

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»**

АНТОНЕНКО МАРИНА ЮРІЇВНА

УДК 616.311.2+616.314+616.717.85]-084(477)

**НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СУЧАСНОЇ СТРАТЕГІЇ
ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА В УКРАЇНІ**

14.01.22 – стоматологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Полтава – 2012

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця МОЗ України.

Наукові консультанти:

доктор медичних наук, професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАПН України **Москаленко Віталій Федорович**, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, кафедра соціальної медицини та охорони здоров'я, ректор, завідувач кафедри;

доктор медичних наук, професор **Борисенко Анатолій Васильович**, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, кафедра терапевтичної стоматології, завідувач.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Петрушанко Тетяна Олексіївна**, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, кафедра терапевтичної стоматології, завідувачка;

доктор медичних наук, професор **Білоклицька Галина Федорівна**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра терапевтичної стоматології, завідувачка;

доктор медичних наук, професор **Децик Орина Зенонівна**, Державний вищий навчальний заклад України «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я з курсами історії медицини, права та економіки охорони здоров'я, завідувачка.

Захист відбудеться «25» вересня 2012 р. о 13⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України (36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23).

Автореферат розісланий « 16 » серпня 2012 р.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України за адресою: 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

**Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доцент**

О.В. Гуржій

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. За даними ВООЗ, ураження пародонта виявлені у 80% дітей і 95% дорослого населення планети. Захворювання пародонта, особливо генералізований пародонтит, є основною причиною втрати зубів у людей старше 30 років. В Україні, за даними епідеміологічних досліджень (Політун А.М., 1996, 2008; Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., 2000, 2007; Косенко К.М., 2008; Соколова І.І., 2008), поширеність захворювань пародонта серед населення віком 35-44 років становить від 92% до 98%. В останні роки спостерігається стійка тенденція до підвищення захворюваності серед осіб молодого віку (Ткаченко А.Г., 2006; Савичук Н.О., 2008; Смоляр Н.І., 2009; Чижевський І.В., 2010; Хоменко Л.О., 2011), збільшення кількості хворих на генералізований пародонтит (Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., 2000, 2007; Остапко О.І., 2011). Поширеність захворювань пародонта серед осіб віком 19-24 років сягає 30%, а 25-30 років – більше 60% (Косоверов Ю.Е., Запорожець Н.Н., 2002; Борисенко А.В., 2011). У структурі захворювань пародонта доля генералізованих запальних та дистрофічно-запальних уражень – гінгівітів та генералізованого пародонтиту складає 90-95%. Генералізовані захворювання пародонта є ваговою медико-соціальною проблемою, що обумовлено їх тривалим хронічним перебігом і прогресуванням патологічного процесу. Вони виникають у молодому віці та призводять не тільки до швидкої втрати значної кількості зубів, але й справляють значний негативний вплив на загальний стан здоров'я та якість життя пацієнтів (Мазур І.П., 2006; Чумакова Ю.Г., 2007; Грудянов А.І., 2008; Савичук Н.О., 2008; Білоклицька Г.Ф., 2011). Все зазначене свідчить про важливість проблеми профілактики та лікування захворювань пародонта.

Для вирішення даної проблеми в країнах європейського регіону розроблена спеціальна програма ВООЗ (Global Oral Health Program). Досвід її ефективного впровадження, зокрема в Норвегії, Нідерландах, показав, що найбільшої ефективності у зменшенні серед населення стоматологічної захворюваності, у т. ч. на хвороби пародонта, можна досягти завдяки своєчасному впровадженню на державному рівні цілеспрямованих профілактичних стратегій з урахуванням чинників ризику (Petersen Р.Е., Ogawa Н., 2009). Реформування системи охорони здоров'я України передбачає заходи щодо раціонального використання наявних ресурсів, підвищення доступності та якості медичних послуг, збільшення їх ефективності та посилення профілактичної спрямованості (Сердюк А.М. та співавт., 2002; Слабкий Г.О., 2009; Лехан В.М., 2008, 2009; Вороненко Ю.В., 2010; Москаленко В.Ф., 2008–2011; Грузева Т.С., 2009-2011; Вітовська О.П., 2011). Профілактичний напрямок є пріоритетним для стоматології, його актуальність суттєво зростає під дією соціальних і економічних чинників (Хоменко Л.О. і співавт., 1998, 2004, 2010; Неспрядько В.П., 2002; Леонт'єв В.К., 2004, 2010; Кузьміна Е.М., 2002-2010; Петрушанко Т.О., 2010, 2011). Профілактична орієнтація вимагає виявлення доклінічних стадій захворювання, розробки нових методичних підходів до проведення заходів первинної та вторинної профілактики

(Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., 2000-2007; Хоменко Л.О. 2009; Косенко К.М., 2009; Кузьміна Е.М., 2010; Леус П.А., 2010; Москаленко В.Ф., 2002-2011; Павленко О.В., 2008-2011; Остапко О.І., 2011), дослідження впливу різних чинників на формування захворювань пародонта. Частина з цих чинників (генетичні та біологічні) достатньо вивчені. Проте, залишаються не до кінця з'ясованими причини формування високих рівнів та швидких темпів зростання пародонтологічної захворюваності населення України протягом останніх десятиліть.

Стоматологічна допомога є одним з видів медичної допомоги населенню, якої найбільше потребує суспільство. За кількістю звернень вона посідає друге місце після звернень за терапевтичною допомогою. При цьому залишається не вирішеним питання ранньої діагностики та ефективного скринінгу захворювань пародонта серед широких прошарків населення, а також осіб з груп високого ризику. Недостатньо розробленими є способи індивідуального прогнозування й управління ризиками виникнення та прогресування цих захворювань, забезпечення хворих якісною та доступною стоматологічною допомогою, а також диспансеризацією, які б відповідали сучасним світовим стандартам і підходам. Це має особливе значення в умовах дефіциту необхідних кадрових, фінансових, матеріально-технічних ресурсів системи охорони здоров'я. Актуальними залишаються питання щодо формування серед хворих стійких мотивів до профілактики та проведення лікування й довготривалого спостереження, реабілітації зубо-щелепної системи та підвищення якості життя. При цьому аспекти наукового обґрунтування організації системи багаторівневої профілактики захворювань пародонта не знаходять належного висвітлення.

Значна поширеність хвороб пародонта, низька ефективність існуючих форм і методів їх лікування, відсутність єдиної сучасної стратегії профілактики обумовила актуальність дослідження, визначила його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану НДР Національного медичного університету імені О.О. Богомольця згідно з планом МОЗ України і є фрагментом НДР кафедри соціальної медицини та охорони здоров'я «Обґрунтування та розробка наукових основ профілактичних стратегій в охороні здоров'я» в рамках Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки, номер державної реєстрації 0110U004111, та кафедри терапевтичної стоматології «Особливості клініки початкового карієсу і захворювань пародонта в осіб молодого віку, сучасні методи їх профілактики і лікування», номер державної реєстрації 0104U000449, «Особливості діагностики, лікування та профілактики карієсу, захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота, що розвиваються на фоні соматичної патології», номер державної реєстрації 0107U002901; автор є співвиконавцем зазначених НДР.

Мета дослідження – науково обґрунтувати та розробити стратегію профілактики захворювань пародонта на основі вивчення клініко-епідеміологічних та медико-соціальних особливостей розвитку та перебігу захворювань пародонта в осіб молодого віку 19-33 років.

Завдання дослідження:

1. Провести ситуаційний аналіз поширеності захворювань пародонта серед осіб молодого віку та ефективності їх профілактики в різних регіонах України на основі епідеміологічних, клінічних та соціологічних досліджень.

2. Дослідити клініко-нозологічну структуру захворювань пародонта у населення України у віковому періоді 19-33 років.

3. Визначити закономірності впливу медико-соціальних та загально-клінічних чинників ризику та формування хвороб пародонта в осіб молодого віку на підставі клініко-епідеміологічних досліджень.

4. Обґрунтувати та розробити способи комплексної індексної оцінки місцевих чинників ризику генералізованого пародонтиту, скринінгу та прогнозування його перебігу в умовах диспансерного моніторингу.

5. Розробити критерії контролю та оцінки ефективності надання стоматологічної допомоги при захворюваннях пародонта як інструменту управління якістю стоматологічної допомоги.

6. Дослідити особливості організації, нормативно-правового та кадрового забезпечення, ефективності стоматологічної допомоги і профілактики при захворюваннях пародонта в державних стоматологічних закладах.

7. Визначити потреби в основних видах спеціалізованого лікування, лабораторного та рентгенологічного супроводу хворих на генералізований пародонтит в умовах різних рівнів організації стоматологічної допомоги.

8. Обґрунтувати та розробити стратегію профілактики захворювань пародонта в осіб молодого віку, моделі диспансеризації при захворюваннях пародонта на різних рівнях організації стоматологічної допомоги.

9. Оцінити прогностичну медичну, соціальну та економічну ефективність складових елементів стратегії профілактики захворювань пародонта.

Об'єкт дослідження – стоматологічне здоров'я населення молодого віку (19-33 років); система стоматологічної допомоги при хворобах пародонта в стоматологічних закладах.

Предмет дослідження – поширеність захворювань пародонта в осіб молодого віку (19-33 років), індивідуальна потреба хворих із захворюваннями пародонта в стоматологічній допомозі, її кадровому забезпеченні, організація надання стоматологічної допомоги при хворобах пародонта; організація профілактики захворювань пародонта.

Методи дослідження. У роботі використані методи системного підходу, історичний, епідеміологічний, хронометражний, експертних оцінок, медико-соціологічний, клініко-лабораторного та рентгенологічного дослідження тканин пародонта і математичного моделювання. Статистичний аналіз проведений за допомогою електронних таблиць Microsoft Excel 2000 та пакету програм статистичної обробки «Statistica 6,0». Дослідження проводилося з дотриманням біоетичних норм (висновки комісії з питань біоетики НМУ імені О.О. Богомольця від 28.09.2006 та 29.06.2011).

Наукова новизна отриманих результатів дослідження полягає у тому, що вперше:

– встановлено закономірності поширеності хвороб пародонта серед осіб молодого віку (19-33 років) в Україні;

– виявлено популяційні та індивідуальні чинники ризику захворюваності населення молодого віку України на хвороби пародонта;

– визначено особливості організації, нормативно-правового та кадрового забезпечення стоматологічної допомоги при захворюваннях пародонта в державних стоматологічних закладах;

– науково обґрунтовано та розроблено критерії діагностики, динамічного контролю та оцінки якості надання стоматологічної допомоги при захворюваннях пародонта;

– науково обґрунтовано та створено якісно нову схему диспансеризації хворих із ураженнями пародонта, моніторингу її ефективності та відповідне програмне забезпечення;

– обґрунтовано стандартизовану систему скринінгу захворювань пародонта, визначено потреби її ресурсного забезпечення;

– науково обґрунтовано та розроблено стратегію профілактики захворювань пародонта, що передбачає безпосередню участь всіх прошарків суспільства та посилення роботи медичних служб, в т.ч. стоматологічної, загальної практики (сімейної медицини); визначено організаційну структуру, систему управління та функціональні зв'язки між суб'єктами, які беруть участь в її реалізації, та необхідне ресурсне забезпечення.

Практичне значення отриманих результатів. Результати дослідження стали основою для створення системи скринінгу населення щодо виявлення захворювань пародонта на ранніх стадіях, оцінки рівня стоматологічного здоров'я, стану гігієни порожнини рота, можуть слугувати для визначення індивідуальної потреби хворих у спеціалізованій пародонтологічній допомозі, планування лікувально-профілактичних заходів. Створені комп'ютерні програми «Діагностика захворювань пародонта» та «Диспансерний моніторинг при захворюваннях пародонта» впроваджено у роботу міської стоматологічної поліклініки м. Чернігова. Розроблені моделі диспансеризації осіб із захворюваннями пародонта та моніторингу ефективності її впровадження можуть бути використані для встановлення індивідуальних потреб щодо надання лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта. Одержані в процесі виконання дисертаційної роботи результати увійшли до підручника для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації «Терапевтична стоматологія. Том 3 Захворювання пародонта. Том 4 Захворювання слизової оболонки порожнини рота», науково-методичного видання для післядипломного навчання лікарів-стоматологів «Практична пародонтологія», методичних рекомендацій, пакету навчально-методичної документації для забезпечення навчального процесу на додипломному та післядипломному рівнях на кафедрах терапевтичної стоматології, профілактики стоматологічних захворювань, загальної стоматології та загальної практики (сімейної медицини) ВМНЗ України.

Публікації. За темою дисертації опубліковано 70 наукових праць, у т.ч. 37 статей в наукових фахових виданнях, 18 – у матеріалах з'їздів, конференцій,

розділи в 2-х підручниках з грифом МОЗ України, науково-методичне видання, методичні рекомендації, отримано 11 патентів України.

