

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

На правах рукопису

АНТОНЕНКО МАРИНА ЮРІЇВНА

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

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

14.01.22 – стоматологія

**Дисертація на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук**

Наукові консультанти:

**МОСКАЛЕНКО Віталій Федорович,
доктор медичних наук, професор,
академік НАМН України**

**БОРИСЕНКО Анатолій Васильович,
доктор медичних наук, професор**

Київ – 2012

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ПРОБЛЕМА ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА В УКРАЇНІ ТА СВІТІ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ (аналітичний огляд літератури)	15
1.1 Епідеміологічна ситуація щодо захворювань пародонта в світі та Україні	17
1.2 Особливості організації лікувальної та профілактичної допомоги при стоматологічних захворюваннях в Європі та світі	25
1.3 Аналіз вітчизняного досвіду організації лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта	39
1.4 Сучасний погляд на профілактику та лікування захворювань пародонта	46
1.4.1 Клініко-патогенетичні механізми розвитку запально-дистрофічних захворювань пародонта	46
1.4.2 Сучасні технології профілактики захворювань пародонта	49
1.4.3 Роль і місце гігієни порожнини рота у профілактиці та лікуванні захворювань пародонта	54
1.4.4 Аналіз методів прогнозування ефективності лікувально-профілактичних заходів при захворюваннях пародонта	57
1.5 Сучасний стан проблеми становлення та розвитку інституту лікаря загальної (сімейної) практики в стоматології	61
1.5.1 Вирішення проблем стоматології в системі загальної практики/сімейної медицини за кордоном	62
1.5.2 Становлення та розвиток інституту лікаря-стоматолога загальної практики в системі охорони здоров'я в світі та Україні	68

РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, МЕТОДИ, ОБ'ЄКТИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ	79
РОЗДІЛ 3 МЕДИКО-СТАТИСТИЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНІ ХВОРОБИ ПАРОДОНТА (за даними клініко-епідеміологічних досліджень)	99
3.1. Вивчення поширеності та інтенсивності основних стоматологічних захворювань у студентів	100
3.2. Дослідження поширеності та інтенсивності захворювань пародонта в осіб молодого віку у великих містах різних регіонів України (за даними звернень з метою профілактичних оглядів)	109
РОЗДІЛ 4 СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНІ ХВОРОБИ ПАРОДОНТА	124
4.1. Аналіз медико-соціальних та загально-клінічних факторів ризику виникнення генералізованих захворювань пародонта	126
4.2. Вивчення ролі місцевих чинників у розвитку хвороб пародонта в осіб молодого віку	134
4.2.1 Дослідження впливу гігієни порожнини рота на особливості клінічного перебігу та інтенсифікацію генералізованого пародонтиту	134
4.2.2 Клінічне обґрунтування методики оцінки інтенсивності ураження пародонта на початковому етапі розвитку генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку	137
4.3 Оцінка рівня знань дорослого населення та лікарів-стоматологів щодо профілактики захворювань пародонта	152
РОЗДІЛ 5 ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА	162
5.1 Дослідження стану нормативно-правового забезпечення системи стоматологічної допомоги дорослому населенню із хворобами пародонта	162

5.2 Структура та обсяг основних розділів роботи стоматологічних підрозділів щодо надання лікувально-профілактичної допомоги хворим із патологією пародонта	167
5.2.1 Характеристика контингентів хворих із патологією пародонта, які перебувають на диспансерному обліку	173
5.2.2 Об'єм та повнота проведених лікувально-профілактичних заходів в групах диспансерного спостереження у типових ЛПСЗ	179
5.2.3 Факторний дисперсійний аналіз тривалості курсового лікування диспансерних хворих	196
5.3. Потреби в основних видах спеціалізованого лікування, лабораторного та рентгенологічного обстеження хворих на генералізований пародонтит	199
5.3.1 Структура та обсяги хірургічної допомоги хворим на генералізований пародонти	200
5.3.2 Визначення потреби у спеціалізованому ортопедичному лікуванні хворих на генералізований пародонтит	206
5.3.3 Обсяг та потреби в лабораторному та рентгенологічному забезпеченні диспансерних хворих із генералізованим пародонтитом	209
РОЗДІЛ 6 КЛІНІКО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ДИСПАНСЕРНОГО МОНІТОРИНГУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА	224
6.1 Клініко-експериментальне обґрунтування моделі диспансерного моніторингу при захворюваннях пародонта	224
6.2 Комплексний аналіз якості та ефективності диспансерного спостереження в системі лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта	238
6.3. Модель системи диспансеризації хворих на генералізований пародонтит за рівнями організації стоматологічної допомоги	241
РОЗДІЛ 7 СТАНДАРТИЗАЦІЯ СКРИНІНГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА	253
7.1 Стандартизація скринінгу хвороб пародонта	253
7.1.1 Оцінка доцільності скринінгу захворювань пародонта	253

7.1.2 Стандартизація скринінгу захворювань пародонта	285
7.1.3 Оцінка та оптимізація ресурсного забезпечення скринінгу захворювань пародонта в Україні	287
7.2 Стандартизація діагностики уражень пародонта	292
7.2.1 Програма діагностики захворювань пародонта	292
7.2.2 Перший та другий етап діагностики	292
7.2.3 Третій етап діагностики	295
7.2.4 Четвертий етап діагностики	298
РОЗДІЛ 8 МАРКЕТИНГ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ У ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПОЛІКЛІНІЦІ ВЕЛИКОГО МІСТА	303
РОЗДІЛ 9 НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА В УКРАЇНІ	315
9.1. Концепція стратегії профілактики захворювань пародонта та тактика її реалізації	315
9.2. Нормативно-правове забезпечення реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні	322
9.3. Організаційне забезпечення реалізації в Україні стратегії профілактики захворювань пародонта	328
9.4. Ресурсне забезпечення реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні	335
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	343
ВИСНОВКИ	372
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	379

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)
API	– 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
ІДП	– 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 кишеня
РМА	– індекс РМА або індекс гінгівіту, папілярно-маргінально-альвеолярний індекс
СІУП	– сумарний індекс ураження пародонта
СМЦ	– Стоматологічний медичний центр НМУ імені О.О. Богомольця

ВСТУП

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 [14, 72, 12, 7], 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 [8, 51, 57, 67, 92, 112], збільшення кількості хворих на генералізований пародонтит [118, 143, 153]. Розповсюдженість захворювань пародонта серед осіб віком 19-24 років досягає 30%, а 25-30 років – більше 60% [255, 356,]. 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 и призводять не тільки до швидкої втрати значної кількості зубів, але й справляють значний негативний вплив на загальний стан здоров'я та якість життя пацієнтів [197, 315]. 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, Голландії, 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 [8, 32, 54]. 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 [40, 59, 113]. Профілактичний напрямок є пріоритетним для стоматології, актуальність якого суттєво зростає під дією соціальних і економічних чинників [120, 150, 165]. Профілактична орієнтація вимагає виявлення доклінічних стадій захворювання, розробки нових методичних підходів до проведення заходів первинної та вторинної профілактики [167, 188], 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, осіб з груп високого ризику. Недостатньо розробленими є системи 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 довкіллі» (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, симпозиумах: 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.

РОЗДІЛ 1
ПРОБЛЕМА ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА В УКРАЇНІ ТА СВІТІ:
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ
ДОПОМОГИ, ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ
(аналітичний огляд літератури)

Важливою складовою характеристики загального здоров'я популяції є стан стоматологічного здоров'я населення. Проблема стоматологічного здоров'я та факторів ризику, що на нього впливають, розроблялася давно, та її актуальність не зменшилася донині.

Забезпечення задовільного стоматологічного здоров'я пов'язане з трьома основними групами факторів:

- потреби населення у стоматологічній допомозі, які формуються низкою біологічних, екологічних, соціологічних чинників, що обумовлює рівень загально соматичного і стоматологічного здоров'я;
- відношення споживачів і персоналу стоматологічних служб до захворювань порожнини рота та забезпечення стоматологічного обслуговування;
- управління факторами, що впливають на принципи організації та функціонування стоматологічної служби.

Актуальність удосконалення організації та забезпечення ефективної, якісної стоматологічної допомоги при захворюваннях пародонта обумовлена низкою невирішених питань, пов'язаних з багатьма медико-соціальними проблемами. Серед них, у першу чергу, детермінованість загальним рівнем соматичного здоров'я, і ця тенденція є найбільш характерною для великих міст із високим рівнем індустріалізації, техно- та антропогенним забрудненням навколишнього середовища. Хоча значна поширеність запальних та запально-дистрофічних захворювань пародонта притаманна практично усім регіонам України, у містах з високим сумарним рівнем

забруднення вона сягає 92% - 98% [109, 112, 125, 131, 137, 141, 144, 153, 177, 244, 245].

Збереження здоров'я - це процес створення можливостей підсилити контроль над факторами, що визначають здоров'я, і тим самим покращити його. Метою профілактики є підвищення рівня здоров'я індивідууму та суспільства в цілому. Реформування системи охорони здоров'я в Україні супроводжується пошуком оптимальних форм організації медичної допомоги в умовах обмежених фінансових ресурсів. При цьому державою гарантовані тільки мінімальні виплати, що відповідають державним соціальним нормативам в області охорони здоров'я. В таких умовах профілактика розглядається як вагома частина нормативу надання медичної допомоги [4, 7, 10, 14, 48, 54, 228, 247, 256].

Актуальною проблемою сучасної стоматології є удосконалення й розвиток профілактичного напрямлення. На виконання основних положень щодо підсилення профілактичного спрямування сучасної медицини в Україні було запроваджено Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки, яка була затверджена Указом Президента України 21 травня 2002 року, №475/2002 [202]. Вагомим підґрунтям для її створення та подальшого розвитку стала не уклінна тенденція щодо зростання стоматологічної захворюваності дорослого населення в Україні, навіть на тлі збільшення протягом останніх років контингенту лікарських кадрів, розвитку мережі приватних й комунальних стоматологічних закладів, збільшенню набору й випуску молодих спеціалістів – стоматологів.

Серед першочергових проблемних питань удосконалення організації стоматологічної допомоги населенню України стоїть пошук ефективних шляхів попередження та лікування захворювань пародонта. Механізм організації пародонтологічної профілактичної допомоги передбачає вирішення низки взаємопов'язаних завдань. Зокрема, визначення потреб населення у профілактичній допомозі; аналіз поширеності і впливовості

факторів ризику розвитку захворювань пародонта; оцінку організації діяльності закладів стоматологічного профілю щодо профілактики захворювань пародонта; аналіз системи управління і фінансування профілактичної діяльності, її кадрове забезпечення. Конкретизація цих умов детермінує встановлення стратегічних цілей, задач і пріоритетів в організації комплексної профілактики захворювань пародонта, модернізацію організації існуючої системи профілактики стоматологічних захворювань й створення стратегії спеціалізованої профілактики захворювань пародонта.

Стоматологічні аспекти здоров'я – справа не тільки спеціалістів стоматологічного профілю. Тому важливою є організація ефективних робочих стосунків між різними структурами, лікарями інших спеціальностей, представниками санітарно-епідеміологічної служби, засобами масової інформації, адміністративними службами.

За сучасних економічних й соціальних умов, в яких відбувається реформування медицини в напрямку підвищення її доступності і підтвердження рівності у правах й можливостях для різних верств населення, акцент організації медичної допомоги переноситься на первинний рівень надання медичних (стоматологічних) послуг. Визначальними у діяльності первинної ланки стоматологічної служби повинні стати рання діагностика та система комплексних заходів щодо організації профілактичної роботи стоматолога загального профілю – сімейного стоматолога у тісній співдружності з лікарем загальної (сімейної) практики.

1.1 Епідеміологічна ситуація щодо захворювань пародонта у віковому аспекті в світі та в Україні

Дослідження поширеності захворювань пародонта впродовж багатьох десятиліть не втрачають актуальності. Ще у 60-х роках минулого століття Новик І.О. зазначав про значні протиріччя у опублікованих матеріалах та відсутність достовірної картини частоти захворювання [108]. Наприкінці

XIX – початку XX ст. Black G.V. констатував, що частота пародонтиту зростає, у першу чергу, в залежності від віку: ураженість населення США у віці від 20 до 25 років становила 13,1%, а у віці 50 років – 88% [107].

Проведені масові обстеження [104] міського населення європейської частини Радянського Союзу у 50 роках минулого століття показали, що у віці 20-30 років захворювання пародонта діагностували у 17%, а у віці 12 – 25 років – 31,9% обстежених.

Увагу багатьох дослідників привертала вікові аспекти епідеміології захворювань пародонта, оскільки виявлення вікової динаміки та періоду ініціації ураження пародонта сприяло би розробці ефективних у часі та обсязі заходів з їх профілактики та лікування. За даними А.П.Канканяна та В.К.Леонтєва [126, 158, 161], гінгівіт виявляється вже у дітей молодше 5 років. Поширеність гінгівіту у цій віковій групі коливається від 1-2% до 30-40%. Можливо, ці відмінності відображають варіації імунологічного статусу та є реакцією на його формування. За літературними даними, у підлітків у більшості випадків зустрічаються гінгівіти, але з кожним роком у всьому світі зростає поширеність більш глибоких деструктивно-запальних уражень тканин пародонта [159].

За даними Е.М.Кузьміної, у підлітків м. Москви гінгівіти виявлені у 93% випадків, а пародонтит – у 0%. Але вже у 1998 році Е.М.Кузьміна діагностує здоровий пародонт лише у 1,8% підлітків, а у 2,1% - наявність пародонтальних кишень, що свідчить про розвиток пародонтиту [148, 149].

У дітей із загальними захворюваннями поширеність уражень пародонта значно вища 35-40% [150].

Дослідженнями Вишняк Г.М. при обстеженні 2650 школярів та студентів м. Києва у віці від 7 до 30 років [47] виявлено, що у періоді від 7 до 12 років не зареєстровано жодного випадку пародонтиту, у віці від 13 до 15 років початкова стадія пародонтиту була діагностована у 7,7% обстежених. У віці 16-18 років розвинута стадія пародонтиту була виявлена лише у 0,6%

обстежених, а початкова стадія – у 10,7%. За даними А.М.Політун [244], поширеність захворювань пародонта у школярів становила 39%, частіше автор відмічала запальні ураження пародонта у пубертатному віці: 8% у періоді 13-15 років та 11,3% - у 16-18 років.

За даними цього дослідження гінгівіти є переважною формою ураження пародонта у підлітків, однак за відсутності відповідних лікувально-профілактичних заходів питома вага деструктивних захворювань з віком помітно зростає [245].

Цікаві дані наведені Смоляр Н.І. [282]: захворювання пародонта виявлені у 6% вже у 3-6 річних дітей та у 90% випадків у 12-17-річних. Частіше за все вони спостерігаються у віці 12-16 років, а також за наявності зубощелепних аномалій та низки супутніх соматичних захворювань. У дітей та підлітків за таких умов хвороби пародонта діагностуються вже у виражених стадіях. За результатами цього дослідження, захворювання пародонта у дітей 6-14 років зареєстровані у 36,5% випадків. З віком збільшуються як їх частота, так і інтенсивність. У дітей 6 років індекс РМА становить 3,7%, 9 років – 8,3%, 14 років – 13,4%. У дівчаток з 10 років та хлопчиків з 12 років відмічено виражене збільшення частоти захворювань з 20-22% до 45% та 34% відповідно. У обстежених дітей ураження представлені переважно гінгівітами.

Розповсюдженість та тяжкість перебігу захворювань пародонта коливаються в залежності від географічних та соціальних факторів, стану порожнини рота, стану організму в цілому, а головне – від навичок гігієни порожнини рота

За даними ВООЗ [252, 382, 383], у європейській популяції хронічний гінгівіт виявлено у 80% 10-12 річних дітей та 100% у 14-річних.

У США у дітей віком 6-11 років поширеність гінгівіту становить близько 38% та збільшується до 62-68% у віці 12-17 років, а у віці 18-24 – знижується до 54%. В Іспанії поширеність гінгівіту становить 77% у віці від 5 до 17 років [99? 339? 342] У азіатських регіонах (етнічні індуси та

африканці) виявлена така ж поширеність гінгівіту у цьому віці. Причому відмічено, що максимальна частота гінгівітів припадає на пубертатний період [367? 375? 376], частота гінгівіту в осіб віком 19-44 роки сягає 44%. У більш пізньому віці – у 10-38%. Особливо швидкий перехід від хронічного гінгівіту до пародонтиту спостерігається у азіатських регіонах.

У понад 60 країнах світу, за даними ВООЗ [382], в осіб молодого віку частіше за все реєструвалися відкладення зубного каменю та кровоточивість ясен; майже у половини обстежених були виявлені пародонтальні кишні. Більш вираженим є ураження тканин пародонта у країнах, що розвиваються.

У дорослого населення старше 50 років пародонтит спостерігається вже у 50% обстежених. Як демонструють дані ВООЗ по 60 країнах [383], деструктивні ураження пародонта, тобто генералізований пародонтит, у середньому діагностують у 5-20% обстежених у віці за 40 років. Не вважаючи на значні розбіжності у наведених даних, результати численних епідеміологічних досліджень свідчать, що генералізований пародонтит є найбільш поширеним захворюванням людства.

Ранні ознаки захворювання частіше проявляються у віці між 10 та 20 роками, а поширена деструкція тканин пародонта зазвичай спостерігається після 40 років. Дані ВООЗ, зібрані у 35 країнах світу [382], свідчать про дуже високу поширеність захворювань пародонта (понад 75%) серед осіб у віці 35-44 років у 7 країнах, високу поширеність (40-73%) у 13 країнах та помірну (менш за 40%) у 15 країнах. Багато досліджень показали високу розповсюдженість гінгівітів у дітей, мають місце окремі повідомлення щодо їх поширеності понад 80%. Хвороби пародонта зустрічаються частіше та мають більш тяжкий перебіг у багатьох країнах Азії та Африки, ніж США та Скандинавії.

Епідеміологічні дослідження поширеності та тяжкості перебігу хвороб пародонта показали, що розбіжності за статтю, національністю, географічними умовами, соціально-економічним станом перестають грати провідну роль у групах населення, підібраних за принципом розбіжностей

у рівнях гігієни порожнини рота. Стан пародонта, таким чином, первинно є слідством певного рівня гігієни порожнини рота і тільки потім – демографічних характеристик за умов, що вони надають безпосередній або опосередкований вплив на гігієнічні навички.

На сьогодні вже доведено, що у дитячому та юнацькому віці прогресуванню захворювань пародонта сприяє незадовільний гігієнічний стан порожнини рота [149, 160].

У клініці запальних захворювань пародонта в молодих осіб можливі поєднання проявів як реакції організму на чинник агресії, так і поєднання проявів захисно-адаптивних реакцій, спроможність до відновлення тканин та обмеженню патологічного процесу.

Епідеміологічними дослідженнями 850 студентів вузів міста Алма-Ата (Алмати) у віці 16-25 років встановлено значну поширеність захворюваність пародонта (75%), у тому числі хронічного катарального гінгівіту (43%) та генералізованого пародонтиту (32%). Доволі часто в осіб молодого віку з нормальним пародонтом були виявлені фактори ризику, які можуть сприяти розвитку гінгівіту, а подальшому й пародонтиту. У 20% з них відмічено незадовільний стан порожнини рота [163, 167, 178].

Комплексне дослідження молоді [148] показало, що більше половини студентів мали клінічно здоровий пародонт за умов задовільного гігієнічного статусу: на 1 курсі - 64,2% студентів при $GI=1,6$ та на 2 курсі – 58,8% студентів при $GI=1,6$. Щодо ознак захворювання, які були зареєстровані у цьому дослідженні, у більшості випадків це був зубний камінь із кровоточивістю ясен. Показники поширеності: 1 курс - 18,3%, 2 курс - 23,8%. Показники інтенсивності: 1 курс – 2,1%, 2 курс - 2,0%. Індекси гігієни: 1,8% та 1,7% відповідно. Пародонтальні кишени понад 5 мм були виявлені тільки у 0,3% студентів 2 курсу. Професійної гігієни порожнини рота або видалення зубного каменю потребували 20,8% студентів 1-го та 28,4% студентів 2-го курсів; у проведенні комплексної терапії – 2,5% студентів 1-го та 4,6% - 2-го курсів відповідно.

Наявність захворювань пародонта більше, ніж у третини студентів свідчить, на думку авторів, про недостатній рівень стоматологічної допомоги, насамперед, населенню молодого віку.

Дослідження Т.О. Петрушанко [234, 235] щодо стану пародонта у студенток різних курсів Української медичної стоматологічної академії показали, що серед клінічних форм ураження пародонта переважають хронічний катаральний гінгівіт, папіліт, а на старших курсах – у половині випадків було виявлено генералізований пародонтит різного ступеню тяжкості. Такі результати авторка пов'язує з проблемами дотримання індивідуальної гігієни порожнини рота та розвитком синдрому дезадаптації.

За аналізу даних, отриманих у ході стоматологічного дослідження, багатьма авторами було встановлено потреби населення у профілактичній, терапевтичній, ортодонтичній та ортопедичній допомозі [226, 227, 229, 233, 235]. При чому, головну увагу, на думку авторів, слід приділяти проведенню ранніх профілактичних заходів починаючи з 6-річного віку. Недоліками ж у системі надання стоматологічної допомоги населенню різних вікових груп є відсутність організованої профілактики основних стоматологічних захворювань.

На території СНД є райони, що мають відмінності клімато-географічних умов. З аналізу літературних даних витікає, що клімато-географічні умови відіграють не останню роль у розвитку захворювань пародонта. Особливе місце у цьому відношенні займають високогірські райони, де на організм людини впливає комплекс своєрідних чинників [11, 12, 13].

Розповсюдженість та особливості клінічного перебігу захворювань пародонта у жителів Прикарпаття аналізувала Н.В. Петраш [232]. Автором було досліджено стан пародонта корінного населення Прикарпаття: 2617 жителів гірської, 1640 – передгірської та 1195 осіб рівнинної зон. Частота генералізованого пародонтиту в осіб, що мешкають у гірських районах

Прикарпаття, за даними автора, більша, ніж у рівнинних та передгір'ї (відповідно 18%, 10% та 7%), а пародонтоз – відмічено лише у 4,9% мешканців передгірських та рівнинних районів.

Таким чином, дослідженнями виявлено не тільки високу поширеність хвороб пародонта серед корінних жителів Прикарпаття, а й доведено переважну присутність дистрофічно-запальних уражень пародонта в осіб, що є мешканцями гірських районів, особливо молодого віку.

За літературними даними поширеність захворювань пародонта в різних регіонах України дуже варіює: від 8,3% до 99,0% [282, 284, 301, 326].

Так, за результати обстеження тканин пародонта в жителів м. Кіровоград хвороби пародонта в осіб 15–17 років діагностовано у 66% випадках обстеження: з їхніх ознак – кровоточивість ясен – 40%, зубний камінь – 60%. У осіб віком 20-24 роки захворюваність становить 66%; кровоточивість ясен – 55%, наявність зубного камені - 60%. У групі 35–44 роки ураженість збільшується до 89%; кровоточивість ясен – до 69%, зубний камінь – до 87%. Встановлено, що захворюваність тканин пародонта у жителів промислового міста, з віком зростає [326]. Нажаль, автори лише констатують епідеміологічну ситуацію, а не аналізують чинники таких змін щодо зростання деструктивної компоненти у структурі пародонтологічної захворюваності, зокрема, обласного центру – промислового міста Кіровоград.

Високий рівень стоматологічної захворюваності реєструється на теперішній час практично у всіх регіонах України, особливо із техногенним забрудненням навколишнього середовища [325, 326]. Рівень розповсюдженості захворювань пародонта серед дорослого населення у різних регіонах за даними К.М. Косенко [141, 144], становить від 92% до 98% Зокрема, за даними епідеміологічних досліджень [145], поширеність захворювань пародонта серед осіб молодого віку у м. Києві становить: серед осіб 16–18 років – 33,6%, 19–20 років – 57,2%, 21–25 років – 61,2%, 26–30 років – 73,3%; у м. Одесі серед осіб віком 17–25 років – 45,7%, м. Полтаві серед осіб 17–26 років – 62,7%.

Значний вплив на поширеність захворювань пародонта у населення спричиняють багато чинників: це і кліматогеографічні умови місцевості, і загальний рівень здоров'я молодих людей, і екологічна ситуація (в Україні, зокрема, ще й наслідки аварії на ЧАЕС), і соціальні умови життя.

Незважаючи на сучасні спрямування стоматології до вдосконалення методів діагностики й лікування, впровадження новітніх медичних технологій, суттєвого зниження пародонтологічної захворюваності серед дорослого населення України не спостерігається.

Таким чином, згідно з наведеними вище епідеміологічними даними та на підставі літературних джерел, найбільш частими захворюваннями пародонта в осіб молодого віку є гінгівіт та генералізований пародонтит початкового ступеню, а після 30 років – генералізовані форми гінгівіту та пародонтиту більш виражених ступенів. Розвиток ураження пародонта в осіб молодого віку автори переважно пов'язують з проблемами гігієнічного стану ротової порожнини, зокрема, внаслідок відсутності організаційної системи профілактики захворювань пародонта у різних вікових групах.

У рамках Програми профілактики й лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки, затвердженої Указом Президента України 21 травня 2002 року, №475/2002, серед основних завдань якої було визначено широке впровадження заходів комунальної профілактики та зниження стоматологічної захворюваності населення, ученими ДУ «Інститут стоматології Академії медичних наук України» проведено моніторинг стоматологічної захворюваності у дітей України [202]. Цими дослідженнями започатковано створення національного банку стоматологічної захворюваності дитячого населення. Економічна результативність впровадження державної цільової програми для населення дитячого віку склала 381,5 млн гривень.

Як свідчить аналіз джерельної бази щодо поширеності захворювань пародонта, їх зв'язку зі станом гігієни порожнини рота, свідчить, що проведення профілактичних заходів серед дорослого населення достатньо

утруднене. Першочерговим кроком у цьому напрямі мають бути створення та підтримка мотивації населення відносно його особистої участі у проведенні комплексних заходів з профілактики основних стоматологічних захворювань, зокрема, захворювань пародонта.

1.2 Особливості організації лікувальної та профілактичної допомоги при стоматологічних захворюваннях в Європі та світі

Історично сформувався образ зубного лікаря, дантиста, як ремісника, що володіє певними вміннями, рекламує свої послуги та працює в особливих, відокремлених від медицини умовах – окремих кабінетах, оздоблених значною кількістю спеціального, суто професійного оснащення. За своєю природою ця спеціальність характеризується відносною незалежністю й до сьогодні (за певними виключеннями). Стоматологічне обладнання може використовуватися стоматологом самостійно, без спеціального технічного супроводу, а унікальний характер відносин з хворим надає стоматології переважно особистісний характер. Навіть на теперішній час відносно міцні національні асоціації стоматологів у Західній Європі та світі підтримують незалежність приватних лікарів. Це сприяє тому, що стоматологи підтримують протидію сторонньому контролю та успішно відстоюють свій високий рівень самостійності [199, 200, 218].

В Європі стоматологічним асоціаціям вдається впливати на чисельність студентів, що поступають на стоматологічні факультети, та протидіяти «експертизам» (у формі ревізій), які вже достатньо звичні у сфері загальної медичної практики [278, 281]. За середнім стоматологічним персоналом, включаючи медичних сестер, спеціалістів з гігієни порожнини рота, зубних техніків, зберігається статус найманих робітників або субпідрядників.

