж работы
Врачи, работающие в государственных учреждениях	46 лет	25 лет
Врачи, работающие в коммерческих учреждениях	28 лет	10 лет

Данные анкетирования врачей представлены в таблице 6.2. Основные демографические показатели двух групп врачей в целом совпадали.

Средней возраст врачей, работающих в государственных структурах составил 46 лет, возраст врачей-ортопедов, работающих в коммерческих структурах - 28 лет, средний стаж в данных группах врачей – 25 лет и 10 лет соответственно. Тендерный состав в обеих группах был представлен: мужчин – 10,0% и женщин – 2,0%.

Таким образом, по основным демографическим показателям данные группы были вполне сравнимыми.

Существенной стороной деятельности стоматологического учреждения является наличие в нем квалифицированных специалистов, обладающих опытом, глубокими знаниями, стажем работы. Это, несомненно, влияет на качество и эффективность стоматологической помощи, оказываемой специалистами учреждений. В таблице 6.3 представлено распределение опрошенных врачей-ортопедов стоматологических учреждений по квалификационным категориям. При этом подавляющее большинство (54,8%) составляют врачи без категорий. Для врачей, обладающих высшей квалификационной категорией составляет (8,1%), первая у 16,2%, вторая – у 21,6%, без категории – 54,0% врачей-ортопедов.

Таблица 6.3

Распределение опрошенных врачей-стоматологов-ортопедов по квалификационным категориям (в абс. числах и %)

Города	Без категории		Вторая категория		Первая категория		Высшая категория		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Махачкала	14	58,3	3	12,5	5	20,8	2	8,3	29	64,9
Каспийск	2	28,5	4	57,1	-	-	1	14,3	7	18,9
Буйнакск	4	66,7	1	16,7	1	16,7	-	-	6	16,2
Всего	20	54,0	8	21,6	6	16,2	3	8,1	37	100,0

Проводя анализ квалификационного состава врачей-ортопедов стоматологических учреждений г.Махачкалы, мы получили следующие данные, представленные в таблице 6.3.

Анализ показал, что высшая категория у врачей-ортопедов имела у 8,3% опрошенных, первая – у 20,8%, вторая – у 12,5%, врачи без категории составляли 58,3%.

Врачи-ортопеды г.Каспийска имели следующий квалификационный состав: доля лиц с высшей категорией составила 14,3%, с первой – 0,0%, со второй – 57,1%, врачи без категории составили 58,3%.

Врачи-ортопеды г.Буйнакска имели следующий квалификационный состав: высшую категорию – 0,0%, первую – 16,7%, вторую, также – 16,7%, без категории было 16,2%.

Из данных таблицы 6.3 следует, что в стоматологических учреждениях г.Махачкалы и г.Буйнакса врачи без категории составляли 58,3% и 66,7% соответственно. Доля врачей без квалификационной категории в г.Каспийске в 4,5 раза ниже.

Анализ состава врачей, распределенных по стажу работы (табл. 6.4) показал, что 45,9% работают в практической стоматологии свыше 10 лет. Доля врачей со стажем от 5 до 10 лет составляет 32,4%, менее 5 лет – 21,6%.

Таблица 6.4

Распределение опрошенных врачей-стоматологов-ортопедов по стажу работы (в абс. числах и %)

Города	Менее 5 лет		5-10 лет		Свыше 10 лет		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Махачкала	4	17,4	10	43,5	9	39,1	23	62,2
Каспийск	1	14,3	1	14,3	5	71,4	7	18,9
Буйнакс	3	42,8	1	14,3	3	42,8	7	18,9
Всего	8	21,6	12	32,4	17	65,9	37	100,0

В ходе анализа выяснилось, что 43,5% ортопедов г.Махачкалы имеют стаж работы 5-10 лет при этом доля врачей со стажем свыше 10 лет составила 39,1%, 17,4% работают меньше 5 лет.

В г.Каспийске врачи-ортопеды со стаже больше 10 лет составляют 71,4%, 5-10 лет и меньше 5 лет – 14,3%.

Анализ состава врачей г.Буйнакса, распределенных по стажу работы, показал следующее.

45,9% работают свыше 10 лет, при этом каждый седьмой врач (14,3%) – 5-10 лет, меньше 5 лет – 42,8% опрошенных.

Большое внимание в настоящее время уделяется вопросам профессионального совершенствования врачей-стоматологов. Небезынтересно в связи с этим было выявить частоту усовершенствования врачей городских стоматологических организаций городов Махачкалы, Каспийска, Буйнакса. В течение 5 лет.

В таблице 6.5 нами проанализирована частота прохождения циклов усовершенствования врачей в течение 5 лет.

В ходе анализа выяснилось, что 37,5% врачей-ортопедов г. Каспия не повышали свою квалификацию в течение 5 лет. Больше всего повышали свою квалификацию врачи-ортопеды г. Махачкалы – 56,5%.

Таблица 6.5

Частота усовершенствования опрошенных стоматологов-ортопедов
в течение 5 лет (в абс. числах и %)

Города	Число усовершенствований						Всего врачей	
	0		1		2			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Махачкала	4	17,4	6	26,1	13	56,5	23	62,2
Каспийск	3	37,5	2	20,1	3	37,5	8	21,6
Буйнакск	-	-	5	83,3	1	16,7	6	16,2
Всего	7	18,9	13	35,1	17	45,9	37	100,0

6.3. Анализ анкетирования врачей-стоматологов-ортопедов

Нами было анкетировано 37 врачей-стоматологов-ортопедов государственных, муниципальных и коммерческих стоматологических учреждений городов Махачкала, Каспийск, Буйнакск. (Приложение №4)

Из всех опрошенных 10% составляют женщины и 90% - мужчины.

Результаты анкетирования врачей-ортопедов-стоматологов, работающих на ортопедическом приеме, свидетельствуют, что 68% ортопедов-стоматологов имеют базовое образование по специальности «Стоматология».

Из опрошенных специалистов всего 29% считают, что времени, отведенного на ортопедическое лечение пациента и последующее заполнение медицинской документации достаточно, остальные 71% с ними не согласны. 56% опрошенных врачей-ортопедов заполняют первичную медицинскую документацию в свободное от работы время или в конце рабочего дня, что

приводит к ошибкам и неполной информации в записях амбулаторных карт. 44% респондентов заполняют медицинскую документацию после посещения пациента.

По мнению врачей-ортопедов стоматологических учреждений наиболее оптимальным для ортопедического лечения и последующего своевременного и достаточного заполнения медицинской карты является нагрузка – в среднем 55 минут на одного пациента.

Также на вопрос: «Кто познакомил Вас с правилами оформления первичной медицинской документации?» - 42% респондентов дали ответ - «преподаватели ВУЗа», 52% - «заведующий ортопедическим отделением», 6% - «самостоятельно».

Отсюда следует, что правилам оформления первичной медицинской документации в ВУЗах не уделяют особого внимания и специалист, только что получивший разрешение на практическую деятельность, знакомится с первичной медицинской документацией на амбулаторном приеме поликлиники.

В свою очередь, на вопрос о сборе как эпидемиологического, так и аллергологического анамнеза 95% врачей-ортопедов ответили, что не заполняют графу «о перенесенных и сопутствующих заболеваниях».

В практической деятельности каждого врача-ортопеда могут быть допущены ошибки, о которых врач-ортопед должен предупредить пациента и зафиксировать их в амбулаторной карте. Сведения о допущенных ошибках в медицинской карте, в первую очередь, облегчают работу врача-ортопеда по их устранению. По данным нашего опроса 89% врачей-ортопедов не предупреждают пациента о возможных и реальных ошибках и осложнениях в процессе ортопедического лечения.

Однако на практике нами не выявлено ни одной записи в амбулаторных картах. 100% опрошенных респондентов не указали на допущенные ошибки и вследствие этого возникшие осложнения, произошедшие на любом этапе ортопедического лечения.

80% врачей-ортопедов дали ответ, что они договор на оказание платных услуг оформляют до начала приема и получают от пациента добровольное информированное согласие на предложенный план ортопедического лечения, затем оформляют его в письменном виде. Результаты изучения медицинских карт свидетельствуют о том, что в 89% случаев врачи оформляют договор на оказание платных услуг после окончания приема и не было выявлено такого документа, как вкладыш к амбулаторной карте об информированном добровольном согласии пациента.

76% опрошенных специалистов считают, что действующая форма медицинской карты стоматологического больного не требует изменений и дополнений, так как соответствует современным требованиям. Одновременно 45% врачей-ортопедов считают, что при возникновении конфликтной ситуации их защитит только правильно, грамотно и своевременно заполненная существующая медицинская документация, 10% из опрошенных специалистов надеются на действующее законодательство, остальные 45% респондентов надеются на защиту со стороны администрации ЛПУ.

В последующих опросах специалистов был включен ряд вопросов о контроле за качеством оформления медицинской документации со стороны администрации ЛПУ. 10% опрошенных специалистов указали, что контроль за качеством проводится ежедневно, 10% - еженедельно, 26% - один раз в месяц, 19% - один раз в квартал, 35% респондентов указали, что со стороны заведующих ортопедическим отделением отсутствует контроль за оформлением медицинской документации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, одной из центральных задач исследования явилось научно-обоснованное определение нуждаемости городского населения Дагестана в одном из наиболее трудоемких и дорогостоящих видов стоматологической помощи – ортопедической, так как отсутствовала методика определения потребности в том или ином виде стоматологической помощи, которая строилась бы не только на результатах изучения заболеваемости, но и учитывала бы состояние профилактики основных стоматологических заболеваний, доступность и качество проводимых санационных мероприятий

Всесторонний анализ стоматологической заболеваемости позволил широко осветить некоторые стороны патогенеза, медико-географические аспекты его распространенности и интенсивности, влияние профессиональных вредностей на развитие данной патологии и т.д. Каждая из перечисленных проблем представляет собой самостоятельный интерес и требует индивидуального подхода и глубокого изучения, а также рационального планирования лечебно-профилактических мероприятий. Данные заболеваемости послужили основой для проведения расчетов по определению числа врачей, необходимых для ликвидации выявленной патологии, позволяют обосновать целесообразность и сроки проведения плановых лечебно-профилактических мероприятий, эффективность которых можно оценить на основании детального изучения структуры КПУ.

Изучение заболеваемости представляло трудоемкую задачу, успешное выполнение которой предопределялось четкой формулировкой целей и составлением тщательно продуманного плана исследования.

Анализ материалов заболеваемости проводился в целях последующего использования его для разработки метода определения потребности городского населения Республики Дагестан в ортопедической стоматологической помощи, а также установления основных причин,

влияющих на ее величину. Планом исследования предопределялось место и время проведения.

Общеизвестно, что частичная или полная потеря зубов преимущественно связана с кариесом зубов, его осложнениями и заболеваниями тканей пародонта.

Поставленные нами задачи решались с использованием комплекса эпидемиологических и медико-статистических методов исследования.

Всего было обследовано 670 человек, из них 53,4% - женщины, 46,6% - мужчины.

Учитывая требования ВОЗ, предъявляемые к проведению массовых осмотров населения, для исключения ошибок и повышения достоверности получаемой информации, обследование во всех трех городах проводилось непосредственно автором.

Исследования показали.

Распространенность кариеса среди городского населения Республики Дагестан оказалась довольно высокая, распространенность стоматологических заболеваний в обследованных городах неодинакова. (Полученные результаты мы объясняем различным содержанием фтора в питьевой воде в трех обследованных городах.

Проведенный углубленный анализ стоматологической заболеваемости городского населения Республики Дагестан выявил следующее:

а) при изучении стоматологической заболеваемости и определении эффективности лечебно-профилактических мероприятий необходимо использовать не только показатели индекса КПУ, но и индексы, описывающие осложнения патологического процесса, приводящего к удалению зубов «П» и «У»;

б) процесс заболевания зубов протекает неравномерно, в связи с чем, необходимо проведение исследования в каждой возрастной группе;

в) лечебно-профилактические мероприятия в изучении городского населения являются недостаточными и зависят от многих причин:

недостаточная обеспеченность кадрами, слабое материально-техническое обеспечение, низкий уровень санитарно-просветительной работы, гигиенического воспитания и т.п.;

г) для определения потребности населения в ортопедической помощи необходимо установить не только качественную, но и количественную взаимосвязь между отрицательными показателями стоматологической заболеваемости и потребностью населения в ортопедической помощи.

При определении нуждаемости обследованных в ортопедической помощи исследованы группы зубных протезов в зависимости от их видов:

1) несъемные протезы (мостовидные протезы, несъемные шины и шины-протезы при пародонте);

2) частичные съемные протезы (частичные пластиночные протезы, бюгельные протезы, съемные шины и шины-протезы при лечении заболеваний пародонта);

3) полные съемные пластиночные протезы.

Для проведения качественного анализа нуждаемости населения обследованных городов в различных видах зубных протезов были изучены динамические изменения в их потребности для каждой возрастной группы и оказалось, что, несмотря на общее увеличение объема ортопедической помощи, с возрастом потребность в различных видах зубных протезов в возрастном аспекте неоднозначна.

Установлено, что при определении потребности в мостовидных протезах в период с 20 до 29 лет имеется прямая зависимость между возрастом и этим видом зубных протезов, то есть, с увеличением возраста увеличивается потребность в несъемном протезировании. В последующих возрастных группах 29 лет и старше – обратная – с увеличением возраста увеличивается потребность в их количестве.

Что же касается частичных и полных съемных протезов, то с 20 лет до 59 и старше отмечена стойкая прямая зависимость, то есть, с увеличением

возраста повышается потребность в этих видах протезов, однако темп прироста нуждаемости в частичных протезах с возрастом уменьшается.