Особистий внесок здобувача. Автором особисто визначено мету та завдання дослідження, розроблено його програму, опрацьовано методологію епідеміологічних та соціологічних досліджень, розроблено математичну модель прогнозування ризику виникнення захворювань пародонта, встановлено роль медико-соціальних факторів у формуванні захворювань пародонта; досліджено особливості надання стоматологічної допомоги хворим із ураженнями пародонта у лікувально-профілактичних закладах різних організаційних рівнів. Науково обґрунтовано стратегію профілактики захворювань пародонта, розроблено модель диспансеризації при захворюваннях пародонта та впроваджено її у діяльність лікувально-профілактичних стоматологічних закладів, визначено ефективність. Автором особисто проведено статистичну обробку отриманих результатів, здійснено їх інтерпретацію, написано всі розділи дисертації та сформульовано основні висновки.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідались та були обговорені на:

1. *Міжнародних симпозіумах і науково-практичних конференціях:* Ювілейному VIII з'їзді ВУЛТ, присвяченому 15-річчю організації (м. Івано-Франківськ, 2005); XI Конгресі СФУЛТ (м. Полтава, 2006).; II міжнародній науковій конференції «Донозологія» «Проблеми діагностики та корекції стану здоров'я в напруженому екологічному довіллі» (м. Санкт-Петербург, 2006); Міжнародній науково-практичній конференції «Профілактика стоматологічних захворювань» (м. Одеса, 2007); Міжнародній науково-практичній конференції «Стоматологічне здоров'я дітям України» (м. Київ, 2007); Міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій 60-річчю ВООЗ, Всесвітньому дню здоров'я 2008 р., захисту здоров'я від змін клімату (м. Київ, 2008); Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми лікування та профілактики в практичній стоматології» (м. Київ, 2008); 42-му Міжнародному науково-практичному форумі «Сучасні технології лікування та профілактики в практичній стоматології» (м. Київ, 2008); Міжнародній науково-практичній конференції Асоціації стоматологів України «Сучасні технології лікування та профілактики в практичній стоматології» (м. Київ, 2009); Міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій Всесвітньому дню здоров'я «Медичні заклади в умовах надзвичайних ситуацій» (м. Київ, 2009); Медичному форумі – 2009 (м. Київ, 2009); Міжнародній науково-практичній конференції Асоціації стоматологів України «Сучасні технології лікування та профілактики в практичній стоматології» (м. Київ, 2010); Міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій Всесвітньому дню здоров'я 2012 р. «Старіння та здоров'я» (м. Київ, 2012).

2. *Національних конгресах, з'їздах, симпозіумах: Науково-практичних конференціях державного рівня:* I з'їзді Асоціації стоматологів України (м. Київ, 2000); II з'їзді Асоціації стоматологів України (м. Київ, 2004); Науково-практичній конференції «Актуальні проблеми в клінічній медицині» (м. Київ, 2006); II науково-практичній конференції «Актуальні проблеми терапевтичної

стоматології», (м. Київ, 2006); III з'їзді Асоціації стоматологів України (м. Полтава, 2008).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається із вступу, аналітичного огляду літератури, програми, матеріалів і методів дослідження, 9 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків. Основна частина роботи викладена на 282 сторінках, містить 49 таблиць та 22 рисунки. Список джерел літератури містить 381 найменування.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Програма, матеріали, об'єкти, методи та етапи дослідження. Реалізація завдань, передбачених метою роботи, вимагала розроблення відповідної програми дослідження та її послідовного вирішення. Робота складалася з 6 етапів (рис. 1). Кожен етап був спрямований на вирішення ряду завдань з позиції системного підходу. Здійснення послідовного узагальнення результатів дослідження слугувало основою для наукового обґрунтування поставленої мети.

На *першому етапі* роботи на підставі аналізу даних літератури щодо рівня стоматологічного здоров'я, захворювань пародонта та чинників їх розвитку було створено аргументовану базу для формування напрямків вирішення проблеми зниження захворюваності населення на хвороби пародонта та визначено підґрунтя до проведення *другого етапу*, який полягав у порівняльному аналізі результатів епідеміологічних досліджень в містах різних областей України щодо захворюваності населення молодого віку на хвороби пародонта за методом кластерних вибірок (ВООЗ) та аналізу самозвернень пацієнтів з метою профілактичних оглядів, а також визначенні клініко-нозологічної структури захворювань пародонта. Широке епідеміологічне дослідження було в основі *третього етапу* роботи, а саме проведення ситуаційного аналізу пародонтологічної захворюваності, оцінки чинників її формування (за даними епідеміологічних, соціологічних та клінічних досліджень) та отримання даних для обґрунтування і розробки напрямів поліпшення рівня стоматологічного здоров'я.

I етап **Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду щодо епідеміології, діагностики, лікування та профілактики захворювань пародонта**

Ресурси Інтернет, бази даних — «PubMed», «Джерело», наукові публікації України та країн СНД (381 джерело, з яких 196 — іноземні)

II етап **Епідеміологічні дослідження щодо захворюваності населення молодого віку (19-33 років) на генералізовані хвороби пародонта**

Дослідження поширеності хвороб пародонта серед населення молодого віку різних регіонів України за методикою ВООЗ	Аналіз захворюваності дорослого населення на захворювання пародонта за результатами статистичної звітності	Дослідження поширеності хвороб пародонта серед населення молодого віку за зверненням з метою профілактичних оглядів	Дослідження рівня стоматологічного здоров'я населення молодого віку за результатами профілактичних оглядів студентів НМУ
Епід. дослідження в рамках НДР каф. терапевт. стоматології НМУ (2002-2007 рр.)	Форма статистичної звітності МОЗ України ф. №12, період 2007-2010 рр.	Епід. дослідження за програмою АСУ та каф. терапевт. стоматології НМУ (1698 карт дослідження)	Епід. дослідження в рамках НДР каф. терапевт. стоматології НМУ (1000 карт дослідження)

III етап **Ситуаційний аналіз захворюваності осіб молодого віку (19-33 років) на генералізовані хвороби пародонта у контексті клініко-соціологічного дослідження чинників їх розвитку**

Визначення чинників розвитку та інтенсифікації генералізованого пародонтиту. Патенти №9334 (15.09.05) №19694 (15.12.06) №33358 (25.06.08) № 39009 (26.02.09)	Моніторинг гігієни порожнини рота дорослого населення великих міст у різних регіонах України. Патент №29564 (10.01.08)	Соціологічне дослідження витоків і рівня знань дорослого населення молодого віку щодо профілактики захворювань пародонта	Маркетингове дослідження стоматологічних профілактичних послуг у територіальній стоматологічній поліклініці великого міста
Клініко-рентгенологічне 586 осіб молодого віку	Обстеження 1261 особи в різних регіонах України за програмою АСУ та кафедри терапевтичної стоматології НМУ	Соціологічне анкетування під час виконання програми епід. обстеження за зверненням з метою проф. огляду - 2187 анкет пацієнтів, 798 анкет лікарів-стоматологів	Соціологічне опитування в типових територіальних ЛПСЗ великих міст (Києва, Житомира, Чернігова) – 675 анкет

IV етап **Аналіз медичної допомоги хворим з захворюваннями пародонта та визначення потреби в основних видах спеціалізованого лікування, його лабораторного та рентгенологічного супроводу в умовах різних рівнів організації стоматологічної допомоги**

Дослідження доступності, ефективності та якості надання стоматологічної допомоги населенню України з хворобами пародонта	Визначення потреби в основних видах спеціалізованого лікування, лабораторного та рентгенологічного обстеження хворих на генералізований пародонтит
Хронометричне дослідження роботи лікарів – стоматологів у типових ЛПСЗ різного рівня організації в умовах великого міста. Дані статистичних звітів ЛПСЗ (ф. 39_У)	

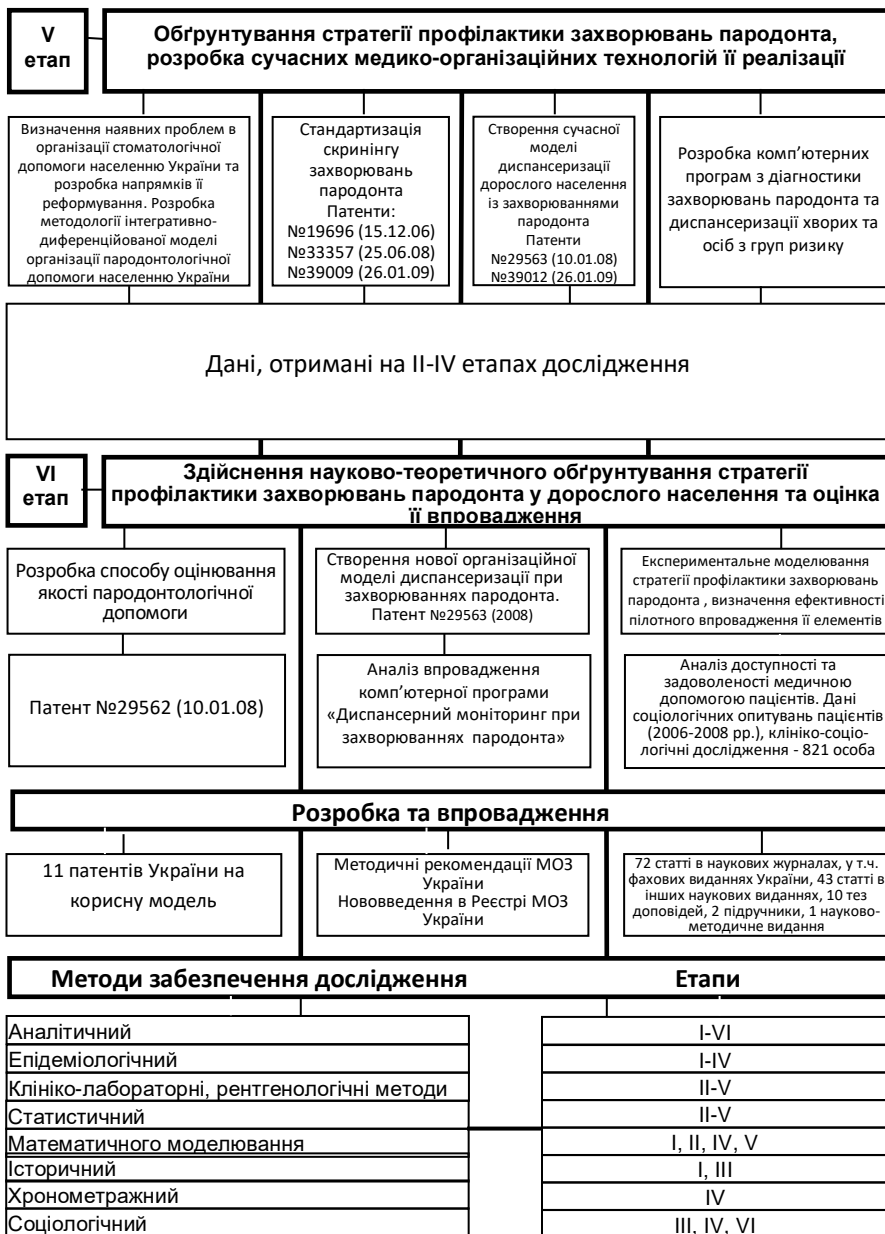


Рис. 1. Програма, матеріали, обсяги та методи дослідження.

На четвертому етапі роботи здійснено дослідження стану стоматологічної медичної допомоги хворим із захворюваннями пародонта, визначення потреби в основних її видах, відповідного лабораторного та рентгенологічного супроводу в лікувально-профілактичних закладах. На п'ятому етапі дослідження на підставі комплексного аналізу сукупності медико-соціальних факторів формування пародонтологічного здоров'я населення проведено обґрунтування концептуальної моделі оптимізації спеціалізованої пародонтологічної допомоги та профілактики захворювань пародонта за рівнями її організації. Оцінка ефективності впровадження запропонованої стратегії профілактики захворювань пародонта проведена на завершальному шостому етапі роботи.

Результати дослідження та їх обговорення. З метою визначення медико-статистичних закономірностей формування захворюваності населення молодого віку на генералізовані хвороби пародонта – генералізований гінгівіт

та генералізований пародонтит проведено епідеміологічне дослідження щодо поширеності захворювань пародонта та визначення чинників ризику, яке було проведене в рамках державної програми «Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки», затвердженої указом Президента України від 21 травня 2002 року №475/2002, за підтримки Асоціації стоматологів України, компанії «Проктер енд Гембл» та Національного фонду соціального захисту матерів та дітей «Україна – дітям». Згідно з цією програмою був проведений огляд широких верств населення в великих містах південних, північних, східних та західних областей України. В роботі використано класифікацію захворювань пародонта за М.Ф. Данилевським (1994).

Методику епідеміологічного дослідження опрацьовано під час проведення клінічного обстеження 276 осіб у віці 19-23 років (108 чоловіків та 168 жінок) в рамках стандартного профілактичного огляду студентів, розроблені й апробовані індивідуальні карти клінічного та соціологічного дослідження та методи їх експертної оцінки.

Результатами клінічного обстеження на цьому етапі встановлено, що поширеність карієсу та його ускладнень в пацієнтів молодого віку є дуже високою і становить 93,5%. Кількість осіб з інтактним зубним рядом становить всього лише 6,5%. Середньогрупове значення КПВ – 5,44, що також є достатньо високим для цієї вікової групи. Аналіз структури КПВ виявив, що 37,2% – зуби, які потребують лікування з приводу карієсу, 3,2% зубів втрачені (видалені зуби та зуби, що підлягають видаленню), а 59,6% – запломбовані.

За оцінкою стану тканин пародонта з'ясовано, що ознаки захворювання їх наявні у 254 осіб (92,0%) без достовірної розбіжності за статтю ($p > 0,05$). Щодо клініко-нозологічної структури захворювань пародонта відносно загальної кількості виявлених випадків ураження пародонта у віці 19-23 рр., найбільш поширеними визначено хронічний генералізований катаральний гінгівіт (49,3%), генералізований пародонтит початкового – I ступеня (22,1%). Встановлено, що залежність запального процесу від гігієни порожнини рота є статистично значимою. Динаміка індексу РМА у порівняльній оцінці стану гігієни порожнини рота за індексом Федорова–Володкіної та індексом Green-Wermillion показали, що більш високий ступінь кореляції досліджуваних показників спостерігається при визначенні індексу ОНІ-S ($\chi^2 = 110,4$; $p < 0,00001$) проти $\chi^2 = 108,9$; $p < 0,00001$). На інтенсивність перебігу захворювання пародонта та твердих тканин зубів суттєвий вплив спричиняє стан гігієни порожнини рота ($p < 0,00001$). Поганий гігієнічний стан призводить до збільшення показника КПВ майже у 3 рази в порівнянні з показниками при задовільному стані гігієни, а частота тяжкого ступеня запального процесу в яснах при незадовільному стані гігієни порожнини рота більше за аналогічний показник при задовільній гігієні у 8 разів.