У теперішній час більш за дві третини європейських стоматологів – приватні. Іншими словами, стоматологи у переважній більшості володіють малими медичними підприємствами, а, відповідно, є підприємцями. У

країнах Скандинавії 30-50% стоматологів - наймані робітники, які отримують заробітну платню від держави. Більшість найманих стоматологів концентрують свої зусилля на клінічних аспектах, а не підприємстві та управлінні бізнесом, оскільки фінансування та управління не є їх основною функцією. У зв'язку із скороченням бюджетів наймані стоматологи прагнуть розвитку своїх підприємницьких здібностей, щоб добитися підвищення економічності своїх послуг.

Іншою особливістю стоматологічної допомоги є те, що стоматологічні послуги найдорожчі. Так у багатьох європейських країнах витрати на стоматологію займають третє або четверте місце у загальній структурі витрат на охорону здоров'я. Так у 1995 році витрати на стоматологію склали 3-9% усіх витрат на медичну допомогу з розрахунку на душу населення.

Стоматологія вважається однією з областей медицини, однак притаманний їй спосіб дій має мало аналогів у медицині. Так, зокрема, стоматологічні послуги, як правило, надаються амбулаторно та за дуже рідким виключенням – у лікарняних умовах. Такий стан справ обумовлений:

- переважно плановою (не екстреною) природою лікування у стоматолога;
- у вищій мірі ступеню індивідуальним характером стоматологічної практики;
- відносно обмеженою участю середнього персоналу;
- хронічним характером більшості стоматологічних захворювань, без безпосередньої загрози життю пацієнта;
- незначною зацікавленістю стоматологів загального профілю у розвитку системи послуг, що надаються переважно у лікарняних умовах.

На теперішній час розвиток стоматології супроводжується активним впровадженням сучасних технологій практично в усі види стоматологічної допомоги – від профілактики до лікування, протезування тощо. Водночас подвійний образ стоматології як різновиду послуг та лікарської спеціальності створює для стоматологів низку проблем, що пов'язані з професійною самоідентифікацією та вибором майбутніх стратегій.

Розглядаючи особливості діяльності стоматолога щодо надання спеціалізованої допомоги при захворюваннях пародонта та їх профілактики, слід зазначити, що з одного боку, вона основана на стандартній повторюваності процедур та носить профілактичний характер, а це означає, що може бути делегована середньому медичному персоналу (медичним сестрам, помічникам лікаря або стоматологічним гігієністам). З іншого боку, за деяких умов категорично потребує участі висококваліфікованих клініцистів із широким спектром професійних можливостей. Таким чином, структура потреб у стоматологічній допомозі лише цій категорії хворих підказує, що заклади з надання такої допомоги повинні бути достатньо великими, щоб забезпечити як стандартні профілактичні та поточні, так і складні хірургічні та відновлювальні заходи.

У стоматології застосовуються в основному три моделі регулювання діяльності [374]:

- модель професійного регулювання (саморегулювання);
- технократична державна модель;
- модель, заснована на ринкових механізмах.

Принцип саморегулювання означає, що контроль за системою стоматологічних послуг здійснюється самими стоматологами. Основним інструментом такого контролю є навчання персоналу з метою розвитку певного стандартного набору навичок. Найбільш дієвим механізмом такого контролю є система періодичної професійної кваліфікаційної атестації лікарів-стоматологів із обов'язковою участю представників асоціацій стоматологів. Іншим інструментом є професійний етичний кодекс, згідно якому стоматологічна практика повинна виходити суто з потреб хворого. В рамках цієї моделі державні органи управління відіграють роль органу, що встановлює вимоги до бажаючих працювати у стоматології, тобто вводить стандарти для ліцензування та обмежує притік нових робітників. Європейський союз видав низку директив, що відносяться до стоматології, включаючи Директиву про медичні матеріали та оснащення (Medical Devices

Directive 93/42/EEC), яка декларує правила протезування та застосування апаратури, а також правила застосування більшості матеріалів та приборів у стоматології [379]. Стоматологи, що мають ліцензію на роботу в будь-якій з країн Європейського союзу, можуть практикувати у будь-якій іншій країні, що є членом Європейського союзу [380]. Інша директива Європейського союзу - 686/78/EEC регулює навчання стоматологів у вищих навчальних закладах та їх подальше професійне удосконалення, тоді як директива 687/78/EEC – взаємне визнання дипломів по всьому Європейському союзу.

Органи державного управління відіграють додаткову роль у країнах, що спираються на «технократичну модель» регулювання. У таких країнах доступ до послуг регулюється шляхом встановлення цін та розподілу послуг. Якщо європейські реформи в цілому були спрямовані на стимулювання незалежності, саморегулювання й самоуправління на відносно низьких організаційних рівнях у самих системах охорони здоров'я, то у стоматології мале підприємництво домінувало ще до таких реформ. Хоча стоматологія (із змістовим наповненням поняття професійних асоціацій) у більшості європейських країн безпосередньо впливає на структуру та організацію стоматологічних послуг [381, 384].

У країнах з «бісмарковою» моделлю стоматологія фінансується головним чином через обов'язкове соціальне страхування, що включає, головним чином, лікування зубів і лише у деяких випадках – захворювань слизової оболонки порожнини рота, пародонта. Страхування покриває також більшу частину щелепно-лицевих операцій. Але надавачами таких послуг переважно є приватні лікарі. Органи державного управління визначають законодавчу та регулюючу схему, у рамках якої численні незалежні агенції організують рух фондів між хворими та власниками робочих місць, з однієї сторони, та стоматологами – з іншої. Система страхування керується законом та регулюється шляхом перемовин між професійними організаціями [188, 189].

Значною проблемою, на яку вказують численні фахівці з економіки та організації охорони здоров'я у країнах Європейського союзу [252], є труднощі структурної інтерпретації зв'язків між характеристиками систем організації стоматологічної допомоги та рівнем стоматологічного здоров'я населення. Існують також приватні програми страхування, за яких пацієнти безпосередньо сплачують своєму стоматологу, а потім їхні витрати компенсуються страховою компанією.

У країнах Центральної та Східної Європи до початку реформ стоматологія була організована у значній мірі на тих чи принципах, що й інші області охорони здоров'я. При цьому основні особливості стоматології полягали у наступному:

- повне лікування надавалося безоплатно усьому населенню;
- стоматологи були найманими робітниками на державній службі; вони працювали у територіальних або відомчих поліклініках або у стоматологічних відділеннях лікарень;
- стоматологічне обладнання знаходилося у державній власності; розподіл персоналу, клінік, лікування та матеріалів були плановими;
- незначна частина дороговартісних послуг, зокрема, протезування, частково або повністю сплачувалася самими пацієнтами.

У деяких країнах Центральної та Східної Європи функціонували також приватні стоматологи, чії послуги повністю сплачувалися хворими.

У країнах із бевериджівською моделлю стоматологія фінансувалася переважно з податкових надходжень, а стоматологічні послуги традиційно надавалися державними закладами. Ключовий елемент такого підходу – практично загальний або майже загальний доступ до стоматології. У Великій Британії Державна служба охорони здоров'я заключає угоди із незалежними практикуючими лікарями. Контракт передбачає ціни та параметри лікування, середні розміри прибутку та допомоги; у решті стоматологічні послуги не регулюються. Основні принципи «північної» моделі закріпилися та стали частково застосовуватися на практиці раніше (у 1910-1920 рр.), ніж з'явилася

«Біла книга» Бевериджа. З початку модель передбачала, що стоматологи – наймані робітники – будуть надавати допомогу дітям, тоді як решта стоматологічних послуг будуть надаватися приватними лікарями. Пізніше «північна» модель захопила також і стоматологію для дорослих (за виключенням Норвегії). З 1994 р. регіональні національні органи охорони здоров'я в Ірландії уклали зі стоматологами приватної практики контракти щодо надання стоматологічних послуг особам із низькими прибутками та безробітним (всього 35% дорослого населення) [280].

У країнах півдня Європи завжди переважала приватна стоматологічна практика без державного фінансування; держава приймала участь у наданні стоматологічної допомоги тільки тим групам населення, котрі не могли дозволити собі лікування у приватних клініках. У деяких небагатьох регіонах були запроваджені профілактичні та лікувальні заходи для дітей та окремих «груп ризику» [279]. Так у Греції медичні страхові агенції почали укладати контракти зі стоматологами для своїх членів.

Найкраще вектор змін організації стоматологічної допомоги у сучасній Європі аналізувати з точки зору двох параметрів – фінансування та надання послуг.

Параметр фінансування включає, з однієї сторони, державні прибутки (переважно податкові надходження), з іншої сторони, послуги фінансуються безпосередньо з кишені хворого або купуються приватними страховими компаніями, які у своїй більшості не регулюються державою. Проміжну позицію займає соціальне страхування, фонди якого поповнюються за податку на заробітну платню; ця система страхування регулюється державою та керується медичними страховими агенціями або професійними медичними асоціаціями.

Параметр надання послуг включає участь як державних закладів, так і приватних структур. Між цими двома полюсами – лікарі приватної практики, що уклали контракт з державними органами.

Поєднання вказаних параметрів дає типологічну схему, у якій можна виділити чотири категорії:

I – стоматологічні послуги надаються переважно державними найманими лікарями, а фінансування є приватним. Таке поєднання, на думку авторів, не є частим [355, 381]. Однак у деяких країнах Центральної та Східної Європи, перш за все у країнах Балтії, Румунії, стоматологи, які ще працюють у державних закладах, беруть плату з дорослих хворих.

II – стоматологічні послуги надаються державою, і фінансування також є повністю або майже державним. Такими є послуги для дітей та підлітків у країнах Скандинавії і практично усі послуги у країнах Центральної та Східної Європи.

III – надання стоматологічних послуг здійснюється переважно приватними закладами за умов їх фінансування державною системою страхування. До цієї групи відносяться стоматологічні служби низки європейських країн.

IV – стоматологічна допомога фінансується приватним способом, а послуги надаються незалежними лікарями приватної практики. Такою є, зокрема, стоматологічна допомога для дорослих у Норвегії та більша частина стоматологічних служб у Італії, Португалії та Іспанії. У такий спосіб хворі сплачують за послуги або безпосередньо, або через приватні страхові компанії.

Упродовж останнього десятиріччя у низці країн Європи простежується спрямованість змін в сторону приватизації ринку стоматологічних послуг [325]. Найбільш природною є еволюцію від переважно державного фінансування до переважно приватного фінансування, при якому значну частину витрат покриває споживач. У країнах Скандинавії – Швеції, Фінляндії, Данії – це призвело до помітного зростання витрат хворих. У Нідерландах виключення стоматології для дорослих з системи національного медичного страхування призвело до того, що люди стали покупати додаткову страховку у медичних фондів приватних медичних компаній. Без урахування країн Центральної та Східної Європи, у аспекті

постачання стоматологічних послуг особливих змін не спостерігається. Країни, які традиційно спиралися на систему комплексного державного постачання послуг для груп населення, продовжують притримуватися того ж підходу. Так, реформування фінансування стоматологічної допомоги, що відбулося у Швеції, стосувалося розподілу покупців та постачальників стоматологічних послуг, вільного вибору і контракції та призвело до фінансування допомоги дітям та профілактичних програм за рахунок надходжень з податків та соціального страхування, і відповідно, контролюється державою. А фінансування стоматологічної допомоги дорослим перейшло на контрактні умови приватних страхових компаній з лікарями приватної практики, при цьому державне регулювання втрачає свої позиції. У Німеччині відбувається перерозподіл сфер впливу на фінансування та діяльність стоматологів з можливостей державного контролю за умов участі системи державного соціального страхування у практично повністю приватні страхові компанії. Як правило, розподіл витрат в стоматології не стосується дітей та інших пріоритетних груп. У інших країнах Європи обов'язкове медичне страхування покриває частину видатків споживачів на відновне стоматологічне лікування, а стоматологічні служби стали своєрідним товаром, що доступний за певну ціну. Відповідно, ціни зростають, а доступність послуг зменшується [300, 303].

Протягом понад 30 останніх років забезпечення адекватної стоматологічної допомоги є однією з важливих проблем, що стоїть перед країнами Європи. Про масштаби цієї проблеми можна судити за обсягом стоматологічних служб, охопленням ними населення, чисельності стоматологічного персоналу в кожній країні, за долею національного бюджету охорони здоров'я, яка виділяється на стоматологічні служби. У період 80-90 років ХХ століття в країнах Європи - Франції, Італії, Німеччині, а також країнах соціалістичного табору – Чехословаччині, Польщі, Угорщині – стоматологічні служби становили найбільший сегмент амбулаторних служб у країні.

Забезпечення доступної та якісної стоматологічної допомоги населенню залишається однією з важливих проблем, що стоять перед розвинутими країнами. Про масштабність цієї проблеми можна судити за обсягом розвитку стоматологічних служб, охоплення ними населення, чисельності стоматологічного персоналу в кожній країні, за тією долею національного бюджету охорони здоров'я, яка виділяється на стоматологічну допомогу.

Значні досягнення в організації стоматологічної допомоги населенню спостерігаються у країнах Західної Європи, у яких діяльність страхових компаній, що працюють з надавачами стоматологічних послуг, проводиться в умовах державного або суспільного регулювання [308].

У організації стоматології таких країн, як Німеччина, Франція, Швеція, Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, домінує принцип соціальної солідарності, який заснований на профспілковому русі та діяльності релігійних благодійних організацій. Це призвело до значного збільшення обсягу стоматологічної допомоги, яке знаходить відображення у базисних страхових полісах. Так, від доплат за стоматологічні послуги звільняються особи із низьким рівнем доходу, хронічні та тяжко хворі. Високий рівень страхування обумовлено значними урядовими субсидіями, а також зазначеним законами порядком перерозподілу фондів між страховими компаніями. Це забезпечує кожній особі, що застрахована, можливість звернення до будь-якого стоматолога із наступним простим методом сплати за допомогу. У вище зазначених європейських країнах розроблено систему стримування цін на стоматологічні послуги [139]. Закон та встановлена практика переговорів між страховими компаніями та стоматологічними асоціаціями допомагають стримувати ціни на достатньо низькому рівні, враховуючи рівень інфляції.

Система приватного страхування у стоматології має вагомий недолік: значна частина населення виявляється не застрахованою. Це пов'язане також із швидким зростанням цін на стоматологічні послуги. Лише деякі урядові програми забезпечують певну допомогу тим, хто не в змозі за неї платити, в

першу чергу, малозабезпечені та старезні верстви населення. Водночас значна доля наданих стоматологічних послуг сплачуються за рахунок застрахованих і у першу чергу у приватному порядку [78, 103, 111].

Таким чином, фінансування стоматологічної допомоги переважно за рахунок приватного страхування, з одного боку, та фінансування за рахунок урядових програм для малозабезпечених старезних верст населення лише певної, незначної в масштабах країни, кількості осіб, не гарантує рівності всім верствам населення у наданні стоматологічної допомоги, обмежує можливості проведення системи профілактичних заходів стосовно основних стоматологічних захворювань. Запорукою рівності у отриманні населенням стоматологічної допомоги має бути система державного контролю витоків її фінансування.

Соціальна справедливість все ще залишається одним з пріоритетів державної політики у більшості європейських країн. І значну пересторогу викликає гальмування або призупинення профілактичних програм. Так, в Угорщині та Румунії, де вперше в Європі були застосовані методи профілактики з геобіодефіцитом йоду та фтору, що пов'язаний із особливостями Карпатського регіону, зупинення фторування води не викликало зростання захворюваності на карієс [255], однак відомо, що саме у цих країнах, де провідним є не централізоване, а індивідуальне водопостачання, вже давно, ще з 1986 р. запроваджено використання фтор-йодованої солі [244].

У Великій Британії первинна стоматологічна допомога практично не зазнала впливу внутрішнього ринку. У країнах Скандинавії основні принципи надання стоматологічних послуг залишилися незмінними – при тому, що на рівні вирішення специфічних проблем відбулися численні зміни. Ці зміни, що спікали організацію стоматологічної допомоги, як свідчать дані [250, 333, 342], можуть бути охарактеризовані у наступні способи, що не виключають один одного:

– вони є частиною реформи системи охорони в цілому – так відбувалося у Великій Британії після створення Державної служби охорони здоров'я, а також реформи можуть бути частиною корінних політичних перетворень, як у країнах Центральної та східної Європи, у тому числі й України та Росії.

– стоматологічна допомога стає предметом політичних маніпуляцій – подібне відбулося, наприклад, у Нідерландах, де стоматологія була виключена за національної системи медичного страхування, а пропозиція Шведського державного секретаря з питань охорони здоров'я включити стоматологічні послуги в пакет національного медичного страхування було сприйняте лише як політичний жест [363].

Слід відмітити, що реформи охорони здоров'я часто впливають на стоматологію на відносно пізніх стадіях впровадження перетворень. Про це свідчать закони, що регулюють стоматологічну допомогу, які були прийняті у Данії, Норвегії, Швеції [186, 252].

Специфічні особливості стоматологічної допомоги можуть слугувати поясненням того, чому даний сектор виявився менш причетним до реформ у тих європейських країнах, де охорона здоров'я в цілому була реформована достатньо радикально.

В області стоматології вже затвердилася більшість підприємницьких установок, котрі позитивно оцінювалися політикою реформ охорони здоров'я в Європі. Сам по собі бюджет стоматології відносно невеликий. Відповідно, зміни у даній області не принесуть суттєвих вигід у політичному, адміністративному та фінансовому відношеннях. Ти більш, що саме стоматологічні послуги найчастіше є предметом скарг та незадоволення споживачів, і у першу чергу, стосовно неекономічності та недоступності.

Щодо кількості лікарів-стоматологів у Європейському регіоні, то вона цілком задовольняє потреби населення [184]. Хоча, у деяких країнах – Норвегії, Великій Британії тощо – стоматологи розподілені нерівномірно, проблеми із кадровим забезпеченням населення не визивають непокоєння.

Аналіз літературних даних щодо набутого досвіду функціонування стоматологічної допомоги у країнах Європи [377] свідчить, що внаслідок соціально-економічного розвитку суспільства відбулися значні зміни у відношенні населення європейських країн до лікування та профілактики захворювань порожнини рота, зокрема, тканин пародонта. Порівняння характеру стоматологічного обслуговування у сьогоденній Європі та обслуговування 50 років тому дозволяє авторам зробити наступні висновки.

Мотивація, що сприяє корисним з точки зору здоров'я змінам відношення до хвороб та їх профілактики залежить від рівня життя та освіти [96]. Із підвищенням життєвого рівня людей змінюються їх думка про значення стану порожнини рота для забезпечення загального благополуччя й комфорту. Цей момент лише з недавнього часу враховують виробники продукції для догляду за порожниною рота, активно нарощуючи темпи зростання обсягів та асортименту продукції, і, нажаль не враховують організатори служб охорони здоров'я багатьох країн, коли попит на стоматологічну допомогу зростає швидше, ніж на інші компоненти системи охорони здоров'я.

Перший етап формування ставлення до стану порожнини рота та стоматологічної допомоги – це коли хвороби зубів та їх наслідки не відіграють суттєвої ролі в житті населення. Якщо стоматологічні проблеми ускладнюють повсякденне життя, питання вирішують радикально, наприклад, видаленням зуба тощо. Однак стан змінюється за умов підвищення життєвого рівня. У другому етапі на перший план висуваються естетичні або косметичні міркування, і люди починають звертатися за відновним лікуванням та протезуванням [150, 151, 156]. Такий стан вже понад 40 років є характерним для країн Європи, і стає актуальним для України сьогодні.

Третій та найбільш прогресивний етап в становленні відношення до стоматологічної допомоги характеризується тим, люди приходять до розуміння розвитку хвороб порожнини рота і змінюють свою поведінку

таким чином, щоб не допустити їх виникнення. В Європі цей процес, вірогідно, поширений достатньо давно. Це призводить до зростання потреб змінити характер стоматологічного обслуговування [162].

Біологічні чинники викликають об'єктивну потребу у лікуванні захворювань зубів та порожнини рота серед населення; чинники, що пов'язані з поведінкою та її мотивацією, формують попит на стоматологічне обслуговування, контроль його якості та доступності [164-167].

На першому етапі формування потоку хворих з широких верств населення до стоматологічної служби потреби у стоматологічному лікуванні обмежуються первинною профілактикою. Потреба залишається скритою, якщо хворий не знає про наявну в нього хворобу або ігнорує її, але вона перетворюється у попит на лікування під впливом мотивації на користь останнього. Якщо мотивація слабка, то перехід потреби у попит відбувається повільно і «запас» прихованого (латентного) попиту зростає. Терапевтичні служби скорочують обсяг попиту на лікування. Швидке лікування сприяє мотивації та підсилює процес перетворення потреби у попит [161].

Попит на лікування характеризується динамічністю. Якщо попит на лікування серед певної групи населення не задовольняється, то він веде до підсилення соціального тиску на адміністративні органи з метою розширення стоматологічного обслуговування. Але просте, екстенсивне розширення стоматологічного обслуговування несе в собі тягар фінансових, кадрових та інших соціальних проблем, тісно пов'язаних та детермінованих матеріально-технічним станом галузі охорони здоров'я в цілому, і стоматологічної служби зокрема.

Наявність легкодоступної та ефективної стоматологічної служби сприяє підвищенню попиту на стоматологічне лікування, тоді як за наявності малодієвої або важкодоступної служби процес перетворення потреб у обслуговуванні у попит на нього стримується.

Практично у всіх європейських країнах все ще існує велика потреба у лікуванні, не перетворена на попит на нього [159]. Це у деякій мірі

стосується лікування карієсу зубів, але головним чином - лікування хвороб пародонта та відновлення втрачених зубів. Можливе розширення обсягу лікувальної допомоги не залежить, однак, безпосередньо від життєвого рівня населення; воно обмежується низкою факторів. Під впливом цих факторів загальний попит на стоматологічне обслуговування серед населення може зростати швидше, ніж спроможність існуючих служб задовольнити його. Тому важливою проблемою удосконалення сучасної системи стоматологічної служби є пошук організаційних засобів для того, щоб компенсувати цей вплив.

У організації стоматологічної допомоги практично у всіх європейських країнах у теперішній час відбуваються зміни, що обумовлені зростанням мотивації населення до здорового способу життя, перенесення пріоритетів на підтримку здоров'я, підвищення ролі профілактики у медицині в цілому й у стоматології у тому числі. [158].

Зрозуміло, що кожна країна має свої характерні ознаки системи стоматологічної допомоги, які обумовлені політичними, економічними, культурними, етнічними чинниками. Але провідне місце серед цих чинників займають механізми фінансування стоматологічної допомоги, детерміновані у першу чергу, станом соціально-економічного потенціалу країни.

Отже, за умов існуючої організаційної структури стоматологічної служби у великих містах України ні розвиток та розширення арсеналу сучасних потужних методів лікування, що використовуються в пародонтологічній практиці (медикаментозних, оперативних, інструментальних та їх комбінацій), ні розширення можливостей імплантології та сучасного високотехнологічного протезування не призводять до вагомого покращання стану пародонтологічного здоров'я населення [185]. Навпаки, має місце значна тривалість, недостатня ефективність й невиправдана вартість спеціалізованих стоматологічних послуг.

На теперішній час стоматологічні служби, що існують у Європейському регіоні ВООЗ, лише на перший погляд характеризуються різноманітністю, оскільки окремі країни різняться рівнем соціально-економічного розвитку, політичними інститутами та місцевими традиціями; окрім того, в межах країн співробітники установ, що планують діяльність та організатори стоматологічних служб, викладачі стоматології та члени національних стоматологічних асоціацій можуть притримуватися принципово різних думок відносно основних проблем та певних шляхів їх вирішення [113, 131]. Існування різних підходів та точок зору дозволяє зрозуміти різні фактори, що впливають на формування вітчизняної стоматологічної служби, та загальний характер стоматологічної допомоги в Європі.

У відповідності з сучасними принципами організації стоматологічної допомоги система стоматологічної служби повинна базуватися на науково обґрунтованих фактах, підкорятися соціальним і економічним потребам

1.3 Аналіз вітчизняного досвіду організації лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта

Для аналізу особливостей стану стоматологічної допомоги в Україні ми взяли за основу систему узагальнюючих аналітичних критеріїв-ознак [132]:

1) соціальні: наявність та виконання соціальних програм для окремих декретованих верств населення щодо надання відповідних обсягів медико-профілактичної стоматологічної допомоги;

2) юридичні: законодавча захищеність, нормативно-правове забезпечення соціальних програм та програм діяльності медичної галузі і стоматологічної допомоги, зокрема;

3) економічні: відповідність забезпечення коштами наявних потреб населення у сучасних технологічних методах лікування й профілактики

основних стоматологічних захворювань, у тому числі захворювань пародонта;

4) статистичні: динаміка показників стоматологічної захворюваності загалом або по її окремим нозологічним формам;

5) технологічні: впровадження у практику стоматологічної допомоги конкурентоздатних методик лікування та профілактики.

В умовах становлення змішаної економіки України, розвитку підприємництва та модернізації державного сектора корінним чином змінюється система вітчизняної охорони здоров'я. Чинники реформування системи охорони здоров'я України наочні, вони є слідством низки соціальних й економічних процесів, що відбуваються в країні протягом останніх 15 років. По-перше, зміна політичних та економічних умов у країні призвели до виникнення й розвитку ринкових відносин, появи медичних стоматологічних організацій недержавних форм власності, формуванню системи добровільного (корпоративного) страхування. По-друге, Україна взяла стратегічний курс на інтеграцію до світової економічної системи, що потребує від неї гармонізації багатьох підсистем, зокрема врегулювання економічно-правових важелів формування й дієвості системи медичного й фармацевтичного забезпечення галузі охорони здоров'я, у тому числі, стоматології. По-третє, і це є негативною ознакою реалій сьогодення, продовжується погіршення показників стану як загального, так і стоматологічного здоров'я населення, що у поєднанні з постійним дефіцитом бюджету негативно впливає на рівень та якість стоматологічної допомоги [169].

На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я, зокрема, проблемними є наступні явища:

- значно погіршився соціальний захист пацієнтів;
- знизилася доступність стоматологічної допомоги та відвідуваність стоматологічних закладів, у тому числі державної форми власності;
- майже ліквідовані шкільні стоматологічні кабінети;

– залишилися в минулому система диспансеризації та державна система профілактики.

Особливості стоматології, як самостійної галузі медичної діяльності, формують:

– висока поширеність стоматологічних захворювань серед населення, що, відповідно, обумовлює масові потреби у стоматологічній допомозі. При цьому рівень стоматологічних захворювань і потреб у стоматологічній допомозі залишаються високими з року в рік;

– низька свідомість та медична культура щодо підтримки належного рівня стоматологічного здоров'я, недостатні економічні умови життя більшості населення призводять до низької відвідуваності стоматологічних закладів, звернення до стоматолога при розвинутих формах стоматологічних захворювань та неефективності ранніх профілактичних заходів.

Одним з важливих кроків підвищення ефективності стоматологічної допомоги є розвиток спеціалізованої пародонтологічної допомоги як шляху інтенсивного розвитку якості надання медичної допомоги населенню [6, 9, 14, 35].