Потребность в различных видах ортопедических стоматологических протезах определяется не столько возрастом, сколько количеством удаленных и нуждающихся в удалении зубов. Этот показатель, в свою очередь, зависит от наличия индекса КПУ и качества лечебно-профилактической помощи (индекса «П»). Взаимозависимость этих показателей выражена в возрастном аспекте, определив заболеваемость строго индивидуально для каждой возрастной группы.

Только располагая данными о наличии связи как между основными показателями, характеризующими стоматологическую заболеваемость и потребность в ортопедическом лечении, так и особенностями их развития в возрастном аспекте, можно было приступить к количественному определению этой связи, наличие которой является основной для разработки метода определения потребности населения в ортопедической помощи. Мы считали, что разрабатываемый метод определения потребности обследованных в различных видах зубных протезов должен учитывать ряд факторов:

- распространенность и интенсивность стоматологической заболеваемости;

- качество проводимых лечебных мероприятий индексы «П» и «У». Увеличение индекса «П» свидетельствует о качественном проведении лечения, а увеличение же коэффициента «У» указывает на низкую эффективность терапевтической стоматологической помощи;

- зависимость между количеством удаленных и подлежащих удалению зубов (индекс «У») и потребностью в ортопедической помощи. По величине показателя индекса «У» можно судить о нуждаемости населения в различных видах зубных протезов.

Избранные нами показатели характеризуют основные факторы, влияющие на развитие стоматологической заболеваемости, учитывают

эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий в исследованных городах, одним из показателей качества которых является количество удаленных зубов, непосредственно влияющее на потребность в различных видах протезов.

Подводя итог данным, полученным в настоящем исследовании, можно считать установленным:

- нуждаемость населения обследованных городов довольно высокая и составляет от 340 протезов на 1000 человек в возрасте 20-29 лет до 2443 в возрастной группе 60 лет и старше.

Потребность населения в различных видах зубных протезов в возрастном аспекте не одинаковая и характеризуется для несъемных протезов наибольшей нуждаемостью в возрасте 30- 39 лет и составляет 2039 на 1000 населения. Ежегодный прирост нуждаемости в данных видах протезов составляет 169 протезов в год на 1000 жителей обследованных городов. В последующих возрастных группах отмечается снижение количества данных видов протезов до 1265 съемных протезов на 1000 обследованного населения в группе 60 лет и старше, с ежегодным уменьшением на 70 мостовидных протезов в год на 1000 жителей обследованных городов.

Наибольшая нуждаемость в частичных съемных протезах характерна для возраста 60 лет и старше. В этой возрастной группе ежегодное повышение прироста составляет 12 протезов на 1000 обследованного населения. В возрастной группе 60 лет и старше средний темп ежегодного прироста данных видов протезов в дальнейшем уменьшается до 1.02 процентов. Общее их количество в этой возрастной группе составляет 619 протезов на 1000 обследованного городского населения..

Нуждаемость в полных съемных протезах отмечается уже в возрасте 40- 49 лет, наблюдается постепенное увеличение их количества с возрастом и в возрасте 60 лет и старше она составляет в среднем 559 .протезов на 1000

обследованного населения с увеличением ежегодного прироста нуждаемости на 89 протезов.

Установлена тесная связь между возрастом и показателями, характеризующими распространенность и интенсивность кариеса и его осложнений, а также между различными показателями, характеризующими уровень и эффективность лечебных мероприятий (компонент «П»), отсутствующими и подлежащими удалению зубами и потребностью в различных видах зубных протезов.

Учитывая все вышеизложенное, следует отметить, что при определении нуждаемости населения в различных видах зубных протезов необходимо кроме возраста учитывать и уровень лечебно-профилактической помощи, характерной для данных городов.

В условиях внедрения рыночных отношений сформировалось много факторов, непосредственно влияющих на качество работы врачей-стоматологов (В.К. Леонтьев с соавт., 2006):

- 1) рыночные механизмы;
- 2) современные эффективные технологии лечения и диагностики;
- 3) административно-управленческие методы;
- 4) субъективные факторы, корпоративная культура.

Как отмечает О.Р. Курбанов (2009), наличие у пациента права выбора в сфере стоматологических услуг – это наиболее эффективный стимул повышения качества работы врачей и ЛПУ.

В связи с увеличением количества хозрасчетных услуг в условиях рыночных отношений рост числа конфликтов с пациентами связывают с повышением их требовательности к качеству оказываемых стоматологических услуг. В то же время в большинстве случаев причинами конфликта, по мнению пациентов, является недостаточный уровень обслуживания со стороны медицинского персонала и некачественное оказание стоматологической помощи (Е.О. Данилов, 2006).

В настоящее время одной из основных проблем качества оказания стоматологической услуги являются ошибки при ортопедическом лечении с использованием современных зубных конструкций. Практика показывает, что при оказании этого вида стоматологической помощи в обследованных городах наблюдается достаточное количество осложнений, изучению причин возникновения которых не уделялось должное внимание, на что указывают публикации, рассматривающие частные вопросы, связанные с улучшением качества лечебно-диагностического процесса в ортопедической стоматологии. Остаются не изученными до конца вопросы судебно-медицинской экспертной оценки врачебных ошибок и осложнений при протезировании зубов с использованием аттачменов, которые могут быть использованы как аргументы при разрешении конфликтов на досудебном уровне и в суде.

Для достижения поставленной цели, а также с целью получения наиболее достоверной информации, предупреждения возникновения ошибок и осложнений в практике врачей-стоматологов-ортопедов, работающих в системе возмездного оказания ортопедических-стоматологических услуг были изучены данные литературы, нормативные документы, законодательные акты.

Материалом для исследования служили также медицинские карты стоматологического больного и заказы-наряды на ортопедические услуги стоматологических учреждений Махачкалы, Каспийска, Буйнакска, жалобы пациентов на качество ортопедических конструкций, направленные в администрацию стоматологических учреждений; анкетирование врачей-стоматологов и заведующих стоматологическими ортопедическими отделениями, пациенты. В частности, изучено 1250 амбулаторных карт стоматологических больных (форма 043/у), 1050 заказов-нарядов на изготовление ортопедических конструкций, опрошено 37 врачей-специалистов с различными квалификационными врачебными категориями.

Наши исследования показали, что медицинские карты стоматологических больных в стоматологических учреждениях Махачкалы, Каспийска, Буйнакска соответствуют форме № 043/у, утвержденной приказом Министерства здравоохранения СССР № 1030 от 04.10.1980 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

Записи при первичном обследовании пациента в амбулаторных картах указываются не полностью врачами-стоматологами-ортопедами в 80% случаев, из них данные о диагнозе можно встретить в дневнике учета работы врача-стоматолога-ортопеда в 21% случаев, в 79% случаев такие сведения в амбулаторных картах пациентов на ортопедическом приеме отсутствуют. Жалобы пациента указываются врачами-ортопедами всего лишь в 3% случаев.

Анамнез заболевания в амбулаторных картах врачами-ортопедами описывается только в 7% случаев, а в 93% случаев этот раздел не заполняется или заполняется в сокращенном виде, реже указываются отдельные симптомы, что не позволяет подтвердить диагноз заболевания, а следовательно и оценить правильность выбранного лечения.

В 100% случаев отсутствует описание результатов внешнего осмотра. Зубная формула при первичном осмотре не заполнена врачами лишь в 95% случаев, виды прикуса определены в 35% случаев, а в 79% случаев вид взаимоотношений зубных рядов отсутствует.

Описания рентгенологических снимков в амбулаторных картах отсутствуют в 100% случаев.

В 57% случаев отсутствуют сведения о направлении на рентгенологическое и другие виды исследований, не указаны дозы лучевой нагрузки, полученные пациентом при проведении рентгенологического исследования.

В большинстве случаев отсутствует информация о плане ортопедического лечения как предварительного, так и окончательного, в 92

% случаев отсутствует добровольное информационное согласие пациента на ортопедическое лечение; в 90% случаев не указаны дефекты зубного ряда по классификации Кеннеди.

По завершению ортопедического лечения в дневнике должна быть полная запись, вплоть до практической рекомендации, профилактического осмотра (коррекции протеза) и советом по уходу за протезом. Тем не менее, несмотря на это в ряде амбулаторных карт встречались ошибки при ведении «дневника».

Кроме совершения технических ошибок, врачами-стоматологами также допускаются методологические ошибки. Прежде чем приступить к ортопедическому лечению, врач-стоматолог-ортопед обязан информировать пациента о состоянии его здоровья и предстоящем медицинском вмешательстве, о возможных ошибках и осложнениях при протезировании и получить от пациента информированное добровольное согласие на предложенный план ортопедического лечения, о чем делается соответствующая запись во вкладыше к медицинской карте. Тем не менее, в 90% случаев не было обнаружено такого документа, как «информирование добровольного согласия пациента» на поведение лечения.

Существенной стороной деятельности ортопедического отделения является наличие в нем квалифицированных врачей-ортопедов-стоматологов, обладающих опытом, глубокими знаниями, стажем работы. Это, несомненно, влияет на качество и эффективность ортопедической – стоматологической помощи, оказываемой специалистами ЛПУ. Однако предварительный анализ показал, что подавляющее большинство (75,7%) составляют врачи без категорий. Доля врачей, обладающих высшей квалификационной категорией, составляет 5,4%, первой – у 13,5%, второй – у 5,4%.

Анализ состава врачей-ортопедов-стоматологов, распределенных по стажу работы, показал следующее: 10,8% работает меньше 5 лет, каждый третий (62,16% врачей) – свыше 10 лет, от 5 до 10 лет – 27,0%.

Большое внимание в настоящее время уделяется вопросам профессионального усовершенствования врачей-ортопедов-стоматологов. Небезынтересно в связи с этим было выделить частоту усовершенствования врачей государственной стоматологической организации и частных стоматологических организаций в течение 5 лет.

Путем анкетирования были получены ответы и на вопрос об отношении врачей-ортопедов-стоматологов к повышению своей квалификации.

Анализ исследования выявил: 48,6% врачей считают, что усовершенствование мешает их работе, нейтральное отношение – у 13,5%, положительное – у 37,83%.

Таким образом, полученные данные позволили констатировать, что подавляющее большинство врачей-ортопедов-стоматологов (75,7%) составляют врачи без категорий, 48,6% специалистов считают, что усовершенствование мешает их работе.

Исследование показало, что во всех этих случаях были выявлены грубые нарушения, и для устранения имеющихся недостатков требовалось терапевтическое стоматологическое лечение с последующим перепротезированием, причем пациенты согласились на такое лечение за счет расходов виновной стороны и во всех случаях конфликты были исчерпаны на досудебном уровне. Таким образом, наше исследование свидетельствует об эффективности комплексного разбора конфликтной ситуации с участием судебно-медицинского эксперта, имеющего достаточную медико-правовую подготовку.

По данным опроса, 75% врачей-ортопедов используют в своей работе современные методики и технологии протезирования, однако владеют ими не в полной мере, что однозначно приводит к появлению ошибок и возникновению осложнений.

С правилами оформления первичной медицинской документации 42% врачей-ортопедов-стоматологов ознакомились в период обучения в ВУЗе, 52% - у заведующих отделениями, 6% - самостоятельно.

Согласно опросу, подавляющее большинство врачей (86%) договор на оказание платных услуг и информирование добровольного согласия на предложенный план ортопедического лечения оформляют письменно до начала приема. Практически в 14% случаев договор на оказание платных услуг подписывается после окончания приема и не было обнаружено такого документа, как вкладыш к амбулаторной карте (информационное добровольное согласие пациента).

Большинство врачей-стоматологов-ортопедов указали, что при возникновении конфликтной ситуации их защитит только правильно, грамотно и своевременно заполненная действующая медицинская документация, 7% указали, что их защитит действующее законодательство, 18% врачей-специалистов указали, что их защитит администрация поликлиники в случае возникновения конфликта.

Согласно данным опроса пациентов, в основном (68%) они являются постоянными пациентами городских учреждений. 32% пациентов обращаются за ортопедической помощью в коммерческие учреждения.

73% опрошенных пациентов указали, что в последние годы качество оказания стоматологической ортопедической помощи улучшилось, а 27% респондентов отметили обратное, что уровень оказываемых услуг остался прежним, то есть не изменился.

При обращении за платным получением стоматологических услуг 23% респондентов указал на хорошие профессиональные навыки врачей-стоматологов-ортопедов, 28% - о возможности получения своевременного и полноценного стоматологического лечения в одной поликлинике. 4% респондентов понравилось внутреннее оформление клиники.

Однако 28% опрошенных пациентов указали, что не удовлетворены оказанием стоматологических услуг в поликлинике, 28% респондентов – на

невнимательность со стороны медицинского персонала, 23% - на болезненность процедур при ортопедическом лечении, 40% - на грубость врача-ортопеда-стоматолога.

29% опрошенных пациентов имеют своего постоянного врача-ортопеда-стоматолога. Остальные пациенты доверяют врачам-ортопедам не полностью и предпочитают проконсультироваться у другого врача-ортопеда-стоматолога.

Лишь 12% пациентов отметили, что врачи обсуждают с ними план ортопедического лечения, а 13% респондентов – информацию о возможных осложнениях при ортопедическом лечении. Остальные респонденты указали, что врач-ортопед-стоматолог не обсуждал с ними ни план ортопедического лечения, ни возможность возникновения осложнений.

25% опрошенных пациентов знают свои права и могут их отстоять в случае возникновения конфликта. В случае неудовлетворенности качеством ортопедического лечения 3% опрошенных пациентов указали, что готовы обратиться в суд, 86% готовы на досудебные способы улаживания конфликта, 2% респондентов намерены отстаивать свои права в правоохранительных органах.