Під час епідеміологічного обстеження у великих містах різних областей країни здійснено порівняльний аналіз захворюваності на хвороби пародонта серед населення у віковій групі 19-33 рр. Результати обстеження 1261 особи, яка звернулася за консультативною допомогою або з метою профілактичного

огляду, реєстрували у розробленому нами індивідуальному паспорті стоматологічного здоров'я пацієнта. Із них 57,4% жінок та 42,6% чоловіків, причому у віці 19-23 років оглянуто 724 особи (455 жінок та 269 чоловіків, що складає 36,1% та 21,3% відповідно від загального обсягу обстежених). Це свідчить про високий попит серед молодого населення України щодо отримання інформації про стан свого стоматологічного здоров'я. Разом з тим помітне переважання жінок (у 1,7 разу) доводить, що вони, особливо у віці 19-23 років, приділяють більше уваги стану ротової порожнини, тобто є більш мотивованими до корекції стоматологічного здоров'я та усунення чинників ризику його погіршення.

Серед усього контингенту обстежених 178 осіб (14,1%) виявилися практично здорові із добрим гігієнічним станом ротової порожнини. У решти 1083 осіб (85,9%) було діагностовано різні стоматологічні захворювання (рис. 2). Дослідження структури захворювань пародонта показало, що на генералізований пародонтит припадає 41,6% випадків спостереження, з них початковий – I ступінь тяжкості діагностовано у 68,4%, у решти 31,6% – I-II ступінь. Більш тяжких уражень в цій віковій групі нами не виявлено.

Висока частота діагностування генералізованого пародонтиту обумовила дослідження ролі місцевих подразників – зубних відкладень, наявність апроксимального карієсу, пломб на контактних поверхнях зубів тощо як чинників ризику виникнення та розвитку захворювань пародонта.

Інтенсивність каріозного ураження була достатньо високою у всіх містах, де проводилися обстеження. Найбільш високий індекс КПВ зареєстрований у містах західних областей (7,53), що корелює зі значною поширеністю карієсу, однак частка видалених зубів та тих, що підлягають видаленню (7,70), все ж менша, ніж у східних (9,52), де індекс КПВ значно нижчий (6,27). Під час обстеження звертали увагу на локалізацію каріозних порожнин – як пломбованих, та і не пломбованих – контактні поверхні, жувальні або пришийкові ділянки.



Рис. 2. Поширеність карієсу, захворювань пародонта та поєднаних захворювань у різних областях України ($p < 0,05$).

Преважна більшість випадків діагностування карієсу припадає на контактні (апроксимальні) поверхні – інтегральний показник 68,5%, що в певній мірі може обумовлювати високий відсоток (20,9%) локалізованого

пародонтиту у молодих осіб. Усього діагностовано 8605 каріозних порожнин (карієс + пломба), розподіл їх за локалізацією представлений на рис. 3.

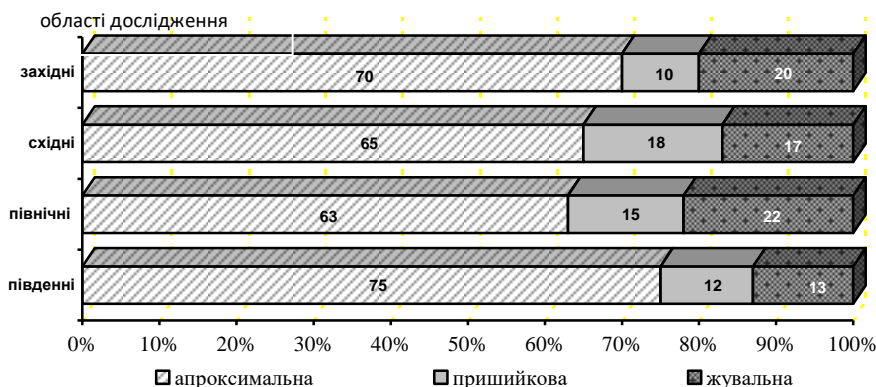


Рис. 3.

Поширеність карієсу за локалізацією каріозних порожнин.

Сумарна дія уражень контактних та пришийкових поверхонь на тканини пародонта виявляється дуже високою – від 78,0% у північних областях та до 87,0% на півдні й у містах на сході та заході – відповідно 83,0% та 80,0%.

Співставлення показників частоти деструкції зубо-ясенного прикріплення та наявності пародонтальних кишень залежно від поширеності уражень контактних поверхонь зубів свідчить про сильний прямий кореляційний зв'язок між цими показниками (рис. 4).

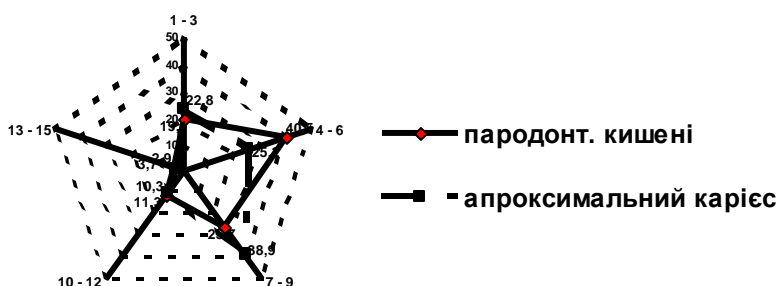


Рис. 4. Кореляції частоти порушення зубо-ясенного прикріплення та контактного (апроксимального) карієсу (інтегральні показники, %).

Стан гігієни порожнини рота визначали за спрощеним індексом Green-Wermillion (ОHI-S), доцільність використання якого у подібних дослідженнях була нами доведена на попередньому етапі. Виявлено, що лише до 40% пацієнтів, які свідомо звернулися до лікаря-стоматолога за консультацією, мали задовільний рівень гігієни порожнини рота, у решти, і це переважна більшість (від 40 до 51% в середньому), стан догляду за ротовою порожниною заслуговував на найнижчу оцінку. Ці дані надали можливість вважати стан гігієни порожнини рота, зокрема, виявлені зубні відкладення, одним з чинників високої поширеності захворювань пародонта в осіб 19-33 років. Окрім цього, була досліджена залежність інтенсивності ураження пародонта, оцінку якого проводили за розробленим нами індексом інтенсивності деструкції пародонта (ІДП) від стану гігієни порожнини рота (за індексом Green-Wermillion (ОHI-S)).

З метою ситуаційного аналізу впливу місцевих, стоматогенних, факторів на розвиток й перебіг генералізованого пародонтиту нами було проведено аналіз результатів клініко-рентгенологічних та лабораторних показників у 155 пацієнтів із генералізованим пародонтитом початкового – I ступеня з числа тих, що звернулися за допомогою до СМЦ. Зокрема, визначали вплив місцевих подразників хронічної, довготривалої дії, якими є каріозні ушкодження контактних та пришийкових поверхонь зубів, а також здійснювали аналіз їх розподілу залежно від інтенсивності перебігу генералізованого пародонтиту. Всього у даної групи пацієнтів діагностовано 966 пародонтальних кишень (ПК) глибиною від 2 до 5 мм; виявлено 524 каріозні порожнини на пришийковій та контактних поверхнях, тільки у 38,4% випадках мали місце пломби, що не потребували заміни, у 61,6% (323 випадки) виявлена необхідність у різних видах втручань: ремінералізації та первинному пломбуванні – 19,7% (103) та у відновному пломбуванні – 80,3% (421). З числа випадків, що потребують відновного лікування 65,4% склали пломби, які підлягали повній заміні, що майже вдвічі перевищує кількість діагностованих каріозних порожнин. Такі результати дали підставу для розробки способу оцінки інтенсивності деструктивних змін тканин пародонта.

Індекс інтенсивності деструкції пародонта (ІДП) розраховують за формулою:

$$\text{ІДП} = \frac{\sum \text{ПК} + \sum \text{АКП}}{\text{кількість обстежених зубів}},$$

де $\sum \text{ПК}$ – кількість пародонтальних кишень (ПК), виявлених у одного обстеженого хворого; $\sum \text{АКП}$ – кількість каріозних уражень контактних поверхонь зубів. Оскільки відомо, що потреби хворих із генералізованим пародонтитом у лікуванні визначаються, в першу чергу, проявами запального процесу, який ідентифікують як клінічно, та і за індексом РМА, а потреби у проведенні професійної гігієни – станом гігієни порожнини рота, й у першу чергу, гігієнічним станом міжзубних проміжків (індекс АРІ). Використовуючи показники індексів ІДП, РМА, АРІ, ми розробили сумарний індекс ураження пародонта (СІУП) (патент України №9334, 2005) для визначення індивідуальної або групової потреби у необхідних лікувально-профілактичних заходах при лікуванні генералізованого пародонтиту початкового – I ступеня та розрахунків їх обсягу. СІУП для кожного пацієнта визначається як сума індивідуальних значень індексів ІДП, РМА та АРІ: $\text{СІУП} = \text{ІДП}_{\text{інд.}} + \text{РМА} + \text{АРІ}$. Верхня межа критичного значення СІУП у контингенті обстежених склала для групи з низькою інтенсивністю 1,030 бали; для групи з середньою інтенсивністю – 1,213 бали; для групи з високою інтенсивністю – 1,606 бали й вище. Критичне значення індексу є індивідуальним для кожного хворого та складає: $\text{СІУП}_{\text{інд.}} = \text{ІДП}_{\text{інд.}} + 0,82$, де $\text{ІДП}_{\text{інд.}}$ – індивідуальний індекс інтенсивності деструкції пародонта; 0,82 – сума критичних значень індексів РМА (0,47 бали) та індексу АРІ (0,35 бали). Розроблений нами метод оцінювання ступеня тяжкості ураження пародонта було введено до комп'ютерної програми «Діагностика генералізованого пародонтиту» і апробовано в якості

скринінгового методу дослідження контингентів хворих на генералізований пародонтит на початкових стадіях його розвитку. Отримані результати були основою для подальшого формування груп ризику щодо ураження пародонта та формування груп диференційованого диспансерного спостереження й лікування. Використання СІУП на етапах диспансерного моніторингу хворих на генералізований пародонтит дозволило встановити індивідуальний оптимальний часовий регламент спостереження хворих залежно від інтенсивності вихідного рівня ураження пародонта та ефективності лікувально-профілактичних заходів. На підставі сумарного індексу АРІ+РМА(м), із перемінними складовими, з метою оцінки ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів нами було розроблено індекс ефективності лікування ІЕЛ:

$$IEЛ = \frac{n \times \Delta APИ + m \times \Delta PMA}{\text{к-ть обстежених сегментів пародонта}}$$

де n – кількість обстежених інтердентальних ділянок; m – кількість обстежених ясенних сосочків, $\Delta APИ$ – різниця значень індексу до та після лікування в кожній ділянці, ΔPMA – різниця значень індексу до та після лікування в ділянці кожного сосочка (патенти України №29562, №29564, 2008). Аналіз гістограм СІУП та ІЕЛ надав можливість визначити тривалість вірогідної ремісії та кратність диспансерного моніторингу (табл. 1).

Таблиця 1

Тривалість ремісії та періодичність моніторингу хворих на генералізований пародонтит за умов диспансерного спостереження (патент України №39012, 2008)

Ефективність лікування		Інтенсивність ураження пародонта у хворих ГП I-II ст.					
		низька	н/средн.	средня	в/средн.	висока	дуже висока
ВИСОКА	тривалість ремісії (міс.)	13-16	12-14	11-13	9-11	8-9	7-9
	періодичність оглядів (1 раз /міс.)	8-9	8-9	8-9	7-8	6	6
СЕРЕДНЯ	тривалість ремісії (міс.)	12-15	11-14	10-12	8-10	7-8	6-8
	періодичність оглядів (1 раз /міс.)	8-9	8-9	7-8	6-8	6	3
НИЗЬКА	тривалість ремісії (міс.)	10-12	9-11	8-11	7-9	6-7	5-7

	періодичність оглядів (1 раз /міс.)	7-9	7-9	6-8	5-6	3	2
ДУЖЕ НИЗЬКА	тривалість ремісії (міс.)	9-11	8-10	7-9	6-8	5-7	4-6
	періодичність оглядів (1 раз /міс.)	6-8	6-8	5-7	4-5	2	1

Також встановлено терміни превентивного лікування хворих на генералізований пародонтит у системі диспансерного спостереження (патент України №39012, 2008).

Нами було досліджено також низку інших чинників – популяційних та індивідуальних, проведено ситуаційний аналіз їхнього впливу щодо виникнення та розвитку генералізованих захворювань пародонта.

Загальний об'єм дослідження на даному етапі склав 450 хворих з генералізованим пародонтитом початкового – I ст. із рівномірним розподілом по досліджуваних областях країни. Контрольною групою були особи без генералізованих форм ураження пародонта. Дана група сформована за принципом копії-пара, що дозволило сформувати співставні ($p > 0,05$) за чисельністю (450 осіб) та статеві-віковими характеристиками групи.

Отримані результати засвідчили, що фактор статі є статистично значимим для прогностичної оцінки генералізованих форм ураження пародонта ($\chi^2 = 16,0$; $p = 0,0001$). Зокрема, чоловіки мають в 1,7 разу вищі шанси розвитку генералізованого ураження пародонта, ніж жінки (OR=1,7 (1,3-2,2)), що обумовлено наявністю у них більшої кількості шкідливих звичок та інших несприятливих факторів.