Починаючи з 60-х років ХХ століття у практичній охороні здоров'я сформувався окремий розділ клінічної стоматології - пародонтологія. Починаючи з поодиноких прийомів хворих поступово ця клінічна дисципліна досягла розвитку до 90-х років, коли були створені та оснащені спеціалізовані кабінети та відділення. В обласних, міських та районних центрах України на базі територіальних поліклінік були відкриті відділення пар одонтології, у Києві, Одесі, Харкові - створені пародонтологічні центри обласного, республіканського значення.

Виділення вузькоспеціалізованої служби для надання допомоги при захворюваннях пародонта ще у той час було обумовлено їх високою поширеністю серед населення. За даними ВООЗ 1980 року [383] «хвороби пародонта уражують майже усе населення та більше половини дитячого населення земної кулі», а вже у звіті Європейського бюро ВООЗ за 2003 рік

[380] відмічено, що внаслідок хвороб пародонта люди втрачають зуби у 5 разів більше, ніж від карієсу та його ускладнень [376].

Протягом 80-х років минулого століття пародонтологічна служба набула свого максимального розвитку, що втілювалося, у першу чергу, у створенні наукових шкіл у провідних ВМНЗ СРСР, зокрема, у Москві – під керівництвом професорів А.І. Рібакова, Е.І. Боровського, А.І. Грудянова, а у Києві - професорів І.О. Новика, М.Ф. Данилевського та його учнів - професорів Л.О. Хоменко, А.М. Політун, Г.Ф. Білоклицької, А.В. Борисенка.

На кафедрі терапевтичної стоматології Київського медичного інституту імені О.О.Богомольця під керівництвом її завідувача, професора М.Ф.Данилевського вперше на Україні у 1974 р. було створено Республіканський організаційно-методичний центр з пародонтології (рішення колегії МОЗ УРСР від 12.12.1973 р «Об основных мероприятиях МЗ УССР на 1974 год»), головними завданнями якого було створити розробити нові форми організації медичної допомоги хворим із захворюваннями пародонта, підготувати кваліфіковані кадри для роботи у територіальних поліклініках України та інших регіонів Радянського Союзу.

Однак, ще й після 1991 року до сьогодні залишилися невирішеними питання щодо створення постійно діючого Положення про пародонтологічне відділення (кабінет, центр), не розроблені посадові інструкції для персоналу, немає єдиної медичної документації щодо структури та обліку обсягів спеціалізованої пародонтологічної допомоги хворим [1, 12, 15]. А головне – не запроваджено медичну спеціальність лікар-пародонтолог [35, 103].

Проблема раціональної організації медичної допомоги хворим із ураженнями пародонта й до сьогодні є актуальною.

Організація лікування та обсяг диспансеризації хворих із патологією пародонта визначаються типом лікувального закладу. У великих стоматологічних установах (базових клініках стоматологічних факультетів, обласних та міських стоматологічних поліклініках) протягом 70-80-х років було організовано пародонтологічні відділення та кабінети. За відсутності

можливості здійснення цього у лікувальних стоматологічних закладах із обмеженим штатом лікарських посад були виділені години прийому хворих з патологією пародонта. У деяких установах – до половини часу лікарського прийому [52, 55, 57].

У залежності від місцевих умов було уможливлено й змішану форму обслуговування, яка поєднувала дільничний принцип обслуговування з прийомом хворих у спеціальних кабінетах пародонтології за направленням дільничного стоматолога [91].

Ефективність диспансеризації хворих з патологією пародонта була доказана багаторічним досвідом роботи не тільки багатьох лікувально-профілактичних вітчизняних стоматологічних закладів [85, 107, 112], а й зарубіжних колег [100, 138, 328, 349]. Було доведено, що диспансеризація таких хворих, комплексне їх лікування в умовах пародонтологічного відділення сприяє стабілізації патологічного процесу, а пародонтологічне відділення (кабінет) слід розглядати як невід’ємну структурну спеціалізовану форму практичної стоматології [3].

На основі накопиченого досвіду українськими стоматологами було запропоновано починати диспансеризацію хворих на ураження пародонта зі шкільного віку [89, 118]. Для цього, наприклад, у Херсонській обласній стоматологічній поліклініці було винайдено можливість виділення спеціально підготовленого лікаря-стоматолога-пародонтолога-дитячого, окрім двох лікарів, що вели прийом дорослих [7, 222, 312]. Це питання було вдало розвинуте латвійськими фахівцями [257], які ввели зміни до санаційної карти порожнини рота щодо реєстрації стану пародонта, а лікування захворювань пародонта запропонували включити до поняття «санації порожнини рота».

Увага державних медичних інституцій (МОЗ УРСР та підпорядкованої йому адміністративної вертикалі, головних спеціалістів міністерства, а також громадських стоматологічних організацій у той час була спрямована на необхідності розробки організаційних основ обслуговування хворих із патологією пародонта. На IV республіканському з’їзді стоматологів України

(1970) було прийнято рішення про виділення спеціалізованих пародонтологічних відділень та кабінетів при всіх стоматологічних поліклініках та крупних стоматологічних відділеннях. Вже у 1972 році по Україні було виділено понад 200 лікарів для надання допомоги хворим з патологією пародонта на спеціалізованому прийомі [85]. А в цілому на теренах колишнього СРСР, за даними Проблемної комісії АМН СРСР, яку на той час очолював професор М.Ф. Данилевський, за 5 років (1971-1975) було виділено 521 спеціалізований прийом пародонтологічних хворих. Їх досвід роботи показав, що рівень медичного обслуговування хворих з патологією пародонта за умов організації спеціалізованих прийомів значно підвищується. Було доведено, що у пародонтологічних підрозділах повинні працювати спеціально підготовлені лікарі-пародонтологи – терапевти, хірурги, ортопеди, які у співдружності проводять обстеження та лікування хворих. А відбір, санацію та направлення хворих на лікування здійснюють стоматологи усіх відділень [2, 16, 20].

У подальші роки питання удосконалення спеціалізованої допомоги хворим із патологією пародонта набуло розвитку. Було запропоновано виділити три форми спеціалізованого пародонтологічного прийому:

- 1) виділення лікаря для надання медичної допомоги особам з патологією пародонта;
- 2) створення спеціального кабінету;
- 3) організація спеціального пар одонтологічного відділення.

Зарубіжними колегами, окрім організаційних заходів, було запропоновано спеціальну підготовку лікарів-пародонтологів, впровадження наукових розробок у практичну діяльність профільних лікарів, заходи щодо раціоналізації лікування хвороб пародонта, оптимізації обладнання та оснащення пародонтологічних підрозділів спеціальною апаратурою та інструментами [9, 12, 14, 100, 340]. У зарубіжних публікаціях більше уваги на той період приділялося питанням профілактики захворювань пародонта, серед яких головне місце виділялося санітарно-просвітницькій роботі серед

населення щодо питань гігієни порожнини рота, раннього звернення за допомогою. На підставі спеціальних досліджень, багаторічного досвіду та практичних показників роботи багатьма авторами були зроблені спроби визначення потреб населення у пародонтологічній допомозі, розробці нормативних показників, форм щоденного обліку робочого часу лікарів, що здійснюють спеціалізоване лікування хворих з ураженнями пародонта та іншої медичної документації, яка використовується у пародонтологічних підрозділах [8, 14, 305, 309]. Були запропоновані критерії для об'єктивної оцінки результатів проведеного лікування, показники діяльності пародонтологічної служби, низка спеціальних критеріїв для оцінки ефективності диспансеризації осіб з хворобами пародонта. [8, 126, 166].

З метою поліпшення надання стоматологічної допомоги населенню України було створено національну Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки (далі – Програма профілактики) Указом Президента України від 21 травня 2002 року N 475/2002 [202].

Найближчим аналогом на рівні національного проекту забезпечення моніторингу стану здоров'я та формування медико-соціальних основ для оздоровлення нації є Національний проект «Здоров'я», який прийнятий і вже впроваджується у Російській Федерації [164]. На відміну від Програми профілактики, у Національному проекті РФ «Здоров'я» (НПЗ) зазначено, що необхідним є проведення поетапної диспансеризації населення, у першу чергу громадян, що працюють на шкідливих виробництвах, з поступовим охопленням інших груп населення і особливо дітей та підлітків за спеціальною програмою за участю комісії лікарів - терапевта, хірурга, уролога (для чоловіків), гінеколога (для жінок), окуліста, ендокринолога. Нажаль, стоматолога у цій комісії немає. В рамках НПЗ поставлено за необхідне своєчасне виконання розробки фундаментальних проблем сучасної стоматології як однієї з важливих складових сучасної медицини та охорони здоров'я, особливо у профілактиці стоматологічних та супутніх захворювань.

Це зумовлено тим, що стоматологія у системі охорони здоров'я Росії за зверненням та обсягом надання лікувальної допомоги займає друге місце після терапії та хірургії.

1.4. Сучасний погляд на профілактику та лікування захворювань пародонта

1.4.1 Клініко-патогенетичні механізми розвитку запально-дистрофічних захворювань пародонта. Узагальнюючи та систематизуючи результати численних досліджень з актуальних питань пародонтології [18, 22, 26, 30, 54, 315, 327, 345, 365] в контексті перспективи прогнозування ефективності профілактики та лікування хвороб пародонта наводимо основні ланки патогенезу генералізованого пародонтиту як найпоширенішого хронічного захворювання пародонта з урахуванням завдань дисертаційного дослідження щодо ситуаційного аналізу чинників його розвитку та обґрунтування профілактичної стратегії.

ГП розвивається під впливом як місцевих причин, так і поєднаної впливу загальних (ендогенних) факторів на тлі зміненої реактивності організму [231, 235]. До групи загальних факторів ризику належать: соматичні захворювання, вік, фізіологічні гормональні перебудови (пубертатний період, вагітність, лактація, клімакс), прийом лікарських засобів, шкідливі звички (паління), стресові впливи, виробничі фактори, спадковість, склад питної води, соціальний стан, умови проживання, раціон харчування тощо) [260, 263].

Так хронічні соматичні захворювання сприяють розвитку аутосенсibiliзуючих механізмів та імунопатологічних процесів з резорбцією кісткової тканини та створюють умови для негативного впливу на тканини пародонта патогенної мікрофлори. З віком в тканинах пародонта відбуваються зміни, що пов'язані з процесами старіння організму, які супроводжуються зниженням захисних властивостей та уповільненням

репарації кісткової тканини. При вагітності тканинах ясен накопичуються гормони естраген та прогестерон, які призводять порушення обмінних процесів, підвищенню судинної та клітинної реакції на звичайні подразники [43, 45, 72].

Нікотин негативно впливає на хемотаксис та фагоцитарну активність поліморфно-ядерних лейкоцитів як в слині, так і крові. Паління спричиняє негативний вплив на кровопостачання тканин пародонта (ангіоспастичний ефект, морфологічні зміни мікроциркуляторного русла, ішемізація тканин). Погіршення репаративних процесів в тканинах пародонта відбувається не тільки за рахунок вище зазначених змін, а й також за активного поглинання нікотину фібробластами, що веде до порушення їх здатності синтезувати колаген [94, 116].

Хронічний стрес, депресія пригнічують імунну систему, обумовлюють гормональний дисбаланс, призводять до порушення обмінних процесів в тканинах та підвищують ризик виникнення та розвиток ГП. У реалізації стресових факторів особливу роль відіграють: незадовільна гігієна в осіб з лабільною або порушеною нервовою системою, порушення хімічного складу слини, яке сприяє у свою чергу змінам кількісного та якісного складу мікрофлори, пара функція жувальних м'язів та інші.

Перебіг запально-дистрофічних хвороб пародонта потенціюється застосуванням седативних препаратів та транквілізаторів (за рахунок збільшення кількості зубного нальоту внаслідок розвитку ксеростомії), проти судомних, гіпотензивних препаратів, цитостатиків (за рахунок гіперплазії ясеневого краю, що погіршує очищення при ясеневій зоні) [105, 133].

Суттєвий вплив на розвиток ГП спричиняють термічні, хімічні (пестициди, гербіциди), фізичні (вібрація) та інші фактори. Вплив факторів професійної шкідливості залежить від тривалості їх дії (стажу роботи), віку пацієнта, вихідного стану гігієни порожнини рота та тканин пародонта [121, 127].

Незбалансоване харчування призводить до зниження реактивності організму та, відповідно, до недостатності захисних та компенсаторних механізмів в тканинах пародонта [201].

Наявність одного або декількох вище зазначених умов призводить до порушення гемостатичної рівноваги в організмі та створює умови для негативного впливу на пародонт інших факторів.

Місцеві фактори – це низький рівень гігієни порожнини рота, нераціональне протезування, ортодонтичне лікування, дефекти пломбування, аномалії прикусу та положення окремих зубів, аномалії прикріплення вуздечки язика та губ. Ці фактори, як і загальні, сприяють зниженню захисно-компенсаторних механізмів пародонта.

В цілому, комплекс загальних (ендогенних) та місцевих факторів створює своєрідний фон для активації пародонтотропної мікрофлори, яка, на думку більшості вітчизняних та зарубіжних дослідників, відіграє провідну роль у розвитку запалення в пародонті [17, 23, 31]. Відомо декілька уявлень про основи запально-дистрофічних захворювань пародонта (теорія зубної бляшки та біоплівки, теорія порушення трофіки тканин, аутоімунна та цитокінова теорії тощо) [27, 38].

Слід зауважити, що навіть при комплексному використанні сучасних методів профілактики та лікування запальних захворювань пародонта повністю усунути ГП поки що не вдається, а лише тільки стабілізації процесу (стійка або відносна ремісія) [53, 75, 92, 102, 124, 147, 171, 352, 357, 372]. Тривале існування пародонтиту в кінці кінців призводить до втрати зубів.

В цілому процес розвитку запально-дистрофічних захворювань пародонта є випадковим зі своїми законами та характеристиками розподілу часу переходу з однієї нозологічної форми в іншу. Ці характеристики можуть бути достатньо стабільні для великих груп населення. При цьому в залежності від умов життєдіяльності цих груп характеристики можуть відрізнятися одна від одної, що необхідно враховувати при прогнозуванні ефективності профілактики та лікування хвороб пародонта.

1.4.2 Сучасні технології профілактики захворювань пародонта. Профілактика – система організаційних та медичних заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я населення, запобігання хворобам. Є основним напрямком діяльності закладів охорони здоров'я і залежить від цілої низки факторів, які можуть спричинити розвиток захворювання. Згідно з даними ВООЗ, серед таких факторів спосіб життя становить 51,2 %, генетичні чинники — 20,4 %, навколишнє середовище — 19,9 % і система охорони здоров'я — 8,5 % [308, 311, 339].

Основним напрямом сучасної стоматології є пошук ефективних шляхів запобігання та лікування захворювань пародонта. Профілактика уражень пародонта являє собою дуже складну задачу, що є частиною стоматологічної профілактики, спрямованої на оздоровлення організму в цілому. Це комплекс заходів, спрямованих на підвищення стійкості всього організму і тканин пародонта зокрема до дії несприятливих факторів та запобігання виникненню стоматологічних захворювань. Усі фактори ризику виникнення стоматологічних захворювань (у тому числі і хвороб пародонта) можна умовно поділити на три групи: 1) зовнішні фактори; 2) загальносоматичні та 3) стоматологічні фактори. Їх, у свою чергу, можна поділити на фактори безпосереднього впливу (мікроорганізми, механічні, фізичні, хімічні подразники) та системного впливу на тканини пародонта (реактивність організму, генетичні особливості, стан імунної системи, фонові загальні захворювання). Профілактика хвороб пародонта спрямована на повне усунення або зменшення впливу даних факторів.

Проблема профілактики захворювань викликає велику зацікавленість серед значних міжнародних медичних організацій. Зокрема, Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я був розроблений програмний документ «Здоров'я XXI — здоров'я для всіх у XXI столітті». У ньому наведено основи політики досягнення високого рівня здоров'я, у тому числі й стоматологічного, для населення країн Європейського регіону, в якому проживає близько 870 мільйонів осіб. Дана

програма зацентована на проблемах, які характерні для різних країн Європи, у тому числі й України.

У рамках стратегії досягнення здоров'я для усіх Європейське регіональне бюро ВООЗ координує свою діяльність у країнах-учасниках Програми ВООЗ за трьома основними напрямками:

- формування способу життя, що сприяє збереженню та зміцненню здоров'я;
- створення навколишнього середовища, що сприяє здоров'ю людини;
- розвиток служб профілактики, лікування та догляду.

Залежно від рівня та обсягу проведення профілактичних заходів іноді виділяють (ВООЗ, 1980) первинну, вторинну та третинну профілактику. Вони відрізняються за своєю метою та обсягом заходів і при правильному виконанні дають змогу істотно знизити рівень захворюваності на основні стоматологічні захворювання.

Первинна профілактика запобігає самому виникненню захворювання, усуваючи його фактори, і може здійснюватися на різних рівнях — від індивідуального до державного. Така система заходів спрямована на усунення факторів, які зумовлюють захворювання пародонта; підвищення стійкості організму до впливу несприятливих факторів довкілля, навколишнього виробничого та побутового середовищ. Основними методами первинної профілактики захворювань пародонта є:

- стоматологічна просвіта та мотивація здорового способу життя;
- профілактика загальних захворювань, усунення шкідливих звичок (фактори ризику);
- реалізація програми раціонального харчування (нормалізація кількісного та якісного складу харчових речовин, вітамінів, макро- та мікроелементів у раціоні харчування); визначення та корекція аліментарного фактора патогенезу захворювань пародонта шляхом використання вітамінних медикаментозних засобів та біологічно активних харчових добавок (за консультацією лікаря);

- регулярне (2—3 рази на рік) проведення лікарем-стоматологом таких лікувально-профілактичних заходів, як контроль за гігієнічним станом порожнини рота, повноцінне лікування карієсу та його ускладнень, видалення зубних відкладень, вибіркоче пришліфовування зубів (усунення травматичної оклюзії та її нормалізація), своєчасне лікування запальних змін у тканинах пародонта, своєчасне виявлення і раціональне ортопедичне лікування відхилень і дефектів зубних рядів, ліквідація відхилень будови та положення м'яких тканин і органів порожнини рота;
- гігієнічне виховання населення (навчання правил гігієнічного нагляду за порожниною рота);
- професійна гігієна порожнини рота;
- індивідуальне місцеве застосування лікувально-профілактичних засобів гігієни порожнини рота пародонтопротекторної спрямованості.

Первинну профілактику можна підрозділити на етіотропну та патогенетичну. Етіотропна профілактика спрямована на зменшення несприятливого впливу етіологічних факторів захворювання. Патогенетична спрямована на запобігання розвитку патологічних змін у порожнині рота, які можуть виникнути під впливом етіологічних факторів. Вона може мати загальнооздоровчий характер або цільову спрямованість проти певних чинників ризику виникнення захворювання.

Третинна профілактика — система заходів, спрямованих на реабілітацію стоматологічного статусу шляхом збереження функціональних можливостей органів і тканин щелепно-лищевої ділянки і, зокрема, пародонта. Вона спрямована на запобігання погіршенню стану або розвитку ускладнень захворювання після того, як воно вже проявилось. Включає в себе весь комплекс терапевтичних, хірургічних і ортодонтичних заходів, спрямованих на припинення патологічного процесу, запобігання ускладнень, відновлення функції жувального апарату.

Третинна профілактика співпадає із лікуванням, однак за умов високої її організації спроможна вирішити низку проблем, пов'язаних із хворобою.

На етапі третинної профілактики також застосовують методи скринінгу з метою визначення показників погіршення перебігу захворювання — загострення або прогресування. Окрім вищезазначених ІДП та СІУП, застосовують також методи визначення інтенсивності запальних та дистрофічно-запальних уражень тканин пародонта (СРІ), проводять оцінювання стану гігієни порожнини рота шляхом застосування гігієнічних індексів.

Для визначення патологічних станів пародонта, які потребують скринінгу, важливими є три критерії:

- 1) тяжкість захворювання;
- 2) інформаційна якість використаного для скринінгу методу;
- 3) ефективність заходів первинної профілактики або ефективність лікування за вторинної профілактики (якщо захворювання буде виявлено під час скринінгу).

Для будь-яких скринінгових тестів (опитування, експрес-оцінка гігієнічного стану ротової порожнини пацієнта, фізикальні чи лабораторні методи дослідження) важливими є критерії оцінювання якості: чутливість та специфічність; простота та економічність.

Чутливість та специфічність скринінгового тесту визначають відношенням кількості виявлених патологічних станів до загальної кількості захворювань, які виявлені при подальшому спостереженні. Наприклад, чутливість скринінгового тесту на цілісність зубоясенного прикріплення визначають відношенням кількості випадків діагностованого під час скринінгу генералізованого пародонтиту до суми цієї кількості та кількості випадків виявленого в подальшому протягом року захворювання серед клінічно здорових осіб. Подібний спосіб визначення чутливості й специфічності скринінгового тесту іноді називають детекторним методом (detection method) .

Простота та економічність скринінгового тесту означає, що його можна здійснити протягом мінімального терміну; не потребує спеціальної

підготовки пацієнта та лікаря, додаткового відвідування стоматологічного закладу. Витрати на його проведення мінімальні й доступні для стоматологічної установи будь-якого типу фінансування.

В цілому, залежно від груп факторів ризику, всі профілактичні заходи можна досить умовно поділити на масові соціально-профілактичні (державні), лікарсько-профілактичні (спеціальні) та індивідуальні профілактичні заходи.

Масові соціально-профілактичні заходи проводять переважно державні органи охорони здоров'я, деякі професійні громадські організації та окремі особи. Такі заходи дещо умовно зведені в одну групу, оскільки їх здійснюють у широкому загальнодержавному масштабі і вони мають загальнооздоровчий характер. До них відносять низку заходів, що спрямовані на різні вікові й соціальні верстви населення: 1) регуляція життя і харчування (загальноосвітні програми в організованих колективах та серед неорганізованого населення шляхом застосування різних засобів масової інформації); 2) санація порожнини рота в організованих колективах, декреторних групах (вагітні, контингент спеціалізованих шкіл-інтернатів, дитячих будинків, будинків інвалідів); 3) планова систематична санація порожнини рота в організованих колективах, у професійно-споріднених групах — військовослужбовці, працівники підприємств зі шкідливими умовами праці тощо; 4) виявлення та усунення захворювань внутрішніх органів; запровадження державних програм профілактики основних стоматологічних захворювань; 5) грудне вигодовування дитини; 6) збалансоване харчування дитини з урахуванням її віку; 7) боротьба з інфекційними та іншими дитячими хворобами; 8) раціональний режим праці та відпочинку дітей; 9) протикаріозні профілактичні заходи (фторування питної води та інші масові заходи).

Головною метою процесу профілактики та лікування виступає досягнення високого рівня здоров'я пародонта у населення. Ця мета досягається на рахунок реалізації конкретних цілей профілактики та

лікування захворювань пародонта, при цьому доцільність проведення лікувально-профілактичних заходів залежить від результатів повноцінної діагностики та прогнозування ефективності цих заходів.

Метою первинної профілактики є попередження захворювань пародонта та підвищення резистентності організму до впливу негативних чинників навколишнього середовища, виробництва та побутового оточення.

До мети вторинної профілактики можна віднести упередження рецидивів та ускладнень захворювань пародонта.

Третинна профілактика ставить за мету реабілітацію стоматологічного статусу пацієнта.

Аналіз існуючих можливостей профілактики та лікування захворювань пародонта свідчить, що вони не в повній мірі задовольняють вимогам практики. Зокрема, це стосується оперативності планування та прогнозування перебігу ураження пародонта.

1.4.3 Роль і місце гігієни порожнини рота у профілактиці та лікуванні захворювань пародонта. Зрозуміло, що одне з провідних місць у переліку причин виникнення запальних захворювань пародонта посідає гігієна порожнини рота, і що є особливо важливим, уражуючи значну частку населення, захворювання пародонта зустрічаються сьогодні особливо у молодому, соціально активному віці. Це визначає не тільки медичну, а й соціальну значимість проблеми й слугує підставою для проведення епідеміологічних досліджень та їх ситуаційного аналізу як основи для створення системи профілактики захворювань пародонта як складової спеціалізованої пародонтологічної допомоги населенню України.

Враховуючи значну поширеність та інтенсивність запальних захворювань пародонта, особливе значення у їх профілактиці набуває індивідуальна гігієна порожнини рота (ІГРПР), відсутність якої призводить до утворення зубної бляшки, накопиченню м'якого зубного нальоту з наступною загальною деструкцією пародонта [7, 61].

Формування зубної бляшки та зубного нальоту починається з моменту прорізування зубу, що пов'язане з впливом глюкопротеїдів слини, які утворюють пелікулу. Таким чином, агресивне середовище порожнини рота відіграє важливу роль у розвитку більшості патологічних станів [28, 32].

У зв'язку з цим виникають нові напрями у дослідженнях активності різних засобів гігієни порожнини рота [62, 95, 168, 177]. При цьому оцінці підлягають наступні показники: відсутність неприємних відчуттів, місцево-подразнююча, сенсibiliзуюча та протизапальна дія, коли зубна паста спричиняє як безпосередній вплив на м'які тканини пародонта, на вогнище запалення, так і опосередковане за рахунок пригнічення мікрофлори порожнини рота [60, 225, 245]. Причому, протизапальний вплив покращується за рахунок застосування у пастах екстрактів трав (шавлії, ромашки тощо), штучних хімічних сполук, що мають антимікробну активність (хлоргексидин, триклозан, сполуки фтору, цетилперидіум хлорид та ін.) [212, 213].

Так, наприклад, при дослідженні ефективності зубної пасти Parodontax Professional, до складу якої входять, в основному, рослинні екстракти, встановлено, що двохвилинні аплікації на ніч, після чистки зубів, протягом двох тижнів достеменно зменшували запальні явища у яснах. На думку авторів, ця зубна паста може бути використана в якості додаткового засобу при лікуванні запальних захворювань пародонта [276, 290]. Триклозан у поєднанні з сополімером перешкоджає утворенню зубного каменю, інгібує формування та ріст мінеральної фази фосфатів кальцію, окрім того може гальмувати утворення декількох важливих медіаторів запалення ясен [277, 284].

Важливою частиною оральної гігієни в останні роки стало застосування інтердентальних засобів гігієни: флосів, тейпів-флосет, зубочисток, електрофлосів, гідромасажерів (іригаторів). Вони призначені для очищення міжзубних проміжків та контактних поверхонь зубів від м'якого зубного нальоту та залишків їжі. Цим самим вони перешкоджають запаленню міжзубного сосочка, руйнуванню зубоясеневому прикріплення та виникненню захворювань пародонта [32, 37, 310, 316]. Відсутність інтердентальних засобів гігієни, особливо на тлі захворювань

пародонта, призводить до прискореного утворення під'ясенного та над'ясенного зубного каменю. Це у значній мірі інтенсифікує деструктивні процеси у пародонті, збільшує рухливість зубів та прискорює їх втрату.