При некачественном ортопедическом лечении 35% опрошенных пациентов указали, что будут требовать устранения дефекта ортопедического лечения, 9% - возврата денежных средств, 1% респондентов – возмещение морального и материального ущерба, а большинство из них (59%) – переделку ортопедической конструкции, несмотря на то, что это будет у них занимать дополнительное время. 3% респондентов не будут предъявлять никаких требований.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведя обследования пациентов стоматологических учреждений городов Дагестана Махачкала, Каспийск, Буйнакск, можно сделать следующие выводы на основании поставленных задач:

1. Установлено, что распространенность основных стоматологических заболеваний городского населения Республики Дагестан в возрасте 20-29 лет составляет в: г.Махачкале - $70,24 \pm 0,94$, г.Каспийске - $70,94 \pm 1,04$, г.Буйнакске - $71,01 \pm 1,06$, в последующем она нарастает и достигает в возрастной группе 60 лет и старше 100,0% ; 100,0%; 100,0% соответственно.

2. Оценка структуры КПУ и степень потери зубов: основной причиной потери зубов у городского населения Республики Дагестан является кариес и болезни пародонта. Интенсивность этих заболеваний в возрасте 20-29 лет составляет в: г.Махачкале – $5,06 \pm 0,05$, г.Каспийске – $5,08 \pm 0,03$, г.Буйнакске – $5,09 \pm 0,04$, достигая в группе 60 лет и старше $24,19 \pm 0,73$; $24,10 \pm 0,47$; $24,05 \pm 0,62$ соответственно.

3. Выявлено: $70,0 \pm 0,6\%$ городского населения Республики Дагестан нуждаются в различных видах протезирования. Потребность восстановления функций зубного ряда в этих городах удовлетворяется на 30,7%.

4. Нуждаемость населения в ортопедической помощи в возрасте 20-29 лет составляет 340 протезов на 1000 человек обследованного населения, 2434 протезов в возрастной группе 60 лет и старше на это же количество обследованного населения.

Потребность населения в несъемных видах зубных протезах наиболее высокая в 20-29 лет: она составляет 2039 протезов на 1000 человек населения с ежегодным приростом 169 протезов. С возрастом она снижается ежегодно на 73 протезов, достигая в 60 лет и старше 1265 протезов на 1000 населения.

Потребность в частичных съемных протезах с возрастом увеличивается с 79 протезов в возрасте 20-29 лет до 611 протезов в группе 60 лет и старше. Прирост в этом виде протезирования в возрастном аспекте неоднороден: в

30-39 лет он наиболее высокий - ежегодный прирост – 69 протезов, в возрасте 60 лет и старше он снижается до 12 протезов на 1000 населения.

Необходимость в полном съемном протезировании появляется в возрасте 30-39 лет, в 60 лет и старше этот показатель достигает в среднем 559 протезов на 1000 населения, а ежегодный прирост 99 протезов

5. Анализ медицинских карт стоматологического больного выявил наличие ошибок технического, методологического, лечебно-диагностического и профилактического характера. При оформлении медицинских карт стоматологического больного ошибки встречаются в 45% - в паспортной части и в 86% - в медицинской части. Основными недостатками являются недостаточное описание данных о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, о развитии настоящего заболевания, наличие жалоб и отсутствие данных объективного осмотра пациента. Заказ-наряд на стоматологические ортопедические услуги ведется с нарушением норм медицинской документации. Так, как заказ-наряд содержит сведения о состоянии зубов, конструкции протеза, сроках его изготовления он может рассматриваться наряду с медицинской картой, одним из видов доказательства при разрешении конфликтов.

Данные опроса врачей-стоматологов-ортопедов показали, что в большинстве случаев они не уделяют должного внимания ведению медицинской документации, хотя знают ее значение при разрешении конфликтных ситуаций с пациентом.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Полученные эпидемиологические материалы и результаты социологического исследования послужили основой для разработки практических рекомендаций по повышению эффективности ортопедической стоматологической помощи взрослому городскому населению Республики Дагестан.

1. Определение нуждаемости взрослого городского населения в ортопедической стоматологической помощи необходимо проводить только на основании объективных данных клинико-эпидемиологических и социологических обследований.

2. В стоматологических учреждениях любых форм собственности целесообразно регулярное проведение опросов и анкетирования пациентов с целью оценки деятельности врача. Несмотря на некоторую субъективность этой оценки, она может являться побуждающим фактором в деле повышения как качества лечения, так и уровня обслуживания. Их результаты позволяют выявлять «узкие» места и устранять недостатки в организации того или иного конкретного вида стоматологического приема. Кроме того, это дает возможность поднять авторитет и значимость самих пациентов, участвующими своими предложениями в улучшении работы клиники.

3. Результаты проведенных эпидемиологических и социологических исследований должны быть доведены до сведения всего коллектива стоматологического учреждения и, естественно, в первую очередь до его руководства для принятия соответствующих управленческих и организационных решений.

Выявленные факты неудовлетворенности населения уровнем помощи, оказываемой стоматологическими учреждениями (ссылки на низкую квалификацию врачей, невысокое качество диагностики и лечения) могут

служить показателями косвенной оценки качества деятельности стоматологического учреждения.

Для повышения качества и эффективности оказания ортопедической стоматологической помощи взрослому городскому населению необходимо повышать квалификацию врачей-ортопедов, пересматривать нормы их нагрузки, разрабатывать и внедрять новые прогрессивные технологии.

4. Обеспечить предоставление пациенту полной информации об оказываемых стоматологических услугах, гарантийных обязательствах, возможных в процессе лечения ошибках и осложнениях и сроках гарантии.

В целях объективизации системы оценок в случаях развивающегося конфликта, необходимо внедрение компьютерных технологий и различных функциональных методов диагностики для фиксации объективного стоматологического статуса конфликтного пациента на этапах повторного протезирования.

Руководителям ЛПУ всех форм собственности рекомендуется обращать тщательное внимание на качество заполнения врачами медицинской документации, так как правильное заполнение документации предотвращает отрицательное решение КЭК в спорных или конфликтных случаях в отношении стоматологической клиники.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакаров Т.А. Совершенствование организации и анализ стоматологической помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях с различной формой собственности (на примере г.Махачкалы): Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 2012. – 32с.
2. Аверьянов С.В. Обоснование профилактики стоматологической заболеваемости у детей, проживающих в регионе с развитой нефтехимической промышленностью Республики Башкортостан: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 1999.-22 с.
3. Аджиева А.К. Сравнительная оценка новых средств для лечения гиперестензии твердых тканей зубов: Автореф. дис. ... канд.мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
4. Адмакин О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климатогеографических зонах России: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 1999. – 25с.
5. Акилов Т.А. Заболеваемость и нормативы потребности населения республики Узбекистан в стоматологической ортопедической помощи. По материалам обследования населения г.Андижана и кишлака Кара-Куйли Ташкентской области: Дис. ... канд. мед.наук. – Ташкент, – 1972. – 160с.
6. Акилов Т.А., Сулейманов А.С., Адилов К.А. К вопросу о распространенности пародонтоза среди населения Узбекской ССР// Основные стоматологические заболевания. – Ташкент, – 1979. – С. 85 - 88.
7. Акопов В.И. Юридические основы деятельности врача: Учеб.метод. пособие для студентов мед. ВУЗов//– М.: Экспертное бюро. 1997. – 256с.
8. Алиева Р.К. Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской республики: Автореф. дис. ... докт.мед.наук. –М., –2011. –43с.

9. Алиева Р.К., Алимский А.В. Частота некариозной патологии в некоторых районах Азербайджанской республики//Стоматологические новости Кавказа. – 2003, –№ 7. –С.22-24.

10. Алимский А.В., Банченко Г.В., Карнюшин В.И. и др. Заболевания тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта среди детского населения Сибири, Крайнего Севера и Дальнего Востока страны (по данным экспедиции ЦНИИС за 1980-1984 гг.)//Заболевания тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта: Тр. ЦНИИС. – 1985 – Т.15. – С.98-103.

11. Алимский А.В. Организационные и эпидемиологические аспекты профилактики//Профилактика стоматологических заболеваний. Тезисы V Всероссийского съезда стоматологов, г.Новосибирск, 15-16 сент.1988. – М., – 1988. – С.8 – 10.

12. Алимский А.В. Результаты работы ЦНИИС как сотрудничество центра ВОЗ по эпидемиологии стоматологических заболеваний на территории СССР//Эпидемиология и профилактика стоматологических заболеваний:–Тр. ЦНИИС, – 1987. – Т.18. – С.8-10.

13. Алимский А.В., Бартенева Т.В. Методологические основы проведения эпидемиологических исследований для целей планирования стоматологической помощи детскому населению (на примере обследования школьников г.Курска)// Новое в стоматологии.–1996. – № 6 (50). – С. 3-7.

14. Алимский А.В. Принципы и подходы к планированию терапевтической стоматологической помощи в условиях рыночной экономики//Стоматология: материалы IV съезда Стоматологической Ассоциации России. – 1998. – Спец. выпуск. – С. 11 – 12.

15. Алимский А.В. Динамика пораженности кариесом зубов школьников г.Караганды (по материалам эпидемиологического обследования, проведенного в 1988 и 1998 гг.) //Новое в стоматологии. – 2002, – №2.– С. 101-102.

16. Алимский А.В. Определение потребности населения сельской местности в стоматологической помощи на основе комплексного изучения заболеваемости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., – 1975. – 17 с.
17. Алимский А.В. Изучение показателей стоматологической заболеваемости среди взрослого коренного населения Казахстана//Проблемы совершенствования стоматологической помощи населению – Алма-Ата, – 1986. – С. 3 – 6.
18. Алимский А.В. Состояние организации научных исследований по стоматологии //Новое в стоматологии. – М.,–1997. – № 2. – С. 3-5.
19. Алимский А.В. Принципиальные подходы к организации профилактики стоматологических заболеваний в условиях рыночной экономики //Новое в стоматологии. –М.,–1997. – № 5 – С.7-9.
20. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста//Стоматология для всех. – 2000. – № 2. – С.46-49.
21. Алиханов Т.М. и др. Распространенность, интенсивность, структура и динамика развития стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста//Материалы научно-практической конференции, посвященной 40-летию стоматологической поликлиники г.Дербента. – Махачкала, – 2012. – С.21-22.
22. Ананьева Н.Г. Совершенствование системы экспертизы качества стоматологической помощи в медицинских организациях различных форм собственности: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., – 2000. – 21с.
23. Антонова А.А. Кариес зубов у детей в условиях микроэлементозов Хабаровского края: патогенез, профилактика: Автореф.дис. ... докт.мед.наук. – М., – 2006. – 34 с.
24. Апресян Г.Н. Нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи населения пожилого и старческого возраста и особенности ее оказания в условиях бесплатного (льготного) зубного протезирования//Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – М., – 2005. – 25с.

25. Артемьева И.А., Литвинцева А.И., Дорджиева З.В. Распространенность заболеваний твердых тканей зубов у рабочих целлюлозно-бумажной промышленности//Современные аспекты диагностики, лечения. – М., – № 1. – С.13-17.
26. Арутюнов С.Д., Лебедеко И.Ю., Николаева Г.С. и др. Бескламерные системы фиксации съемных зубных протезов. – М., –2000.–30 с.
27. Аршанский Н.Я. География кариеса постоянных зубов в Ленинградской области//География кариеса зубов. – М., – 1966. – С.81-86.
28. Атдаев Т. Стоматологическая заболеваемость и определение потребности в ортопедической стоматологической помощи коренного населения Туркменской ССР: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., – 1988. – 19 с.
29. Ахатов А. Маркетинговые основы эпидемиологических исследований и управления стоматологического аспекта здоровья населения: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., – 2004.– 24 с.
30. Ахмедханов А.С. Эпидемиология кариеса зубов у детей различных климатогеографических зон Дагестанской АССР и определение потребности в стоматологической помощи: Дис. ... канд.мед.наук. – М., – 1998. – 158с.
31. Бабаджанов Ю.Л. Профилактика кариеса зубов в условиях сельской местности на основе эпидемиологических данных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., –1981. – 22 с.
32. Базиян Г.В. Нормативы лечебно-профилактической помощи городскому населению по ортопедической стоматологии //Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи. - М.: Медицина. – 1967. – С. 183-191.
33. Базиян Г.В. Некоторые итоги и перспективы дальнейшего развития исследований в стране по географии стоматологических заболеваний//Экспериментальная и клиническая стоматология (материалы юбилейной сессии ЦНИИС). –М.:–1968. – С.42-50.

34. Базиян Г.В. О некоторых особенностях перспективного планирования стоматологической помощи//Здравоохранение РСФСР.– 1968.– № 6.– С.25-30.

35. Базиян Г.В., Новгородцев Г.А. Основы научного планирования стоматологической помощи// М.: Медицина, – 1968. – 240с.

36. Базиян Г.В. Исследование распространенности стоматологических заболеваний у населения СССР, прогнозирование и планирование развития стоматологической помощи: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., – 1971. – 35с.

37. Базиян Г.В. О методике научно-исследовательских работ по определению нормативов потребности населения в зубопротезной помощи// Здравоохранение Российской Федерации, – 1963, – I.– С.34-38.

38. Бахмудов Б.Р. Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди населения г.Дербента//Стоматология. – 1990. – № 6. – С.65.

39. Безруков В.М., Алимский А.В. Пути перестройки стоматологической службы в сельской местности в новых экономических условиях//Материалы II съезда Стоматологической Ассоциации ортопедов (Общероссийской). Волгоград, – 1994. – С.40-43.

40. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. – М.: Медицина, 2002.– 120 с.

41. Безрукова И.В., Александровская И.Ю. Клинико-лабораторное обоснование использования комплексных гомеопатических препаратов в терапии воспалительных заболеваний пародонта (предварительные результаты)//Пародонтология, – 2004.– №1, – С.62-67.