Дослідження вікового показало, що в осіб віком від 30 до 33 років виявлений значимий – у 2,4 (1,8-3,1; $p = 0,0001$) разу приріст шансів розвитку генералізованого пародонтиту порівняно з молодшими віковими групами. Це дозволяє прогнозувати приріст значимості даного чинника зі збільшенням віку в межах досліджуваного вікового діапазону та враховувати цей показник у формуванні груп ризику. На аналогічному прогностичному рівні проявляє свій вплив чинник обтяженої спадковості – при наявності даного захворювання у батьків та близьких родичів вірогідність розвитку генералізованих форм пародонтиту в молодому віці зростає у 2,3 разу ($p = 0,0001$); стресові фактори підвищують ризик в 2,1 разу ($p = 0,0001$). Наявність професійних шкідливих чинників на виробництві статистично значимо впливають на частоту розвитку генералізованого пародонтиту ($\chi^2 = 16,0$; $p = 0,0001$), підвищуючи вірогідність його розвитку у 5,2 разу. Систематичні порушення режиму харчування, рівень освіти обстежених, резус-фактор виявилися статистично не значимими чинниками для прогностичної оцінки ризику виникнення генералізованих захворювань пародонта. Як тютюнопаління, так і вживання алкоголю є потенціуючими факторами ризику. Часте вживання алкоголю (3 і більше рази

на тиждень) в 3,1 разу підвищує шанси розвитку захворювання проти групи з відсутністю чи епізодичним вживанням алкоголю ($p=0,0001$). Тютюнопаління підвищує шанси генералізованого патологічного процесу в 5,8 разу ($p=0,0001$). Але дана залежність обумовлюється, перш за все, інтенсивністю тютюнопаління – коефіцієнт кореляції $r=0,41$ (0,34-0,46). Зважаючи на це, був проведений додатковий аналіз для визначення порогового прогностично несприятливого рівня (кількості сигарет на день) з метою встановлення вірогідності розвитку генералізованого пародонтиту. Зважаючи на наявний ризик розвитку генералізованого пародонтиту при збільшенні інтенсивності паління було проведено аналіз для визначення критичних рівнів, що є пороговими з точки зору зростання ризику ускладнень. Для цього була використана методика ROC-аналізу з поетапним визначенням чутливості та специфічності окремих рівнів інтенсивності паління для прогнозування вірогідності виникнення генералізованого пародонтиту. Встановлено, що максимальні рівні чутливості та специфічності притаманні групам, що випалюють 10-15 сигарет на день (від 78,8% до 84,6%). Оцінка даної моделі є статистично значимою з високим коефіцієнтом $AUC=0,84$ ($p=0,001$). Отже, критичним прогностичним рівнем для оцінки ризику генералізованого пародонтиту слід вважати інтенсивність паління по 10-15 сигарет на день. Менша інтенсивність паління не має достатнього прогностичного рівня оцінки.

Важливим аспектом в прогнозі розвитку пародонтиту була загальна клінічна оцінка здоров'я людини, де першочергове значення мають хронічні супутні загальносоматичні захворювання (табл. 2). В молодому віці частота виявлення більшості хронічних захворювань є незначною, тому в результаті аналізу винесено тільки статистично значимі оцінки ($p<0,05$). Встановлено, що найбільш значущим чинником, наявність якого вельми підвищує ймовірність генералізованих форм пародонтиту, є хронічні захворювання органів травлення – відношення шансів $OR=6,1$; $p=0,0001$, дещо меншу прогностичну значимість мають захворювання щитоподібної залози – $OR=3,7$ (2,8-4,9) та цереброваскулярні ураження (судинні порушення, ВСД) – $OR=2,6$ (2,0-4,3). Захворювання ЛОР органів також чинять значимий прогностичний потенціуючий ефект – $OR=1,8$ (1,3-2,3); $p=0,0002$.

Таблиця 2

Прогностична значимість супутньої соматичної патології як клінічних чинників ризику розвитку генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку (19-33 років)

Вид патології/ параметри	Прогностична ефективність, %,(ДІ)	Відношення шансів OR, (ДІ)	χ^2	Оцінка р
Захворювання органів травлення	71,1 (68,0-74,1)	6,1 (4,5-8,1)	160,4	0,0001
Ураження щитоподібної залози	65,8 (62,3-68,9)	3,7 (2,8-4,9)	89,7	0,0001

Церебро-васкулярні захворювання	61,9 (58,6-65,1)	2,6 (2,0-4,3)	51,0	0,0001
Захворювання ЛОР-органів	57,2 (53,9-60,2)	1,8 (1,3-2,3)	18,7	0,0002

Визначення переліку прогностично значимих медико-соціальних та загально-клінічних факторів ризику виникнення генералізованого пародонтиту. захворювань пародонта послужило основою розробки скринінгової моделі, побудованої на основі логістичної регресії. Проведена співставна оцінка між фактично виявленими і прогнозованими випадками розвитку генералізованого пародонтиту виявила характеристику прогностичної потужності моделі. Встановлено, що у 89% випадків прогнозований ризик розвитку патологічного процесу співпав з фактичною клінічною оцінкою.

Отже, проведеним дослідженням визначені провідні медико-соціальні та загальні клінічні фактори ризику розвитку генералізованих форм пародонтиту серед населення України віком 19-33 років, на підставі яких встановлені значимі критерії для формування груп високого ризику.

Наступним кроком було визначення медичної активності населення як важливого фактору успішної реалізації завдань лікувально-профілактичної допомоги хворим із ураженнями пародонта, яке включало вивчення інформованості населення щодо основних стоматологічних захворювань та чинників, які впливають на їх виникнення та зумовлюють прогноз розвитку; відношення до здоров'я; мотивацію до оздоровлення; зацікавленість пацієнта в отриманні профілактичної допомоги з боку медичних працівників; комплайєнс лікувально-профілактичних заходів. Встановлено, що 76,3% опитуваних не пов'язують захворювання пародонта із загальним рівнем здоров'я (65,7% чоловіків та 54,5% жінок), а 78,6% респондентів виявили готовність до участі у профілактичних заходах за умови, що вони будуть запропоновані та організовані у поліклініці за місцем проживання. Разом з тим, співставлення цих даних з результатами соціологічного опитування щодо частоти відвідувань стоматолога, звернень з метою профілактичного огляду, дотримання й обізнаності щодо гігієнічних навичок свідчить про недостатній рівень інформованості й мотивації населення щодо необхідності профілактики захворювань пародонта, з одного боку, й відсутність належної компетентності й готовності до цього лікарів-стоматологів. Підтвердженням цього є факт достовірної розбіжності між даними суб'єктивної оцінки стану гігієни порожнини рота респондентами та професійною індексною оцінкою (індексом ОНІ-S), особливо за умов поганого рівня гігієни: незадовільним його вважають лише 3,7% опитуваних, тоді як за індексним оцінюванням частка таких осіб з числа респондентів мала б складати 61,1%. Водночас оцінюють гігієну порожнини рота як задовільну 78,6% пацієнтів, лікарів-стоматологів – лише у 34,6% респондентів.

Встановлено, що серед відвідувачів стоматологічних медичних закладів значно поширені фактори ризику захворювань пародонта, при чому підтверджена готовність населення до їх корекції за участі спеціалістів-

стоматологів. Більшість пацієнтів-респондентів висловлюють очікування від лікаря більшого обсягу інформації щодо загального й стоматологічного здоров'я та заходів з його збереження, а лікарі недостатньо використовують ресурс особистого контакту та спілкування з пацієнтами для детального і повного профілактичного консультування. Результати анкетування респондентів-пацієнтів (всього – 1261 анкета, вік – 19-33 рр.) виявили, що 81,9% з них відвідують стоматолога з метою профілактичного огляду рідше 1 разу на рік або взагалі не ставлять за мету профілактичне відвідування. При цьому саме в цій когорті обстежених було виявлено незадовільний стан гігієни порожнини рота з надзвичайно високою частотою – 67, %.

Соціологічне дослідження щодо рівня знань лікарів з профілактики стоматологічних захворювань – анонімне анкетування 3740 лікарів з 380 стоматологічних закладів різних форм власності, з 20 міст різних областей України – показало, що лише 22% респондентів-лікарів мають належний обсяг знань з профілактики захворювань пародонта.

Під час широкого епідеміологічного дослідження в різних областях України ми дослідили ефективність розробленої нами гігієнічної програми, що стала однією зі складових стратегії профілактики захворювань пародонта. На попередніх етапах роботи нами було встановлено прямий кореляційний зв'язок між станом гігієни ротової порожнини та ступенем тяжкості запалення пародонта із середнім та тяжким ступенем запалення та зворотній – із легким ступенем. Вже через 7 днів після навчання правилам гігієнічного догляду за порожниною рота відзначено зниження інтенсивності запалення в пародонті. В осіб із задовільним вихідним рівнем гігієни значення індексу РМА знизилося від 1,4 разу до 2 разів в різних досліджуваних областях. Через місяць показники індексу РМА покращилися в середньому в 2,5 разу, а через 3 місяці значення індексу РМА знизилося, порівняно з вихідним, в середньому в 5 разів і практично наблизилося до норми. За умов незадовільного вихідного рівня гігієни значення індексу РМА через 3 місяці було нижче вихідного в середньому в 9 разів, при поганому гігієнічному стані динаміка інтенсивності запалення уповільнена й до кінця третього місяця склала 1,75 разу. Віддалені результати спостереження через 6 місяців показали деяке збільшення індексу РМА у всіх трьох групах, особливо відчутне розходження індексу в групах з задовільним та поганим рівнем гігієни, зменшення індексу РМА у порівнянні з вихідними даними було майже втричі. Через рік установлена тенденція зберігалася: розрив між значенням індексу у зазначених групах зростав, а при задовільному гігієнічному стані його значення були стабільними.

На наступному етапі роботи з метою визначення організаційних умов впровадження стратегії профілактики захворювань пародонта та потенційних можливостей удосконалення діючої в Україні системи надання медичної стоматологічної допомоги даній категорії хворих нами було досліджено особливості системи організації, нормативно-правового забезпечення, кадрового потенціалу та ефективності стоматологічної допомоги та профілактики при захворюваннях пародонта в умовах стоматологічних закладів різних організаційних рівнів.

Дослідження структури та певного обсягу основних розділів роботи лікарів-стоматологів щодо надання лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта та визначення потреби пацієнтів в основних видах спеціалізованого лікування, лабораторного та рентгенологічного забезпечення при початкових стадіях генералізованого пародонтиту показало, що лікувальні підрозділи різного рівня організації значно різняться за структурою основних видів діяльності лікарів, що надають пародонтологічну допомогу. Аналізу підлягали кількісні та якісні показники діяльності стоматологічних підрозділів: оцінювали відвідуваність, обсяг та структуру спеціалізованої допомоги, її відповідність індивідуальним потребам пацієнтів щодо її якості.

Порівняльний аналіз структури амбулаторної відвідуваності свідчить, що найбільшу частку складають повторні лікувально-діагностичні відвідування (80,4-86,2%). На відвідування з консультативною метою припадає від 5,7% у СМЦ, до 3,2% у обласній та 2,8% у міській поліклініці. На даному етапі існування закладів практичної охорони здоров'я немає лікарів-пародонтологів, які б могли забезпечити необхідний обсяг спеціалізованої допомоги населенню, а лікування хвороб пародонта здійснюється у лікувальних відділеннях усіх рівнів. При цьому звертає на себе увагу високий відсоток вперше діагностованих захворювань пародонта у лікувально-профілактичних закладах II-III рівнів (13,9-23,2%). Це свідчить про відсутність організації спеціалізованої пародонтологічної допомоги за рівнями лікувально-профілактичних закладів, а також відсутність системи ранньої діагностики захворювань пародонта, дотримання принципів етапності та наступності. Водночас, оскільки основою організації медичної допомоги хворим із захворюваннями пародонта у лікувально-профілактичних стоматологічних закладах є лікувально-діагностична робота, така форма надання спеціалізованої допомоги, як диспансеризація, складає лише малу частку на кожному з досліджених нами рівнів. Виявлені недоліки нормативно-правової бази з організації диспансеризації населення щодо хвороб пародонта призводять до того, що наразі диспансерний облік осіб із захворюваннями пародонта зводиться до формування списків пацієнтів та призначення їм обов'язкових повторних відвідувань через 6 місяців, незалежно від клінічного перебігу та тяжкості захворювання. Причому, лікар позбавлений можливості керувати процесом спостереження хворого у динаміці, оскільки за відсутності фінансування на поштові витрати або телефонування хворих не викликають на повторні огляди до ЛПСЗ, а пацієнти відвідують лікаря за власною ініціативою. У більшості випадків це не регламентовано міркуваннями упередження загострення та прогресування захворювань пародонта, а є наслідком значного погіршення клінічного перебігу (у 59,2%), погіршення гігієнічного стану порожнини рота (у 28,7%). Лише 12,1% пацієнтів з числа визначених для диспансерного обліку в ЛПСЗ різного рівня звертаються повторно у терміни, рекомендовані спеціалістом. Частка охоплення хворих із генералізованим пародонтитом у ЛПСЗ II-III рівнів становить лише 36,2%, у первинній ланці – 59,4% ($p < 0,001$). Виявлені розбіжності зумовлені: 1) відсутністю діючої нормативної бази з регламентування осіб, сучасних стандартів та протоколів надання медичної

стоматологічної допомоги населенню із хворобами пародонта; 2) неповним охопленням необхідною допомогою та диспансерним спостереженням хворих із патологією пародонта, які були виявлені на амбулаторному прийомі; 3) високою розповсюдженістю захворювань пародонта серед населення; 4) низкою організаційних недоліків, у т.ч. відсутністю чіткого розподілу функцій стоматологічних закладів щодо амбулаторного обслуговування населення з захворюваннями пародонта, обмеженими штатними можливостями тощо.