Питання інтердентальної гігієни дуже важливе, оскільки від нього у значній мірі залежить здоров'я зубів і пародонта в цілому. Однак цьому аспектові ГПР населенням мало приділяється уваги. Це пов'язане не тільки з порівняно нещодавнім надходженням цього виду профілактичних засобів на внутрішній ринок, а й з недостатнім рівнем упровадження у свідомість людини всієї лікувально-профілактичної мотиваційної значущості подібних процедур для збереження здоров'я, зниження поширеності та інтенсивності запальних захворювань пародонта. У теперішній час підсилюється акцент гігієнічного навчання та гігієнічної мотивації у дошкільних, шкільних та виробничих колективах [63, 88, 182, 304, 306, 321, 353, 364], але є наявною нестача інформованості дорослого населення.

Профілактична стоматологія демонструє помітні успіхи, які можуть бути покращені тільки за умов активації особистої відповідальності за здоров'я своєї порожнини рота [183, 191, 196, 197]. Вивчення індивідуальної мотивації до гігієни порожнини рота являє певні методичні труднощі внаслідок суб'єктивності самого поняття «мотивація».

За допомогою надання значення та дії пацієнт усвідомлює та формує своє суб'єктивне уявлення про предмет та реагує на нього у випадку наявності внутрішньої готовності [195, 223]. Це дозволило авторам висловити думку щодо зміни індивідуальної мотивації гігієни порожнини рота у пацієнтів із запальними захворюваннями пародонта на етапах проведення професійної гігієни за умов знання вихідного її рівня та психологічних особливостей особистості [216].

Професійна гігієна порожнини рота, що включає місцеві лікувальні втручання, навчання правилам гігієни, контроль за їх виконанням, на сьогодні відіграє важливу роль у питанні профілактики та комплексного лікування генералізованого пародонтиту [222, 234, 256].

Аналіз літературних джерел свідчить, що дослідниками були використані різні шляхи удосконалення як методик професійної гігієни порожнини рота, так і засобів гігієни [10, 11, 49, 64, 143, 165]. Поряд із загальноприйнятими методами оцінки професійної гігієни, такими як визначення гігієнічного індексу, оцінки слизової оболонки ротової порожнини та тканин пародонта, визначення виду прикусу та наявності активно діючих факторів ризику запальних стоматологічних захворювань, останнім часом деякими дослідниками використовуються внутрішньоротова відеокамера, яка дозволяє наочно продемонструвати пацієнтові стан та вигляд його зубів та ясен [108]. Застосування сучасної відеотехніки надає значний вплив на хворого та сприяє виникненню у нього бажання для проведення повної санації порожнини рота.

Індивідуальні та професійні гігієнічні заходи, а також повноцінне та нетравматичне щодо маргінального пародонта лікування зубів та гострих запальних процесів у порожнині рота можуть упередити виникнення низки захворювань пародонта. Однак навіть видалення негативних чинників не може гарантувати рецидиву запальних захворювань. Причиною такого явища можуть слугувати загальні патологічні зміни в організмі, такі як захворювання травневої, ендокринної систем тощо [34, 47, 226, 370, 366].

1.4.4 Аналіз методів прогнозування ефективності лікувально-профілактичних заходів при захворюваннях пародонта. Прогнозування ефективності лікувально-профілактичних заходів в пародонтології може бути корисним для оцінки результатів комплексного лікування, динамічного спостереження хворих, планування їх реабілітації із застосуванням медикаментозних, хірургічних, ортопедичних підходів. Однак робіт, які б конкретно висвітлювали проблему саме в такому ракурсі, не багато. До основних серед них можна віднести [24, 25].

В якості методів оцінки розвитку, гальмування та усунення запально-дистрофічних уражень пародонта застосовують методи однофакторного та багатфакторного прогнозування. При багатфакторному прогнозуванні

оцінку стану пародонта здійснюють за сукупністю декількох параметрів, при одно факторному – за одним параметром.

З метою прогнозування уражень пародонта використовують детерміновані та стохастичні лінійні та нелінійні моделі – ядра відповідних методів [115, 119]. Детерміновані моделі доцільні, коли процес, що підлягає аналізу, має явно виражений детермінований характер. Відомо, що детерміновані процеси є окремими епізодами випадкових процесів. В пародонтології ми маємо справу з множиною випадкових характеристик процесу профілактики та лікування ГП з багатьма невідомими взаємозв'язками. Це випадкові загальні та місцеві фактори ризику захворювань пародонта, випадкові характеристики лікувально-профілактичних заходів (періодичність та тривалість курсу, вміст активних компонентів тощо) та досягнуті результати. Які визначають за параметрами стану пародонта.

До параметрів стану пародонта, що оцінюють, за даними [179], відносять: візуальні ознаки захворювання (симптоми кровоточивості, гіперестезії, галітоз, рухливість зубів, виділення з пародонтальних кишень, рецесія ясен), клінічні індекси (зубного нальоту Green-Wermillion, гінгівіту Silness-Loe, пародонтального Russel, кровоточивості Muhlemann & Sax та інші), імунологічні (лізоцим, імуноглобуліни тощо), біохімічні (наприклад, рН ротової рідини, ферментативна активність сукцинатдегідрогенази, гліцерофосфатдегідрогенази), мікробіологічні (якісні та кількісні), мікроциркуляторні, рентгенологічні та інші характеристики [33, 152].

В результаті візуального спостереження стану пародонта оцінюють наявність запалення. За оцінкою індексу Green-Wermillion визначають кількість зубного нальоту та зубного каменю шляхом розрахунку середнього значення. Якщо цей індекс більше 1,0, вважається, що стан гігієни порожнини рота незадовільний (коливання понад 1,0 корелюють зі ступенем). Для оцінки індексів гінгівіту Silness-Loe та пародонтального Russel використовують бальні системи. В залежності від суми балів роблять

заключення, відповідно, про наявність та ступінь гінгівіту та пародонтиту. Індекс кровоточивості Muhlemann & Sax також оцінюють в балах, але в залежності від часу проявлення кровоточивості при зондування ясен [76].

Всі ці індекси являють собою моделі, що формалізують стан пародонта на конкретний момент часу.

При оцінці стану пародонта за імунологічними, біохімічними, мікробіологічними, мікроциркуляторним, рентгенологічним параметрами базуються на відповідності їх прийнятим нормам [38, 87, 142, 146, 172, 220]. Оцінка за рентгенологічними параметрами – це, насамперед, якісна характеристика. Яка відображає наявність чи відсутність на рентгенівському знімку ознак запалення з урахування клінічної форми (відсутність кортикальної пластинки, деструкції перегородок, вогнищового остеопорозу). Ця оцінка може здійснюватися як експертним шляхом, так і з використанням методів розпізнаванні образів.

В деяких випадках у медицині процес профілактики та лікування захворювань формалізують не тільки в просторі клінічних параметрів, а й просторі стадії та форм захворювання [21, 272].

Однак, питання математичної формалізації процесу профілактики та лікування запальних та запально-дистрофічних захворювань пародонта в джерельній базі практично не висвітлені.

При прогнозуванні ефективності лікувально-профілактичних заходів, згідно з відомими методами, проводять клінічні дослідження, спостерігають за характеристиками стану пародонта протягом певного часу та виявляють закономірності їх змін в залежності від тривалості та змісту лікувально-профілактичних заходів. На основі цього будують моделі розвитку, профілактики та лікування запальних та запально-дистрофічних захворювань пародонта.

При багатофакторному прогнозуванні визначають взаємозв'язки клінічних ознак, лікувальних втручань та ефектів, використовуючи рівняння регресії першого, другого, третього порядку та інші моделі [21, 272]. Для

одно факторного прогнозування описані методи прогнозування тренду, метод різницевих рівнянь та інші [42]. Однак, такий математичний апарат, як марковські процеси, що надає розширені можливості для аналізу процесів у часі, не знайшов належного застосування для прогнозування ефективності лікувально-профілактичних заходів при ураженнях пародонта.

На теперішній час за результатами оцінки клінічних індексів, імунологічних, біохімічних, мікробіологічних, мікроциркуляторних параметрів в часі будують графічні моделі, які відображують їх зміни при проведенні чи відсутності лікувально-профілактичних заходів. Встановлюють відповідність їх певним математичним залежностям, котрі у подальшому використовують для прогнозування ефективності лікування та профілактики захворювань пародонта. При цьому не в повній мірі враховують загальносистемні закономірності розвитку даного патологічного процесу в часі, залежність лікування від діагнозу, віку пацієнтів. Для обробки результатів досліджень використовують відомі методи математичної статистики. На основі отриманих виборок характеристик процесу профілактики та лікування захворювань пародонта будують гістограми, визначають закони розподілу випадкових величин з оцінкою їх параметрів (вірогідностей, математичних очікувань, дисперсій або середніх квадратичних відхилень, довірчих інтервалів). В якості методів отримання оцінок характеристик випадкових величин застосовують метод моментів або метод найбільшої правдоподібності [173, 176].

При цьому слід відмітити, що переважна більшість відомих методів та способів прогнозування ефективності лікувально-профілактичних заходів при захворюваннях пародонта орієнтована на однократне проведення комплексу лікування та профілактики.

Прогнозування розвитку, профілактики та лікування захворювань пародонта передбачає наявність як моделей цих захворювань, так і моделей лікувально-профілактичних заходів. В якості останніх можуть виступати моделі комплексів відповідних заходів, які проводяться однократно та

періодично, а також повноцінні лікувально-профілактичні програми, наприклад в межах диспансеризації.

Сучасний розвиток інформатизації в медицині, й у першу чергу стоматології, привносить нові можливості використання елементів програмування комплексних заходів – лікування, профілактики, динамічного спостереження тощо – на основі логіко-математичного аналізу та моделювання цих процесів.

1.5 Сучасний стан проблеми становлення та розвитку інституту лікаря загальної (сімейної) практики в стоматології

За умов реформування економіки країни в стоматологічній галузі поступово, але не уклінно змінюється форма власності, структура лікувально-профілактичних закладів, підготовка та перепідготовка кадрів стоматології. При розробці шляхів розвитку організації стоматологічної допомоги [182, 187] в таких мовах безперечно відіграють роль:

- зниження ролі централізованого управління та зміщення її ролі в регіони;
- підвищення ролі професійного управління через професійні асоціації;
- розвиток багатокладних форм власності в економіці;
- значна автономність стоматології як медичної спеціальності (власна мережа закладів, системи освіти, специфічні проблеми економіки);
- зниження ролі та розмірів бюджетних асигнувань та підвищення значення госпдоговірних відносин;
- тенденції в організації мережі стоматологічних закладів;
- зміни в підготовці кадрів стоматологів широкого профілю, зміцнення ролі середнього медичного персоналу, можливість переходу до обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування;
- перегляд усіх основних позицій в організації та управлінні стоматологією – юридичний та медичний статус, ресурсне забезпечення, організація та управління на всіх рівнях.

З урахуванням зазначеного автори пропонують замість громіздкої системи стоматологічних закладів різного рангу – обласного, міського, районного тощо розрізняти їх на заклади, в яких надається кваліфікована та вузькоспеціалізована допомога [186, 188, 189].

Разом з тим, більш переконливими є першочергові завдання реформування галузі охорони здоров'я нашої держави під пильною увагою Президента України щодо розвитку первинної ланки надання медичної допомоги населенню, наближенню медичної допомоги до громадян та здійснення її реальної доступності для кожного [228, 240].

1.5.1 Вирішення проблем стоматології в системі загальної практики/сімейної медицини за кордоном. Внаслідок різниці у національних, історичних, економічних та інших умовах розвиток загальної лікарської практики в країнах Європи має свої особливості. Для організації загальних практик в деяких країнах передбачені відповідні законодавчі акти, які регулюють створення робочих місць (Італія, Австрія), в інших країнах такої нормативної бази немає (Бельгія, Нідерланди). У Швеції та Фінляндії, де лікарі загальної практики отримують фіксовану зарплатню, нові лікарі загальної практики отримують можливість працевлаштування тільки за наявності вакансій [182, 184].

Доля лікарів загальної практики в країнах Європи варіює в широких межах. Так, у Франції це становить 54% усіх лікарів, у Бельгії – 46%, у Великій Британії – 42%, в Італії – 26%, у Голандії – 18, Іспанії -15%.

З метою ствердження центральної ролі загальної (сімейної) практики в системі охорони здоров'я Європи, а також для зміцнення здоров'я на індивідуальному та комунальному рівнях, Європейським Регіональним Бюро ВООЗ було розроблено спеціальне «Керівництво з професіональних та адміністративних аспектів розвитку загальної практики/сімейної медицини в країнах Європи», в якому відображені усі суб'єкти охорони здоров'я: керівники галузі, фінансові, планові та керівні органи, академічні інститути,

різні професійні організації, у тому числі сімейних лікарів, пацієнтів та їх представників [249, 252]. Відповідно до цього Європейського документу визначено, що загальна практика – це така форма організації первинної медичної допомоги, яка має наступні характерні риси:

1. Загальний обсяг охоплення (допомога, яка надається сімейними лікарями, не лімітована категоріями населення, вона надається кожній людині, незалежно від віку, статі, соціальної приналежності, раси, релігії, жодна скарга чи медична проблема пацієнта не може бути залишена без уваги).

2. Доступність (здійснюється вільний доступ до служб загальної практики з мінімальними термінами очікування; цей доступ не повинен обмежуватися фінансовими чинниками).

3. Інтегрованість (загальна практика включає лікувальну та реабілітаційну допомогу, а також зміцнення здоров'я та профілактику хвороб).

4. Постійна основа (загальна практика не обмежується тільки приватним випадком надання медичної допомоги чи будь-яким захворюванням, а забезпечує хворим індивідуальну медичну допомогу на довготривалій основі впродовж тривалого періоду їх життя).

5. Бригадний підхід (сімейний лікар повинен працювати у складі добре злагодженої мультидисциплінарної бригади).

6. Цілісність (медичні проблеми людини, сім'ї та суспільства повинні розглядатися в плані фізичних, психологічних та соціальних перспектив).

7. Персональний характер (загальна практика повинна бути, насамперед, орієнтованою на особистість, а потім вже на хворобу; вона заснована на особистісних взаємовідносинах пацієнта та лікаря).

8. Орієнтованість на родину (в загальній практиці проблеми вивчаються в контексті родини та соціальних контактів людини).

9. Орієнтованість на контингент обслуговування (проблеми пацієнта повинні розглядатися в контексті його життя в місцевих умовах; сімейний

лікар має бути в курсі проблем населення, яке обслуговується на місцевому рівні, співпрацювати з іншими професійними робітниками та службами інших секторів, а також з групами взаємодопомоги з метою вирішення місцевих проблем медико-санітарного плану).

10. Координованість (хоча переважна більшість медичних проблем пацієнтів при першому контакті можуть бути вирішені сімейним лікарем, однак в деяких випадках виникає необхідність направляти пацієнтів на консультації; сімейному лікарю слід повідомляти пацієнта про результати таких консультацій, слід також інформувати про всі наявні служби та як ними користуватися найкращим чином та бути координатором зі всіх порад та призначень, які отримує пацієнт).

11. Довірчість (пацієнти повинні очікувати дотримання повної конфіденційності з боку сімейного лікаря, а також конфіденційності в тому, що стосується всієї інформації про них).

12. Адвокатська функція (сімейному лікареві слід у всіх випадках бути «адвокатом» пацієнта по всіх питаннях, що пов'язані з його здоров'ям, а також щодо його відносин з іншими фахівцями, які надають медичну допомогу).

Збалансоване поєднання вище позначених принципів сімейного лікаря створює таку інфраструктуру загальної практики, яка в змозі забезпечити покращення здоров'я населення через зниження та контроль за хронічними захворюваннями, визначення специфічних медичних проблем дітей, молоді, жінок, осіб похилого віку, а також груп пацієнтів, які пропагують здоровий спосіб життя та покращення навколишнього середовища на місцевому рівні. Це сприяє наданню відповідної медичної допомоги та підтримки в розвитку служби здоров'я через інформацію та наукові дослідження, а також розвиток партнерства та дотримання високих етичних стандартів [267].

Аналіз джерельної бази щодо зарубіжного досвіду загальної лікарської практики свідчить про відсутність інституту сімейного лікаря-стоматолога, а спеціалізована стоматологічна допомога надається стоматологами загальної

практики разом з гігієністами та асистентами. Вирішення сімейних стоматологічних проблем покладено на сімейних лікарів загальної практики. Вочевидь, надання кваліфікованої стоматологічної допомоги можливо тільки професіоналами, і тому лікар загальної (сімейної) практики здійснює рекомендації з профілактики основних стоматологічних захворювань та направляє до стоматолога на кваліфіковану консультацію та лікування захворювань зубів, пародонта, скронево-нижньощелепного суглобу та іншої патології щелепно-лицевої ділянки.

У США сімейні лікарі (лікарі загальної практики) опікуються дітьми з самого раннього віку, коли в них починаються стоматологічні проблеми, які пов'язані з прорізуванням зубів та з приводу яких батьки ще не звертаються до стоматолога. До 6-місячного віку сімейний лікар надає рекомендації щодо оптимального використання добавок з фторидом до харчування дитини, знаючи про те, що це слугує засобом профілактики розвитку карієсу в більш пізньому віці, і водночас, пам'ятаючи про флюороз. Сімейні лікарі забезпечують батькам необхідні консультації, які пов'язані з доглядом за зубами, щодо упередження та наслідків травм зубів та їхніх захворювань. Ці відомості публікуються також в американському журналі «Сімейний лікар». Розвиток карієсу в ранньому дитинстві є дуже важливою проблемою охорони здоров'я в США. У Північній Кароліні програма профілактики карієсу починає здійснюватися з народження дитини до його 35-місячного віку [358]. В цій програмі беруть участь педіатри та сімейні лікарі, які читають лекції, проводять спільні заняття. У 2010 році число відвідувачів таких занять з профілактики карієсу досягло понад 10 тисяч осіб. До занять були залучені і стоматологи [376].

Розсилка анкет 1,5 тис. сімейних лікарів та 1 тис. педіатрів у США з питаннями про ризики розвитку карієсу у 12-річних дітей дозволила виявити, що, по-перше, у відповідях взяли участь лише 43% сімейних лікарів та 52% педіатрів і, по-друге, що ризик виникнення карієсу у дітей становить більш ніж 90% в зв'язку з чим вони повинні відвідати стоматолога як можна раніше

[380]. Дітей зі зниженим ризиком розвитку карієсу відмітили 19% сімейних лікарів та 14% педіатрів. Відсутність відповідей майже від половини опитаних сімейних лікарів та педіатрів показала, що ці спеціалісти не регулярно проводять перевірку для виявлення ранніх ознак карієсу. Pierce зі співторами провели детальний аналіз ситуації у Північній Кароліні, оскільки ураження зубів карієсом є для дітей Америки найбільш частим захворюванням серед загальної патології. Тому сімейні лікарі, які мають контакт з дітьми, які не відвідують дитячі організовані колективи (дитячий садок) можуть відігравати важливу роль у попередженні карієсу та контролі стану зубів та пародонта в сім'ях, які знаходяться під їх патронатом. Перевірка ефективності їх діяльності показала, що педіатри цілком можуть виявляти стоматологічні захворювання та своєчасно направляти дітей до стоматолога.

Сімейним лікарям у США належить головна роль у попередженні стоматологічних захворювань – карієсу, захворювань пародонта, малігнізації уражень слизової оболонки порожнини рота тощо [384]. Це, як вважають автори, робить сімейних лікарів історично відповідальними за покращення здоров'я порожнини рота усіх американців.

Вибіркове опитування батьків 155 дітей та підлітків в Англії дозволило встановити, що у 15% випадків ураження зубів було виявлено лікарями загальної (сімейної) практики при скаргах на зубний біль. Їго лікували аспірином, антибіотиками. Це показало, що часто діти терплять біль тижнями, а тому батьки не звертаються за спеціалізованою допомогою. В зв'язку з цим лікарям загальної практики було рекомендовано особливо звертати увагу на стан зубів у дітей та підлітків [39].

У Великій Британії «Національна програма здоров'я» наказує лікарям загальної практики виділяти в загально медичних проблемах догляд за особами похилого віку та звертати увагу на сухість у них слизової оболонки порожнини рота та наявність ксеростомії, оскільки це погіршує якість

їхнього життя [96, 98]. У випадках необхідності їм слід залучати лікарів-стоматологів до вирішення подібних проблем у старечих пацієнтів.

У Італії спільна діяльність лікаря загальної практики та стоматолога передбачена у боротьбі з раком слизової оболонки порожнини рота [99]. Його раннє виявлення дозволяє у 90% випадків продовжити життя на 5 років. Вважається, що саме ці лікарі повинні проводити ранню діагностику рака слизової оболонки порожнини рота. Вони зобов'язані інформувати населення про фактори ризику, звертати увагу на стан порожнини рота у курців після 40 років. Це буде сприяти більш ранній інструментальній діагностиці та продовженню життя.

В Нідерландах значна увага лікарів-стоматологів та сімейних лікарів звернута на лікування краніомандібулярних захворювань, у тому числі бруксизму [39, 113]. В таких випадках лікування рекомендовано проводити із залученням широкого кола фахівців, включаючи фізіотерапевтів, психологів, ортодонтів, щелепно-лицевих хірургів.

Таким чином, у доступній нам літературі ми не знайшли повідомлень про сімейних лікарів-стоматологів, їх функції та підготовку, що дозволяє зробити висновки про спеціалізовану стоматологічну допомогу в зарубіжних країнах та вирішенні деяких стоматологічних проблем лікарями загальної (сімейної) практики, в основному, з профілактики стоматологічних захворювань. Разом з тим, завдяки успішному реформуванню стоматологічної служби з орієнтацією, у першу чергу, на первинну медико-санітарну допомогу, в ряді розвинутих країн світу досягли значних успіхів в покращенні стоматологічного здоров'я населення. Так, в країнах Скандинавії наприкінці 70-х років поширеність карієсу наближалась до 100%. КПВ у групі 12-річних дітей становив 10,0-11,0, а у 1995 р. КПВ серед тієї ж вікової групи становив: у Фінляндії – 1,4; в Данії – 1,0; в Швеції – 1,5. Поширеність карієсу у 1995 році в цій віковій групі у Фінляндії становила 20%, в Норвегії – 40% [39].

1.5.2 Становлення та розвиток інституту лікаря-стоматолога загальної практики в системі охорони здоров'я в світі та Україні. Стоматологічний персонал є важливішою складовою в системі лікувально-профілактичної допомоги населенню. Від якості підготовки лікарів-стоматологів залежить її доступність та якість охорони здоров'я [77, 204]. Тому протягом багатовікової історії розвитку зуболікарської допомоги та стоматології в світі також постійно удосконалювалася система підготовки персоналу для цієї галузі медицини. Вища стоматологічна освіта в Україні, як і інших країнах пострадянського простору, розвивалася у вигляді оригінального напрямку радянської стоматологічної школи, якій була притаманна тісна інтеграція медицини та стоматології як її складової. Лікар-стоматолог, за міжнародним визнанням, був підготовлений значно краще за загально медичними дисциплінами у порівнянні з дантистом «західного зразка». Однак проблеми у підготовці стоматологів були (одна з них – невизнання диплому лікаря-стоматолога у більшості країн світу), а, відповідно, завдання щодо подальшого удосконалення стоматологічної освіти актуальні і донині. За ініціативи професора О.І Дойнікова, декана стоматологічного факультету Московського медичного стоматологічного інституту і віце-голови Експертного Комітету ВООЗ у 1962 році був підготовлений ключовий для стоматологічної освіти документ “Dental Education” [WHO TRS 244, 1962]. Актуальними в контексті нашого дослідження є деякі, серед інших, основні рекомендації, визначені цим документом, зокрема:

- забезпечення взаємозв'язку стоматологічної освіти та потреби населення в стоматологічній допомозі;
- підготовка стоматолога загальної практики;
- орієнтація стоматолога на профілактику.

В зв'язку з рекомендаціями ВООЗ щодо орієнтації стоматологічної освіти на суспільство особливе значення, на наш погляд, має предмет «комунальна стоматологія». Серед питань, які включає цей розділ, поряд з

проблемами стоматологічного здоров'я в суспільстві та шляхів їх вирішення, організації стоматологічної служби в країні, методів епідеміологічних досліджень, є такі, як методи стоматологічної просвіти населення та профілактична стоматологія.

В країнах СНД до теперішнього часу не ліквідована важлива проблема підготовки головної ланки ефективної стоматологічної допомоги населенню, на думку П.А. Леуса, - лікаря-стоматолога загальної (сімейної) практики [164]. Він рекомендує ввести предмет «поліклінічне комплексне лікування пацієнтів», який би включав профілактику, консервативну терапію, амбулаторну оральну хірургію та ортопедичне лікування.

В Росії впровадження та розвиток загальної практики розпочато з 1995 року. Важливе значення мало створення офіційної документальної бази. На теперішній час, за даними Юдіної Н.А. [334], ведеться розробка федеральної цільової програми «Загальна лікарська (сімейна) практика стоматологічної допомоги населенню» [159, 334].

Дільнично-територіальний принцип лікарської допомоги, який існував у радянській охороні здоров'я з 1925 року, супроводжувався проведенням диспансеризації у стоматолога пацієнтів із соматичною патологією, котра організаційно дозволяла проводити і сімейну диспансеризацію. На основі цього сформувався досвід використання стоматолога як сімейного лікаря. У системі сімейної диспансеризації особливо ефективним виявилось проведення профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей з вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки [159, 162].

Найбільш гостро проблема створення інституту лікаря-стоматолога загальної практики постала при наданні стоматологічної допомоги сільському населенню. Кризисний стан російської економіки кінця 80-х років минулого століття продиктував необхідність приймати належні міри по розвитку ресурсозберігаючих технологій та створенню більш економічної моделі надання стоматологічної допомоги сільському населенню [174, 195].

Сімейна стоматологія – це форма організації стоматологічної допомоги дорослим і дітям, побудована за принципом сімейного лікаря. Сімейний стоматолог – спеціаліст, який широко орієнтований в основних стоматологічних спеціальностях, може надавати багатопрофільну амбулаторну допомогу при найбільш поширених захворюваннях та невідкладних станах. Статус сімейного лікарі-стоматолога є оптимальним для проведення профілактичних заходів усім членам сім'ї, незалежно від статі та віку. Він має широкі можливості надавати наступні послуги з профілактики стоматологічних захворювань [223]:

- оцінити індивідуальний ризик, тобто визначити звички та умови, що містять ризик для органів та тканин порожнини рота і організму в цілому;
- надати практичну пораду членам сім'ї щодо усунення чинників ризику;
- виявити стоматологічне захворювання на ранній стадії його розвитку;
- скористатися консультаціями вузьких спеціалістів (ортодонт, імплантолог тощо) та при необхідності провести сумісне лікування стоматологічного захворювання.

У повідомленні російських колег [255, 269] підведений підсумок динамічного спостереження впродовж двох років за станом здоров'я дітей та членів родин з проведенням санації порожнини рота, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів. Дослідження показало, що позитивна атмосфера прийому у одного спеціаліста створила якісно інший психологічний клімат, що підвищило інтерес до профілактичних бесід та навчання заходам гігієни порожнини рота, усуненню страху перед стоматологічним лікуванням та збільшенню довіри до лікаря-стоматолога. Це сприяло засвоєнню гігієнічних навичок та їх закріпленню.