42. Беляева, Е.В. Некоторые вопросы гражданской ответственности в случаях ненадлежащего оказания стоматологической помощи//Стоматология на пороге третьего тысячелетия: сб.тез. – М.: Авиаиздат, – 2001.– С.22-24.

43. Белякова Е.В. К оценке динамики стоматологического статуса у взрослого населения//Актуальные вопросы экспериментальной и

клинической медицины: Тез. докл. науч. конф. молодых ученых и специалистов. – М.: ММСИ, 1992. – С.59.

44. Богатырев И.Д. К вопросу о нормативах потребности городского населения в медицинской помощи//Советское здравоохранение. – 1956.– №5.– С.28-38.

45. Богатырев И.Д. О методике научно-исследовательской работы по определению нормативов потребности населения в лечебно-профилактическом обслуживании//Советское здравоохранение.– 1962.– № 2. – С.24-27.

46. Богатырев И.Д. Сопоставление общей заболеваемости городского населения и рабочих промышленных предприятий//Советское здравоохранение.– 1962. – № 2. – С.38-43.

47. Богатырев И.Д. Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи.– М.:– Медицина.– 1967. – 62с.

48. Богатырев И.Д. О показателях для оценки качества и эффективности работы врачей, медицинских учреждений и органов здравоохранения// Советское здравоохранение.– 1968.– №10.– С.80-84.

49. Бойко В.В. Маркеры профессионализма стоматолога во взаимодействии с пациентом на платном приеме//Труды V съезда СтАР. –М., – 1999. –С.9-11.

50. Бойко В.В. Информированное добровольное согласие пациента на лечение: особенности внедрения в стоматологическую практику. –СПб: Институт стоматологии.– №1.– 2005. –С.14-18.

51. Бондаренко Н.Н. Деонтологическая ответственность врача-стоматолога//Актуальные аспекты стоматологии. Сб.науч.работ. – Н.Новгород.– 1998.– С.51-55.

52. Бондаренко Н.Н. Гражданско-правовые аспекты деонтологической ответственности врача-стоматолога//Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования: Материалы научн.практ.конф. –М., – 2001. – С.5-99.

53. Берсанов Р.У. Стоматологическая заболеваемость населения Чеченской Республики в современных условиях: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 109с.
54. Бондаренко Н.Н. Стоматолог и пациент: права, обязанности, ответственность. – М.: Медицинская книга.– 2004. – 96с.
- 55.Боровский Е.В., Леус П.А., Леонтьев В.К. и др. Эпидемиологическое обследование состояния полости рта населения//Метод. рекомендации. –М., – 1985. – 38с.
56. Боровский Е.В., Кузьмина Э.М., Васина С.А., Смирнова Т.А. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта среди школьников различных регионов страны//Стоматология. - 1987. – № 5. – С.82-85.
57. Боровский Е.В. Проблемы стоматологии//Стоматология. – 1992. – Т.71. – №3-6. –С.6-8.
58. Боровский Е.В. Лечение периодонтитов. Состояние вопроса и перспективы совершенствования//Стоматология. – 1996. –Спец.вып. –С.38-39.
59. Боровский Е.В., Агафонов Ю.А. Влияние минерализирующих растворов на состояние эмали и поражение зубов кариесом//Стоматология. – 1993. –Т.72. – № 2. – С.58-59.
60. Боровский Е.В., Барер Г.М., Терехина Е.М. Комплексное лечение пародонтологических больных//Стоматология. – 1984. – № 6. – С.74-78.
61. Боровский Е.В., Евстигнеева И.Л. Распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта по материалам обследования двух регионов//Стоматология. – 1997. – Т.66. – № 4. – С.64-66.
62. Брандсбург Б.Б. Показания к протезированию//Советская стоматология. – 1933. – № 3-4. – С.51-65.
63. Брандсбург Б.Б. Материалы к плановому распределению зубопротезной помощи на Украине//Стом.зуб.наук прцъ. – 1934. – С.5-20. (на украинском яз.).

64. Брегадзе Т.А. Распространение кариеса и железодефицитной анемии среди населения Западной Грузии//Медицинские новости Грузии. – 2002. – № 1. –С36-38.

65. Вагнер В.Д., Полуев В.И., Логинов А.А. Значение медицинской документации для обеспечения защиты врача при возникновении страхового события//Труды VI съезда СтАР. – М., – 2000. – С.39-40.

66. Варес Э.Я. Пути увеличения приема больных в ортопедическом отделении//Комплексная профилактика стоматологических заболеваний. – Киев. – 1983. –С.12-13.

67. Варес Э.Я. Новые технологии в медицине//М.: Медицина. 1988. 94с.

68. Веренцов М.М. Организация контроля качества медицинского обслуживания за рубежом (на примере США)//Мед. реферат. журнал. – 1987. – № 2. – Т.16. –С.36-39.

69. Веренцов М.М., Костродымова Г.М. Актуальные проблемы организации контроля качества и повышения эффективности медицинского обслуживания за рубежом//ВНИИМИ. Серия «Социальная гигиена, организация и управление здравоохранением». –М., – 1988. – 76с.

70. Вишняков Н.И., Гусев О.А., Мчелидзе Т.Ш., Ткачук М. Мнение пациентов о рекламе стоматологических услуг//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и медицины. – 1999. – № 2. – С.33-35.

71. Вишняков Н.И., Данилов Е.И., Михайлов И.В. Анализ программы аккредитации ортопедических стоматологических служб//Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. – 2001. – С.25-31.

72. Вялков А.И. Задачи и перспективы развития стандартизации в здравоохранении России//Проблемы стандартизации в здравоохранении: мат. I науч. практ. конф. – М., – 1999. – С.3-7.

73. Гадаев М.С. Стоматологическая заболеваемость и потребность населения пенсионного возраста Чеченской Республики в ортопедической стоматологической помощи: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. –М., 2003. – 22с.

74. Гаджиев Ф.Н., Марков Б.П., Бутова В.Т. Состояние тканей пародонта у работающих в ОАО «Махачкалинский завод стекловолокна»//Проблемы нейро-стоматологии и стоматологии. –М., 1998. – № 4. –С.26-28.

75. Гаджиев Ф.Н. Совершенствование ортопедической стоматологической помощи и организация профилактических мероприятий работающим в стекловолоконной промышленности: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., – 1998. – 29с.

76. Гажва С.И., Тучик Е.С. и др. Уровень подготовки специалистов, занимающихся дентальной имплантацией//Актуальные аспекты судебной медицины и экспертной практики (вып. под ред. проф. Е.С. Тучика). –М., 2008. –С.75-78.

77. Гажва С.И., Тучик Е.С., Абрамова Е.Е. Клинико-экспертная оценка ошибок и осложнений в практике детского врача-стоматолога//Н.Новгород: изд-во НГМА. – 2008. –С.52-66.

78. Гажва С.И., Пашинян Г.А. и др. Качество оформления амбулаторной карты стоматологического больного на ортопедическом приеме//Актуальные аспекты судебной медицины и экспертной практики (вып. под ред. проф. Е.С. Тучика). –М., 2008. –С.60-63.

79. Гажва С.И., Пашинян Г.А., Агафанова Г.В., Пожиток Е.С., Ясин Али Абуалли Мауди. Определение гарантийных сроков и критериев качества прямого восстановления зубов композитами светового отверждения в период реабилитации//Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии. –М., – 2000. –С.42-45.

80. Галацер А.Н. Земское зубоврачевание//Зубоврачебный вестник. – 1912. – № 8. –С.31-34.

81. Галиулин А.Н. Влияние медико-социальных факторов на развитие кариеса зубов у детей//Казанский медицинский журнал. – 2002. – Т.87. – № 1. – С.58-59.

82. Галкин Р.А., Богатов А.И. Организация стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста в Самарской области//Сборник статей и тезисов, докладов и лекций III Международного семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». – Самара. – 1998. – С.128-129.

83. Гарус Я.Н. Интенсивность кариеса у работников с вредными условиями труда на Лермонтовском гидрометаллургическом заводе//Росс.стоматол. журнал. – 2005. – № 6. – С.37-38.

84. Гарус Я.Н. Сравнительные показатели интенсивности кариеса зубов у персонала атомной станции в зависимости от дозы ионизирующего действия//Стоматология. – 2006. – Т.85. – № 3. – С.18-20.

85. Гильмияров Э.М., Брежной В.П., Радомская В.М. Метаболические предпосылки нарушений зубочелюстного аппарата у жителей экологически благополучных регионов//Международная научно-практическая конференция «Достижения и перспективы стоматологии». 9-12 февраля 1999 г. – М., 1999. – С.131-132.

86. Глейсниз А.К. Организационные особенности ортопедической стоматологической помощи старческому населению Литовской республики: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Минск, 1991. – 22с.

87. Глиндбург С.Н. К вопросу о нормах нагрузки зубного врача и учета эффективности рабочего дня зубного врача//Одونتология и стоматология. – 1928. – № 1. – С.6.

88. Григорьева Е.Е. Динамика развития кариеса у школьников с 7 до 17 лет//Сб.научных трудов. (Волгоград: Мед.институт). 1982. – Т.35, – вып.5. – С.165-168.

89. Григорьев И.Ю. Юридическая оценка врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи//Проблемы управления здравоохранением. – М., – 2003. – № 2 (9). – С.11-20.

90. Гройсман В.А. Заболеваемость и нормативы потребности взрослого населения г.Тольятти в поликлинической стоматологической помощи: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Харьков, 1975. – 17с.

91. Грудянов А.И., Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Пародонтология. Современное состояние вопроса и направления в научных разработках//Стоматология. –1999, –№ 1. – Т.78. –С.31-33.

92. Гусенов Г.В., Махов М.М., Сеницин В.Д. Пораженность кариесом зубов и обеспеченность стоматологической помощью населения различных регионов Дагестана//Здравоохранение Российской Федерации. – 1975. –№ 4. –С.25-27.

93. Гусенов Г.В. Эпидемиология кариеса зубов и планирование ортопедической стоматологической помощи сельскому населению Дагестанской АССР: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 1978. – 25с.

94. Данилов Е.О., Мчелидзе Т.Ш., Цимбалистов А.В. Особенности развития рынка стоматологических услуг на современном этапе//Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. –М., – 2001. –С.12-13.

95. Данилов Е.О. Правовые вопросы стоматологической практики//СПб.: ООО «МЕДИ издательство», 2006.– 256с.

96. Дахкильгов М.У. Эпидемиологическое исследование распространенности и интенсивности заболеваний зубов и пародонта населения Республики Ингушетии, определение потребности стоматологической помощи: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 2001. – 26с.

97. Двинянинова Е.Е. Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов детского населения Удмуртии в районах с низким содержанием хлорида в воде//Международная научно-практическая конференция «Новые технологии в стоматологии». –М.: ММСИ-Мораг, 1998. –С.10-11.

98. Демина А.В. Анализ ошибок и осложнений в практике терапевтической стоматологии (медико-правовые аспекты): Дис. ... канд.мед.наук. –М.,2002. – 110с.

99. Дойников А.И., Гаврилов Е.И., Демнер Л.М. О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению ортопедической помощи//Труды VII Всесоюзного съезда стоматологов. –М., 1981. –С.54-60.

100. Долгих К.Н. Методика и организация изучения заболеваемости населения болезнями зубов и полости рта для целей определения нормативов в стоматологической помощи//Материалы III-й краевой научно-практической конференции стоматологов и зубных врачей. –Краснодар, 1964. –С.43-45.

101. Евдокимов А.И., Беликов П. О состоянии зубов у кондитеров и пекарей//Одونتология и стоматология, 1929. –С.2-3, 11-18.

102. Евстигнеев И.Л. Состояние полости рта и нуждемости в лечении жителей Хабаровского края//Стоматология. –1985.– № 2.– Т.64. –С.70-72.

103. Евстигнеев И.Л. Обоснование потребности в лечении кариеса зубов и болезней пародонта в различных возрастных группах в Москве и Хабаровском крае: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 1985. – 23с.

104. Епишев В.А., Зуфаров С.А., Лунева М.Г. Состояние полости рта геронтологических больных – основы тактики врача при лечении//Медицинский журнал Узбекистана.–1990.– № 4. –С.12-16.

105. Ерофеев С.В., Жаров В.В. Конфликт между пациентом и медицинским персоналом: анализ и предупреждение//Медицинское право.–М., 2003.– № 1. –С.22-24.

106. Жаров В.В., Фадеев С.П. Экспертная оценка гражданских и уголовных «врачебных дел» как показателя правового уровня населения//Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования: Сб.материалов науч.-практ.конф. –М., 2001. – С.102-107.

107. Жук А.П., Идупина Ф.И., Дубровина В.Д. Методика определения потребности взрослого городского населения в поликлиническом обслуживании. Определение потребности городского населения в поликлиническом и стационарном обслуживании.–М., 1964. – 5с.

108. Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. – М., 1960. – 326с.
109. Загорский В.А., Алимский А.В. Качество и экономическая эффективность ортопедической службы//Труды ЦНИИС. –М., 1991. –С.189-193.
110. Загрядская А.П., Федоровцев А.П., Эделев Н.С. Судебно-медицинская экспертиза в уголовном процессе. Н.Новгород: изд. НГМА, 1999. – 159с.
111. Заксон М.Л. Потребность в зубопротезной помощи лиц пожилого и старческого возраста, находящихся в домах престарелых и инвалидов//Стоматология. – 1972. – № 1. – 91с.
112. Зволинская А.М. Распространенность зубочелюстных аномалий у детского населения и нуждаемость в ортодонтической помощи и зубном протезировании: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –Киев, 1968. – 31с.
114. Каминский Л.С. К вопросу о постановке норм внебольничной помощи в Ленинграде//Сб.научных работ и материалов Ленинградского института здравоохранения. –Л., 1954. –С.63-64.
115. Кант В.И. Планирование развития сельского здравоохранения//Советское здравоохранение. –1963. – № 10. –С.84-88.
116. Кант В.И. Опыт применения математических и экономических методов в планировании здравоохранения//5-я научная практическая конференция врачей. –Кишинев, 1970. –С.15-16.
117. Кант В.И., Пустовой И.В. Основы планирования и экономики здравоохранения на современном этапе. –М., 1975. – 110с.
118. Кант В.И., Проценко Л.И., Тараскин В.Ф. Математические модели моделирования данных стоматологического обследования населения//Здравоохранение Туркменистана. –1986. – № 10. – С.30-34.
119. Карасева В.В., Козицына С.И. Особенности протезирования пожилых пациентов//Сб.статей и тезисов, докладов и лекций

III Международного семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». – Самара, 1998. – С.118-121.

120. Карасева В.В., Козицына С.И. Особенности протезирования пожилых пациентов. Достижения, нерешенные проблемы и перспективы развития стоматологии на Урале//Материалы итоговой научно-практической конференции, 2-4 марта 1999 г. –Екатеринбург. 1999. –С.94-95.

121. Каргин В.К. Краевые особенности распространенности кариеса молочных зубов у детей дошкольного возраста Узбекской ССР: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 1967. – 31с.

122. Каминский А.М. Международные курсы ВОЗ по методике стоматологических исследований состояния полости рта. – М.,1974. –С.11.

123. Карцевский А.В., Гуданова Е.М. Подходы к вопросам управления качеством медицинской помощи//Вопросы управления качеством медицинской помощи населению Нижегородской области: Материалы обл. науч. практ. конф. –Нижний Новгород, 1998. –С.4-8.

124. Келлер М.А. Состояние полости рта у детей, по материалам обследования в Ташкентской школе № 47//Советское здравоохранение Узбекистана. – 1928.– № 7. –С.17-19.

125. Киняпина И.Д., Короткова Н.Л. Ошибки и осложнения, возникающие в связи с введением в стоматологию новых технологий//Труды V съезда СТАР. – М., 1999. – С.247-248.

126. Козырева И.И. Стоматологическая заболеваемость и потребность в ортопедической помощи лиц пожилого возраста Краснодарского края: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Краснодар, 1999. – 19с.

127. Коллегов П.И. Организация зубопротезной помощи крупных городов: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. –М.,1971. –20с.

128. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта//М.: Медицина,1977. –76с.

129. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико-правовые аспекты//М.: Медицина, 2002.– 240с.

130. Косюга С.Ю. Эффективность программ профилактики основных стоматологических заболеваний у детей организованных коллективов Белгородской области: Дис. ... канд.мед.наук. –М., 2001. –160с.

131. Кудрявцева Г.И. Основные итоги изучения заболеваний полости рта и зубов населения Москвы за 1958 г.//Советское здравоохранение. – 1961. – № 5. – С.58-62.

132. Кузьмина Э.М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основа планирования программ профилактики: Автореф. дис. ...докт.мед.наук (в форме научного доклада). –М., 1995. – 46с.

133. Кузьмина Э.М., Васина С.А., Петрина Е.С., Смирнова Т.А. Стоматологическая заболеваемость населения России и принцип планирования программ профилактики//Стоматология. – М., 1993. – Спец.выпуск. – 6. –С.11-12.

134. Кузьмина Э.М., Боровский Е.В., Леус П.А. и др.//Метод. рекоменд. –М., 1985 –24с.

135. Кузьмина Э.М. Распространенность стоматологических заболеваний среди населения различных регионов России//Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – М., 1998. – № 1. –С.68-69.

136. Кузьмина Э.М. Профилактика ранних форм кариеса в период прорезывания постоянных зубов у детей: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 1986. – 26с.

137. Кузьмина Э.М. Распространенность и интенсивность кариеса у населения России//Клиническая стоматология. – 1998. – № 1. –С.36-38.

138. Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А., Набатова Т.А., Павлова Ю.В. Роль мотивации родителей в поддержании стоматологического здоровья детей//Стоматология. – М., 1996. – № 6. –С.12-13.

139. Кузьмина Э.М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основа планирования программ профилактики: Автореф. дис. док.мед.наук. –М., – 1995. –46с.
140. Кузнецова И.В. Стоматологическая заболеваемость населения Республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 2002. – 25с.
141. Курбанов З.О. Эпидемиологические аспекты основных стоматологических заболеваний у взрослого населения Республики Дагестан: Дис. ...канд. мед. наук. –М., 2013. – 19с.
142. Курбанов О.Р. Стоматологическая заболеваемость и потребность в ортопедической помощи населения Ташкентской области Узбекистана: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Киев, 1991. – 21с.
143. Курбанов О.Р. Функционирование и механизмы развития регионального рынка стоматологических услуг (на примере Республики Дагестан): Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 2009. – 54с.
144. Курбанова Э.А. Клинико-эпидемиологические и медико-гигиенические аспекты распространенности зубных отложений у населения Республики Дагестан: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 2006. – 24с.
145. Куркин П.И. Характеристика стоматологического материала по выработке норм медицинской помощи населению//Методологии и разработки норм лечебной помощи городскому населению. –М., 1929.–1. – 11с.
146. Курьянов А.К. О прогнозировании потребности в ортопедической стоматологической помощи//Стоматология. – 1979. – № 2. – С.74-75.
147. Лабунец Б.А. Состояние ортопедической помощи больным пародонтозом//Актуальные вопросы стоматологии. –Полтава, 1981. –122с.
148. Лабунец Б.А. Ортопедическая помощь диспансерным больным пародонтитом и пародонтозом в условиях стоматологической поликлиники: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –Киев, 1985. – 24с.

149. Леонтьев В.К. Пути повышения качества работы стоматолога//ДентАрт. – 1998. – № 3. –С.11-15.

150. Леонтьев В.К., Максимовский Ю.М., Бутова В.Г. Государственный контроль в стоматологической практике//М; Медицинская книга, 2006. –148с.

151. Летман А.Н., Кузнецов В.Н. Нуждаемость в зубопротезировании по материал обследования населения г. Одессы//Институт стоматологии, 1959. – № 2. – С.56-57.

152. Льянова Д.К. О распространенности кариеса у детей Республики Северная Осетия//Бюллетень Нац. науч.-исслед. инст. обществ. Здоровья (Алания), 2006. – Вып.8. – С.18-19.

153. Мадиева М.Н. Состояние полости рта у работников стекловолоконной промышленности и нуждаемости их в стоматологической помощи: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 1994. – 26с.

154. Малый А.Ю. Качественный менеджмент в клинике ортопедической стоматологии//Труды VI съезда СтАр. –М., 2000. –С.20-21.

155. Малый А.Ю. Медико-правовое обеспечение врачебных стандартов оказания медицинской помощи клинике ортопедической стоматологии: Дис. ... докт.мед.наук. –М., 2001. – 272с.

156. Малый А.Ю. Медицинская документация и информирование пациентов как элементы качественного менеджмента в стоматологии//Стоматология на пороге третьего тысячелетия: сб.тез.–М.: Авиаиздат. -2001. –С.82-83.

157. Малый А.Ю. Факторы защиты врачей-стоматологов от необоснованных претензий//Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб.тез. –М.: Авиаиздат,2001. –С.83-85.

158. Малый А.Ю. Конфликтные ситуации в стоматологии и факторы защиты врачей от необоснованных претензий//Медицинское право. – М., 2003. – № 3. –С.31-34.

159. Максимовская Л.Н., Кузьмина Э.М., Дахкильгов М.У., Олимпиева С.П. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний

пародонтау подростка и взрослого населения Республики Ингушетия//Российский стоматологический журнал.– 2000.– № 3. –С.22-23.

160. Максимова Е.М. Изучение заболеваемости и уровня оказания лечебно-профилактической помощи населению Ставропольского края: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 2007. – 29с.

161. Маргвелашвили В.В. Клинико-лабораторное обоснование методов ортопедического лечения различных форм патологической стираемости зубов: Автореф. дис. ... докт.мед.наук. – М., 1995. – 32с.

162. Марков Б.П. Фиксация протезов на беззубых челюстях//Зубной техник. – 2001.– № 4(27). –С.29-31.

163. Масленкова П.В. Обращаемость за стоматологической помощью лиц, пораженных кариозной болезнью и пародонтозом//Советское здравоохранение. – 1962. – № 10. –С.44-47.

164. Масленкова П.В. Болезни зубов и челюстно-лицевой области по данным обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения//Сб.научных трудов. –М., 1981. –С.129-132.

165. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. – Л; Медицина, 1974.– 384с.

166. Мильман Н.В. Стоматологические заболевания и особенности их распространения среди населения юга Киргизии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 1968. – 24с.

167. Миликевич В.Ю. Профилактика осложнений при дефектах коронок жевательных зубов и зубных рядов: Дис. ... докт.мед.наук. –Волгоград, 1984. – 400с.

168. Миргазизов М.З., Мустафин Р.Р., Коваленко Т.И. Аттачмены в зубных протезах: методическое пособие для студентов, интернов, ординаторов, аспирантов, слушателей ФПК//Казань, 2000. – 14с.

169. Мирзабеков О.М. Нуждаемость населения Казахской ССР в ортопедической стоматологической помощи//Материалы VIII Всесоюзного съезда стоматологов. –М., 1988.– Т.1. –С.11.

170. Мичкава В.И. Методические подходы к перестройке стоматологической службы для работы в новых условиях хозяйствования//Управление, организация. Социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: Труды ЦНИИС. – М., 1991. – С.182-186.

171. Модестов Е.А. Потребность лиц пожилого и старческого возраста города Красноярска в зубных протезах: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 2000. – 22с.

172. Никитина Н.И. Задачи и методы нормирования труда в ортопедической стоматологии//Социально-гигиенические проблемы стоматологической заболеваемости. –М., 1984. –С.64-66.

173. Новгородцев Г.А. О методике научно-исследовательской работы по определению нормативов потребности населения в стоматологической помощи//Здравоохранение Российской Федерации. – М.,1962. – № 7. –С.7-10.

174. Новгородцев Г.А. Заболеваемость и определение потребности городского населения в амбулаторно-поликлиническом обслуживании стоматологии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 1965. – 29с.

175. Новгородцев Г.А. Изучение потребности населения в амбулаторно-поликлиническом обслуживании стоматологической помощи//Труды I Всероссийского съезда стоматологов. – М., 1966. –С.32-37.

176. Новгородцев Г.А. О методике исследования по уточнению плановых нормативов потребности населения в медицинской помощи//Советское здравоохранение. – 1975.– № 6. –С.13-19.

177. Новгородцев Г.А., Базиян Г.В. Теоретические исследования планирования здравоохранения на современном этапе//Советское здравоохранение. – 1976.– № 10. –С.3-12.

178. Новик И.О. Болезни зубов у детей. – Киев, 1961. – 272с.

179. Образцов Ю.Л., Юшманова Т.Н. Нравственные и правовые аспекты деятельности врача-стоматолога в современных условиях//Стоматология. – 1999.– № 4. –С.51-53.

180. Озерян И.В., Гинсбург С.М. Материал к нормированию приема зубного врача, зубопротезиста и работа зубного техника//Советская стоматология. – 1934. – № 6. – С.87-85.

181. Олесова В.Н., Перевезенцев А.П. Использование замковых креплений при протезировании на имплантатах//Тез. докл. «Актуальные проблемы повышения квалификации врачей в условиях реформы здравоохранения». –М., 1999. – № 2. –С.74.

182. Ольховская Е.Б. Состояние зубов у лиц пожилого возраста в Тверской области: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –Тверь, 1997. – 26с.

183. Пашаев К.П., Алимский А.В., Ашуров Г.Г., Алиев А.И. Динамика пораженности кариесом зубов и болезней пародонта у населения разных территориально-административных зон Таджикистана//Стоматология. – 1997. – № 5. – С.62-64.

184. Пашаев Ч.А. Пораженность городского населения стоматологическими заболеваниями и планирование ортопедической стоматологической помощи//Труды VII Всесоюзного съезда стоматологов. – М., 1981. –С.272-275.

185. Пашаев Ч.А. Клинико-эпидемиологические особенности кариеса зубов, пародонтоза и их сочетаний: Автореф. дис. ...канд.мед.наук. –М., 1982. – 34с.

186. Пашаев А.Ч. Эпидемиологические аспекты основных стоматологических заболеваний у населения Республики Азербайджан: Дис. ... канд.мед.наук. – Баку, 2010. –363с.

187. Пашина Г.А., Беляева Е.В., Ромодановский П.О. Об оценке качества медицинской помощи при причинении вреда здоровью в случае неблагоприятных исходов//Судебно-медицинская экспертиза. М., – 2000. – № 2. –С.14-18.

188. Пашина Г.А., Беляева Е.В., Зайцев В.В. Судебно-медицинская экспертиза по гражданским искам пациентов на некачественное оказание

стоматологической помощи//Судебно-медицинская экспертиза. – М., 2000. – № 6. –С.8-13.

189. Пашинян Г.А., Бондаренко Н.Н. Уровень правовой грамотности врачей-стоматологов в новых социально-экономических условиях//Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб.тез. –М.:Авиаиздат, 2001. –С.90-92.

190. Пахомов Г.Н. Основы организации стоматологической помощи населению//М., Медицина, 1983. – 207с.

191. Пахомов Г.Н. Успехи и проблемы оказания стоматологической помощи пожилым людям в США//Стоматология. – 1992. – № 2. –С.86-90.

192. Персин Л.С., Лильин Е.Т., Титов В.Н., Данилина О.Л. Соотносительная роль наследственных и средовых факторов в формировании зубочелюстной системы. Стоматология, 1996. – № 2. – С.22-29.