За аналізом фактичних критеріїв відбору хворих на диспансерне спостереження у досліджуваних закладах була виявлена значна розбіжність у віковій структурі диспансерного контингенту, що формується у різних ЛПСЗ. Так, зокрема, у пародонтологічному відділенні міської поліклініки розподіл хворих на диспансерному обліку перевагу склали особи до 44 років: 31,3% у віці 19-28 рр., 23,5% – 29-34 рр. та 32,6% – 35-44 рр. У пародонтологічному кабінеті обласного стоматологічного об'єднання до групи диспансерного спостереження були включені 32,0% осіб у віці 45-49 рр. причому з I-II та III ст. захворювання, осіб же з початковими формами генералізованого пародонтиту та генералізованим гінгівітом у віці 19-28 років на диспансерному обліку зареєстровано лише 11,4%. Такі розбіжності свідчать про відсутність єдиного вікового цензу щодо формування груп диспансеризації осіб з хворобами пародонта. Це, у свою чергу, призводить до послаблення контролю з боку лікарів-стоматологів до груп ризику щодо розвитку генералізованого пародонтиту у молодих осіб, а сутність диспансеризації у наявній формі зводиться до діагностики, констатації наявності захворювання та проведення періодичних курсів лікування вже розвинутих незворотних клінічних форм хвороб пародонта.

Наповнення комплексу лікування ми визначали шляхом експертної оцінки виконання індивідуальних планів лікувально-оздоровчих заходів, що призначалися хворим на генералізований пародонтит. При складанні індивідуальних планів лікування лікарі керувалися примірними схемами з методичних посібників та підручників, інформаційних листів, практичних рекомендацій, наукових статей тощо. Нами встановлено, що у неповному обсязі окремі види комплексного лікування проводилися практично усім хворим, що перебували на диспансерному спостереженні (82,7-98,4%). Однак ці дані не є інформаційними для висновку щодо якості лікування, оскільки програма експертної оцінки якості та ефективності лікування дотримання протоколів лікування вважає за один з важливих критеріїв його якості саме повноту лікування. Повний комплекс лікування отримали тільки трохи більше половини (62,7%) хворих у пародонтологічному відділенні міської стоматологічної поліклініки, а у пародонтологічному кабінеті та в умовах загального терапевтичного прийому ці показники значно нижче (52,9% та 15,9% відповідно). Як було засвідчено вище, факт виконання індивідуальних планів лікування виявлено нами у лікувальних установах усіх рівнів. Водночас вражає низька частка хворих, що отримують лікування у повному обсязі. Значний вплив на цей показник надає рівень лікувального закладу. Так, найбільш високий показник повноти проведеного лікування зареєстровано у

пародонтологічному відділенні СМЦ. Зниження його в інших лікувальних закладах обумовлено, у першу чергу, незабезпеченням індивідуальних потреб пацієнтів у комплексному хірургічному та ортопедичному лікуванні та моніторингу ефективності лікування на етапах його здійснення. Особливо відмічаються значні коливання у показниках обсягів охопту хірургічними видами лікування. Тільки у СМЦ, де введено посаду хірурга-стоматолога до штатного розпису відділення пародонтології, практично задовільнена потреба у хірургічному лікуванні (97,0%). Суттєво нижче цей показник у пародонтологічному кабінеті (2,8%) та практично відсутній в умовах загального терапевтичного прийому. Такий незадовільний стан щодо неповного обсягу надання хірургічної допомоги хворим на генералізований пародонтит можна пояснити у першу чергу відсутністю чіткої організації лікування хворих з цими захворюваннями, недоліками спеціалізованої підготовки лікарів-стоматологів щодо надання комплексної лікувально-профілактичної допомоги, і хірургічної в тому числі, а також відсутністю належних умов для її здійснення.

Нашими дослідженнями виявлені значні вади організації ортопедичного лікування хворих на генералізований пародонтит. Ортопедичні втручання в комплексі лікувальних заходів у цих пацієнтів у повному обсязі отримали лише 2,4% хворих на терапевтичному прийомі та 6,3% у пародонтологічному кабінеті. Зрозумілим є те, що в умовах СМЦ частка забезпечення потреб у такому виді лікування склала 91,3%. Ці дані свідчать про недоліки організації спеціалізованого ортопедичного лікування та відповідної реабілітації пародонтологічних хворих в умовах типових лікувальних стоматологічних закладів. Разом з тим, за даними нашої експертної оцінки рівень деяких трудових елементів допоміжної діяльності, які виконує лікар, відповідає кваліфікації медичної сестри або асистента стоматолога – гігієніста.

Суттєвого перегляду та удосконалення потребує також існуюча медична документація, яка застосовується лікарями для урахування діяльності щодо надання спеціалізованої пародонтологічної допомоги. Додаткові резерви полягають у впровадженні наукової організації праці (стандартизація змісту історій хвороби пародонтологічного хворого, у тому числі комп'ютеризація усіх видів обліку – щоденник відвідувань, лікування, моніторинг обстеження під час диспансерного спостереження, контроль за обсягами та ефективністю лікувально-профілактичних заходів, оцінка економічної складової, створення електронного реєстру хворих).

Для деталізації стану спеціалізованої медичної допомоги хворим на генералізований пародонтит був проведений факторний дисперсійний аналіз тривалості курсового лікування хворих, досліджено забезпечення та ефективність лікування хворих на генералізований пародонтит. При вивченні причин обмеження доступності й якості медичної допомоги (діагностичної та лікувальної) для хворих на захворювання пародонта при соціологічному опитуванні відвідувачів стоматологічних закладів (687 анкет) та лікарів-стоматологів (563 анкети) встановлено, що це пов'язано з відсутністю або недостатністю мотиву та вільного часу для відвідування лікаря (26%), низькою довірою до лікаря та його рекомендацій (29%), а також недостатністю коштів

для проведення діагностичних та лікувальних заходів (31%). Виявлено статистичний взаємозв'язок високого ступеня між думкою лікарів-стоматологів та пацієнтів щодо причин обмеження доступності й якості медичної допомоги хворим з ураженнями пародонта.

Рівень задоволення хворих із генералізованим пародонтитом наданою медичною допомогою є інтегральним показником, який відображає весь комплекс як суб'єктивних, так і об'єктивних факторів, що впливають на доступність та якість надання медичної допомоги. Визначено, що інтегральний рівень задоволення хворих наданою їм медичною допомогою є недостатньо високим (5,2-5,4 відносних балів). При цьому, серед хворих відзначаються найбільші рівні задоволення роботою лікаря-стоматолога (від 8,2 до 7,1 балів). Іншими компонентами надання медичної допомоги (вплив відвідання амбулаторної служби на емоційний стан; готовність до повторного відвідання лікаря; необхідність оплати медичних послуг) хворі мало задоволені (менше 4 балів).

Наукове обґрунтування стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні, метою якої є зниження рівнів стоматологічної та соматичної захворюваності внаслідок цієї патології. Стратегія розрахована на 10 років і передбачає три етапи реалізації. Основними її напрямками є координувана політика та удосконалення законодавчо-нормативної бази щодо збереження стоматологічного здоров'я, посилення роботи медичних служб (в т.ч. стоматологічної), підтримка на рівні громад.

Конкретні завдання стратегії полягають у тому, щоб забезпечити поєднання комплексної роботи по усуненню або зменшенню впливу чинників ризику та їх детермінантів із удосконаленням системи надання стоматологічної допомоги з метою найбільш ефективною профілактики захворювань пародонта.

Встановлено, що запропонована стратегія може бути досягнута шляхами, які доповнюють один одного: попередження виникнення ушкоджень тканин пародонта завдяки використанню програм первинної профілактики – контроль за різномісними факторами ризику патології та професійний добір щодо визначення груп ризику серед населення, формування здорового способу життя, інформування населення та профілактична освіта (первинна профілактика); раннє виявлення допатологічних станів (насамперед, незадовільний стан гігієни порожнини рота, множинний карієс) та ранніх стадій ураження пародонта шляхом скринінгу населення з груп високого ризику; медико-генетичне консультування родин із сімейними формами пародонтопатій та наявністю спадкової схильності до цієї патології, медичний аудит (вторинна профілактика); гальмування прогресування патологічного процесу у разі виникнення генералізованих уражень пародонта шляхом використання комплексу медико-соціальних, лікувальних і реабілітаційних заходів (вторинна та третинна профілактика).

Організаційна система забезпечення реалізації в Україні стратегії профілактики захворювань пародонта базується на розроблених В.Ф. Москаленком (2009) принципах глобальної тотальної комплексної інтегральної міжсекторальної міжгалузевої системи профілактики вертикальної

і горизонтальної спрямованості. Стратегія включає пріоритетні завдання та враховує стан розвитку системи охорони здоров'я, економічного розвитку країни й передбачає три етапи. Функцію координатора реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні має забезпечувати Координаційна рада МОЗ України з питань стоматології. Управління реалізацією стратегії на національному рівні покладається на головного позаштатного спеціаліста зі стоматології МОЗ України, а на регіональних – на головного позаштатного спеціаліста зі стоматології обласних, міських, районних і відомчих управлінь охорони здоров'я (рис. 5). Важлива роль належить також профільним асоціаціям.

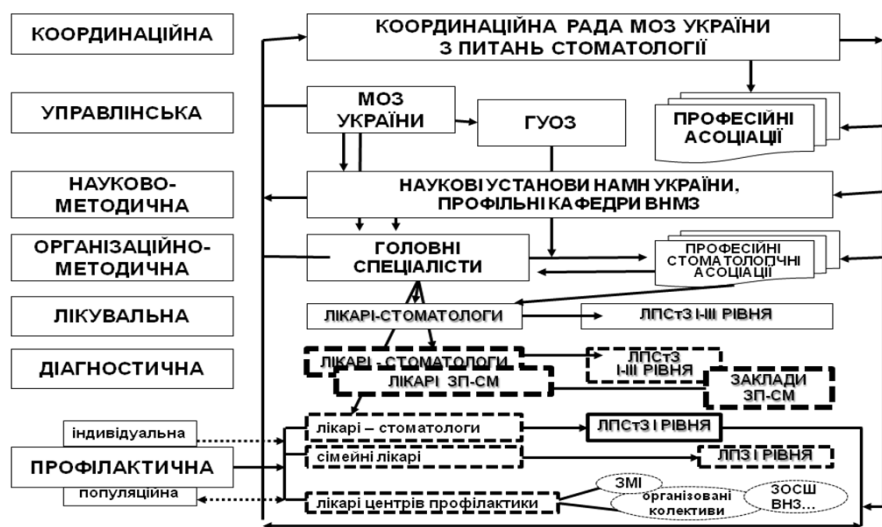


Рис. 5. Функціонально-організаційна модель профілактики та диспансеризації хворих на генералізовані хвороби пародонта.

Організаційні та функціональні зв'язки між суб'єктами, які включені до стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні. Основна роль у реалізації профілактичних стратегій щодо захворювань пародонта в Україні покладається на стоматологічні кабінети з профілактики захворювань пародонта (кабінет стоматолога загальної практики або гігієніста стоматологічного), які можуть бути створені в великих населених пунктах на базі сімейних амбулаторій, багатопрофільних або спеціалізованих амбулаторно-поліклінічних закладів, стоматологічних поліклінік, з розрахунку один кабінет на 10 тис. населення. У цей кабінет пацієнтів направляють лікарі-стоматологи, лікарі загальної практики (сімейної медицини) всіх інших лікувально-профілактичних установ системи охорони здоров'я різних видів власності та лікарі інших спеціальностей (ендокринологи, гастроентерологи тощо) в разі виявлення або підозри на ураження пародонта. В свою чергу, такі кабінети використовують, крім амбулаторного лікування та спостереження за хворими, всі інші спеціалізовані лікувально-профілактичні та наукові заклади для діагностики, лікування та вторинної профілактики захворювань пародонта. У співробітництві з Центрами здоров'я організовують та проводять інформаційні кампанії в засобах масової інформації, формують на регіональному рівні

статистичні бази хворих на ураження пародонта. Для забезпечення реалізації в Україні стратегії профілактики захворювань пародонта розраховані потреби у мережі закладів. Визначено, що на базі амбулаторно-поліклінічних закладів необхідно розгорнути 1350 кабінетів долікарських оглядів, в яких створити умови для скринінгу захворювань пародонта (з розрахунку один кабінет на 10 тис. населення віком від 19 років). Отже таку низку заходів щодо створення умов для організації і проведення скринінгу, первинної та вторинної профілактики захворювань пародонта, формування груп ризику та передумов їх подальшого диспансерного супроводу можна вважати *першим етапом реалізації стратегії* профілактики захворювань пародонта.

Другим етапом реалізації стратегії є створення системи спеціалізованої стоматологічної «пародонтологічної» допомоги за принципами комплексності, етапності та наступності щодо діагностики, лікування та диспансерного спостереження за хворими з захворюваннями пародонта. Це потребує організації пародонтологічних лікувально-профілактичних кабінетів (відділень) на базі обласних і міських (з населенням більше 1 млн) поліклінік для дорослих (з розрахунку один кабінет на 10 тис. населення) та підготовку кадрів – лікарів-пародонтологів на рівні вторинної спеціалізації.

Третій етап реалізації стратегії є створення «Реєстру хворих на генералізовані захворювання пародонта та осіб з високими ризиками їх виникнення», для чого необхідно забезпечити систему збору, обробки та аналізу інформації щодо реалізації скринінгу, захворюваності, доступності й якості діагностики, лікування, диспансерного спостереження за хворими на ураження пародонта, а також створити мережу кабінетів регіонального реєстру на базі обласних і міських (м. Київ і м. Севастополь) стоматологічних поліклінік для дорослих або спеціалізованих стоматологічних відділень у підпорядкуванні головних фахівців-стоматологів відповідних рівнів. Створення Реєстру дозволить планувати необхідні обсяги лікувально-профілактичної допомоги на регіональних рівнях та її кадрове забезпечення з відповідним матеріально-технічним і технологічним супроводом.

Розраховано кадрове забезпечення діяльності всіх зазначених структур. Визначені потреби у додатковому забезпеченні матеріально-технічними ресурсами. Враховуючи велику кількість хворих на ураження пародонта, які потребують лікування, та його високу вартість, запропоновано розподіл фінансових витрат між державним та місцевими бюджетами (за рахунок МОЗ України, обласних, міських та районних управлінь охорони здоров'я) та пацієнтом (або його представником — страховою компанією, роботодавцем, спонсором тощо).