Соціально-сімейний підхід до практики стоматології дозволяє перейти від пасивної медичної профілактики з орієнтацією на хворобу до формування у «родини-пацієнта» активної позиції, спрямованої на збереження здоров'я [268, 269]. При цьому зростає роль середнього медичного персоналу щодо забезпечення форм медико-соціального патронажу у сучасних умовах.

Використання індивідуальної програми з системою гігієнічного виховання за сімейної диспансеризації дозволяє створювати сприятливий психологічний клімат для гігієнічного виховання в сім'ї. Однак при цьому у стоматолога одночасно має проводитися санація порожнини рота всієї родини. Сімейна диспансеризація може стати основою профілактики та лікування стоматологічних захворювань, у тому числі захворювань пародонта [271]. Останнє було доведено на підставі результатів генеалогічного аналізу 26 родоводів.

Для післядипломної підготовки лікаря-стоматолога загальної практики – сімейного, на думку Сагіної О.В. [269], необхідно планувати наступне:

1) розвиток основ та методів професійної підготовки і підвищення кваліфікації лікарів-стоматологів для загальної лікарської (сімейної) практики з урахуванням первинної стоматологічної допомоги для удосконалення освітніх програм та впровадження нових технологій;

2) розробку методичних підходів та системи підготовки викладацького складу із загальної лікарської (сімейної) практики та їх реалізацію;

3) розробку та формування системи професійної підготовки сестринського персоналу (у тому числі з вищою освітою) для загальної лікарської (сімейної) практики,

4) розробку системи освітніх стандартів для післядипломної підготовки спеціалістів в області загальної лікарської (сімейної) практики та порядок їх введення в дію);

5) удосконалення навчальних та навчально-методичних матеріалів із загальної (сімейної) практики для загальноосвітнього процесу та використання у практичній діяльності;

6) розробку та апробацію системи (програми, процедури тощо) атестації, сертифікації та ліцензування лікарів-стоматологів загальної практики (сімейних лікарів) та сестринського персоналу;

7) типовий трудовий договір для лікаря-стоматолога загальної практики (сімейного лікаря).

Проведення такої підготовки лікарів-стоматологів загальної практики(сімейних) дозволить сформувати «прошарок» найбільш перспективних спеціалістів для надання первинної лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги [271].

На думку Образцова Ю.Л. [216], підготовка сімейного лікаря-стоматолога у період навчання у вузі нереальна, оскільки випускник, який отримав спеціальність лікаря-стоматолога загального профілю, не готовий до виконання багатогранних функцій сімейного стоматолога. Однією з форм підготовки таких спеціалістів може стати навчання в клінічній ординатурі за спеціальною програмою, у складі якої повинні взяти участь провідні вчені-стоматологи.

Поетапне рішення проблеми сімейного лікаря-стоматолога може полягати в наступному:

- визначення цілей та завдань підготовки;
- розробка кваліфікаційних вимог;
- визначення змісту навчання;
- складання програми та навчального плану;
- наукова розробка форм діяльності на основі клінічного та організаційного експерименту.

Формування лікаря-стоматолога загальної (сімейної) практики за російською моделлю [161] пропонується вести двома шляхами. По-перше, виховання та навчання у вищому навчальному стоматологічному закладі, по-друге, післядипломна підготовка лікарів-стоматологів, які мають певний стаж роботи. При цьому підготовка спеціаліста повинна бути спрямована на те, щоб лікар-стоматолог загальної (сімейної) практики повинен володіти лікарськими маніпуляціями терапевтичного профілю, тобто вміти надавати кваліфіковану стоматологічну допомогу дорослим та дітям при найбільш поширених стоматологічних захворюваннях та проводити основні (базові) лікарські лікувально-діагностичні заходи (надавати первинну стоматологічну допомогу при суміжних захворюваннях та невідкладних станах), а також

володіти методами формування здорового способу життя родини та неухильно дотримувати вимоги лікарської етики та деонтології при проведенні серед населення лікувально-діагностичних та профілактичних стоматологічних заходів в амбулаторно-поліклінічних умовах та вдома.

При підготовці лікаря-стоматолога слід враховувати, як вважають автори [161, 165, 236], що загальна практика – це область недиференційованої медицини. Добре підготовлений лікар-стоматолог загальної практики повинен бути в змозі самостійно забезпечити надання стоматологічної допомоги близько 80% пацієнтів, які звертаються в стоматологічні заклади амбулаторного типу, що значно знижує потреби у вузьких спеціалістах на цьому етапі надання стоматологічної допомоги.

Якщо сімейний лікар-стоматолог володіє основними терапевтичними, пародонтологічними, хірургічними та ортопедичними навичками, то практично він зможе задовільнити 80-90% всієї потреби населення у стоматологічній допомозі. Однак слід враховувати одну з актуальних проблем для сімейної стоматології – надання стоматологічної допомоги членам родин похилого та старечого віку та інвалідам. Потреба у стоматологічному лікуванні нетранспортабельних членів родин становить 100%. Єдиним виходом з цієї ситуації, на думку авторів [14, 161, 165], є обслуговування вдома сімейним лікарем-стоматологом, кваліфікація якого дозволяє провести обстеження хворого, обґрунтувати діагноз, скласти план лікувальних заходів, здійснити усі невідкладні заходи та санацію порожнини рота у повному обсязі. При здійсненні діяльності в межах компетенції сімейного лікаря-стоматолога у самого спеціаліста обов'язково повинна бути внутрішня потреба та матеріальна зацікавленість в даному виді стоматологічної допомоги.

В Росії, де впроваджена система обов'язкового медичного страхування, нормативно-правові документи сьогодні характеризуються гнучкою системою оплати праці в залежності від якості та її обсягу, що дозволяє утримувати висококваліфікованих фахівців та стимулювати досягнення ними

певних показників [94]. Адміністрація медичного закладу має право зберегти в якості основи базову (гарантовану) заробітну платню за Єдиною тарифною сіткою та порядок виплат стимулюючого характеру: визначати та встановлювати самостійно збільшуючи - при покращенні показників якості праці та знижуючи – за наявності зауважень експертних служб страхових компаній та медичних закладів на якість медичних послуг, обґрунтованих скарг пацієнтів, дисциплінарних зисків. Це дозволяє, як стверджує В.Д.Вагнер, 2003 [16], керівникам медичних закладів спиратися на сучасні ринкові механізми управління. Таким чином, заробітна платня лікарів-стоматологів, які працюють за сімейним принципом в умовах обов'язкового медичного страхування, може бути диференційованою: за Єдиною тарифною сіткою та індивідуальною додатковою за результатами роботи за місяць [94].

Досвід стоматологів Російської Федерації, в певній мірі регламентований постановою Уряду РФ «Про програму державних гарантій надання Російської Федерації безоплатної медичної допомоги» від 24.07.2001 р. № 550, свідчить, що модель розвитку стоматологічної допомоги на принципах сімейної медицини може розглядатися як найбільш ефективна та економічно вигідна форма лікування та профілактики стоматологічних захворювань, яка може використовуватися не тільки державними медичними закладами, а й приватними медичними структурами [118].

В організаційному аспекті початок становлення інституту лікаря-стоматолога загальної (сімейної) практики в Російській Федерації відраховується з видання наказу МОЗ РФ «про поетапний перехід до надання первинної медичної допомоги за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря)» від 26.08.92 г. №237, де в розділі кваліфікаційних вимог до лікаря загальної практики до п.11 включено стоматологічні захворювання та визначена необхідність лікувально-профілактичних заходів в обсязі первинної медичної допомоги, а у п. 14 відображено обсяги необхідних знань в межах загальної стоматології. Однак така постановка

питання не дозволяє надавати висококваліфіковану стоматологічну допомогу, яку в змозі надати тільки лікар-стоматолог сімейний.

В Україні посада лікаря-стоматолога загальної практики прийнята у 2005 році. Але питання повноважень та фінансування потребують подальшого опрацювання. При цьому змістовне наповнення функції посади лікаря-стоматолога загальної практики «сімейною медициною» до теперішнього часу не визначено.

Лікар-стоматолог загальної практики – найбільш придатний варіант організації первинної стоматологічної допомоги, реалізації принципів диспансеризації, втілення принципів первинної та вторинної профілактики [91].

В Україні мають місце лише поодинокі приклади впровадження засад «сімейної стоматології», які досі носять експериментальний характер та не мають юридичного закріплення. Так, 10 червня 2002 року, у рамках реалізації проекту партнерства Американського міжнародного альянсу охорони здоров'я "Одеса-Боулдер", було відкрито Клініку сімейної стоматології Одеського державного медичного університету. Це був один із перших заходів, спрямованих на виконання Указу Президента України щодо реалізації розробленої Міністерством охорони здоров'я України програми профілактики і лікування стоматологічних захворювань []. У пошуках нових форм організації стоматологічної допомоги, перш за все - дітям і підліткам м. Одеси, учасники проекту зупинилися на моделі сімейної стоматології, за якої один висококваліфікований лікар-стоматолог надає відповідну допомогу людям, які мешкають на обслуговуваній території, незалежно від їхнього віку. Було розпочато впровадження адаптованої до конкретних соціально-економічних умов регіону "Програми профілактичних заходів у сімейній стоматології", нею передбачалися розвиток і впровадження первинної профілактики основних стоматологічних захворювань, починаючи з внутрішньоутробного періоду формування зубощелепної системи, з використанням сучасних стоматологічних

технологій і матеріалів. Відкриття Клініки сімейної стоматології дало змогу організувати надання стоматологічної допомоги населенню міста на засадах сімейної медицини; розпочати реалізацію профілактичних програм щодо запобігання стоматологічній патології; започаткувати відпрацювання організаційної моделі інтегрованої стоматологічної допомоги населенню на засадах сімейної медицини. Організоване на базі клініки післядипломне навчання сприяло впровадженню у практику найсучасніших стоматологічних технологій і матеріалів, розроблених у США, Чехії та Одеському національному (на той час державному) медичному університеті.

Таким чином, аналіз літературних даних показав, що за кордоном наявний багатий досвід функціонування інституту лікаря загальної (сімейної) практики, який дозволяє вирішувати стоматологічні проблеми в обсязі профілактичної роботи та просвітницької діяльності, та водночас повністю відсутній інститут сімейного лікаря-стоматолога. Наприкінці 80-х років минулого століття у радянській охороні здоров'я організаційні основи диспансеризації при наданні стоматологічної допомоги дозволили в окремих містах успішно здійснювати принцип використання стоматолога як сімейного лікаря. Найбільш активно цей процес відбувається в Російській Федерації, де ведеться становлення інституту лікаря-стоматолога загальної (сімейної) практики. Однак залишилися невирішеними принципово важливі питання для подальшого розвитку інституту лікаря-стоматолога загальної (сімейно) практики, і насамперед, підготовки спеціаліста та його сертифікації.

Нові економічні умови, за яких з'являються позабюджетні стоматологічні заклади та платні медичні послуги, збільшення обсягу підготовки лікарів-стоматологів на контрактних умовах, визначають необхідність наукового обґрунтування концепції подальшого розвитку та впровадження в охорону здоров'я України інституту сімейного лікаря-стоматолога.

Резюме:

Проблема захворювань пародонта, яка існує на сьогодні, характеризується низкою медичних та соціальних ознак. Серед таких - складний патогенез, значна розповсюдженість, особливо серед верст молодого населення, недосконалість програм обстеження хворих, суперечливі дані щодо лабораторних досліджень та відсутність ефективних методів лікування, які ускладнюють забезпечення стійкої ремісії, розвиток і безпосередня залежність від незадовільного стану здоров'я організму в цілому.

Проведений аналіз літературних джерел підкреслює актуальність проблеми формування спеціалізованої пародонтологічної допомоги населенню України, становлення системи профілактики захворювань пародонта як невід'ємної частини питання стоматологічного здоров'я та загального здоров'я нації.

Тільки система диспансерного спостереження, яка б включала гігієнічні, профілактичні заходи та своєчасне лікування запальних захворювань пародонта може протистояти патогенній дії багатьох місцевих й навіть соціальних факторів ризику виникнення генералізованого пародонтиту. Однак багато організаційних та методичних питань практичної пародонтології до теперішнього часу не вирішені. Є запізнення теоретичного обґрунтування проблеми від практичних досягнень пародонтології. Зокрема, це стосується наукового обґрунтування організаційних форм підрозділів стоматологічної служби, які б здійснювали виявлення, профілактику та своєчасне лікування захворювань пародонта. У джерельній базі ми не виявили підходи до забезпечення пародонтологічних відділень штатами, відсутні нормативи потреб у обсягах основних видів спеціального лікування та обстеження у комплексі лікувально-діагностичних заходів, що проводяться хворим на ураження пародонта, не розроблена система показників, які б дозволяли оцінити якість та ефективність диспансеризації при захворюваннях пародонта. Для цього потрібно, у першу чергу, проаналізувати накопичений досвід та визначити чинник, які перешкоджають поширенню цього

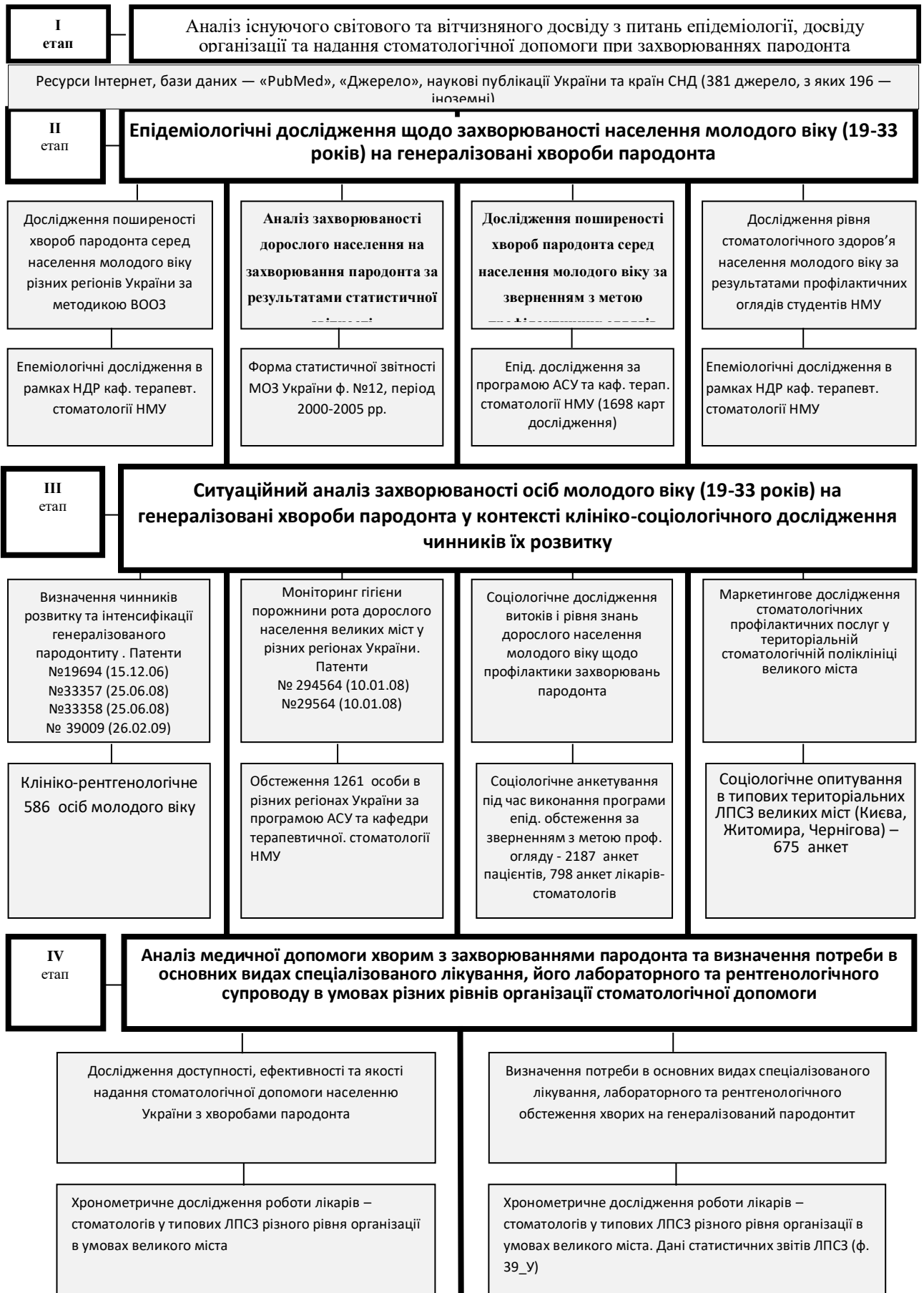
досвіду з урахуванням особливостей у діяльності бюджетних та позабюджетних стоматологічних установ. Також, на нашу думку, необхідно розробити механізми реалізації концепції розвитку інституту лікаря-стоматолога загальної (сімейної) практики.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МЕТОДИ, ОБ'ЄКТИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Реалізація завдань, передбачених метою роботи, вимагала розроблення відповідної програми дослідження та її послідовного вирішення. Робота складалася з 6 етапів (рис. 2.1). 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 літературної джерельної бази, результатів порівняльного дослідження рівня стоматологічного здоров'я дорослого населення щодо 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 дослідженні клініко-нозологічної структури захворювань пародонта. Широке епідеміологічне дослідження дозволило здійснити *третій етап* роботи, а саме провести ситуаційний аналіз пародонтологічної захворюваності, оцінку чинників її формування (за даними клінічних, епідеміологічних та соціологічних досліджень) та отримати дані для обґрунтування та розробки напрямів поліпшення рівня стоматологічного здоров'я в аспекті надання стоматологічної лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта.



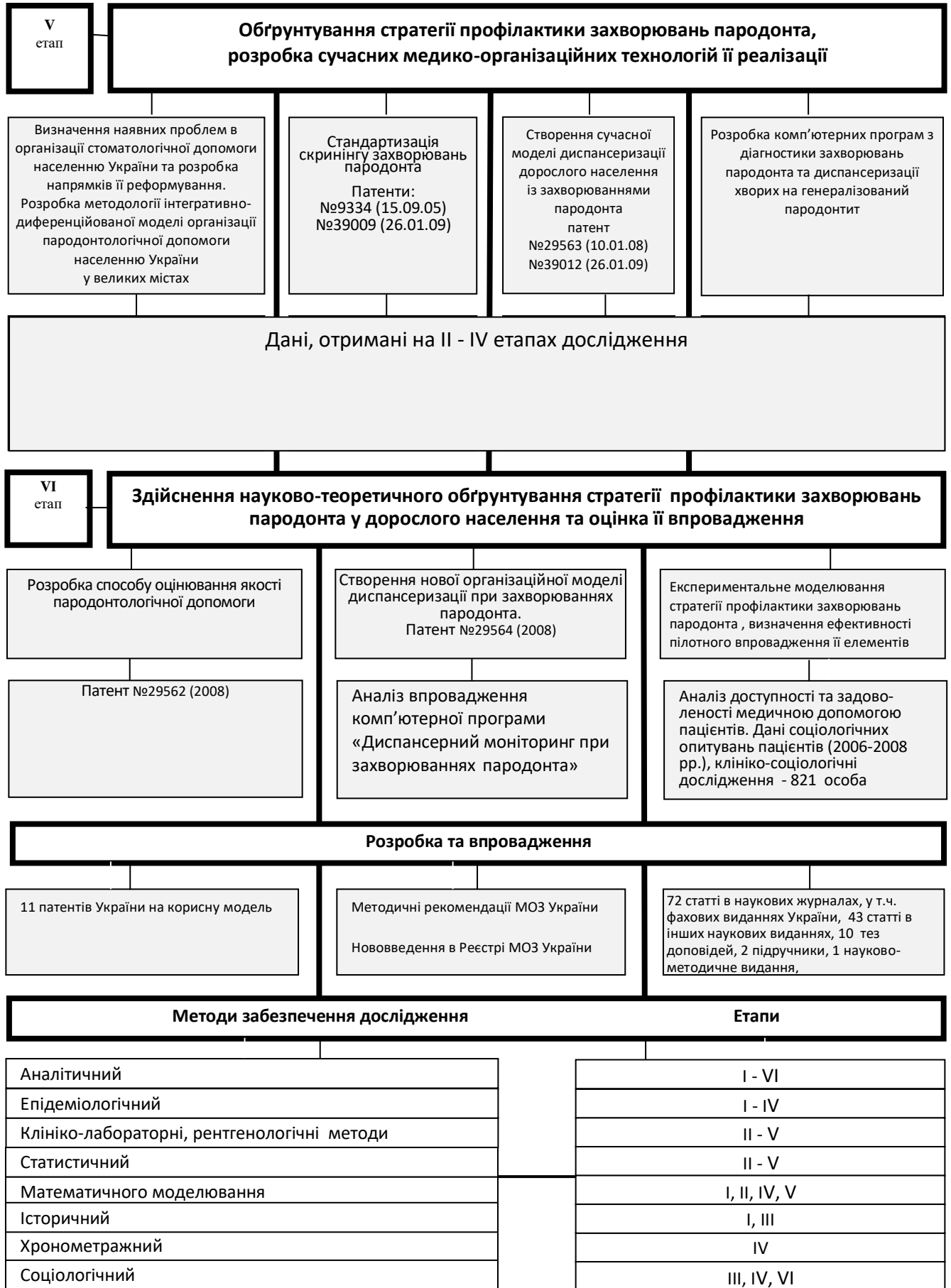


Рис.2. 1. Програма, матеріали, обсяги та методи дослідження.

Четвертий етап роботи передбачав дослідження стану стоматологічної медичної допомоги хворим із захворюваннями пародонта, визначення потреби в основних видах лікувально-профілактичної допомоги, її лабораторного та рентгенологічного супроводу в лікувально-профілактичних закладах різних рівнів організації.

На *п'ятому етапі* дисертаційного дослідження на підставі комплексного аналізу 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.

Об'єктом дослідження обрано стан популяційного та індивідуального здоров'я, 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; стан та організація профілактики захворювань пародонта.

У відповідності до мети і завдання роботи були застосовані такі методи дослідження: методи системного підходу, епідеміологічний, хронометражний, експертних оцінок, медико-соціологічний, методи клініко-лабораторного та рентгенологічного дослідження тканин пародонта, історичний та математичного моделювання.

Статистичний аналіз (параметричний, кластерний, лінійний однофакторний та багатфакторний регресивний, лінійний параметричний та непараметричний кореляційний, факторний та дисперсійний аналізи) проведений за допомогою електронних таблиць Microsoft Excel 2000 та

пакету програм статистичної обробки „Statistica 6,0.” В спеціальних дослідженнях використовувався метод оціночних індексів (коефіцієнтів). Вірогідність отриманих даних визначалась за допомогою коефіцієнтів – Стьюдента, Фішера, χ^2 (за Мендел-Хензелом).

Дослідження проводилося з дотриманням біоетичних норм (висновок комісії з питань біоетики НМУ імені О.О.Богомольця від 28.09.2006).

Для вирішення завдань дослідження розроблені форми єдиного збору даних первинної інформації із декількох незалежних джерел. Предметом дослідження виступали: захворюваність та поширеність населення на хвороби пародонта; популяційні та індивідуальні фактори ризику захворювання на хвороби пародонта (антропоекологічні, біологічні, медико-демографічні, медико-організаційні, рівень здоров'я); методи скринінгу, діагностики захворювань пародонта; стан надання стоматологічної допомоги хворим на генералізовані ураження пародонта, діагностика, лікування та диспансеризація хворих на генералізований пародонтит; якість життя хворих на генералізовані ураження пародонта.

Основними джерелами інформації стали: бази наукових літературних даних («PubMed», «Джерело»); база статистичних даних ВООЗ «Health Info»; дані Державного комітету статистики України, дані Всеукраїнського перепису населення України 2001 року; державні стандарти та протоколи лікування хвороб пародонта (ВООЗ, США, Велика Британія, Російська Федерація); База даних ВР України «Законодавство», первинні дані, отримані в соціологічних, хронометражних дослідженнях, при експертному оцінюванні, під час клінічних досліджень.

Виконання завдань першого етапу дослідження потребувало критичного та системного аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури стосовно питань епідеміології, етіології, факторів ризику й профілактики захворювань пародонта. Відбір наукової інформації, за визначеними аспектами дослідження, відбувався із використанням первинних джерел літератури, ресурсів Інтернету (база даних «PubMed» та «Джерело»),

реферативної збірки Всеросійського інституту наукової та технічної інформації (серія «Медицина»), посилань в мережі Інтернет з використанням пошукової системи Google [<http://www.google.com.ua/>]. Період пошуку первинних наукових джерел становив 1998–2011 рр. Проведений аналіз дав можливість критично оцінити стан наукової проблеми, що вивчалась, і визначити основні напрямки подальших наукових досліджень.

Другий етап був присвячений визначенню медико-статистичних закономірностей захворюваності населення України на захворювання пародонта. Дослідження передбачали:

- аналіз рівнів та динаміки захворюваності та поширеності захворювань пародонта (впродовж 2005–2008 рр.);
- визначення територіальних медико-статистичних особливостей захворюваності населення на захворювання пародонта за рівнями та темпами приросту та накопичення патології в областях України (2005 та 2008 рр.);
- встановлення медико-статистичних особливостей захворюваності на генералізовані ураження пародонта населення в залежності від статі, вікової групи та місця мешкання населення.

Дослідження проводили лонгитудинальним методом (в розрізі країни) протягом 2005–2008 років, а також крос-секційним методом (в розрізі областей), вибіркоким аналізом даних за окремі роки. Використовували дані, представлені у формі №12 державної статистичної звітності МОЗ України.

Порівняльне дослідження рівнів захворюваності населення в Україні та в країнах світу виконували за даними первинної статистичної бази ВООЗ «Health Info» [<https://www.who.int/healthinfo/paper36.pdf>].

Зведена характеристика показників, що включені у дослідження, а також періоди спостереження, типи дослідження, наведені в рис. 2.1.

Розрахунок величини показників захворюваності та поширеності захворювань пародонта серед населення проводили відповідно до загальноприйнятих методик.

Наявність та силу зв'язку медико-статистичних показників аналізували

за допомогою лінійного кореляційного аналізу (за коефіцієнтом Пірсона).

Дослідження статистичних закономірностей між дослідженими чинниками та рівнем поширеності генералізованих хвороб пародонта серед населення в областях України вивчалось з використанням кореляційного аналізу – параметричного лінійного (коефіцієнт Пірсона). Вірогідність даних оцінювалась з використанням коефіцієнта Стюдента.

Роль медико-організаційних факторів у формуванні популяційних рівнів захворюваності та поширеності генералізованих захворювань пародонта серед населення України вивчали із використанням кореляційного аналізу в розрізі областей за період 2005–2007 рр. Аналізували наступні медико-організаційні показники:

- на рівні системи охорони здоров'я: число лікарів (фізичних осіб);
- на рівні стоматологічної служби: забезпеченість населення – лікарями-стоматологами, укомплектованість штатних посад лікарів-стоматологів.

Зв'язок рівнів захворюваності та поширеності захворювань пародонта залежно від досліджених медико-організаційних факторів визначали за допомогою множинного багатоступеневого лінійного регресійного аналізу, який включав наступні показники: забезпеченість населення лікарями-стоматологами; укомплектованість штатних посад лікарів-стоматологів.