193. Полуев В.И., Логинов А.А. Некоторые проблемы страхования профессиональной ответственности врачей-стоматологов//Труды V съезда СтАР. – М., 1999. – С.33-36.

194. Попова Т.Г. Амбулаторная карта стоматологического больного – важнейший источник информации в гражданском судопроизводстве//Актуальные аспекты судебной медицины и экспертной практики (выпуск 1). – М., 2008. – С.119-122.

195. Приказ Минздравмедпрома РФ № 33 от 16.02.1995 «Об утверждении положения об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации».

196. Проценко Н.И. Распространенность основных стоматологических заболеваний, как основа планирования стоматологических кадров//Здравоохранение Туркмении. –1986.– № 11. –С.3-5.

197. Рамишвили А.Д. Основополагающие принципы Российского права и защита законных интересов граждан в области здравоохранения//Проблемы экспертизы в медицине.– Ижевск, 2001.– № 1. –С.12-16.

198. Расулов И.М. Клинико-эпидемиологические аспекты стираемости твердых тканей зубов в Республике Дагестан: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 2001. – 30с.
199. Расулов М.М. Патогенетические аспекты развития пародонтита при нарушении функциональной нагрузки: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М.,1991. – 34с.
200. Рединов И.С., Марков Б.П. Лечение больных при частичном отсутствии зубов//Зубной техник. – 2001.– № 2(25). – С.34.
201. Розенфельд И.И. Планирование потребности здравоохранения во врачебных кадрах. – М.: Медгиз, 1961. – 204с.
202. Рашковский Е.В. Изучение нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, также долгожителей и особенности ее оказания в гериатрических стационарах: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 2008. – 28с.
203. Рыбаков А.И. Влияние стоматологической профилактики на снижение и ликвидацию некоторых заболеваний зубов и полости рта//Материалы второй научно-практической конференции стоматологов и зубных врачей Тамбовской области. –Тамбов, 1966. –С.6-7.
204. Рыбаков А.И. Основы медицинской демографии и ее роль в изучении кариеса зубов//География кариеса зубов. –М.,1966. –С.5-16.
205. Рыбаков А.И. Основы стоматологической профилактики//М.,Медицина, 1968.– 140с.
206. Рыбаков А.И. Эпидемиология стоматологических заболеваний//Международные курсы ВОЗ по организации стоматологического обслуживания. –М., 1971. – С.21.
207. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики//М., Медицина, 1973. – 320с.
208. Садовский Б.С. О правах пациента//Стоматология для всех. –М., 1998.– № 3. – С.14с.

209. Садыков М.И. Клинико-функциональная оценка эффективности протезирования больных при полном отсутствии зубов//Российский стоматологический журнал. 2001.– № 5. –С.27-29.

210. Салихова М.М. Оценка эффективности кальцитрина в комплексе с хирургическими методами лечения больных пародонтом: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 1991. – 21с.

211. Сирак С.В. Стоматологическая заболеваемость взрослого населения основных климатогеографических зон Ставропольского края (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 2003. – 32с.

212. Семенюк В.М., Яковлев И.И., Стафеев А.А. и др. Нуждаемость населения Омской области в различных конструкциях зубных протезов//Стоматология. – 1996. – Спец.вып. –С.31-32.

213. Сергеев В.В., Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок//Здравоохранение РФ. –2000.– № 1. –С.7-9.

214. Сергичева Н.В. Методика и организация изучения потребности сельского населения в зубопротезной помощи (по материалам осмотра населения северных районов Краснодарского края)//Материалы 3-й расширенной краевой научно-практической конференции стоматологов и зубных врачей. –Краснодар, 1964. –С.45-49.

215. Сергичева Н.В. Определение нормативов потребности сельского населения в ортопедической стоматологии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Краснодар, 1966. – 19с.

216. Сергичева Н.В., Сероньян О.В., Долбнев И.Б. Состояние стоматологической ортопедической помощи в Краснодарском крае и перспективы ее развития//VII Всесоюзный съезд стоматологов. –М., 1981. – С.186-187.

217. Сергичева Н.В. Нормативы стоматологической ортопедической помощи сельскому населению//Заболеваемость сельского населения и

нормативы лечебно-профилактической помощи. - М., Медицина, 1973. – С.218-223.

218. Сунцов В.Г. Пути совершенствования первичной профилактики и лечения начального кариеса зубов у детей: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 1987. – 40с.

219. Сунцов В.Г., Торопов В.Н. Организационные подходы к профилактике основных стоматологических заболеваний у детей сельской местности//Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: Тр.ЦНИИС. –М., 1991. –С.126-129.

220. Тимачева Т.Е. Научное обоснование потребности городского населения в стоматологической ортопедической помощи: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 1996. – 17с.

221. Тимонов М.А. Изучение эффективности фторирования питьевой воды для профилактики заболеваний зубов у населения Московской области//Стоматология. - 1985. – № 6. – С.71-72.

222. Тлеумуратов Т.Ш. Стоматологическая заболеваемость и обоснование потребности в лечебно-профилактической помощи населения северных районов Узбекской ССР: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Ташкент, 1989. – 21с.

223. Троянский Г.Н. История развития советской ортопедической стоматологии//М., Медицина, 1975. – 164с.

224. Тучик Е.С. Жалобы как показатель организации качества стоматологических услуг//Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики (вып. 1). – М., 2008. –С.184-187.

225. Тучик Е.С., Гажва С.И., Адаева С.А. Медико-экспертные критерии оценки состояния стоматологического статуса//Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики (вып. 1). – М., 2008. –С.169-177.

226. Удинцов Е.И., Петраков Б.Д. Вопросы изучения заболеваемости и организации медицинской помощи населению//М., Медицина, 1973. – 193с.

227. Усманов Р.С. Распространенность стоматологических заболеваний и нормативы потребности населения Алма-Аты в ортопедической стоматологической помощи: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 1977. – 14с.

228. Уруков Ю.Н. Анализ случаев отказа пользования съемными зубными протезами с развитием конфликтных ситуаций//Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии. – М., 2008.– С.32-35.

229. Филипчик И.С. Особенности организации ортопедической стоматологической помощи сельскому населению//Труды VII Всесоюзного съезда стоматологов. –М., 1981. –С.185-186.

230. Хихинашвили Л.И. Эффективность ортопедического и ортодонтического лечения в комплексе плановой стоматологической санации школьников при разрушении и удалении постоянных жевательных зубов: дис. ... канд.мед.наук. –Волгоград, 1988. – 188с.

231. Шаманев Х.И., Аскарлов Н.А. Стоматологическая ортопедическая оценка состояния зубных ядов у детей//Клиническая стоматология. – Ташкент, 1989. –С.74-77.

232. Шамов И.М. Совершенствование методов профилактики заболеваний пародонта у детей и подростков Республики Дагестан: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 2003. – 22с.

233. Шестаков В.Т., Алимский А.В. Новые подходы к планированию стоматологической помощи сельскому населению//Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны//Труды ЦНИИС.– М., 1991. –С.159-163.

234. Шестаков В.Т. Теоретические основы и практика формирования профессиональных стандартов в стоматологии: Автореф. дис.... докт.мед.наук. –М., 1998. – 36с.

235. Шестаков В.Т. О проекте профессионального стандарта СтАр «Средний кариес зуба постоянного прикуса»//Экономика и менеджмент в стоматологии, 2001.– № 2(4). –С.130-132.

236. Шестаков В.Т., Янушевич О.О., Леонтьев В.К. Основные направления развития стоматологической службы России//М., – Медицинская книга, 2008. – 200с.

237. Эделев Н.С., Краев И.П. Значение экспертного исследования в оценке качества протезирования зубов//Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования: сб.мат.науч.-практ.конф. –М., 2001. –С.118-119.

238. Эделев Н.С. К вопросу о проведении судебно-медицинских экспертиз по материалам гражданских и уголовных дел при дефектах оказания помощи в стоматологической практике//Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования: Сб. материалов науч.практ.конф. –М., 2001. –С.119-120.

239. Юшманова Т.Н. Изучение мнения о качестве помощи во внебюджетных стоматологических учреждениях//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. –М., 1999.– № 4. –С.17-19.

240. Яковлева В.Я. Особенности кариозного поражения и заболеваний пародонта у юношей с конституционально обусловленной недостаточностью питания//Стоматология. – 2005. – Т.84. – № 5. – С.32-35.

241. Яновский Л.М. Соотношение осложненных и неосложненных форм кариеса зубов в различных подразделениях географической среды//Материалы X и XI Всероссийских научно-практических конференций. Труды VIII съезда Стоматологической Ассоциации России. – М., 2003. – С.387-388.

242. Яновский Л.М. Флюороз зубов в Прибайкалье//Стоматология. - 2003. – № 4. – С.55-59.

243. Abdellatif H.M., Burt B.A. An epidemiological investigation into the relative importance of age and oral hygienestatus as determinants of periodontitis//J-Dent-Res, 1987. – 66(1). – P.13-18.
244. Adelson R. Total quality management achieving service excellence//Compend-Contin-Educ-Dent. – 1997. – Vol. 18. – № 1. – P.15 – 22.
245. Annas G.L. The Rights of patients the basic ASLU guide to patients Rights//G.L. Annas – Carbonalle: Edwardswille, 1989. – 312p.
246. Astoth J., Berg R., Berkey D., McDowell J., Hamman R.<Mann J. Dental caries prevalence and treatment need in Chiriqui Province < panama//Int-Dent-J. – 1998. – Jun., 48(3) : 203-9.
247. Abbritti G., Muzi G., Fiordi T. et al. Increased Itad absorption in children living in an with high concentration of ceramic workshops//Med.Lav., 1992. – Vol. 83. – №6. – P.576-586.
248. Ainamo J., Barmes D., Beagrii G. Development of World Htalth Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN) //Int.Dent.J. – 1982. – V.32. – № 3. – P.281-291.
249. Arantes R., Santos R.V ., Frazao P., Coimbra C.E.Jr. Caries, gender and socio-economic change in the Xavante Indians from Central Brazil//Ann Hum Biol, 2009. – V. 36. – № 2. – P.162-175.
250. Akpata E.S., Al-Attar A., Sharma P.N. Factors associated with severe caries among adults in Kuwait//Med Princ Pract, 2009. – V.18. – № 2, – P. 93-99.
251. Baelum V., Luan W.V., Chen X., Fejerskov O. Predictors of tooth loss over 10 years in adult and elderly Chinese//Community-Dent-Oral-Epidemiol. – 1997. – Vol.25. – №3. – P.204.
252. Blinkhom A.S. Dental health and age. Role of gastroenteral pathology//Br-Dent-J. – 1986. – 159(2): 132-6.
253. Burger A.D., Boehm J.M., Sellaro C.L. Dental disease preventive programs in a rural Appalachian population //J-Dent-Hag. – 1998. – Vol. 71. – №3. – P.117.

254. Campus G., Cagetti M., Sacco G. et al. Caries risk profiles in Sardinian moonchildren Cariogram//Acta Odontol Scand., 2009. – V.67. – № 3. – P.6-52.
255. Ismail A.I., Hasson H. Fluoride supplements dental caries and fluorosis a systematic review//J Am Dent Assoc, 2008. – V.139. – № 11. – P.1457-1468.
256. Yazdani R., Vehkalahti M.M., Nouri V., Murtomaa H. Oral health and treatment needs among 15-year-olds in Tehran, Iran//Community Dent Health., 2008. – V.25. – № 4. – P.221.
257. Hugoson A., Koch G. Thirty year trends in the prevalence and distribution of dental caries in Swedish adults (1973-2003)//Swed Dent J., 2008. – V.32. – № 2. – P.57-67.
258. Indermitte E Saava A Karro E Exposure to high fluoride drinking water and risk of dental fluorosis in Estonia//Int J. Environ Res Public Health., 2009. – V.6. – № 2. – P. 710-721.
259. Holtfreter B., Schwahn C., Biffar R., Kocher T. Epidemiology of periodontal diseases in the Study of Health in Pomerania//J Clin Periodontol., 2009. – V.36. – № 2. – P.114-123.
260. Kelly J.E., Van Kirk E., Garst C.C. Decayat, kissing u filled teeth in adults//Vit. Helth. Statlst., 1967. – Vol. 11. – № 23. – P.1-10.
261. Madlena M., Hermann P., Jahn M., Fejerdy P. Caries prevalence and tooth loss in Hungarian adult population: results of a national survey//BMC Public Health, – 2008. – № 8. – P.364.
262. Mandinic Z., Curcic M., Antonijevic B. et al. Relationship between fluoride intake in Serbian children living in two areas with different natural levels of fluorides and occurrence of dental fluorosis//Food Chem Toxicol., 2009. – V.47. – № 6. – P.1080-1084.
263. Machinlskeine V.S., Bendoraitiene E., Andruskeviciene V. et al. Dental caries prevalence among 12-15-year-olds in Lithuania between 1983 and 2005//Medicina (Kaunas), 2009. – V.45. – № 1. – P.68-76.
264. Rees J.S., Addy M. A cross-sectional study of dentine hypersensitivity//J Clin Periodontol, 2002. – V.29. – № 1. – P.997-1003.

265. Rees J.S., Jin L.J., Lam S. et al. The prevalence of dentine hypersensitivity in a hospital clinic population in Hong Kong//J Dent. – 2003. – V.31. – № 7. – P.453-461.

266. Skudutyte-Rysstad R., Sandvik L., Aleksejuniene J., Eriksen H.M. Dental health and disease determinants among 35-year-olds in Oslo, Norway//Acta Odontol Scand., 2009. – V.67. – № 1. – P.50-56.