Оцінка ефективності впровадження елементів стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні. Оцінена медична ефективність впровадження елементів розробленої стратегії профілактики генералізованих уражень пародонта в Україні, про що свідчить збільшення кількості осіб віком понад 25 років, які пройшли впродовж року скринінг на ураження пародонта (на 15,3%), частки хворих на гінгівіти, виявлених під час скринінгу (до 81,2%), кількості хворих на генералізований пародонтит, що виявлений на ранніх

стадіях розвитку (до 76,3%), за рахунок початкового – I ступеня – (до 42,1%). Медична ефективність стратегії підтверджується покращенням доступності спеціалізованої пародонтологічної допомоги хворим на ураження тканин пародонта в умовах амбулаторно-поліклінічних стоматологічних закладів (на 3,6%); збільшенням кількості хворих, які впродовж року перебували на диспансерному спостереженні (на 8,9%), отримали терапевтичне (на 84,3%) та хірургічне лікування генералізованого пародонтиту (на 23,1%).

Про високу соціальну ефективність елементів розробленої та впровадженої стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні свідчить підвищення рівня знань про ураження пародонта та методи їх раннього виявлення серед населення старше 18 років і осіб із зазначених вище груп (підвищення в 1,6-8,4 рази); високий рівень соціально-психологічного сприйняття організації та реалізації заходів скринінгу (78-82% обстежених); високе соціально-психологічне задоволення хворих на захворювання пародонта наданою медичною допомогою на всіх її рівнях (7,6-8,2 ум. бали) та всіма її основними компонентами (8-9,9 ум. балів), висока прихильність медичного персоналу стоматологічної служби та лікарів загальної практики (сімейної медицини) до розробленої профілактичної стратегії (9,2-9,7 ум. балів).

Встановлено, що завершення трьохетапної реалізації (2020 р.) стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні може дати суттєвий економічний ефект. Отримані результати вказують на значну медичну, соціальну та економічну ефективність розробленої та впровадженої стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні.

ВИСНОВКИ

У дисертації представлено теоретичне узагальнення та обґрунтовано практичне вирішення актуальної проблеми – профілактики захворювань пародонта в Україні. Визначено популяційні та індивідуальні фактори високого ризику виникнення генералізованих захворювань пародонта серед населення України молодого віку (19-33 років). Доведено доцільність скринінгу у групах високого ризику на генералізовані захворювання пародонта (за критеріями ВООЗ, Wilson-Junger) та проведено його стандартизацію. Вдосконалено алгоритм діагностики та лікування захворювань пародонта та систему диспансеризації хворих на генералізовані ураження пародонта. Обґрунтовано та розроблено стратегію профілактики захворювань пародонта, яка включає пріоритетні завдання і враховує стан розвитку системи охорони здоров'я та економічного розвитку країни. За результатами впровадження розробленої стратегії доведено її медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Встановлено, що поширеність хвороб пародонта серед населення України у віці 19-33 років становить $92,9 \pm 3,2\%$, зокрема в осіб з інтактним зубним рядом – $8,4 \pm 0,2\%$, у поєднанні з карієсом – $84,5 \pm 3,3\%$. Найвищі показники поширеності хвороб пародонта ($95,4 \pm 2,7\%$) спостерігаються у західних областях, найнижчі – $83,4 \pm 2,9\%$ та $84,7 \pm 2,6\%$ у північних та східних областях відповідно.

2. Визначено клініко-нозологічну структуру захворювань пародонта у населення України молодого віку: в осіб віком 19-23 років переважають запальні захворювання пародонта (генералізовані гінгівіти) – 76,0%, при цьому частка дистрофічно-запальних захворювань (генералізований пародонтит) становить 24,0%, серед яких абсолютну більшість (93,9%) складають початкові форми (початкового – I ступеня тяжкості) генералізованого пародонтиту. У віці 24-33 років генералізований пародонтит складає 41,6%, з яких 68,4% припадають на початковий – I ступінь та 31,6% – на I - II ступені тяжкості.

3. Доведено вплив місцевих, стоматогенних, чинників на розвиток генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку ($\chi^2=108,9$; $p<0,00001$). Дія місцевих чинників (зубного нальоту, карієсу апроксимальної та пришийкової локалізації, зубного каменю) у 95,4% є комбінованою та обумовлює сильний прямий кореляційний зв'язок між зазначеними предикторами та тяжкістю ураження тканин пародонта. При задовільному рівні гігієни порожнини рота частота запалення у легкому ступені становить 77,6%, середньому – 17,2%, а тяжкому – 5,2%, незадовільний рівень гігієни погіршує інтенсивність запалення: частота легкого ступеня зростає в 2,3 разу, середнього – у 3,4 разу та тяжкого ступеня запалення пародонта у 1,6 разу. Незадовільний гігієнічний стан призводить до збільшення показника КПВ майже у 3 рази в порівнянні з задовільним станом гігієни, а ступінь тяжкості перебігу запального процесу в тканинах пародонта збільшується у 5 разів.

4. Доведено важливу роль індивідуальних медико-соціальних факторів на розвиток генералізованих захворювань пародонта – хронічного гінгівіту та генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку (19-33 років). Визначено критерії для формування груп високого ризику для цієї патології: хронічні захворювання органів травлення (OR=6,1 (4,5-8,1); $p=0,0001$), патологія щитоподібної залози (OR=3 (2,8-4,9), $p=0,0001$), церебро-васкулярна патологія (судинні порушення, ВСД) (OR=2,6 (2,0-4,3), $p=0,0001$), захворювання ЛОР-органів (OR=1,8 (1,3-2,3); $p=0,0002$). Тютюнопаління та вживання алкоголю є потенціуючими факторами ризику, часте вживання алкоголю (3 і більше рази на тиждень) в 3,1 разу підвищує шанси розвитку генералізованого пародонтиту проти групи з відсутністю чи епізодичним вживанням алкоголю ($p=0,0001$). Тютюнопаління підвищує шанси генералізованого патологічного процесу в пародонті в 5,8 разу ($p=0,0001$).

5. Доведено доцільність скринінгу генералізованих захворювань пародонта серед груп населення з високим ризиком їх виникнення та проведено його стандартизацію на основі інтегральної оцінки предикторів ураження тканин пародонта. Для оптимізації скринінгу запропоновано створити центри профілактики стоматологічних захворювань. Визначено необхідне для цього ресурсне (кадрове, матеріально-технічне) забезпечення.

6. Визначено особливості організації, нормативно-правового та кадрового забезпечення стоматологічної допомоги при захворюваннях пародонта та їх профілактики в стоматологічних закладах. Недостатній рівень забезпечення сучасними методами діагностики, значний дефіцит у використанні відповідних методів профілактики та лікування хворих з генералізованими захворюваннями

пародонта обумовлюють невідповідність рівня доступності та якості медичної допомоги міжнародним протоколам. На основі дослідження структури та обсягу основних розділів роботи лікарів в умовах різних організаційних рівнів надання лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта визначені потреби в основних видах спеціалізованої допомоги та її лабораторного і рентгенологічного супроводу. Розроблено системні підходи, які відповідають міжнародним стандартам щодо надання стоматологічної медичної допомоги хворим на генералізовані захворювання пародонта. Запропоновано чотирьохетапну програму діагностики захворювань пародонта та вдосконалено її алгоритм.

7. Розроблено критерії контролю та оцінки ефективності надання стоматологічної допомоги при захворюваннях пародонта як інструменту управління якістю стоматологічної допомоги. Запроваджено використання способу оцінки інтенсивності деструктивних змін тканин пародонта з урахуванням інтегрального впливу комплексу місцевих чинників ураження альвеолярної кістки та твердих тканин зубів на апроксимальних та пришийкових поверхнях – індекс інтенсивності деструкції пародонта (ІІДП); визначення індивідуальної чи групової потреби у необхідних лікувально-профілактичних заходах при лікуванні генералізованого пародонтиту початкового – I ступеня та розрахунків їх обсягу – сумарного індексу ураження пародонта (СІУП) з урахуванням рівня гігієни порожнини рота та інтердентальних зон; оцінки ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів – індекс ефективності лікування (ІЕЛ). Аналіз кореляцій СІУП та ІЕЛ дозволяє визначати тривалість вірогідних ремісій та терміни превентивного лікування хворих на генералізований пародонтит у системі диспансерного спостереження.

8. Виявлено, що низька доступність та якість надання лікувально-профілактичної допомоги хворим із генералізованими ураженнями пародонта визначаються недостатністю матеріально-технічних ресурсів стоматологічної служби, низьким рівнем мотивації у пацієнтів до лікування, невиконанням ними лікувально-профілактичних рекомендацій лікарів, що сприяє прогресуванню захворювань. В групі хворих з клінічним погіршенням визначені фактори, які знижують доступність та якість надання медичної допомоги: з боку хворого – недостатність фінансових ресурсів (29%) та відсутність мотивів і бажання до лікування (26%), з боку лікаря-стоматолога – відсутність достатніх матеріально-технічних ресурсів (31%) та низький рівень дотримання хворими режиму та рекомендацій щодо лікування і профілактичних заходів (22%).

9. Науково обґрунтовано модель диспансеризації при захворюваннях пародонта та створено її програмне забезпечення на різних рівнях організації стоматологічної допомоги. Розроблено та впроваджено спосіб диференційованого формування груп диспансерного спостереження на основі інтегральної оцінки індивідуального ризику розвитку генералізованого пародонтиту, методика визначення індивідуальної потреби хворих у лікувально-профілактичних заходах та оцінки ефективності лікування та

диспансерного моніторингу. Наукове регулювання включає створення реєстру хворих, розробку та впровадження уніфікованих протоколів і стандартів медичної допомоги, медичний аудит. З метою оптимізації системи диспансеризації хворих на хронічний гінгівіт та генералізований пародонтит створені комп'ютерні програми «Діагностика захворювань пародонта» та «Диспансерний моніторинг при захворюваннях пародонта». Для планування та контролю якості диспансеризації розроблені «Критерії якості та ефективності диспансеризації хворих на захворювання пародонта», що запобігає прогресуванню захворювання в тривалі терміни (до 36 місяців).

10. Науково обґрунтовано та розроблено стратегію профілактики захворювань пародонта, визначено участь всіх верств суспільства та медичних служб, в т.ч. стоматологічної, загальної практики (сімейної медицини). Реалізація стратегії розрахована на десять років, передбачає три етапи, які включають пріоритетні завдання, що враховують стан розвитку системи охорони здоров'я країни. Визначено організаційну структуру, систему управління та функціональні зв'язки між суб'єктами, які беруть участь у реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта. Базовими компонентами розробленої стратегії в Україні є: первинна профілактика; інформування населення та профілактична освіта; скринінг захворювань пародонта; медико-генетичне консультування; медична допомога; забезпечення лікарськими, стоматологічними профілактично-гігієнічними засобами та медичним обладнанням; диспансеризація; статистичний облік, реєстрація та аналіз; забезпечення ресурсами (кадровими, матеріально-технічними, фінансовими); участь громадськості в плануванні та реалізації заходів; координація й оцінка ефективності реалізації стратегії.

11. Доведено, що впровадження елементів розробленої стратегії профілактики генералізованих захворювань пародонта в Україні має значну медичну ефективність. Це підтверджується збільшенням кількості осіб віком понад 25 років, які пройшли впродовж року скринінг на ураження пародонта (на 15,3%), частки хворих на гінгівіти, які виявлені під час скринінгу (до 81,2%), кількості хворих на генералізований пародонтит, що виявлений на ранніх стадіях розвитку (до 76,3%), у т.ч. за рахунок початкового – I ступеня – (до 42,1%). Медико-соціальна ефективність стратегії підтверджується покращенням доступності спеціалізованої пародонтологічної допомоги хворим на ураження тканин пародонта в умовах амбулаторно-поліклінічних стоматологічних закладів (на 3,6%); збільшенням кількості хворих, які впродовж року перебували на диспансерному спостереженні (на 8,9%), отримали терапевтичне (на 84,3%) та хірургічне (на 23,1%) лікування генералізованого пародонтиту, значним покращенням рівня знань лікарів і населення щодо захворювань пародонта та їх профілактики, прогнозованим зменшенням витрат держави внаслідок зниження рівнів захворюваності на хвороби пародонта та їх наслідки.

СПИСОК НАУКОВИХ РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

(* особистий внесок здобувача)

Книги, посібники, методичні рекомендації:

1. Терапевтична стоматологія у 4-х т: підручник. Т. 3. Захворювання пародонта [для студ. ВНМЗ] / [Данилевський М. Ф., Борисенко А. В., Політун А. М. та ін.]; за ред. А. В. Борисенка. — К.: Медицина, 2008. — 616 с. (**написання розділів з індексної діагностики, профілактики, диспансеризації та організації стоматологічної допомоги при захворюваннях пародонта*).

2. Терапевтична стоматологія: у 4-х т: підручник. Т.4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [Данилевський М. Ф., Борисенко А. В., Антоненко М. Ю. та ін.]; за ред. А. В. Борисенка. — К.: Медицина, 2010. — 640 с. (**написання розділів з профілактики захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота*).

3. Практична пародонтологія /Науково-методичне видання // А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова— К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. — 472 с. (**написання розділів з діагностики, профілактики та організації допомоги при захворюваннях пародонта*).

4. Методические рекомендации по использованию индивидуальных средств гигиены по уходу за полостью рта в разных клинических ситуациях. /Л. Ф. Сидельникова, М. Ю. Антоненко, Е. А. Скибицкая: методические рекомендации. — Киев-Тернополь: ООО Натурпродукт – Вега. — 2006. — 29 с. (**розробка алгоритму диференційованого вибору індивідуальних засобів з гігієни порожнини рота в різних клінічних ситуаціях при захворюваннях пародонта*).