Детермінуючий вклад цих факторів у формуванні популяційних рівнів захворюваності населення на генералізовані захворювання пародонта оцінювали за допомогою факторного аналізу, за показником – η^2 , їх співвідношення із визначенням детермінаційних кластерів – із використанням кластерного аналізу (за евклідовою дистанцією розподілу К-середніх).

Для встановлення ролі медико-демографічних факторів у формуванні популяційних рівнів захворюваності та поширеності генералізованих захворювань пародонта серед населення України проведено кореляційний аналіз в розрізі областей за період 2005–2007 рр. Для оцінки рівнів захворюваності та поширеності генералізованих захворювань пародонта залежно від досліджених медико-демографічних факторів використали множинний багатоступеневий лінійний регресійний аналіз, який включав такі показники, як частка жіночого населення у популяції, частка міського населення у популяції. Детермінуючий вклад цих факторів у формуванні популяційних рівнів захворюваності населення на генералізовані захворювання пародонта оцінено за допомогою факторного аналізу, за показником – η^2 . А їх співвідношення із визначенням детермінаційних кластерів – із використанням кластерного аналізу (за евклідовою дистанцією розподілу К-середніх).

Для встановлення ролі рівня популяційного здоров'я у формуванні рівнів захворюваності та поширеності захворювань пародонта серед населення України проведено кореляційний аналіз в розрізі областей за період 2005–2007 рр. Вивчення популяційного здоров'я проводилось за показниками захворюваності та поширеності основних класів та нозологічних одиниць хвороб, відповідно до МКХ-10.

Роль індивідуальних факторів ризику у виникненні генералізованих захворювань пародонта визначено у аналітичному епідеміологічному дослідженні – «випадок-контроль». До групи «випадок» віднесено хворих із підтвердженим діагнозом генералізований пародонтит I-II ст. (124 особи), до «контролю» – хворих на іншу стоматологічну патологію (126 осіб).

У дослідженні проводилось вивчення наступних груп факторів:

1. Біологічні: стать; вік; наявність обтяження сімейної спадковості на хвороби пародонта; група крові за системою АВО; резус фактор.

2. Медико-соціальні фактори: місце проживання (місто / село); рівень освіти (середня / вища); наявність шкідливих звичок (тютюнокуріння, зловживання алкогольними напоями);

3. Професійні фактори (професійна група, трудовий стаж);

4. Рівень індивідуального здоров'я – наявність хронічної соматичної патології: ішемічна хвороба серця; гіпертонічна хвороба; гіпотонічна хвороба; ревматизм; інша патологія серцево-судинної системи; цереброваскулярна патологія; патологія щитоподібної залози; цукровий діабет II типу; інша хронічна патологія; наявність стоматологічної патології: карієс та його ускладнення, наявність зубних протезів, захворювання слизової оболонки порожнини рота, порушення прикусу, що потребують ортодонтичного лікування тощо.

Для проведення дослідження експериментально обґрунтовано та розроблено облікову форму «Визначення індивідуальних факторів ризику генералізованих захворювань пародонта» (під час дослідження у 2005-2008 рр. у Стоматологічному медичному центрі, клінічній базі кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця).

У дослідженні розраховано відносний ризик (RR) та його довірчі межі (95 % CI) для кожного показника, що досліджувався, а також визначеної його вірогідність, шляхом розрахунку показника χ^2 (за Мендел-Хензелом).

Шляхом узагальнення, визначені об'єктивні ознаки групи населення, яку можливо віднести до високого ризику виникнення генералізованих захворювань пародонта.

На четвертому етапі дослідження проводилась стандартизація системи організації скринінгу та діагностики захворювань пародонта в Україні.

Для визначення перспективності розробки та впровадження на території України програм скринінгу генералізованих захворювань пародонта нами проведено аналіз відповідності патології критеріям Wilson-Junger, запропонованих ВОЗ:

- Критерій 1. Важливість для проблеми охорони здоров'я – оцінено за даними отриманими на 1–3 етапах даного дослідження.
- Критерій 2. Стан дослідження розвитку хвороби (стану) – оцінено за даними отриманими на 1 етапі даного дослідження.
- Критерій 3. Наявність факторів ризику та ранньої стадії захворювання, яку можливо встановити – оцінено за даними отриманими на 3 етапі даного дослідження.
- Критерій 4. Ефективність втручань на ранніх стадіях патологічного процесу (по відношенню до пізніх стадій) – оцінено за даними отриманими на 1 етапі даного дослідження.
- Критерії 5 та 6. Наявність діагностичних тестів для виявлення ранньої стадії хвороби та їх прийнятність для виявлення ранньої стадії патологічного процесу – оцінено за даними отриманими на 1 та 2 етапах та даного етапу дослідження.
- Критерій 7. Визначеність інтервалів між повторними обстеженнями – оцінено за даними отриманими на 1 та 2 етапів та даного етапу дослідження.
- Критерій 8. Забезпечення додаткової діагностики та лікувальних втручань – оцінено за даними даного етапу дослідження.
- Критерій 9. Фізична та психологічна шкода та користь від програми скринінгу – оцінено за даними отриманими на 1 та 2 етапах даного дослідження.
- Критерій 10. Вартість програми скринінгу (по відношенню до медичних втручань) – оцінено за даними даного етапу дослідження.

На підставі проведеного аналізу визначені шляхи щодо оптимізації системи скринінгу генералізованих захворювань пародонта в Україні.

Для розрахунку ресурсних потреб системи скринінгу проведено хронометражний аналіз даних медичної допомоги хворим на захворювання пародонта, результати якого були використані для розрахунку кадрових та

матеріально-технічних потреб. Проведено розрахунок вартості системи скринінгу захворювань пародонта.

На п'ятому етапі дослідження проводився аналіз ефективності та обґрунтування забезпечення системи лікування хворих на захворювання пародонта в Україні.

Для цього проведено поглиблений системний аналіз методів організації медичної допомоги, клінічної ефективності фармакотерапевтичного, ортопедичного та хірургічного лікування захворювань пародонта. Основними первинними науковими джерелами даного дослідження стали клінічні протоколи та стандарти надання медичної допомоги хворим на дану патологію.

На цьому етапі також досліджувалась доступність хворих на захворювання пародонта до кваліфікованої медичної допомоги, проводилась оцінка її якості та її вплив на клінічний перебіг патології. Для цього проведено вибіркоче дослідження хворих на генералізовані захворювання пародонта, яким надавалась стоматологічна допомога на II та III рівнях медичної допомоги в амбулаторних умовах в Стоматологічному медичному центрі Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, міській стоматологічній поліклініці м. Чернігова та Житомирській обласній стоматологічній поліклініці.

Під час дослідження проводилась оцінка доступності хворих на генералізовані захворювання пародонта до основних компонентів високоякісної медичної допомоги, які входять до організаційного стандарту:

заходи діагностики та моніторингу: збір скарг та анамнезу; визначення наявності факторів ризику; визначення якості життя хворих.

заходи лікування.

Шляхом опитування хворих та лікарів-стоматологів визначались причини зниження доступності та якості стоматологічної допомоги, яка надається хворим, рівень обізнаності щодо заходів та засобів профілактики захворювань пародонта.

Проводили дослідження впливу якості та доступності медичної допомоги на клінічний перебіг генералізованих захворювань пародонта. Для цього протягом року досліджені особи були розподілені на три групи за динамікою клінічних показників перебігу генералізованого пародонтиту та генералізованого гінгівіту (таблиця 2.1)

Внесок факторів якості та доступності медичної допомоги у клінічному перебігу захворювань пародонта серед хворих вивчався за допомогою факторного аналізу. Визначення рівня задоволення хворих наданою їм медичною допомогою визначалося за 10-ти бальною системою шкалування за ознаками: оцінка роботи лікаря-консультанта; оцінка роботи середнього медичного персоналу; вплив відвідування амбулаторної служби на емоційний стан хворого; готовність до повторного відвідування стоматолога; оцінка необхідності додаткової оплати медичних послуг.

Таблиця 2.1

Якісні стоматологічні критерії розподілу хворих на генералізовані захворювання пародонта за клінічними критеріями динаміки патології протягом одного року

Ознаки	Клінічна динаміка перебігу захворюванн пародонта		
	«Погіршення»	«Стабілізація»	«Покращення»
Скарги на погіршення кровоточивості ясен	збільшились	без динаміки	зменшились
Скарги на біль, свербіння в яснах	збільшились	без динаміки	зменшились
Галітоз	не нормалізовано	нормалізовано	нормалізовано
Рухомість зубів	поява	без динаміки	відсутність
Зубні відкладення	тенденція до збільшення	без динаміки	тенденція до зменшення

За допомогою комп'ютерної версії опитувальника «Міні-мульти» (скорочений варіант Міннесотського багатомірного особистісного опитувальника – ММРІ), який включає 71 питання, визначалась наявність патопсихологічних синдромів у досліджених. Робота з респондентами проводилась по загальноприйнятій методиці. Вивчали рівні за стандартизованими індексами (Т) наступних патопсихологічних синдромів: іпохондрії (шкала Hs), депресії (шкала D), істерії (шкала Hy), психопатії (шкала Pd), паранойяльності (шкала Pa), психоастенії (шкала Pt), шизоїдності (шкала Sc), гіпоманії (шкала Ma).

Показники відповідей респондентів корегувались за допомогою оціночних шкал – обману (L), вірогідності (P) та корекції (K). Отриманні бали переводились в стандартні бали – Т-показники.

Вплив на рівень задоволення наданою медичною допомогою хворих у відповідності до їх статевих, вікових ознак та наявності психопатологічних синдромів (за даними скороченого варіанту Міннесотського багатомірного особистісного опитувальника (ММРІ) у визначалось за допомогою лінійного непараметричного кореляційного аналізу (коефіцієнт Спірмена).

На шостому етапі дослідження проводився аналіз стану та оптимізація системи диспансеризації хворих на генералізовані захворювання пародонта в Україні. Визначення стану диспансеризації хворих на генералізований пародонтит та генералізований гінгівіт в Україні проводилось відповідно до форм державної статистичної звітності МОЗ України, впродовж 2005 – 2008 рр. Дані ранжували за адміністративно-територіальним поділом України, групами працездатності та місця мешкання хворих на генералізовані ураження пародонта. Дані обробляли методами дескриптивної статистики та із використанням кластерного аналізу (за показником К-середньої).

У дослідженні оцінювали захворюваність населення на ураження пародонта, забезпечення їх диспансеризацією в амбулаторно-поліклінічних закладах системи МОЗ України; ресурсне забезпечення диспансеризації хворих на генералізовані захворювання пародонта в амбулаторно-

поліклінічних закладах системи МОЗ України; якість та повноту диспансерного нагляду за хворими на генералізовані захворювання пародонта в амбулаторно-поліклінічних закладах системи МОЗ України.

Також проводили вивчення впливу якості диспансерного спостереження за хворими на клінічний перебіг генералізованих захворювань пародонта та якість їх життя. Проведено вибіркоче дослідження за клініко-статистичними критеріями якості диспансеризації, за показниками: кількість відвідувань хворим лікаря-стоматолога за останній рік, частота планового обстеження тканини пародонта та визначення рівня гігієни порожнини рота, профілактичного лікування впродовж року, дотримання хворим рекомендацій лікаря-стоматолога у повсякденному житті.

Критерії якості реалізації диспансерного нагляду за хворими на генералізовані ураження пародонта наведені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Медико-організаційні критерії якості диспансеризації хворих на генералізовані ураження пародонта

Показники	Якість реалізації диспансеризації		
	«Висока»	«Задовільна»	«Низька»
Критерії віднесення до групи			
Кількість відвідувань хворим лікаря-стоматолога за останній рік	≥4	2–3	0–1
Частота планового огляду тканин пародонта	не рідше 1 разу в 1–2 місяці	не частіше 1 разу на квартал	не частіше 1 разу на 6–12 місяців
Частота профілактичного лікування	2 рази на рік	1 раз на рік	1 раз на 2 роки
Дотримання рекомендацій лікаря-стоматолога щодо способу життя	Так	Періодично	Ні

На основі отриманих на даному етапі даних оптимізували систему забезпечення диспансерного нагляду за хворими на генералізовані захворювання пародонта в Україні та визначали необхідне ресурсне забезпечення, з використанням даних хронометражних та медико-соціальних досліджень.

Шостий етап дослідження присвячено науковому обґрунтуванню та розробці стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні, для чого: науково обґрунтовано та розроблено концепцію стратегії профілактики захворювань пародонта та визначено тактику її реалізації; проаналізовано стан нормативно-правового забезпечення реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні; визначено необхідне організаційне забезпечення та розраховано необхідне ресурсне забезпечення реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні.

Наукове обґрунтування та розробка концепції стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні та визначення тактики її реалізації проводили відповідно до даних, отриманих на попередніх етапах дослідження із врахуванням рекомендацій ВООЗ та політики держави щодо реформування та розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Визначення необхідного організаційного забезпечення для реалізації в Україні стратегії профілактики захворювань пародонта проводилось відповідно до вище отриманих результатів та розроблених положень. Розраховували необхідне ресурсне забезпечення для цього – кадрове, матеріально-технічне, фінансове. Оцінено собівартість різних видів надання медичної допомоги хворим на генералізовані захворювання пародонта.

На цьому етапі дослідження проводили пілотне впровадження та оцінку медичної, соціальної та економічної ефективності стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні.

Економічну ефективність розробленої стратегії оцінювали шляхом:

- 1) розрахунку валових витрат держави внаслідок захворювання населення на генералізовані ураження пародонта, із врахуванням даних,

отриманих на попередньому етапі дослідження та прогнозування таких втрат на період 2008–2017 років;

2) розрахунку очікуваного економічного ефекту внаслідок зміщення захворюваності населення на генералізовані хвороби пародонта із працездатного у непрацездатну вікову групу (прогноз на 2017 рік): на 0,0 %, 0,5 %, 1,0 %, 2,0 %, 3,0 %, 4,0 %, 5,0 %.

Всі проведені дослідження відповідали принципам біологічної етики та медичної деонтології, що підтверджено висновками Комітету з біологічної етики Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Під час всіх етапів дослідження проводили всліпу, дані щодо персональних відомостей досліджуваних осіб, виключені із бази обробки. Для ідентифікації кожного випадку, що вивчався, проводили цифрове кодування інформації про досліджуваних. Кількість осіб, для яких була доступна інформація про персональні дані пацієнтів, які увійшли у дослідження, була максимально обмежена.

Формування баз даних, параметрична обробка та графічний їх аналіз проводилось з допомогою програми Microsoft Excel-XP; кластерного, кореляційного, регресійного, дисперсійного та факторного аналізів – в програмі Statistika-6.0; розрахунок ризиків – в програмі EPI INFO-5.01b; картографічна обробка даних в програмі – DPS-2.

Таким чином, проведення дослідження, за вказаними в розділі 2 методичними підходами та використаними методами, дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів.

Епідеміологічне дослідження було здійснене з метою оцінки поширеності та інтенсивності початкового карієсу в осіб молодого віку (18-23 р.), виявлення корелятивних зв'язків між інтенсивністю карієсу та стоматологічним статусом пацієнта, гігієнічним станом ротової порожнини.

Обстеження пацієнтів проводилось в рамках програми «Місяць здорової посмішки від Colgate (2002)». Всього у місті Києві було оглянуто 4250 осіб, з яких для епідеміологічного дослідження були обрані особи

молодого віку (18-23 роки), тобто із завершеною вторинною мінералізацією твердих тканин зубів. Загальна кількість обстежених становила 539 осіб (з них 287 – жінки та 252 - чоловіки).

На кожного пацієнта заповнювали індивідуальну картку, складену нами на основі карти ВООЗ. До картки заносили паспортні дані (прізвище, ім'я, по-батькові, вік, стать, місце проживання та професія).

Клінічне обстеження пацієнтів проводили за звичайних умов у стоматологічному кабінеті за допомогою оглядового набору стоматологічних інструментів.

Оцінка стоматологічного статусу включала в себе ретельне обстеження зубних рядів за допомогою огляду, зондування та перкусії зубів. Проводили візуальну оцінку стану слизової оболонки порожнини рота.

Захворюваність на початковий карієс оцінювали за показниками поширеності та інтенсивності ураження.

Виявлення вогнищ демінералізації емалі при гострому початковому карієсі здійснювали шляхом фарбування за загальноприйнятою методикою. В якості барвника використовували водний розчин метиленового синього. Цей метод базується на підвищені проникності уражених карієсом твердих тканин зуба для високомолекулярних сполук. При контакті із забарвлюючим розчином барвник сорбується в осередках демінералізації емалі, при цьому здорові тканини не забарвлюються [109]. Для цього на звільнену від нальоту та висушену поверхню зуба, прикладали ватну кульку, змочену барвником. Через 1-2 хвилини залишки барвника змивали водою. Ступінь демінералізації емалі оцінювали на підставі інтенсивності забарвлення вогнищ демінералізації. Для об'єктивної оцінки інтенсивності забарвлення використовували стандартну 10 – бальну кольорову шкалу, що відповідає інтенсивності забарвлення відповідно – від 10% до 100 %.

Здоровими вважали зуби, які на момент обстеження не мали виявлених каріозних порожнин та вогнищ демінералізації емалі.

Проводили оцінку стану пломб та виявлення вторинного карієсу. Окремо діагностували ускладнений карієс на підставі клінічного та допоміжних досліджень (рентгенологічного та електроодонтодіагностики). Також відмічали зуби, вкриті коронками, штучні зуби та зуби, що не прорізалися. Вся інформація для зручності обробки була закодована умовними позначеннями.

На підставі аналізу отриманих результатів визначали поширеність карієсу. У кожного досліджуваного визначали інтенсивність карієсу за допомогою індексу КПВ, обчислювали структуру індексу КПВ за всіма умовними позначеннями. Окремо визначали поширеність та інтенсивність гострого початкового карієсу.

Стан гігієни порожнини рота оцінювали за допомогою гігієнічного індексу ОНІ-S, який враховує наявність зубного нальоту та зубного каменю у фронтальній та бокових ділянках порожнини рота (Green-Vermilion, 1964). Для визначення індексу фарбували вестибулярні поверхні

6 1	6
	1

та язикові поверхні

6	6

колер-тестом №3 (метиленовий синій та основа). Інтенсивність забарвлення обчислювали за п'ятибальною системою.

Комплекс стоматологічного обстеження проводили за розробленою нами схемою, створеною на основі карти ВООЗ, у якій враховували: стан зубів (індекс КПВ), тканин пародонта (індекси РМА, СРІТН), стан гігієни порожнини рота (індекси Федорова-Володкіної, Green-Wermillion), слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ.

Для об'єктивної оцінки стану тканин пародонта і клінічного перебігу генералізованого пародонтиту використовували показники пародонтальних індексів РІ (А.Russel, 1956), РМА (С.Parma, 1960). Стан пародонта оцінювали за допомогою основних клінічних тестів: зокрема визначали наявність і характер запалення у яснах (симптоматичний гінгівіт), глибину

пародонтальних кишень, характер та інтенсивність виділення ексудату з них, кровоточивість ясен, патологічну рухомість зубів, рівень і характер резорбції кісткових структур альвеолярного відростка щелеп.

Для оцінки загальносоматичного статусу використовували висновки лікарів-терапевтів, гастроентерологів, ендокринологів, кардіологів, тощо.

Під час клінічного обстеження тканин пародонту проводили оцінку стану зубних рядів, прикусу, наявності зубо-щелепних деформацій і аномалій окремих зубів вуздечок губ і язика присінку рота, детальний огляд і оцінка тканин пародонта включали в себе: оцінку стану ясен (ясенних сосочків, маргінальної і альвеолярної частин ясен) визначали їх колір, консистенцію, рельєф ясенного краю, наявність або відсутність кровоточивості, набряку. Оцінювали локалізацію і поширення симптомів захворювання (дифузійна чи локальна).

Стоматологічне обстеження пацієнтів проводилось в умовах стоматологічних кабінетів або стоматологічних відділень поліклінік за допомогою стоматологічного дзеркала, зонда, а також спеціального пародонтального зонда для оцінки стану тканин пародонта.

Згідно з умовами „Гельсинської Декларації” (2000), до початку дослідження пацієнтів було поінформовані про мету дослідження, методи дослідження, про потенційні користь і ризик, можливий дискомфорт при проведенні діагностики та інших маніпуляцій. За умови отримання поінформованої згоди (у письмовій формі) проводилось дослідження.

Вивчення та оцінка розповсюженості і інтенсивності карієсу зубів проводилися відповідно до рекомендацій ВООЗ (1998) і полягали у визначенні наступних показників:

- розповсюженості карієсу зубів (у %);
- інтенсивності карієсу зубів за показниками КПВ зубів та КпПпВ поверхонь;
- приросту інтенсивності карієсу за показником КПВ зубів;

- редукції приросту карієсу при оцінці ефективності лікувально-профілактичних заходів.

Під час вивчення стану твердих тканин зубів зверталась увага на переважний характер перебігу (гострий або хронічний) каріозного процесу, локалізацію каріозних порожнин, кількість ускладненого карієсу. Аналізувалась структура показника КПВ окремо за кожним його компонентом: кількість каріозних, пломбованих та видалених зубів в абсолютних цифрах та у відсотковому співвідношенні.

Оцінка розповсюдженості карієсу зубів проводилась відповідно до критеріїв, рекомендованих ВООЗ: низька – 0-30%; середня – 31-80%; висока - 81-100%. Оцінка розповсюдженості та інтенсивності ураження тканин пародонта на рівні популяції в різних регіонах проводилась на підставі критеріїв, запропонованих ВООЗ.

Гігієнічний стан порожнини рота оцінювався на підставі визначення індексу гігієни порожнини рота J.C.Green, J.R.Vermillion (ОHI-S) (1964). Перевагою цього індексу, який рекомендовано ВООЗ для проведення епідеміологічних стоматологічних досліджень, є можливість визначення як немінералізованих (зубний наліт), так і мінералізованих (зубний камінь) зубних відкладень в усіх ділянках зубного ряду.

Всі розрахунки проводились на ПК Intel Pentium за допомогою спеціальних програм статистичного аналізу “Statistica SPSS” (Microsoft, 2006), “Statistica 6,0” (Microsoft, 2003).

РОЗДІЛ 3
МЕДИКО-СТАТИСТИЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ
ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ НА
ГЕНЕРАЛІЗОВАНІ ХВОРОБИ ПАРΟΔΟΝТА
(за даними клініко-епідеміологічних досліджень)

Аналіз сучасних даних літератури свідчить, що захворювання пародонта значно «помолодшали» [10-16].

У підлітків переважно зустрічаються гінгівіти, але з кожним роком у всьому світі зростає поширеність глибоких дистрофічно-запальних уражень тканини пародонта [11, 17, 18, 101]. Так, за даними Kleinfelder J.W. [19], пародонтит виявлено у 38% підлітків, що свідчить про зростання поширеності та ступеню тяжкості у них захворювань пародонта [11, 17, 18, 20]. За даними ВООЗ, у всьому світі понад 80% підлітків страждають цим захворюванням [21].

За даними Кузьміної Е.М., здоровий пародонт виявлено лише у 1,85% підлітків [20, 22].

Отже, висока поширеність захворювань пародонта, особливо в осіб молодого віку, різноманітність етіологічних чинників та клінічних проявів, особливості патогенезу ураження пародонта молоді людини, що було проаналізовано в аналітичному огляді літератури, та актуальність профілактичного напрямку сучасної стоматології обумовили доцільність вивчення медико-статистичних закономірностей захворюваності населення на генералізовані захворювання пародонта – генералізований гінгівіт та генералізований пародонтит – в Україні.

Для цього було проведено низку клініко-епідеміологічних досліджень щодо визначення поширеності та інтенсивності захворювань пародонта в

осіб молодого віку в різних регіонах України. Методику широкого міжрегіонального дослідження було опрацьовано під час профілактичних оглядів у студентів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Нами було також оцінено стан гігієни порожнини рота у досліджуваних осіб та визначено її вплив на поширеність та інтенсивність основних клінічних форм ураження пародонта, особливостей їх розвитку та клінічного перебігу. Отримані дані лягли в основу подальшого ситуаційного аналізу формування захворюваності та поширеності захворювань пародонта в осіб молодого віку.

3.1 Вивчення поширеності та інтенсивності основних стоматологічних захворювань у студентів

Для вирішення завдань дослідження нами було проведено клінічне обстеження 276 студентів другого курсу стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О.Богомольця у віці 19-23 років (108 чоловіків та 168 жінок), в рамках стандартного профілактичного огляду студентів вищого навчального закладу.

З метою виявлення соматичних захворювань усі студенти були обстежені спеціалістами загального профілю у студентській поліклініці під час щорічного профілактичного огляду за загальноприйнятою схемою.

За результатами клініко-лабораторного обстеження 13 осіб були поставлені на диспансерний облік: 5 осіб (1,8%) – з приводу хронічного холециститу, 4 особи – ревмокардиту, 4 особи – з приводу порушення зору. Інші були практично здорові.

Під час обстеження в клініці кафедри терапевтичної стоматології у 13,4% (37 осіб) були виявлені скарги та типові клінічні симптоми з боку ротової порожнини, характерні для хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту (гастриту, холециститу тощо). У 21,4% студентів (59 осіб)

у анамнезі були часті простудні захворювання, у 9,4% (26 осіб) - алергічні реакції на медикаментозні препарати.

Комплекс стоматологічного обстеження проводили за розробленою нами схемою, створеною на основі карти ВООЗ, у якій враховували: стан зубів (індекс КПВ), тканин пародонта (індекси РМА, СРІТН), стан гігієни порожнини рота (індекси Федорова-Володкіної, Green-Wermillion), слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ.

Результати обстеження показали, що поширеність карієсу та його ускладнень в осіб молодого віку, зокрема, досліджуваних студентів, дуже висока 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 молодого віку.

Аналіз структури КПВ (рис. 3.1) свідчить, що 37,2% його складають зуби, що потребують лікування з приводу карієсу, 3,2% зубів втрачені (видалені зуби та зуби, що підлягають видаленню), а 59,6% - запломбовані. На цьому етапі дослідження ми не проводили детальний аналіз пломб, що потребували заміни, оскільки це питання буде детально розглянуто в наступних розділах під час аналізу факторів ризику інтенсифікації ураження пародонта та планування санаційних заходів. Однак, навіть за попереднього огляду під час масового обстеження пом можна констатувати, що понад 20% наявних пломб потребують заміни. Найбільш поширеними причинами їх заміни є відсутність контактного пункту та наявність нависаючих країв пломб при пломбуванні апроксимальних порожнин, невірний вибір пломбувального матеріалу, вторинний карієс та дефекти пломб.

Особливу увагу приділяли обстеженню контактних поверхонь. Локалізацію каріозних порожнин обов'язково фіксували в карті. Запальні та дистрофічно-запальні захворювання пародонта виявляли клінічно за класичною схемою обстеження та результати також фіксували у карті обліку щодо кожного зуба. Одночасно визначали індекс РМА у поєднанні з пробою

Шиллера-Пісарєва. На підставі отриманих даних визначали середню індивідуальну величину індексу РМА.

Результати обстеження 276 студентів щодо оцінки стану пародонта засвідчили, що ознаки захворювання пародонта наявні у 254 осіб, що становить 92,0%. Достовірної розбіжності в показниках оцінки стану пародонта за статтю в даному дослідженні не виявлено ($p > 0,05$).