267. Spencer A.J., Denerl S.I. The relational with active caria and caries Gevarity// Auatr. Dent. J. – 1967. – Vol.52. – № 6. – P.441-445.

Приложения

Утверждена приказом
ФМБА России
от _____ № _____

**КАРТА ДЛЯ ОЦЕНКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
РАБОТНИКОВ ВРЕДНЫХ И ОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ
(НА ОСНОВЕ ВОЗ, 1995)**

Ф.И.О. _____		Профессия _____		☐ Стаж работы во вредных условиях труда	
Полных лет		Вредный производственный фактор _____			
Пол ☐		Индивидуальная доза производственного воздействия _____			
		Предприятие _____			
		ЦМСЧ/МСЧ _____		Город _____	

Внеротовое обследование ☐ 0 – нет признаков поражения; 1 – изъявление (нос, щеки, подбородок, губы); 2 – новообразования; 3 – патология в области верхней и нижней губы; 4 – увеличенные лимфоузлы; 5 – другие припухлости лица и челюстей;	Оценка височно-нижнечелюстных суставов <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> СИМПТОМЫ 0 – отсутствие; ☐ 1 – проявление; ☐ </td> <td style="width: 50%;"> ПРИЗНАКИ ☐ 0 – отсутствие; 1 – болезненность (при пальпации); 2 – шелканье, хруст (при открывании рта); 3 – ограничение подвижности (открывание < 30 мм) </td> </tr> </table>	СИМПТОМЫ 0 – отсутствие; ☐ 1 – проявление; ☐	ПРИЗНАКИ ☐ 0 – отсутствие; 1 – болезненность (при пальпации); 2 – шелканье, хруст (при открывании рта); 3 – ограничение подвижности (открывание < 30 мм)
СИМПТОМЫ 0 – отсутствие; ☐ 1 – проявление; ☐	ПРИЗНАКИ ☐ 0 – отсутствие; 1 – болезненность (при пальпации); 2 – шелканье, хруст (при открывании рта); 3 – ограничение подвижности (открывание < 30 мм)		

СОСТОЯНИЕ 0 – нет признаков поражения; 1 – доброкачественная опухоль; 2 – злокачественная опухоль; 3 – лейкоплакия; 4 – красный плоский лишай; 5 – стоматит афтозный; 6 – стоматит герпетический;	Слизистая оболочка полости рта 7 – кандидоз; 8 – ксеростомия; 9 – хейлит; 10 – другие заболевания	ЛОКАЛИЗАЦИЯ 0 – красная кайма губ; ☐ 1 – переходная складка; 2 – губы; 3 – слизистая щек; 4 – дно полости рта; 5 – язык; 6 – твердое и/или мягкое небо; 7 – альвеолярный гребень/десна;
---	--	---

Некариозные поражения Постоянные зубы: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 0 – норма; ☐ 1 – пятнистость; 2 – гипоплазия; 3 – эрозия эмали; 4 – клиновидный дефект; 5 – стираемость; 6 – сочетание поражений; 7 – другие заболевания 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Флюороз зубов ☐ 0 – норма; 1 – сомнительный; 2 – слабый; 3 – средний; 4 – тяжелый; Количество пораженных зубов ☐
---	---

СРП (по данным осмотра и ОПГ) 0 – нет признаков поражения; ☐ 1 – кровоточивость; 2 – зубной камень; 3 – карман 4-5 мм; 4 – карман 6 мм и более; 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Подвижность зубов 0 – норма; 3 – III степень; 1 – I степень; 4 – IV степень 2 – II степень; 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
--	---

Потеря прикрепления 0 – потеря прикрепления не более 3 мм; ☐ 1 – потеря прикрепления 4-5 мм; 2 – потеря прикрепления 6-8 мм; 3 – потеря прикрепления 9-11 мм; 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Уровень гигиены ☐ 0 – хороший; 1 – удовлетворительный; 2 – плохой
---	--

Резорбция зубных перегородок (по ОПГ) 0 – норма 1 – 1/2 длины корня; 2 – 1/2 длины корня; 3 – 1/2 длины корня; 4 – 1/2 длины корня 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Структура тела нижней челюсти (по ОПГ) ☐ 0 – норма; 1 – остеопороз; 2 – остеосклероз; 3 – сочетание очагов остеопороза и остеосклероза; 4 – кисты; 5 – другие образования
--	---

Корневые каналы (по ОПГ) 0 – запломбированы качественно; 1 – запломбированы не полностью; 2 – запломбированные каналы с периапикальными очагами; 3 – периапикальные очаги у эндодонтически не леченных зубов 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
---	--

состояние зубов отсутствует смещение; вертикальное; горизонтальное; кариозное		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Состояние пародонта 0 – норма; 1 – гингивит локализованный; 2 – гингивит генерализованный; 3 – пародонтит локализованный; 4 – пародонтит генерализованный; 5 – пародонтоз	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																						
состояние зубов и необходимое лечение данным осмотра и ОПГ.		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>зубы</th> <th>коронка / корень</th> <th>КРИТЕРИИ</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>интактный;</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>кариес;</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> <td>пломба с кариесом;</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> <td>пломба без кариеса;</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>пломба с неудовлет. качеством (усадка, отколы, стертость несоответ. цвета и т.п.);</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>-</td> <td>полностью разруш. коронка (корень);</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>-</td> <td>удаленный зуб;</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>-</td> <td>непрорезавшийся зуб;</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>-</td> <td>имплантат</td> </tr> </table>		зубы	коронка / корень	КРИТЕРИИ	0	0	интактный;	1	1	кариес;	2	2	пломба с кариесом;	3	3	пломба без кариеса;	4	4	пломба с неудовлет. качеством (усадка, отколы, стертость несоответ. цвета и т.п.);	5	-	полностью разруш. коронка (корень);	6	-	удаленный зуб;	7	-	непрорезавшийся зуб;	8	-	имплантат																				
зубы	коронка / корень	КРИТЕРИИ																																																			
0	0	интактный;																																																			
1	1	кариес;																																																			
2	2	пломба с кариесом;																																																			
3	3	пломба без кариеса;																																																			
4	4	пломба с неудовлет. качеством (усадка, отколы, стертость несоответ. цвета и т.п.);																																																			
5	-	полностью разруш. коронка (корень);																																																			
6	-	удаленный зуб;																																																			
7	-	непрорезавшийся зуб;																																																			
8	-	имплантат																																																			
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	НЕОБХОДИМОЕ ЛЕЧЕНИЕ 4 – коронковая вкладка; 5 – венир; 6 – эндодонтическое лечение пульпита, периодонтита; 7 – ревизия и повторное пломбирование каналов; 8 – удаление зуба (периодонтит); 9 – удаление зуба (пародонтит)			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																						
необходимое лечение пародонта - не требуется; - удаление зубных отложений и медикаментозное местное лечение; - кюретаж пародонтальных карманов; - лоскутная операция; - лоскутная операция с применением остеоматериалов и мембран;		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																						
протезический статус - протезные конструкции отсутствуют; - коронковая вкладка; - венир; - искусственная коронка; - искусственная коронка на штифтовой вкладке; - искусственные зубы в мостовидном протезе; - искусственные зубы в частичном или полном съемном протезе; - искусственные зубы в бюгельном протезе; - адгезионная стекловолоконная шина;		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																						
необходимое протезирование - не требуется; - коронковая вкладка; - венир; - искусственная коронка; - искусственная коронка на штифтовой вкладке; - искусственные зубы в мостовидном протезе; - искусственные зубы в частичном или полном съемном протезе; - искусственные зубы в бюгельном протезе; - адгезионная стекловолоконная шина;		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																						
необходимые специалисты не требуются; терапевт; пародонтолог; гигиенист стоматологический		3 – ортопед; 4 – хирург; 5 – ортодонт;																																																			
санация полости рта в предшествующем году в санации не нуждался; санация не проводилась;		2 – проводилась частичная санация; 3 – проведена полная санация																																																			
дополнительные сведения																																																					

Дата заполнения _____ г.

Рис. 2 Модифицированная Карта для оценки стоматологического статуса

Карта оценки оформления медицинских карт стоматологического больного

ФИО _____

Возраст _____

Дата первичного обращения _____

Паспортная часть медицинской карты

№ п/п	Данные	Отметка о наличии
1.	Номер мед. полиса указан	
2.	Номер мед. полиса не указан	
3.	Полная дата рождения указана	
4.	Указан год рождения	

Медицинская часть медицинской карты стоматологического больного:

№ п/п	Данные	Отметка о наличии
1.	Графа «диагноз» заполнена	
2.	Графа «диагноз» не заполнена	
3.	Графа «жалобы» заполнена	
4.	Графа «жалобы» не заполнена	
5.	Данные о перенесенных и сопутствующих заболеваниях присутствуют	
6.	Данные о перенесенных и сопутствующих заболеваниях отсутствуют	
7.	Запись «анамнез не отягощен»	
8.	Данные об анамнезе заболевания присутствуют	
9.	Данные об анамнезе заболевания отсутствуют	

10.	Данные внешнего осмотра присутствуют	
11.	Данные внешнего осмотра отсутствуют	
12.	Запись «без изменений»	
13.	Зубная формула заполнена	
14.	Зубная формула не заполнена	
15.	Прикус определен	
16.	Прикус не определен	
17.	Данные о состоянии слизистой оболочки полости рта , десен, альвеолярных отростков присутствуют	
18.	Данные о состоянии слизистой оболочки отсутствуют	
19.	Сделана запись «без изменений»	
20.	Рентгенограммы опорных зубов описаны полно	
21.	Рентгенограммы опорных зубов не описаны	
22.	Рентгенограммы опорных зубов неполно	
23.	Описанные рентгенограммы опорных зубов отсутствуют	

Дневник. Формула зуба _____

№ п/п	Данные дневника	Отметка о наличии
1.	План ортопедического лечения присутствует	
2.	Нет плана ортопедического лечения	
3.	Стандартная схема описания посещения соблюдена	
4.	Стандартная схема описания посещения не соблюдена	
5.	Записи полные	
6.	Значительные сокращения в записях	
7.	Неразборчивый почерк	
8.	Исправления в записях	

9.	Информированное добровольное согласие на предложенный план ортопедического лечения получено	
10.	Информированного добровольного согласия на предложенный план ортопедического лечения нет	
11.	Диагноз соответствует объективным данным	
12.	Диагноз не соответствует объективным данным	
13.	Предыдущее лечение зуба описано	
14.	Предыдущее лечение зуба не описано	
15.	Указана поверхность, пораженная кариесом	
16.	Поверхность, пораженная кариесом, не указана	
17.	Метод ортопедического лечения выбран правильно	
18.	Метод ортопедического лечения выбран не правильно	
19.	Разрешение на проведение рентгеновского и других дополнительных методов обследования получено	
20.	Отметка о санации полости рта присутствует	
21.	Отметка о санации полости рта отсутствует	
22.	Нет данных профилактических осмотров	
23.	Данные профилактических осмотров присутствуют	

Материалы, используемые для ортопедического лечения

№ п/п	Материалы для фиксации вкладок и опорных коронок, оттисковой массы	Отметка об использовании
1.	Цементы	
2.	Стеклоиономерные цементы	
3.	Альгинатные	
4.	Силиконовые	
5.	Тиоколовые	

Ошибки и осложнения во время ортопедического лечения

Общие

№ п/п	Ошибка/осложнение	Отметка
1.	Обморок	
2.	Приступ бронхиальной астмы	
3.	Анафилактический шок	
4.	Ангioneвротический отек Квинке	
5.	Эпилептический припадок	
6.	Отравление при передозировке анестетика	
7.	Лекарственная аллергия	
8.	Заболевания слизистой оболочки рта	

Местные

№ п/п	Ошибка/осложнение	Отметка
1.	Ошибочное введение растворов	
2.	Травма кровеносного сосуда	
3.	Отсутствие обезболивания	
4.	Ожоги слизистой полости рта сильнодействующими препаратами	
5.	Пародонтит	
6.	Пародонтоз	
7.	Периостит	
8.	Остеомиелит	
9.	Перфорация дна полости зуба под культевую вкладку	

10.	Отлом стенки зуба при препарировании	
11.	Механическое повреждение соседнего зуба во время сепарации	
12.	Механическое повреждение десны при препарировании	
13.	Выпадение пломбы во время препарирования	
14.	Перфорация стенки корня под культевую вкладку	
15.	Поломка инструмента в канале при создании полости под вкладки	
16.	Фиксация вкладок цементом в полости корня зуба	
17.	При выборе количества зубов под опору	
18.	При выборе количества аттачменов под опору	
19.	При выборе аттачменов по размерам	
20.	При выборе степени жесткости аттачменов	
21.	При изготовлении съемной части комбинированного протеза	
22.	При восстановлении центральной окклюзии с помощью комбинированного протеза	
23.	При установке аттачменов (особенно с включенными дефектами)	
24.	При создании параллельности (особенно с включенными дефектами)	
25.	Отсутствие уступа в полости корня зуба под вкладкой	
26.	Создание чрезмерного зазора между внутренней поверхностью опорной коронки и культей зуба	
27.	Ошибка при выборе конструкций с использованием аттачменов	
28.	Нарушение обработки в гнезде матрицы	
29.	Ошибки при определении жесткости матрицы и патрицы	

Уважаемый респондент! Данная анкета предназначена для изучения отношения пациентов к работе стоматологических поликлиник. Внимательно прочитайте вопрос и предложенные к нему варианты ответа. После этого обведите кружочком номер того ответа, который соответствует Вашему мнению.

1. Пол, возраст

2. Являетесь ли Вы пациентом:

- а) бюджетного приема**
- б) платного приема**

3. Как часто Вы обращаетесь в поликлинику?

- а) 1 раз в год**
- б) 2 раза в год**
- в) по мере необходимости**

4. Изменились ли, на Ваш взгляд, условия оказания стоматологической ортопедической помощи?