У періодичних наукових фахових виданнях:

5. Москаленко В. Ф. Світовий досвід фінансування стоматологічної допомоги / В. Ф. Москаленко, М. Ю. Антоненко // Современная стоматология. — 2005. — № 1. — С. 152–156. (**збір та аналіз джерел літератури, написання статті*).

6. Данилевський М. Ф. Медичне обґрунтування планування регіональних програм профілактики захворювань пародонта на основі моніторингу стану гігієни порожнини рота дорослого населення України / М. Ф. Данилевський, М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. — 2005. — № 1 – 2. — С. 82–87. (**збір та аналіз джерел літератури, написання статті*).

7. Антоненко М. Ю. Моделі фінансування стоматологічної допомоги / М. Ю. Антоненко // Новини стоматології. — 2005. — № 2 (43) — С. 12–18.

8. Сидельникова Л. Ф. Эффективность гигиенических просветительских программ по данным мониторинга гигиены полости рта взрослого населения в крупных промышленных городах Украины / Л. Ф. Сидельникова, М. Ю. Антоненко // Современная стоматология. — 2005. — № 3. — С. 11–13. (**розробка*

гігієнічних просвітницьких програм, оцінка ефективності їх впровадження, написання статті).

9. Антоненко М. Ю. Особливості організації профілактики стоматологічних захворювань в умовах ринкової економіки / М. Ю. Антоненко // Український стоматологічний альманах. – 2005. – № 3. – С. 18–21.

10. Данилевський Н. Ф. Мониторинг состояния гигиены полости рта взрослого населения Украины как медицинское обоснование планирования региональных программ профилактики / Н. Ф. Данилевский, М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сидельникова // Современная стоматология. – 2005. – № 2. – С. 164–168. (**розробка дизайну дослідження, обробка результатів, написання статті*).

11. Сідельнікова Л. Ф. Ефективність імунорегуючої терапії в комплексному лікуванні хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту / Л. Ф. Сідельнікова, І. Г. Дікова, М. Ю. Антоненко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. – 2006. – № 1 – С. 103–108. (**оцінка ефективності лікування, підготовка статті до друку*)

12. Антоненко М. Ю. Клініко-економічний аналіз організації пародонтологічної допомоги в Україні / М. Ю. Антоненко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця – 2006. – № 2. – С. 66–69.

13. Москаленко В. Ф. Клініко-економічний аналіз – основа планування та оцінки ефективності пародонтологічної допомоги / В. Ф. Москаленко, М. Ю. Антоненко // Современная стоматология. – 2006. – № 3. – С. 154–156. (**збір та аналіз матеріалу, підготовка статті до друку*).

14. Антоненко М. Ю. Соціологічні й епідеміологічні передумови впровадження освітніх програм у профілактику захворювань пародонта / М. Ю. Антоненко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2006. – № 3. – С. 32–40.

15. Антоненко М. Ю. Вибір алгоритмів індивідуальної гігієни порожнини рота в комплексній профілактиці захворювань пародонта / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова // Современная стоматология. – 2006. – № 4. – С. 77–81. (**розробка дизайну дослідження, обробка результатів, підготовка статті до друку*).

16. Антоненко М. Ю. Шляхи оптимізації комплексної профілактики захворювань пародонта / М. Ю. Антоненко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2006, № 4. – С. 213–218.

17. Данилевський М. Ф. Медико-економічні аспекти організації надання пародонтологічної допомоги дорослому населенню / М. Ф. Данилевський, М. Ю. Антоненко // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского. – 2006. – Том 142, ч. IV – С. 17–19. (**збір та аналіз матеріалу, написання статті*).

18. Борисенко А. В. Лечение генерализованного пародонтита у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями / А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко, Т. И. Пупин // Современная стоматология. – 2007. – № 2. – С. 45–47. (**оцінка ефективності лікування, обробка результатів, написання статті*).

19. Антоненко М. Ю. Індексна оцінка інтенсивності ураження тканин пародонта у диспансерному моніторингу хворих із генералізованим пародонтитом / М. Ю. Антоненко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця» – 2007. – № 1. – С. 149–151.

20. Сідельнікова Л. Ф. Ефективність застосування індивідуальних засобів гігієни порожнини рота патогенетично спрямованої дії на етапах профілактики та лікування хворих на генералізований пародонтит / Л. Ф. Сідельнікова, М. Ю. Антоненко // Современная стоматология. – 2007. – № 1. – С. 55–57. (**розробка дизайну дослідження, обробка результатів, підготовка статті до друку*).

21. Борисенко А. В. Маркетинг стоматологічних профілактичних послуг у територіальній стоматологічній поліклініці великого міста / А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко, Н. В. Овдієнко, Н. К. Венгер // Новини стоматології. – 2007. – № 4. – С. 6–11. (**розробка дизайну дослідження, обробка результатів, підготовка статті до публікації*).

22. Антоненко М. Ю. Медична активність населення щодо стоматологічних профілактичних послуг у територіальній стоматологічній поліклініці великого міста / М. Ю. Антоненко, Н. В. Овдієнко, Н. К. Венгер // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 2. – С. 55–58. (**розробка дизайну дослідження, його проведення та аналіз результатів*)

23. Антоненко М. Ю. Оцінка ефективності впровадження профілактичних технологій захворювань пародонта / М. Ю. Антоненко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2007. – № 2. – С. 96–100.

24. Антоненко М. Ю. Модель ранньої профілактики захворювань пародонта у вагітних / М. Ю. Антоненко, О. В. Будяківська // Ліки України. – 2007, серпень. – С. 77–80 (**створення моделі профілактики, підготовка статті до друку*)

25. Москаленко В. Ф. Наукове обґрунтування моделі диспансеризації дорослого населення молодого віку із захворюваннями пародонта / В. Ф. Москаленко, М. Ю. Антоненко // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 4 – С. 113–118. (**створення моделі диспансеризації, підготовка статті до друку*).

26. Антоненко М. Ю. Медико-соціологічне обґрунтування профілактичних технологій захворювань пародонта на рівні первинної ланки стоматологічної допомоги / М. Ю. Антоненко, Н. В. Овдієнко, Н. К. Венгер // Науковий вісник НМУ імені О.О. Богомольця. – 2007. – Спецвипуск. – С. 24–26.

27. Москаленко В. Ф. Основи моделювання системи диспансеризації хворих із генералізованим пародонтитом / В. Ф. Москаленко, М. Ю. Антоненко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2007. – № 4. – С. 97–105. (**обґрунтування моделі диспансеризації, підготовка статті до друку*).

28. Антоненко М. Ю. Економічна оцінка як інструмент управління якістю спеціалізованої допомоги при захворюваннях пародонта в умовах великого міста / М. Ю. Антоненко, М. М. Лук'янець // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 1 (29) – С. 96–97. (**аналіз джерельної бази, підготовка до публікації*).

29. Антоненко М. Ю. Вибір алгоритмів індивідуальної гігієни порожнини рота в комплексній профілактиці захворювань пародонта / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова // *Стоматолог.* – 2008. – №3. – С. 6–11. (**розробка дизайну дослідження, обробка результатів, написання статті*).

30. Антоненко М. Ю. Скринінговий метод формування груп диспансеризації при захворюваннях пародонта / М. Ю. Антоненко, М. О. Шпак // *Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.* – 2008. – № 17 – С. 36–37. (**розробка скринінгового методу, дизайну дослідження, підготовка статті до друку*).

31. Антоненко М. Ю. Індексна оцінка чинників ризику генералізованого пародонтиту у визначенні тактики та обсягу спеціалізованої допомоги / М. Ю. Антоненко, П. В. Сідельніков // *Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.* – 2009. – № 1. – С. 55–61. (**розробка скринінгового методу, дизайну дослідження, підготовка статті до друку*).

32. Павленко О. В. Планування лікувально-профілактичної допомоги хворим на генералізований пародонтит на основі оцінки ризику ураження пародонта / О. В. Павленко, М. Ю. Антоненко, П. В. Сідельніков // *Современная стоматология.* – 2009 – № 1. – С. 56–60. (**розробка дизайну дослідження, оцінка результатів, підготовка до публікації*).

33. Антоненко М. Ю. Принципи профілактики захворювань пародонта у вагітних / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова, О. В. Будяківська // *Современная стоматология.* – 2009. – № 3. – С. 42–45. (**обґрунтування та розробка принципів профілактики, підготовка до публікації*).

34. Антоненко М. Ю. Сучасні технології оптимізації комплексної профілактики захворювань пародонта / М. Ю. Антоненко, П. В. Сідельніков // *Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.* – 2010. – № 1 (28) – С. 84–89. (**розробка та впровадження технологій профілактики, аналіз результатів, підготовка публікації*).

35. Антоненко М. Ю. Эффективность включения этиотропных препаратов в комплексную гигиену полости рта на ранних этапах развития заболеваний пародонта / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сидельникова, М. О. Дудникова // *Современная стоматология.* – 2010. – № 1. – С. 49–52. (**оцінка ефективності лікування, підготовка публікації*).

36. Антоненко М. Ю. Ранняя диагностика заболеваний пародонта у молоді – основа профілактики та превентивного лікування генералізованого пародонтиту / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова, А. Г. Дімітрова // *Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.* – 2010. – № 4 (31). – С. 99–102. (**створення концепції ранньої профілактики, підготовка до друку*).

37. Антоненко М. Ю. Нові можливості підвищення ефективності гігієнічних заходів у комплексній профілактиці стоматологічних захворювань у осіб молодого віку / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова, М. О. Дудникова // *Новини стоматології.* – 2011. – № 2 (68). – С. 53–56. (**розробка дизайну дослідження, аналіз результатів, підготовка публікації до друку*).

38. Антоненко М. Ю. Шляхи підвищення рівня комплайнсу індивідуальних гігієнічних програм в комплексній профілактиці захворювань пародонта / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сидельникова, М. О. Дудникова // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2011. – № 1 (32). – С. 96–102. (**розробка дизайну дослідження, аналіз результатів, підготовка публікації до друку*).

39. Антоненко М. Ю. Новые возможности повышения эффективности гигиенических мероприятий в комплексной профилактике стоматологических заболеваний у лиц молодого возраста / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сидельникова, М. О. Дудникова // Современная стоматология. – 2011. – № 3. – С. 95–98. (**розробка дизайну дослідження, аналіз результатів*).

40. Сидельникова Л. Ф. Обоснование выбора методов оценки эффективности антигалитозной терапии / Л. Ф. Сидельникова, М. Ю. Антоненко, М. О. Дудникова // Современная стоматология. – 2011. – № 5. – С. 8–10. (**розробка дизайну дослідження, аналіз результатів, підготовка публікації до друку*).

41. Антоненко М. Ю. Обґрунтування стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні / М. Ю. Антоненко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 83–84.

В інших виданнях:

42. Антоненко М. Ю. Проблеми профілактики запальних та запально-дистрофічних захворювань пародонта в осіб молодого віку / М. Ю. Антоненко // Дентал Експрес. – 2004. – № 2. – С. 8–12.

43. Антоненко М. Ю. Медичні та соціально-економічні основи удосконалення стоматологічної допомоги в Україні / М. Ю. Антоненко // В сб. Ювілейний VIII з'їзд ВУЛТ (Всеукраїнського Лікарського Товариства) Присвячений 15 - річчю організації. м. Івано-Франківськ, 21-22 квітня 2005 року. Тези доповідей. – Київ, 2005. – С. 430.

44. Москаленко В. Ф. Аналіз світового досвіду систем фінансування стоматологічної допомоги населенню / В. Ф. Москаленко, М. Ю. Антоненко // В сб. Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник научных статей. Выпуск 11. – Донецк, 2005. – С. 9–12. (**аналіз джерельної бази, підготовка публікації*).

45. Антоненко М. Ю. Медичні основи планування програм профілактики стоматологічних захворювань у великому промисловому місті / М. Ю. Антоненко // В сб. Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник научных статей. Выпуск 11. – Донецк, 2005. – С. 39–42.

46. Антоненко М. Ю. Основні напрямки та перспективи реформування профілактики стоматологічних захворювань / М. Ю. Антоненко // В сб. Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні проблеми в клінічній медицині». – Київ, 6 квітня 2006 р. – С. 11–12.

47. Антоненко М. Ю. Соціально-економічні аспекти оптимізації профілактики захворювань пародонта / М. Ю. Антоненко // Матеріали II науково-практичної конференції «Актуальні проблеми терапевтичної стоматології». – Київ, 2006. – С. 21–23.

48. Антоненко М. Ю. Медичні та соціальні основи формування регіональних програм профілактики захворювань пародонта дорослого населення України / М. Ю. Антоненко // Тези доповідей XI Конгресу СФУЛТ. 28-30 серпня 2006 р., м. Полтава. – С. 161.

49. Сидельникова Л. Ф. Роль и перспективы образовательных профилактических программ в профилактике заболеваний пародонта / Л. Ф. Сидельникова, М. Ю. Антоненко, Д. М. Ставская // ДентАрт: Журнал о науке и искусстве в стоматологии. – 2006. – № 3 – С. 70–73. (**створення профілактичних програм, підготовка статті до друку*).

50. Антоненко М. Ю. Методология донозологического мониторинга состояния гигиены полости рта и заболеваний пародонта населения в крупных промышленных городах Украины / М. Ю. Антоненко // в сб. Проблемы диагностики и коррекции состояния здоровья в напряженной экологической среде обитания. Материалы второй международной научной конференции Донозология – 2006, Санкт-Петербург, 18-19 октября 2006 г. – С. 31–33.

51. Сидельникова Л. Ф. Профілактика захворювань пародонта у вагітних як етап антенатальної профілактики стоматологічних захворювань у дітей / Л. Ф. Сидельникова, М. Ю. Антоненко, Б. А. Ревенок // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. 2007. – Спецвипуск. – С. 194–196. (**розробка профілактичних програм, підготовка до друку*).