Щодо структури захворювань пародонта відносно загальної кількості виявлених випадків ураження пародонта у віці 19-23 рр., то запальні захворювання пародонта складають 76,0% (193 особи), а дистрофічно-запальні (генералізований пародонтит) – 24,0% (61 особа). Деталізація нозологічних форм ураження пародонта у даного контингенту свідчить, що найбільш поширеним є хронічний генералізований катаральний гінгівіт, який було діагностовано у 53,5% випадках (136 осіб). За тяжкістю превалював легкий ступінь – 43,3% (110 осіб), середній ступінь тяжкості діагностовано у 26 пацієнтів, що становить 10,2% випадків уражень пародонта.

Серед хвороб пародонта запального генезу також діагностовано локалізований пародонтит з частотою 14,2% (36 осіб). Причому такі зміни пародонта виявлені за умов певних ортодонтичних розладів – скупченості зубів (25 випадків), короткої вуздечки нижньої губи (4), відкритий прикус (3) тощо.

Генералізований пародонтит початкового-першого ступеню тяжкості виявлено у 61 особи, тобто у 24,0% випадках ураження пародонта в осіб молодого віку, а поширеність цього захворювання на прикладі обстеженого нами контингенту становить 22,1%. Це означає, що майже у чверті обстеженої молоді вже відбуваються незворотні деструктивні зміни в пародонті.

Виявлені висока поширеність та інтенсивність захворювань твердих тканин зубів – 93,5% та пародонта – 92,0% свідчить про те, що практично усі особи, які взяли участь у дослідженні, потребують лікування.

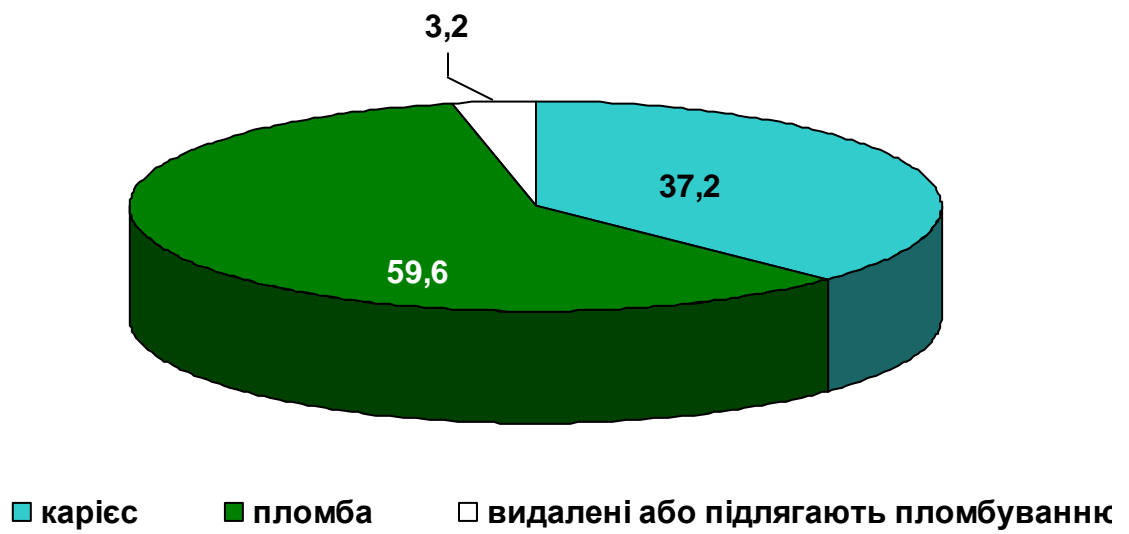


Рис. 3.1. Структура індексу КПВ у студентів (%).

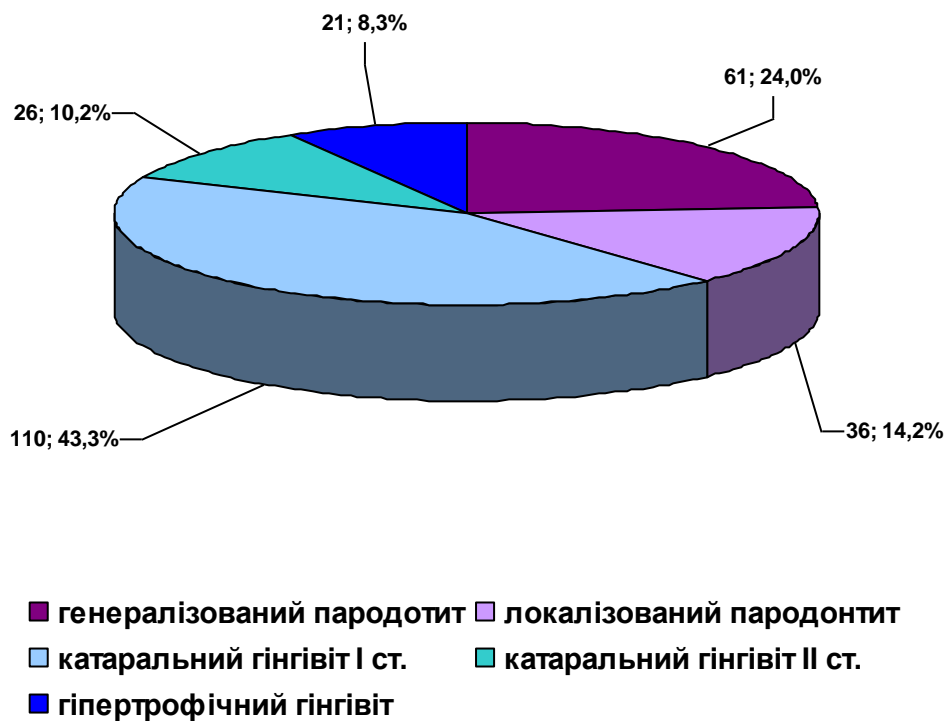


Рис. 3.2. Структура захворювань пародонта у студентів (абс., %)

У розвитку карієсу та захворювань пародонта, а також у особливостях їх клінічного перебігу важлива роль належить місцевим факторам травмування пародонта, у першу чергу, зубному нальоту. Тому було досліджено стан гігієни порожнини рота та її вплив на інтенсивність захворювань твердих тканин зубів (за індексом КПВ) та захворювань пародонта (за індексом РМА).

В результаті проведено аналізу встановлено певний вплив гігієнічного стану порожнини рота на інтенсивність ураження зубів та пародонта.

Було досліджено зміни величин індексу КПВ та РМА при «задовільній», «незадовільній» та «поганій» оцінці стану гігієни. Так, в осіб із задовільним гігієнічним доглядом за порожниною рота КПВ у 2,2 разу нижче, ніж в осіб з незадовільним станом гігієни та у 2,8 разу нижче, ніж в осіб з поганим гігієнічним станом порожнини рота ($p < 0,05$) (рис. 3.3.). При цьому середнє по групі значення індексу КПВ дорівнює 5,44, що вдвічі перевищує величину КПВ при задовільній гігієні порожнини рота. Аналогічна закономірність, як видно з рис. 3.4, спостерігається при оцінці гігієни порожнини рота за індексом Green-Wermillion (ОHI-S).

При задовільному гігієнічному догляді за порожниною рота значення КПВ дорівнюють $2,58 \pm 0,76$, що вдвічі нижче за середній груповий показник $5,44 \pm 0,92$ та у 2,44 разу нижче аналогічного індексу при незадовільній гігієні ($6,28 \pm 0,93$), у 3 рази нижче – $7,46 \pm 0,81$ ніж за поганого гігієнічного догляду. Розбіжності у величинах КПВ при визначенні стану гігієни за двома способами (індексами) статистично не достовірні ($p > 0,05$).

На наступному етапі дослідження було визначено вплив гігієни порожнини рота на інтенсивність запального процесу в тканинах пародонта. Результати наведені на рис. 3.5.

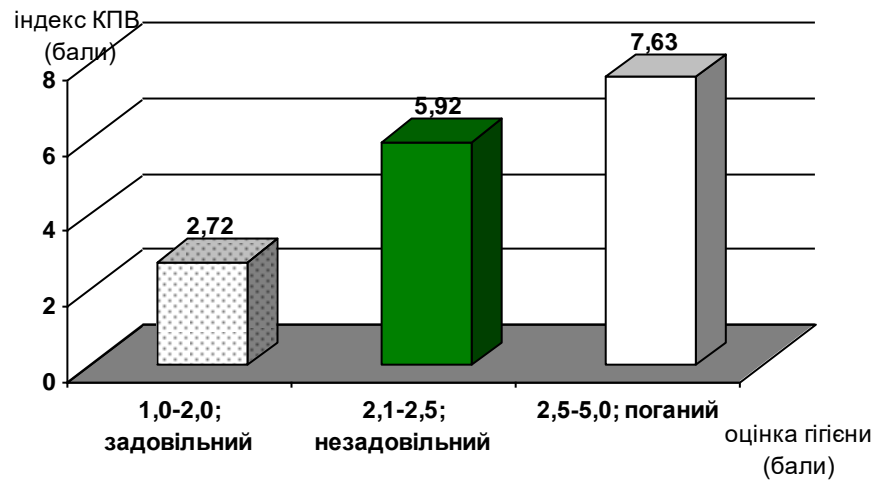


Рис. 3.3. Залежність величини індексу КПВ від стану гігієни порожнини рота у студентів (за індексом Федорова-Володкіної) ($p < 0,01$ – різниця між групами статистично значима за критерієм Краскела-Уоліса).

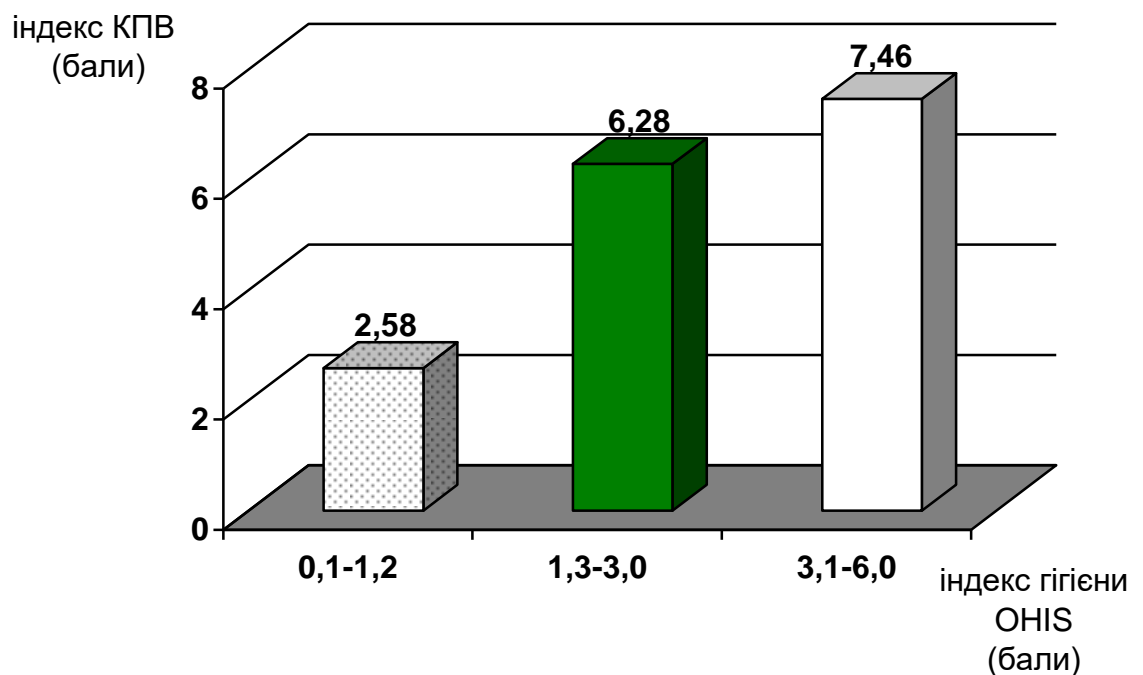
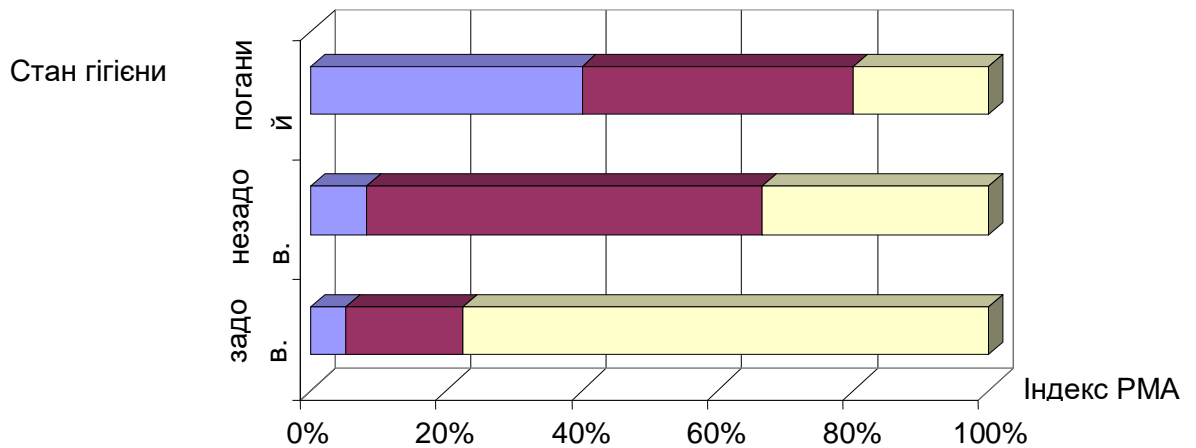
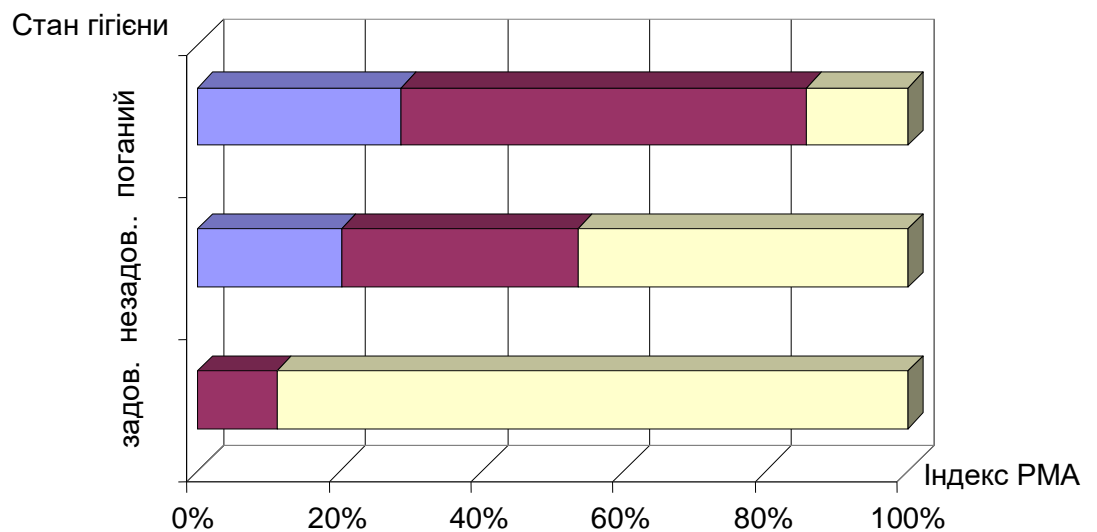


Рис. 3.4. Залежність величини індексу КПВ від стану гігієни порожнини рота за індексом Green-Wermillion (ОНІ-S) ($p < 0,01$ – різниця між групами статистично значима за критерієм Краскела-Уоліса).



	задовільний	незадовільний	поганий
■ легкий ст. запален.	77,59	33,33	18,87
■ середній ст. запал.	17,24	58,33	39,76
■ тяжкий ст. запален.	5,17	8,33	41,37

Рис. 3.5. Вплив гігієни порожнини рота (за індексом Федорова-Володкіної) на тяжкість запального процесу в яснах (за індексом РМА).



	задов.	незадовільн.	поганий
■ легкий ст. запален.	88,88	45,1	14,28
■ середній ст. запал.	11,11	32,29	57,14
■ тяжкий ст. запал.	0	19,61	28,57

Рис. 3.6. Залежність тяжкості запалення пародонта від стану гігієни порожнини рота (за індексом Green-Wermillion).

При задовільному рівні гігієни порожнини рота (індекс Федорова–Володкіної) частота легкого ступеня запалення становить 77,59%, середнього – 17,24%, а тяжкого – 5,17%.

Порівняння з аналогічними показниками в осіб із незадовільним рівнем гігієни свідчить про зниження частки легкого ступеня запалення на майже 45%, тобто з 77,59% до 33,33% (у 2,3 разу), зростання середнього ступеню запалення на 41%, з 17,24% до 58,33% (у 3,4 разу), та збільшення тяжкого ступеню запалення на 3,16%, з 5,17% до 8,33% (у 1,6 разу). Залежність запального процесу від гігієни порожнини рота є статистично значимою ($\chi^2=108,9$; $p<0,00001$).

За поганого стану гігієни порожнини рота спостерігається збільшення долі осіб з більш тяжким ступенем запалення до 41,37%. При цьому питома вага осіб з легким ступенем запалення знижується до 18,87%, що майже у 4 рази (4,1) менше, ніж при задовільному стані гігієни порожнини рота. Кількість осіб із середнім ступенем тяжкості запалення дорівнює 39,76%, що 2,3 разу більше за такий показник при задовільному стані гігієни та майже не відрізняється від частоти тяжкого ступеню запалення при поганій оцінці гігієни (39,76% проти 41,37%). Отже частота тяжкого стану запального процесу в яснах при незадовільному стані гігієни більше за аналогічний показник при задовільній гігієні у 8 разів.

Ще більш наочна динаміка індексу РМА у залежності від стану гігієни, що визначали за індексом Green-Wermillion (рис. 3.6) ($\chi^2=110,4$; $p<0,00001$).

Питома вага осіб з тяжким ступенем запалення коливається від 0 при задовільній гігієні до 19,61% при незадовільній та 28,57% при поганому стані гігієни порожнини рота.

Паралельно з процесом погіршення стану гігієни порожнини рота частка осіб із середнім ступенем запалення зростає: при незадовільному стані у 2,9 разу, з 11,11% до 32,29%; при поганому рівні гігієни – у 5,2 разу, до 57,14%, при цьому доля осіб з легким ступенем запалення зменшується з

88,88% при незадовільному стані до 45,1% (у 1,9 разу) та до 14,1% (у 6,3 разу) при поганому гігієнічному стані.

Різні значення РМА при оцінці якості гігієни за двома індексами зберігають аналогічну закономірність та у значній мірі співпадають з клінічною оцінкою стану тканин пародонта.

Таким чином, на підставі обстеження репрезентативної кількості осіб молодого віку встановлено, що поширеність карієсу та хвороб пародонта доволі висока та дорівнює 93,5% та 92,0% відповідно.

Серед захворювань пародонта найбільш поширеними серед осіб 19-23 років є генералізовані ураження пародонта - генералізований катаральний гінгівіт (49,3%) та генералізований пародонтит (22,1%).

На інтенсивність перебігу захворювання зубів та пародонта спричиняє суттєвий вплив стан гігієни порожнини рота ($p < 0,00001$). Поганий гігієнічний стан веде 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.

Враховуючи, що генералізований катаральний гінгівіт у певній мірі можна розглядати як фактор ризику розвитку генералізованого пародонтиту, незадовільний чи поганий стан гігієни у порожнині рота може стимулювати цей процес.

Результати цього етапу дослідження підкреслюють актуальність та нагальну необхідність розробки та впровадження наскрізних профілактичних програм, які б охоплювали населення від дитячого віку, особливо осіб молодого віку, необхідності впровадження широкої диспансеризації молодого покоління.

При використанні індексів оцінки гігієнічного стану порожнини рота перевагу, на нашу думку, слід надавати індексу Green-Wermillion, як при профілактичних оглядах, так і диспансерному спостереженні. Вважаємо за важливе здійснення оцінки стану усіх тканин пародонта, зубів та гігієнічної

ситуації відносно кожного зубу, а індексні величини використовувати з метою порівняння отриманих результатів.

Вважаючи на високу долю ураження контактних поверхонь зубів та виявлену залежність між станом гігієни порожнини рота та інтенсивністю ураження зубів і пародонта, особливо у молодому віці, необхідно оцінювати стан міжзубних проміжків, як за індексом інтердентальної гігієни, так і клінічними методами.

3.2. Дослідження поширеності та інтенсивності захворювань пародонта в осіб молодого віку у великих містах різних регіонів України (за даними звернень з метою профілактичних оглядів)

Відповідно до мети та завдань даного етапу роботи за нашою участю було здійснено комплексного епідеміологічне міжрегіональне дослідження щодо поширеності захворювань пародонта та факторів ризику, яке проводилося 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».

За цією програмою за допомогою пересувного, повністю укомплектованого стоматологічного кабінету було проведено огляд широких верств населення у різних містах України.

Враховуючи мету та конкретні завдання дисертаційної роботи, цей етап дослідження передбачав:

1. Визначити поширеність основних стоматологічних захворювань, у тому числі захворювань пародонта, в осіб молодого віку (19-33 років) за зверненням з метою профілактичного огляду у великих містах різних регіонів України.

2. Оцінити гігієнічний стан ротової порожнини рота у даного контингенту досліджених.

3. Виявити наявність місцевих подразників (зубної бляшки, зубного нальоту, твердих зубних відкладень), деструктивних змін пародонта та оцінити інтенсивність їх впливу на тканини пародонта.

4. Надати рекомендації з індивідуальної гігієни порожнини рота та плану лікування кожного пацієнта.

Ураження твердих тканин зубів виявляли загальноприйнятими методами діагностики. Наявність запалення пародонта діагностували за допомогою індексу РМА. Стан гігієни порожнини рота оцінювали за Green-Wermillion (ОHI-S), комплексний пародонтальний індекс (КПІ) використовували для оцінки стану тканин пародонта. Отримані дані заносили у спеціально розроблені нами карти («індивідуальний паспорт стоматологічного здоров'я пацієнта»), які після закінчення огляду підлягали експертній оцінці.

Всього було оглянуто 1261 особу у віці 19-33 років, з них 56,8% жінок та 43,2% чоловіків, причому у віці 19 – 23 років було оглянуто 724 особи (455 жінок та 269 чоловіків, що складає 62,8% та 37,2% відповідно у цій віковій групі). Те, що в рамках дослідження 57,4% обстежених, що звернулися до пересувного консультативного кабінету, були у віці 19-23 років свідчить, на нашу думку, про наявність серед молодого населення України високого попиту на інформацію про стан свого стоматологічного здоров'я. Разом з тим, помітне превалювання жінок молодого віку (у 1,69 разу) доводить, що жінки, особливо у віці 19-23 років, приділяють більше уваги стану ротової порожнини, а значить є більш мотивованими до корекції стоматологічного здоров'я та усунення чинників ризику його погіршення. У віковій групі 24-28 років за консультаціями звернулися 276 осіб (169 жінок та 161 чоловік – 61,2% та 38,8% відповідно). У віці 29-33 роки було обстежено 274 особи, з аналогічним розподілом за статтю – 145 жінок та 129 чоловіків, 52,9% та 47,1% відповідно. Розподіл обстежених за віком (в межах зазначеного

вікового інтервалу) в регіонах був практично рівномірним і не мав особливостей. Отже можна стверджувати, що молодий контингент населення в різних регіонах країни має однаковий рівень зацікавленості щодо стоматологічного здоров'я та надання інформації про гігієнічні навички (про що було зголошено під час проведення акції).

Серед усієї когорти обстежених лише 14,1 % (178 осіб) виявилися практично здоровими (без ознак стоматологічних захворювань) із добрим гігієнічним станом ротової порожнини. У решти 1083 осіб було діагностовано різні стоматологічні захворювання. При обстеженні звертали увагу на ізольовані ураження зубів карієсом та його ускладненнями на фоні клінічно здорового пародонта, на ураження пародонта за інтактного зубного ряду, на поєднані ураження твердих тканин зубів та тканин пародонта. Дані щодо поширеності основних стоматологічних захворювань – карієсу та захворювань пародонта в різних вікових групах наведено на рис. 3.7.

Аналіз показників захворюваності в різних вікових групах свідчить, що кількість випадків «здорової» порожнини рота (за середнім показником) зменшується з 9,5 % до 2,4%. При цьому зростає поширеність захворювань пародонта. Звертає на себе увагу доля каріозних уражень зубів без супутнього ураження пародонта. З віком вона стає помітно меншою, зокрема падає з 18,3% до 3,0%. Така закономірність може свідчити про велику частоту локалізації каріозних порожнин в пришийковій ділянці та апроксимальних поверхнях, які ускладнюють гігієну порожнини рота та спричиняють вторинні ушкодження пародонта. Тому на особливу увагу заслуговує показник поширеності поєднаних захворювань пародонта та карієсу. Він значно збільшується у віковій групі 29-33 роки, перевищуючи 70% в усіх регіонах.

В цілому поширеність захворювань пародонта у різних регіонах України зростає з віком пацієнтів та становить по Україні від 72,2% у віці 19-

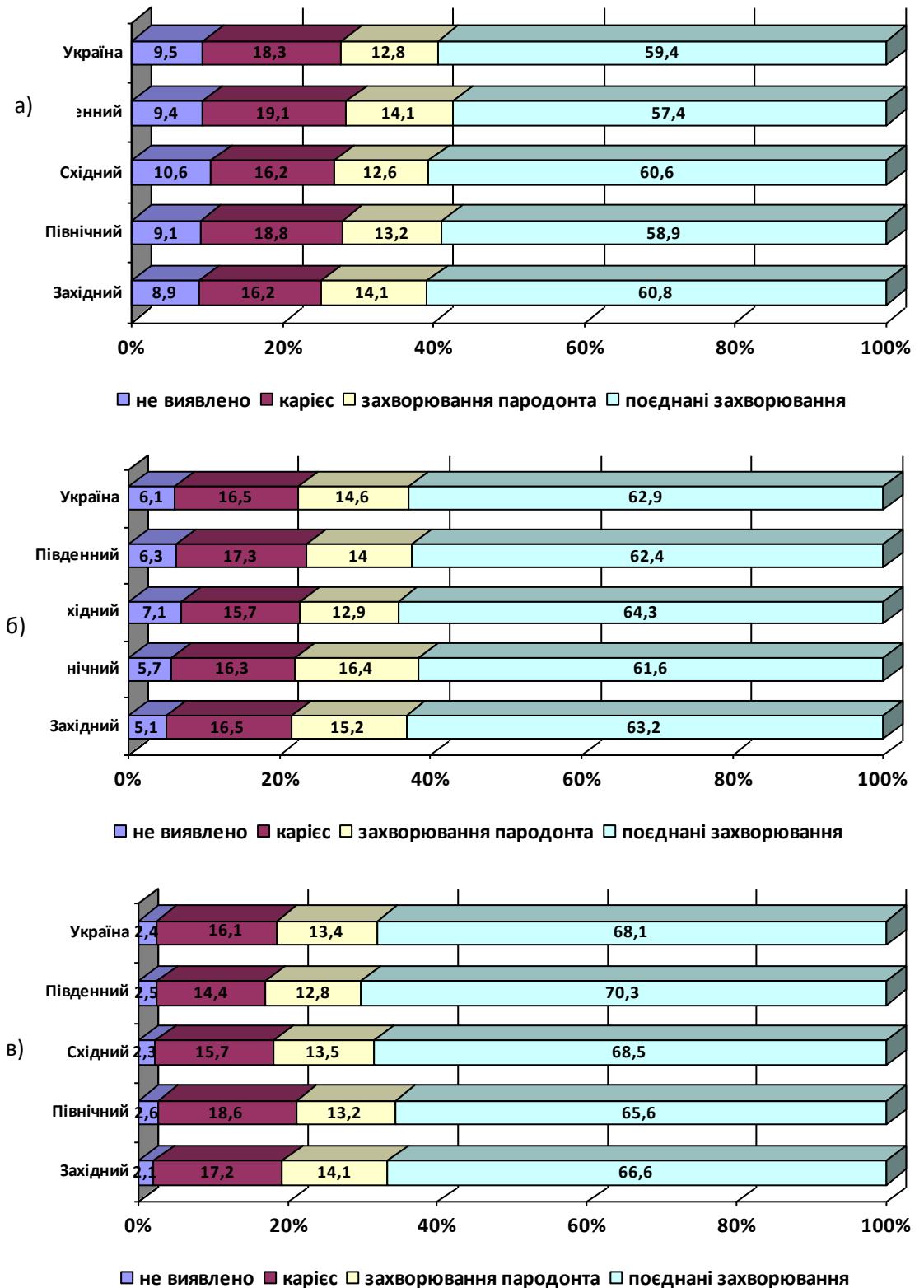


Рис. 3.7. Поширеність карієсу, захворювань пародонта та поєднаних захворювань у різних регіонах України у різних вікових групах: а) 19-23 р.; б) 24-28 р.; в) 29-33 р. (за аналізом звернень з метою профілактичного огляду, %).