- а) в лучшую сторону**
- б) в худшую сторону**
- в) не изменились**
- г) затрудняюсь ответить**

5. Что нравится Вам в поликлинике, которую Вы посещаете?

- а) месторасположение**
- б) здание**
- в) внутреннее оформление**
- г) внимательное отношение медицинского персонала**
- д) профессиональные навыки врачей-ортопедов**
- е) наличие современного оборудования и материалов**
- ж) возможность получения своевременного и полноценного стоматологического лечения в одной поликлинике**
- з) другое**

6. Что Вас не удовлетворяет в поликлинике?

- а) отдаленность от места проживания**
- б) сложность записи на прием и наличие очереди**
- в) невнимательность медперсонала**

- г) низкая квалификация врачей
- д) неудачные часы приема
- е) уделяется слишком мало времени пациенту
- ж) болезненность процедур
- з) отсутствие информации

и) другое

7. Согласно каким критериям Вы выбирали врача-ортопеда?

- а) рекомендации знакомых
- б) стаж работы
- в) профессиональные качества врача
- г) аккуратность
- д) внимательность
- е) внешний вид
- ж) легкость установления контакта с пациентом
- з) слаженность работы врача-ортопеда и мед.сестры

8. Доверяете ли Вы врачу-стоматологу-ортопеду,

который

протезирует Вас?

- а) да, полностью
- б) не полностью, предпочитаю проконсультироваться у другого врача-стоматолога-ортопеда
- в) не доверяю

9. Обсуждал ли с Вами врач план ортопедического лечения?

- а) да
- б) нет

10. Предупреждал ли Вас стоматолог о возможных осложнениях при ортопедическом лечении?

- а) да
- б) нет

11. Сообщал ли Вам когда-либо врач о допущенной им в процессе ортопедического лечения ошибке?

- а) да
- б) нет

12. Изменились ли Ваши требования к стоматологам-ортопедам за последние 10 лет?

- а) да
- б) нет

13.Знаете ли Вы свои права как пациента?

- а) да**
- б) нет**

14. Возникали ли у Вас конфликты с врачом-стоматологом-ортопедом, связанные с качеством оказания стоматологической ортопедической помощи Вам?

- а) да**
- б) нет**

15.Как Вы поступите, будучи недовольны качеством ортопедического лечения?

- а) оставите без внимания**
- б) обратитесь к врачу**
- в) обратитесь к администрации**

Анкета врача-стоматолога-ортопеда

1. **Возраст** _____
2. **Занимаемая должность** _____

3. **Стаж работы** _____
4. **В каком году Вы закончили ВУЗ?** _____
5. **По какой специальности Вы закончили ВУЗ?**

6. **Имеете ли Вы базовое образование? Какое?**
 - а) интернатура
 - б) ординатура
 - в) профессиональная переподготовка (576 часов)
7. **Обучались ли Вы на курсах повышения квалификации по данной специальности?**
 - а) да
 - б) нет
8. **Где и в каком году?**

9. **Как часто?**

10. **Есть ли у Вас категория (какая)?**

11. **Место Вашей постоянной работы**

12. **Место дополнительной работы**

13. **Какое количество пациентов Вы принимаете за смену**
 - а) с частичным отсутствием зубов

 - б) с полным отсутствием зубов

14. **Сколько времени Вы уделяете своему пациенту?**
 - а) 20 минут
 - б) 1 час

- в) более 1 часа
 - г) по Вашему желанию
- 15. Считаете ли Вы, что положенного времени достаточно для приема Вашего клиента?**
- а) да
 - б) нет
- 16. Успеваете ли Вы за время приема оформить документацию на данного пациента?**
- а) да
 - б) нет
- 17. Вы делаете это самостоятельно?**
- а) да, самостоятельно
 - б) нет, за меня это делает мед. сестра
- 18. Вы заполняете медицинскую карту**
- б) в свободное время
 - в) на следующий день
 - г) в конце недели
 - д) в конце рабочего дня
- 19. Кто познакомил Вас с правилами оформления медицинской документации?**
- а) преподаватели ВУЗа
 - б) главный врач
 - в) зав.отделением
 - г) коллега по работе
 - д) самостоятельно
- 20. Делаете ли Вы отметку о перенесенных и сопутствующих заболеваниях в медицинской карте?**
- а) да
 - б) нет
- 21. Собираете ли Вы эпидемиологический и аллергологический анамнез?**
- а) да
 - б) нет
- 22. Составляете ли Вы предварительный план ортопедического лечения пациента при выборе конструкций протеза?**
- а) да
 - б) нет
- 23. Обсуждаете ли Вы план ортопедического лечения с пациентом?**

- а) да
 - б) нет
- 24. Предупреждаете ли Вы пациента заранее о возможных в процессе ортопедического лечения осложнениях?**
- а) да
 - б) нет
- 25. Получаете ли Вы добровольное информированное согласие пациента на проведение ортопедического лечения?**
- а) да
 - б) нет
- 26. Как Вы оформляете добровольное информированное согласие?**
- а) устно
 - б) письменно
 - в) делается отметка в карте
- 27. Привлекаете ли Вы на консультацию других специалистов, зав. отделением?**
- а) да
 - б) нет
- 28. Считаете ли Вы необходимым использование дополнительных методов обследования, в частности рентгенографии, при ортопедическом лечении?**
- а) да
 - б) нет
- 29. Требуется ли Вам необходимым использование дополнительных методов обследования, в части рентгенографии, при ортопедическом лечении?**
- а) да
 - б) нет
- 30. Согласие оформляете**
- а) устно
 - б) письменно
- 31. Отмечаете ли Вы в медицинской карте отказ пациента от дополнительных методов обследования?**
- а) да
 - б) нет
- 32. Отмечаете ли Вы в заказе-наряде на выполнение вид ортопедической конструкции?**
- а) да

- б) иногда
 - в) нет
- 33. Нуждается ли, на Ваш взгляд, существующая медицинская карта стоматологического больного в усовершенствовании?**
- а) да
 - б) нет
- 34. Проводите ли Вы профилактические осмотры своих пациентов?**
- а) да
 - б) нет
- 35. Часто ли приходят к Вам неконтактные пациенты?**
- а) да
 - б) иногда
 - в) нет
- 36. Делаете ли Вы в медицинской карте отметку о совершенной в процессе ортопедического лечения ошибке, которая может стать причиной осложнения?**
- а) да
 - б) иногда
 - в) нет
- 37. Вы проводите ортопедическое лечение пациента под анестезией?**
- а) каждый раз
 - б) всегда провожу лечение без анестезии
 - в) делаю анестезию только по просьбе пациента
- 38. Какие материалы Вы используете для фиксации опорных коронок?**
- а) цементы
 - б) стеклоиономерные цементы
- 39. Анализируете ли Вы качество своей работы?**
- а) да
 - б) нет
- 40. Какова Ваша врачебная тактика при обнаружении врачебной ошибки при протезировании с использованием сложных ортопедических конструкций**
- а) не заметить
 - б) проконсультироваться с коллегами по работе
 - в) направить на консультацию в другое лечебное учреждение

- 41. Какое место, на Ваш взгляд, в стоматологии занимают принципы деонтологии?**
- а) одно из основных
 - б) не имеют никакого значения
- 42. Как часто в Вашей поликлинике осуществляется контроль за качеством оформления документации и врачебной деятельностью со стороны зав. ортопедическим отделением?**
- а) ежедневно
 - б) еженедельно
 - в) 1 раз в месяц
 - г) 1 раз в квартал
 - д) не осуществляется
- 43. Как часто в поликлинике проводятся заседания КЭК?**
- а) 1 раз в неделю
 - б) 1 раз в месяц
 - в) 1 раз в полгода
 - г) не проводятся
- 44. Какие административные меры применяются к Вам за допущенную врачебную ошибку?**
- а) случай выносится на обсуждение
 - б) выговор
- 45. В случае недовольствия Ваши пациенты обращаются**
- а) к Вам
 - б) к администрации
 - в) в стоматологическую ассоциацию
 - г) в общество защиты прав потребителей
 - д) в суд
- 46. Чем обычно заканчивается Ваш конфликт с пациентом?**
- а) переделкой ортопедической конструкции
 - б) разбирательством у администрации
 - в) возбуждением гражданского иска
- 47. Кто или что сможет защитить Вас при возникновении конфликтной ситуации?**
- а) существующее законодательство
 - б) главный врач
 - в) правильно оформленная медицинская документация

Приложение к амбулаторной карте

Информационное добровольное согласие на проведение лечения в _____
 город _____ «___» _____ 200__ год

Руководствуясь действующим законодательством о здравоохранении, в том числе ст.ст.30,32 Основ Законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г. № 5487-1:

я, _____ 19__ г.р., проживающий (ая) по адресу _____
 (фамилия, имя, отчество)

информирован(а) врачом-стоматологом _____
 (Ф.И.О. врача)

О заболевании зубов и полости рта, о состоянии моего здоровья, мне дана исчерпывающая информация в доступной для меня форме. Я ознакомлен(а) со всеми возможными вариантами обследования и лечения моих заболеваний с учетом сопутствующих заболеваний других органов и систем и возрастных особенностей моего организма в условиях

_____, с учетом мировой медицинской практики. На все поставленные

мною вопросы я получил(а) понятные и исчерпывающие ответы в доступной форме. Со своей стороны я обсудил(а) с лечащим врачом все индивидуальные особенности и особые реакции моего организма, а также жалобы на данный момент. Я полностью согласен (а) с медицинскими показаниями к предложенному мне плану лечения.

Я ознакомился (лась) с предлагаемым вариантом лечения и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение лечения.

Врач _____ понятно объяснил мне необходимость строго следовать его рекомендациям в процессе лечения. Необходимость регулярных осмотров после проведения лечения.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время проведения лечения. Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я предупрежден(а) об ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, реакциях моего организма, перенесенных заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты проводимого лечения. В этом случае процесс лечения и его оплата целиком и полностью находятся под моей ответственностью.

Я осведомлен(а) о том, что любое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я согласен (а) с тем, что представление пациентов о способах и результатах лечения часто не совпадают с реальной действительностью, поэтому допускаю, что полученный результат лечения может не совпадать на сто процентов с ожидаемым мною результатом. Я внимательно ознакомился (лась) со всеми положениями данного Приложения, имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы, своей подписью удостоверяю согласие на проведение предложенного лечения.

О своем праве на отказ в соответствии со ст. 33 Основ проинформирован(а). В случае возникновения осложнений, требующих оказания дополнительных медицинских услуг, даю согласие на их проведение, согласно предложенной методике лечения врачом. С правилами оказания услуг ознакомлен(а).

«___» _____ 200__ г. _____ (_____)
 (подпись)

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью амбулаторной карты.

ДОГОВОР № _____
на оказание стоматологических услуг

город _____

« _____ » _____ 200__ г.

_____, МЗ СР РФ, именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**» в лице директора _____ с одной стороны, действующая на основании Устава поликлиники, лицензия _____ на оказание медицинских услуг исполнитель обязуется поручить врачу _____, Именуемый в дальнейшем «**Заказчик**» с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав «**Заказчика**» на получение платной стоматологической помощи в _____.

1.2. «**Заказчик**» добровольно берет на себя обязательство оплачивать «**Исполнителю**» затраты, связанные с оказанием медицинской помощи.

1.3. «**Исполнитель**» организует и обеспечивает оказание медицинской услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, сертифицированных и разрешенных лицензией.

2. Права и обязанности сторон

2.1. «**Исполнитель**» обязуется осуществить в оговоренное время с «**Заказчиком**» собеседование и осмотр сторон «**Заказчика**» для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения, о результатах обследования исчерпывающе проинформировать «**Заказчика**». В амбулаторной карте «**Заказчик**» делает письменную отметку об ознакомлении с предварительным диагнозом и планом лечения.

2.2. «**Заказчик**» обязуется предварительно оплатить стоимость действий по расценкам прейскуранта, с которым «**Заказчик**» предварительно ознакомлен.

2.3. «**Заказчик**» соглашается с тем, что при предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, путем проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются «**Исполнителем**» за отдельную плату. При отсутствии соответствующих технических возможностей «**Исполнитель**» вправе назначить другого врача для проведения лечения.

2.4. «**Заказчик**» обязуется четко выполнять требования и рекомендации лечащих врачей, извещать через регистратуру о невозможности плановой явки к врачу не позднее, чем на 24 часа.

2.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения «**Исполнитель**» вправе назначить другого врача для проведения лечения.

3. Ответственность сторон

3.1. «**Исполнитель**» гарантирует исполнение всех манипуляций, диагностических и лечебных вмешательств в четком соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ и объективным состоянием здоровья «**Заказчика**» на момент оказания медицинских услуг.

3.2. «**Исполнитель**» обязуется проводить лечение зубов с гарантией сохранности пломб, протезов в течение 1 года.

3.3. «**Исполнитель**» несет ответственность за качество выполняемого лечебно-диагностического процесса за соблюдение назначенных сроков исполнения услуг.

3.4. При отказе «**Заказчика**» от дополнительных обследований, необходимых для адекватного лечения и профилактики нежелательного результата, а также при невыполнении рекомендации врача «**Исполнитель**» не несет ответственность за наступлением осложнений.

3.5. «**Заказчик**» несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату медицинских услуг.

3.6. За исполнение договорных обязательств стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.7. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения настоящего договора, разрешаются лечебно-контрольной комиссией поликлиники, заведующими отделениями, главным врачом или в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Заказчик _____

Исполнитель _____

« _____ » _____ 200__ г.

« _____ » _____ 200__ г.

Адрес _____

Адрес _____

Паспорт _____

Паспорт _____