52. Борисенко А. В. Застосування препарату Тіотриазолін у комплексній терапії генералізованого пародонтиту / А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко, О. І. Васильченко, Т. І. Пупін // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2007. – № 1. – С. 146–148. (**оцінка ефективності лікування, аналіз результатів, підготовка статті до друку*).

53. Антоненко М. Ю. Ефективність гігієнічних засобів у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту / М. Ю. Антоненко, І. Г. Дікова, А. Г. Ткаченко, А. В. Сидоренко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2007. – Спецвипуск. – С. 21–23. (**створення дизайну дослідження, аналіз результатів, підготовка статті до друку*).

54. Антоненко М. Ю. Індексна оцінка чинників ризику генералізованого пародонтиту у визначенні тактики та обсягу спеціалізованої допомоги / М. Ю. Антоненко, П. В. Сидельников // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2009. – № 1 (22). – С. 55–61. (**розробка системи оцінювання ризиків та відповідного обсягу необхідної допомоги, підготовка до публікації*).

55. Антоненко М. Ю. Вибір алгоритмів індивідуальної гігієни порожнини рота в комплексній профілактиці захворювань пародонта / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сидельникова // Стоматолог. – 2008. – № 3. – С. 6–11. (**обґрунтування вибору профілактичних програм, підготовка до друку*).

56. Сидельникова Л. Ф. Профілактика захворювань пародонта у вагітних: нові можливості з гігієнічними засобами «Лакалут» / Л. Ф. Сидельникова, М. Ю. Антоненко // Науковий вісник Національного медичного університету імені

О.О. Богомольця. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 60-річчю ВООЗ, Всесвітньому дню здоров'я 2008 р., захисту здоров'я від змін клімату. – 2008. – № 17. – С. 287–288. (**розробка методів профілактики, підготовка до друку*).

57. Антоненко М. Ю. Соціально-економічне обґрунтування організації пародонтологічної допомоги як складової стоматологічної служби в умовах великого міста / М. Ю. Антоненко // В сб. Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я. 23-25 жовтня 2008 р., м. Житомир / відп. ред. Г. О. Слабкий. – Київ-Житомир. 2008. – Т. 2. – С. 18–20.

58. Антоненко М. Ю. Клініко-економічна оцінка сучасних технологій у спеціалізованій пародонтологічній допомозі / М. Ю. Антоненко, М. М. Лукьянець, Л. О. Карачевська // В сб. Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України (16-18 жовтня 2008 р., м. Полтава). – С. 42–43. (**проведення дослідження, підготовка матеріалів до друку*).

59. Антоненко М. Ю. Стратегія профілактики захворювань пародонта в умовах реформування здравоохоронення в Україні / М. Ю. Антоненко // В сб. Труды 6-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения» – 2011, Санкт-Петербург, 24-26 ноября 2011 г. – С. 130–133.

Патенти

(заявник та патентовласник – НМУ імені О.О. Богомольця):

60. Пат. на корисну модель № 9334 Україна, МПК G 01N33/483. Спосіб оцінки ступеня тяжкості ураження тканин пародонта / Борисенко А. В., Антоненко М. Ю., Сідельнікова Л. Ф., Ткаченко А. Г.; заявл. 23.03.05; опубл. 15.09.05, Бюл. – 2005. № 9. – С. 5.121. (**розробка формули патенту, апробація, впровадження*).

61. Пат. на корисну модель № 19694, Україна, МПК А 61В 10/00. Спосіб діагностики генералізованого пародонтиту / Антоненко М. Ю., Черкасов В. Г., Черкасова О. В.; заявл. 26.07.06; опубл. 15.12.06, Бюл. – 2006. № 12. – С. 5.241. (**розробка формули патенту, апробація, впровадження*).

62. Пат. на корисну модель № 19695, Україна, МПК А 61К 31/695. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту / Борисенко А. В., Антоненко М.Ю., Черкасова О.В.; заявл. 26.07.06; опубл. 15.12.06. Бюл. – 2006. № 12. – С. 5.241. (**розробка формули патенту, апробація, впровадження*).

63. Пат. на корисну модель № 19696, Україна. МПК А 61В 1/00. Спосіб діагностики захворювання / Самарай В. П., Антоненко М. Ю., Довбиш Н. О; заявл. 26.07.06; опубл. 15.12.06. Бюл. – 2006. № 12. – С. 5.242. (**розробка формули патенту, апробація, впровадження*).

64. Пат. на корисну модель № 29562, Україна. МПК А61В 5/02. Спосіб оцінки ефективності лікування генералізованого пародонтиту / Москаленко В. Ф., Антоненко М. Ю. ; заявл. 29.11.07; опубл. 10.01.08. Бюл. – 2008. № 1. – С. 15. (**розробка формули патенту, апробація, впровадження*).

65. Пат. на корисну модель № 29563 Україна, МПК А61В 10/00. Спосіб диспансерного моніторингу хворих на генералізований пародонтит /

Москаленко В. Ф., Антоненко М. Ю.; заявл. 29.11.07; опубл. 10.01.08. Бюл. – 2008. № 1. – С. 243. (**розробка формули патенту, апробація та впровадження*).

66. Пат. на корисну модель № 29564, Україна. МПК А61В 5/00 Спосіб оцінки ураження пародонта у хворих на генералізований пародонтит / Москаленко В. Ф., Антоненко М. Ю. ; заявл. 29.11.07; опубл. 10.01.08. Бюл. – 2008. – № 1. – С. 15. (**розробка формули патенту, апробація та впровадження*).

67. Пат. на корисну модель № 33357 Україна, МПК А61В 1/00 UA А61В 5/00. Спосіб діагностики захворювання / Самарай В. П., Довбиш Н. О., Антоненко М. Ю., Тишко Ф. О., Самарай Р. В.; заявл. 05.12.07; опубл. 25.06.08. Бюл. – 2008. № 12. – С. 238. (**розробка формули патенту, апробація, впровадження*).

68. Пат. на корисну модель № 33358 Україна, МПК А61В 1/00 UA А61В 5/00. Спосіб діагностики захворювання / Самарай В. П., Довбиш Н. О., Антоненко М. Ю., Тишко Ф. О., Самарай Р. В.; заявл. 05.12.07; опубл. 25.06.08. Бюл. – 2008. № 12. – С. 239. (**розробка формули патенту, апробація, впровадження*).

69. Пат. на корисну модель № 39009, Україна. МПК А61В 5/00. Спосіб оцінки ризику генералізованого пародонтиту / Москаленко В. Ф., Антоненко М. Ю., Павленко В. О., Сідельников П. В.; заявл. 03.12.08; опубл. 26.01.09. Бюл. – 2009. № 2. – С. 5.12. (**розробка формули патенту, апробація, впровадження*).

70. Пат. на корисну модель № 39012, Україна. МПК А61В 10/00. Спосіб оцінки потреби у лікувально-профілактичній допомозі хворим на генералізований пародонтит / Москаленко В. Ф., Антоненко М. Ю., Павленко В. О., Сідельников П. В.; заявл. 17.12.08; опубл. 26.01.09. Бюл. – 2009. № 2. – С. 5.15. (**розробка формули патенту, апробація, впровадження*).

АНОТАЦІЯ

Антоненко М.Ю. *Наукове обґрунтування сучасної стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні. – На правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2012.

У дисертації представлено теоретичне узагальнення та обґрунтовано практичне вирішення актуальної проблеми – профілактики захворювань пародонта в Україні. Дослідження включали медико-статистичний моніторинг і встановлення популяційних та індивідуальних факторів ризику виникнення генералізованих захворювань пародонта серед населення України молодого віку (19-33 років); організаційне забезпечення раннього виявлення захворювань пародонта шляхом скринінгу населення та осіб з високим ризиком їх виникнення; вдосконалення організаційного забезпечення хворих з ураженнями тканин пародонта своєчасною, доступною, високоефективною діагностикою та лікувально-профілактичною стоматологічною допомогою. Результатом роботи

стало наукове обґрунтування сучасної стратегії профілактики захворювань пародонта, яка включає пріоритетні завдання і враховує стан розвитку системи охорони здоров'я та економічного розвитку країни. За результатами впровадження розробленої стратегії доведено її медичну, соціальну та економічну ефективність.

Ключові слова: генералізований пародонтит, гінгівіт, епідеміологія, профілактика, скринінг, діагностика, лікування, диспансеризація, стратегія профілактики захворювань пародонта.

АННОТАЦІЯ

Антоненко М.Ю. *Научное обоснование современной стратегии профилактики заболеваний пародонта в Украине. – На павах рукописи.*

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев, 2012.

В диссертации представлено теоретическое обобщение и обоснование практического решения актуальной проблемы – профилактики заболеваний пародонта в Украине.

Комплексными эпидемиологическими, медико-социологическими, клиническими исследованиями установлено, что данная стратегия может быть достигнута взаимодополняющими путями: предупреждение поражений пародонта благодаря использованию программ первичной профилактики – контроль факторов риска и профессиональный отбор, формирование здорового способа жизни, информирование населения и профилактическое просвещение; раннее выявление предикторов (неудовлетворительная гигиена полости рта, множественный кариес и его осложнения, ортодонтическая патология) и ранних стадий поражения пародонта путем скрининга населения из групп высокого риска; медико-генетическое консультирование семей с семейными формами пародонтопатий и наличием наследственной склонности к этой патологии, медицинский аудит (вторичная профилактика); сдерживание прогрессирования патологического процесса в случае возникновения генерализованных поражений пародонта путем использования комплекса медико-социальных, лечебных и реабилитационных мероприятий (вторичная и третичная профилактика).

Распределение организационных и функциональных обязанностей между субъектами – участниками стратегии профилактики заболеваний пародонта, осуществляется таким образом, что основная роль в реализации ее принадлежит стоматологическим кабинетам общей практики, которые должны быть созданы в крупных населенных пунктах на базе семейных амбулаторий, многопрофильных или специализированных амбулаторно-поликлинических учреждений, стоматологических поликлиник, из расчета обслуживания 1 врачом-стоматологом общей практики (семейным стоматологом) 1,5 тыс. взрослого населения. Такие кабинеты используют, кроме амбулаторного лечения и наблюдения за больными, все другие специализированные лечебно-

профилактические и научные учреждения для диагностики, лечения и вторичной профилактики заболеваний пародонта. В сотрудничестве с Центрами здоровья организуют и проводят информационные кампании в средствах массовой информации, формируют на региональном уровне статистические базы больных с заболеваниями пародонта - «Реестр больных с заболеваниями пародонта и лиц с высокими рисками их возникновения». Рассчитано кадровое обеспечение деятельности всех упомянутых структур. Определены потребности в дополнительном обеспечении материально-техническими ресурсами. Предложена схема распределения финансовых затрат между государственным и местными бюджетами и пациентом (или его представителем – страховой компанией, работодателем, спонсором, пр.)

Оценена медицинская эффективность внедрения элементов разработанной стратегии профилактики заболеваний пародонта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, гингивит, эпидемиология, профилактика, скрининг, диагностика, лечение, диспансеризация, стратегия профилактики заболеваний пародонта

SUMMARY

Antonenko M.Yu. *Scientific grounding of the modern strategy of periodontal diseases prevention in Ukraine. - The manuscript.*

Dissertation for the doctor of medical sciences degree in a specialty 14.01.22 – stomatology. – Bohomolets National Medical University of the Ministry of Public Health of Ukraine, Kyiv, 2012.

Theoretical generalization and practical grounding rationale of actual health care problem – the periodontal diseases prevention in Ukraine are given in dissertation.

The Researches included the medical and statistical monitoring and identification of population and individual factors of the high risk of generalized periodontal diseases among the population of Ukraine at a young age (19-33 years); organizational support for the early detection of inflammatory and dystrophic-inflammatory generalized periodontal disease by screening of the population and persons with a high risk of their occurrence. A method of improvement of organizational support of prophylactic medical examination and treatment of patients with initial forms of generalized periodontal disease and using possibilities of timely, accessible, high-performance diagnostics and treatment-and-prophylactic assistance.

The result of the work was scientific basis for a modern strategy of periodontal disease prevention, which includes priorities and takes into account the state of development of the health system and economic development of the country. According to the results of the implementation of the elaborated strategy proved its medical, social and economic efficiency.

Keywords: generalized periodontitis, gingivitis, epidemiology, prevention, screening, diagnosis, treatment, prophylactic medical examination, the strategy of periodontal diseases prevention.

Список умовних позначень (скорочень)

AUC	– area under curve, коефіцієнт площі під кривою
ОHI-S	– спрощений індекс гігієни (Oral Hygiene Index – Simplified)
OR	– відношення шансів (Relative Odd – OR)
ROC	– Receiver Operator Characteristic
АКП	– апроксимальна каріозна порожнина (розташована на контактній, апроксимальній, поверхні коронки зубу)
АРІ	– апроксимальний пародонтальний індекс
АСУ	– Асоціація стоматологів України
ВМНЗ	– вищий медичний навчальний заклад
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВСД	– вегето-судинна дистонія
ГП	– генералізований пародонтит
ГУОЗ	– Головне управління охорони здоров'я
ДІ	– довірчий інтервал
ЗМІ	– засоби масової інформації
ЗОШ	– загальноосвітні школи
ІДП	– індекс деструкції пародонта
ІЕЛ	– індекс ефективності лікування
ІЦДП	– індекс інтенсивності деструкції пародонта
КПВ	– індекс КПВ – кількість каріозних (К), пломбованих (П) і видалених (В) постійних зубів у середньому на 1 обстежену особу
ЛОР	– оториноларингологічні захворювання (ЛОР-захворювання)
ЛПСЗ	– лікувально-профілактичний стоматологічний заклад
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
НДР	– науково-дослідна робота
НМУ	– Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
ПК	– пародонтальна кишень
РМА	– індекс РМА або індекс гінгівіту, папілярно-маргінально-альвеолярний індекс
СІУП	– сумарний індекс ураження пародонта
СМЦ	– Стоматологічний медичний центр НМУ імені О.О. Богомольця