23 р. до 81,5% у віці 28-33 р. Загалом поширеність карієсу та захворювань пародонта серед осіб у віці 19-33 роки, що звернулися з метою профілактичного огляду, виявилася ще більш високою (рис.3.8). Такі результати свідчать про нагальну потребу населення у профілактичних заходах саме у молодому віці. Причому, профілактика захворювань пародонта повинна містити і низку лікувально-профілактичних заходів щодо карієсу та його ускладнень як безпосередніх супутніх чинників ушкодження пародонта.

Найбільш висока захворюваність на карієс у віці 19-33 рр. ($81,1 \pm 2,7\%$) спостерігається у Західному регіоні, тоді як захворювання пародонта поширені декілька менше ($77,0 \pm 3,1\%$ у порівнянні з $80,6 \pm 2,9\%$ у Північному регіоні) ($p > 0,05$). Враховуючи високу поширеність захворювань пародонта у віці 19-33 років, нами було досліджено структуру цих захворювань. З'ясувалося, що у $41,2 \pm 2,2\%$ випадках в процесі дослідження діагностовано генералізований пародонтит. Серед осіб із генералізованим пародонтитом у $68,4 \pm 3,3\%$ було виявлено захворювання у початковому - I ступені тяжкості, у $31,6 \pm 2,4\%$ було діагностовано I-II ступінь.

Розподіл обстежених за нозологічними формами та віком наведено на рис.3.9. та 3.10. Порівняльний аналіз структури захворювань пародонта у загальному масиві обстеження (19-33 рр.) та віковій групі 19-23 рр. свідчить про наступне. Серед захворювань пародонта у віці 19-33 рр. домінують генералізовані захворювання пародонта: генералізований пародонтит ($41,2 \pm 2,2\%$) та генералізований катаральний гінгівіт ($26,5 \pm 2,6\%$), з меншою частотою - локалізований пародонтит - $20,9 \pm 2,7\%$, гіпертрофічний гінгівіт – $9,3 \pm 0,9\%$ та виразково-некротичний гінгівіт – $2,1 \pm 0,2\%$.

Віковий період 19-23 роки суттєво ($\chi^2=22,1$, $p=0,00018$) відрізняється спектром запальних та запально-дистрофічних уражень пародонта. Провідне місце посідає генералізований катаральний гінгівіт – $54,3 \pm 2,5\%$, в той час, як генералізований пародонтит початкового - I ступеню діагностовано лише у

16,4±1,9% осіб, порівняно менша частка випадків припадає на локалізований пародонтит – 15,2±1,1%, в той час, як питома вага гіпертрофічного гінгівіту в осіб 19-23 років збільшена до 12,2±2,1%. Останнє місце займає виразково-некротичний гінгівіт (1,9±0,2%). Отже, розподіл за виявленими окремими видами захворювань пародонта залежить від вікового фактору ($p < 0,01$).

Серед локалізованих уражень пародонта (20,9±2,7%) більшу частину (13,8±1,6%) складав локалізований пародонтит в області бічних зубів, що мають апроксимальні поверхні. З урахуванням високої поширеності захворювань пародонта, особливо дистрофічно-запальних процесів, ми дослідили характеристику місцевих подразників – зубних відкладень, наявність апроксимального карієсу, пломб на контактних поверхнях зубів тощо та спробували з'ясувати їх роль як чинників ризику виникнення та розвитку захворювань пародонта.

Ці дослідження ми почали з визначення гігієни порожнини рота у пацієнтів, що зверталися з метою профілактичного огляду в рамках всеукраїнської програми. Стан гігієни порожнини рота визначали за спрощеним індексом Green-Wermillion (ОHI-S), доцільність використання якого у подібних дослідженнях була нами доведена у попередньому етапі роботи. Результати дослідження представлені в таблицях 3.1. та 3.2. Аналіз даних свідчить, 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 55% в середньому) стан догляду за ротовою порожниною заслуговував на найнижчу оцінку. У віковій групі 19-23 роки частка осіб з незадовільним та поганим станом гігієни порожнини рота більше, а з оцінкою «добре» не перевищує 20% ($p < 0,05$). Ці дані надали можливість вважати стан гігієни порожнини рота, зокрема, виявлені зубні відкладення, одним з чинників високої поширеності захворювань пародонта в осіб молодого віку.

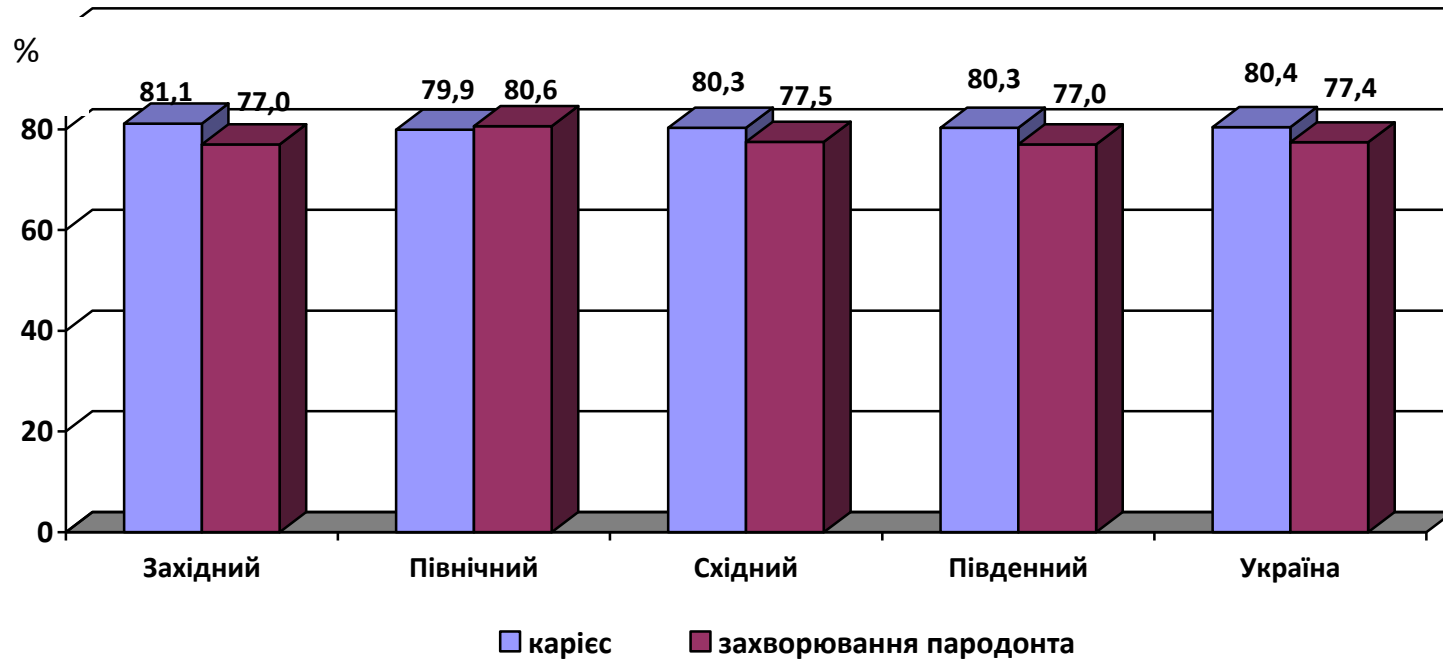


Рис.3.8. Поширеність карієсу та захворювань пародонта у жителів різних регіонів України за результатами звертань з метою профілактичного огляду, інтегральні показники (19-33 рр., %)

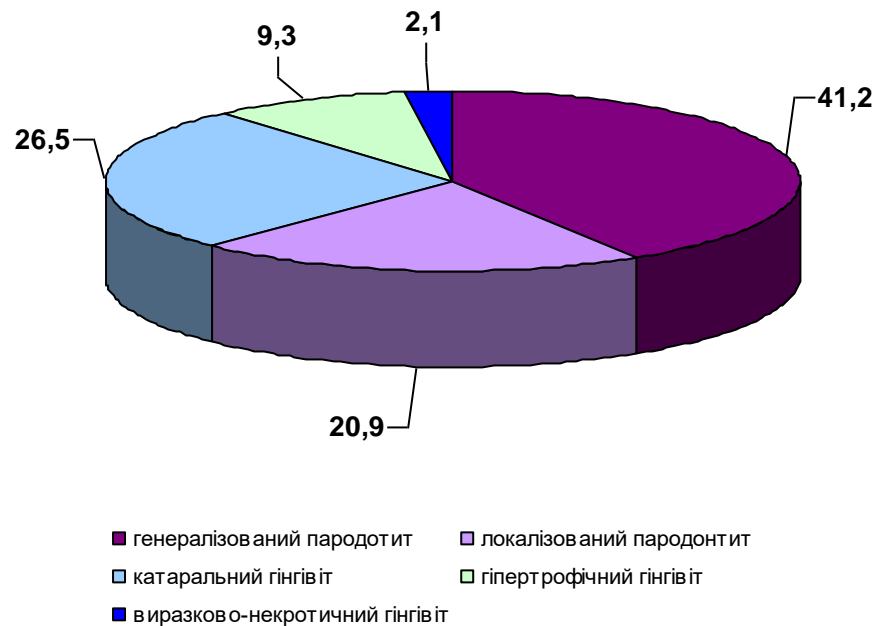


Рис. 3.9. Структура захворювань пародонта осіб 19-33 років в різних регіонах України (за зверненням), %

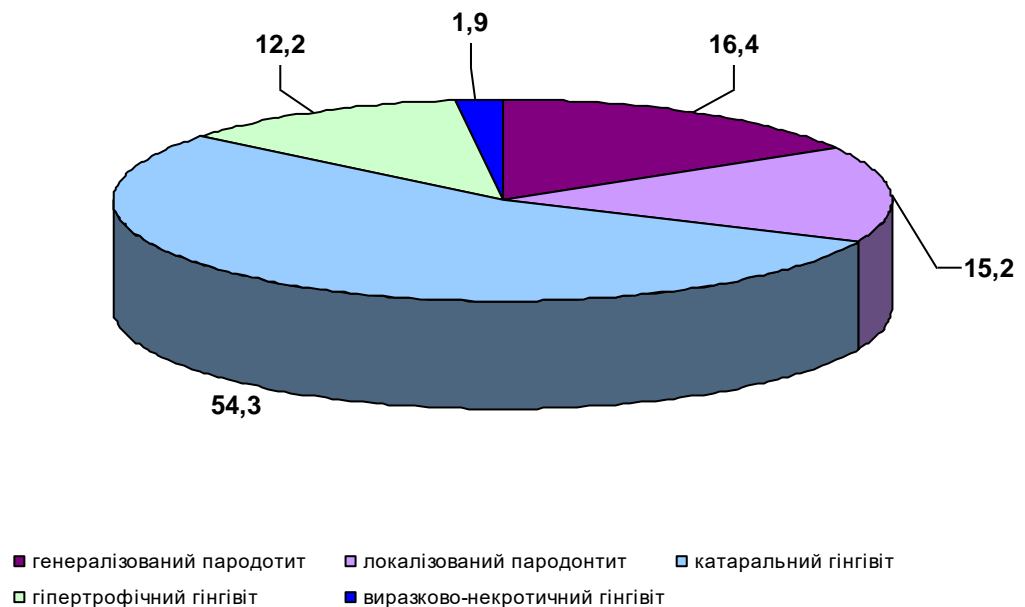


Рис. 3.10. Структура захворювань пародонта у осіб 19-23 років в різних регіонах України (за зверненням), %.

Таблиця 3.1

Стан гігієни порожнини рота у осіб 19-33 років, які звернулися з метою профогляду (по регіонах України)

Регіони	Стат ь	Стан гігієни порожнини рота, (ОНІ-S, %)*		
		«добрий»	«задовільний»	«поганий»
		%	%	%
Східний (Харків, Дніпропетровс ьк)	чол.	20,3±3,1	28,3±2,1	51,4±3,5
	жін.	14,4±2,7	44,0±3,3	41,6±2,2
Південний (Одеса)	чол.	21,5±2,1	38,4±1,7	40,1±1,9
	жін.	28,7±1,9	38,3±2,4	33,0±2,4
Західний (Львів, Чернівці)	чол.	21,8±1,7	28,9±2,2	49,3±3,1
	жін.	27,5±2,4	33,3±2,9	39,2±2,3
Північний (Київ)	чол.	20,0±1,1	29,3±2,6	50,7±3,0
	жін.	26,3±2,5	32,6±1,9	41,1±2,6

* Різниця між регіонами за станом гігієни порожнини рота статистично не значима ($p > 0,05$).

Таблиця 3.2

Стан гігієни порожнини рота у осіб 19-23 років, що звернулися з метою профогляду (по регіонах України)

Регіони	Стат ь	Стан гігієни порожнини рота (ОНІ-S,_%)		
		«добрий»	«задовільний»	«поганий»
		%	%	%
Східний (Харків, Дніпропетровс ьк)	чол.	16,2±2,4	37,4±2,6	46,4±3,1
	жін.	11,3±2,9	36,6±2,8	52,1±2,1
Південний (Одеса)	чол.	13,6±2,1	31,4±1,7	55,0±2,9
	жін.	15,5±2,1	39,1±2,6	45,4±2,8
Західний (Львів, Чернівці)	чол.	17,6±2,1	32,1±2,8	50,3±3,5
	жін.	18,4±2,4	35,9±2,9	45,7±2,9
Північний (Київ)	чол.	16,1±2,1	35,9±2,4	49,0±2,9
	жін.	19,7±2,8	39,6±2,9	40,7±2,8

* Різниця між регіонами за станом гігієни порожнини рота статистично не значима ($p > 0,05$).

Важливим, на наш погляд, є те, що у дослідженні не виявлено статистично значимої різниці показника стану гігієни порожнини рота між регіонами ($p > 0,05$, в обох вікових інтервалах).

Враховуючи високу поширеність поєднання захворювань пародонта та карієсу, було досліджено характеристику карієсу в якості чинника впливу на тканини пародонта, тобто фактору ризику їх місцевого подразнення.

Інтенсивність каріозного ураження виявилася достатньо високою у всіх регіонах, де проводилися обстеження (табл. 3.3)

Найбільш високим індекс КПВ зареєстрований у Західному регіоні ($7,53 \pm 0,29$), що корелює зі значною поширеністю каріозного ураження, однак частка видалених зубів та тих, що підлягають видаленню ($7,70 \pm 0,97$), все ж менша, ніж у Східному ($9,52 \pm 1,34$), де індекс КПВ значно нижчий ($6,27 \pm 0,82$).

Під час обстеження звертали увагу на локалізацію каріозних порожнин – як пломбованих, та і не пломбованих – контактні поверхні, жувальні або прищішкові.

Усього діагностовано 8605 каріозних порожнин (карієс+пломба), розподіл їх за локалізацією представлений у таблиці 3.4.

Як видно з таблиці, переважна більшість діагностованого карієсу припадає на апроксимальні (контактні) поверхні – інтегральний показник 68,4%. Цим можна до певної міри пояснити високий відсоток (20,9%) локалізованого пародонтиту у молодих осіб.

Якщо не враховувати вплив на тканини пародонта карієсу та пломб, що поставлені на жувальні поверхні, то сумарна дія уражень апроксимальних та прищішкових поверхонь на тканини пародонта виявляється дуже високою – від 78,0% у Північному регіоні до 87,0% у Південному. Східний та Західний регіони займають проміжне місце – відповідно 83,0% та 80,0%.

Таблиця 3.3

Інтенсивність карієсу у осіб 19-33 років в різних регіонах України

Регіони	Кількість обстежених	Структура індексу КПВ		
		Індекс КПВ	К+П, %	В, %
Північний	249	6,56±0,51	92,38±3,21	7,62±2,23
Східний	246	6,27±0,82	90,48±2,25	9,52±1,34
Південний	248	7,12±0,64	95,22±3,41	4,78±0,76
Західний	252	7,53±0,29	92,30±2,72	7,70±0,97
Всього	995	6,87±0,56	92,60±2,81	7,41±1,33

Таблиця 3.4

Локалізація каріозних уражень на різних поверхнях зубів (абс., %)

Регіони	Всього К+П	Поверхня		
		контактна	пришійкова	жувальна
Північний	1982	1249 (63,0%)	297 (14,9%)	436 (21,9%)
Східний	1872	1217 (65,1%)	337 (18,0%)	318 (16,9%)
Південний	2048	1536 (75,1%)	246 (12,0%)	266 (12,9)
Західний	2703	1892 (69,9%)	270 9,9%	541 20,2
Всього	8605	5894 68,4%	1150 13,4%	1561 18,2%

Більш детальна характеристика поширеності каріозного процесу за локалізацією на окремих поверхнях зубів наведена на рис. 3.11.

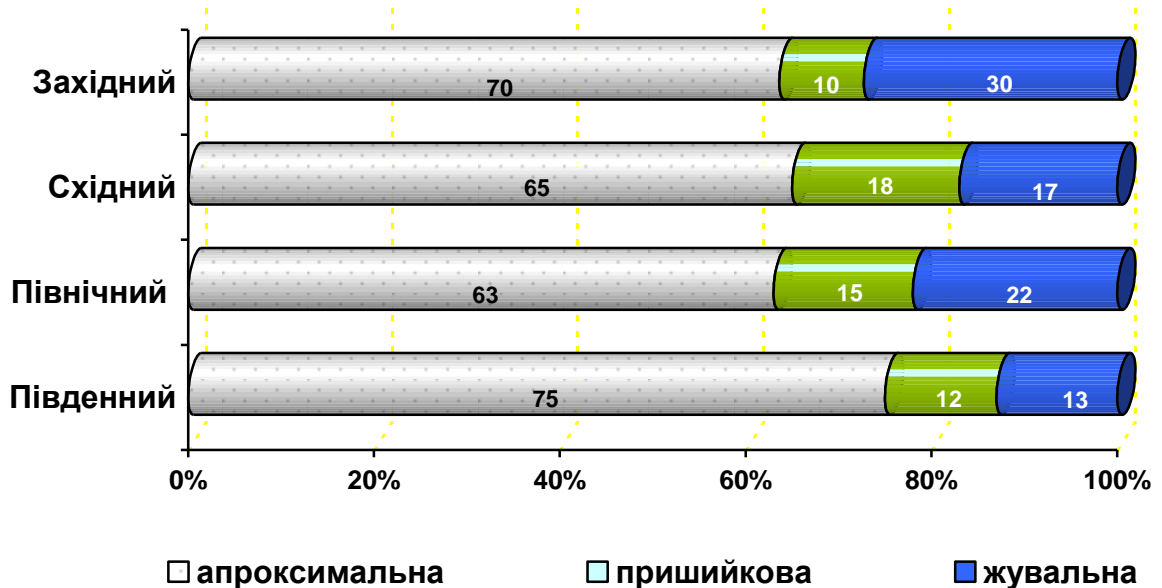


Рис. 3.11. Частота карієсу різної локалізації у населення досліджуваних регіонів (за даними епідеміологічних досліджень, 19-33 р.)

Висновки

Аналіз проведених етапів роботи щодо епідеміологічного дослідження стоматологічної захворюваності населення молодого (19-33 років) віку в містах різних регіонів України за результатами аналізу клінічного обстеження під час їх активного звернення до стоматолога з метою профілактичного огляду дозволяє зробити наступні висновки.

Поширеність основних стоматологічних захворювань в осіб молодого віку в Україні достатньо висока та становить: карієсу – 80,4% та захворювань пародонта – 77,4%.

Виявлено високу поширеність місцевих чинників подразнення – зубного нальоту, карієсу апроксимальної локалізації, зубного каменю, причому у більшості обстежених зареєстровано поєднання багатьох чинників.

Простежується пряма залежність з між станом гігієни порожнини рота, наявністю апроксимального карієсу, поширеністю та тяжкістю різних захворювань пародонта, у першу чергу, генералізованого пародонтиту та генералізованого катарального гінгівіту.

Розбіжності у поширеності захворювань пародонта в осіб у віці 19-23 роки – обстежених нами студентів (захворювань твердих тканин зубів – 93,5% та пародонта – 92,0%) та осіб, що проживають в різних регіонах України (80,4% та 77,4% відповідно) можна пояснити, на нашу думку тим, що у всеукраїнському епідеміологічному дослідженні брали участь лише особи, які за власною ініціативою звернулися до стоматолога для профілактичного огляду та консультації. Під час профілактичного огляду студентів клінічному обстеженню підлягали всі особи без винятку, незалежно від наявності скарг чи їх відсутності, мотивації до отримання консультації щодо гігієни порожнини рота чи виявлення стоматологічних захворювань. Це дає підґрунтя до ствердження про необхідність запровадження обов'язкових профілактичних оглядів населення, особливо у молодому віці, з метою виявлення ранніх, доклінічних проявів стоматологічних захворювань, зокрема, уражень пародонта, виявлення груп ризику та впровадження розробки освітніх програм для різних верств населення в комплексній профілактиці захворювань пародонта.

Висока поширеність захворювань пародонта в осіб молодого віку мотивує запровадження низки організаційних заходів щодо профілактики захворювань пародонта, зокрема, необхідність ранньої диспансеризації пацієнтів з 15-18 років, в разі наявності місцевих чинників подразнення (карієсу, незадовільного стану гігієни порожнини рота), раннього виявлення катарального гінгівіту – як факторів ризику розвитку генералізованого пародонтиту. Вагоме місце належить і професійній гігієні порожнини рота та ранньому виявленні чинників ризику ураження тканин пародонта, які

повинні зайняти провідне місце в комплексній профілактиці захворювань пародонта в осіб молодого віку.

Висока поширеність захворювань зубів та пародонта, що була виявлена під час обстеження студентів Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, та виявлена нами залежність між станом гігієни порожнини рота та інтенсивністю патологічного процесу як у тканинах пародонта, так і у твердих тканинах зубів, уможливають думку про те, що використання тільки лікування випадків цих захворювань не в змозі зменшити їх поширеність та інтенсивність. У вирішенні цієї проблеми важлива роль належить кваліфікованій комплексній профілактиці, коли своєчасно усуваються причини, умови виникнення та розвитку стоматологічних захворювань. На цьому етапі для пацієнтів має велике значення як професійна, так і індивідуальна гігієна порожнини рота. Оскільки якісний догляд за порожниною рота, вірний вибір засобів гігієни є запорукою успіху у проведенні лікувально-профілактичних заходів, важливим кроком є звернення уваги населення до здорового способу життя, поширення серед жителів України навичок з правильного догляду за порожниною рота та укріплення здоров'я зубів.

Ці питання будуть розглянуті в наступних розділах роботи.

РОЗДІЛ 4

СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНІ ХВОРОБИ ПАРОДОНТА

Відомо, що поширеність захворювань пародонта серед дорослого населення 35-44 років в Україні становить від 92% до 98%. Згідно з рекомендаціями ВООЗ відносно епідеміологічного стоматологічного дослідження, індексна вікова група 19-34 роки практично випадає з діапазону спостереження більшості дослідників. При цьому стандартною групою моніторингу стану стоматологічного здоров'я дорослих визначена група 35-44 роки. Це зрозуміло з точки зору аналізу повної картини карієсу, оцінки ступеню включення пародонта й загальної ефективності стоматологічної допомоги певному контингенту населення. Однак саме в молодому віці (19-33 р.) відбувається активне формування запально-дистрофічних уражень пародонта, що й обумовлює появу у наступній віковій групі таких високих показників поширеності захворювань пародонта.

Складність етіології та патогенезу генералізованих захворювань пародонта – генералізованого гінгівіту та генералізованого пародонтиту, залежність їх від багатьох чинників, відсутність первинної профілактики обумовлює високу поширеність цих захворювань, знижують ефективність лікувально-профілактичних заходів.

Причинами патологічного процесу в тканинах пародонта є різноманітні взаємопов'язані чинники як місцевого, стоматогенного, характеру [23-25], так і загального [26-28]. Причому, автори, в першу чергу, зважають на загальносоматичну патологію, зокрема, захворювання серцево-судинної,

ендокринної систем, шлунково-кишкового тракту, зміни імунного статусу пацієнтів тощо.

Відстежуючи в історичному аспекті накопичення знань про чинники генералізованого пародонтиту, ще у 50-х роках минулого сторіччя багато авторів відмічали негативний вплив на тканини пародонта комплексу місцевих чинників, серед яких, як відомо, зубні відкладення, мікрофлора, травматична оклюзія, несанована порожнина рота, неповноцінні пломби, протези, шкідливі звички та інші, що призводять до розвитку патологічного процесу в тканинах пародонта [29-31].

Разом з тим помітно підвищується частота захворювань пародонта в осіб з ендокринними порушеннями. У хворих на цукровий діабет частота захворювань пародонта становить 50-78% [11, 43, 44]. На думку багатьох авторів в розвитку уражень тканин пародонта провідна роль належить порушенням функції щитовидної залози [9, 45]. Роль порушень функції статевих залоз доказана як клінічно, так і експериментально [17, 46-48].

Низка авторів відмічають, що у хворих на генералізований пародонтит виявляються відхилення у білковому, жировому, вуглеводному обмінах, складі мікроелементів, причому вже у молодому віці [1, 49-54]. Це призводить до раннього руйнування комплексу тканин пародонта, рухомості та випадіння зубів. Таким чином, вже у молодому віці відмічається значна поширеність захворювань пародонта на тлі суттєвих відхилень різних органів та систем організму.

Метою даного етапу дослідження було визначення факторів ризику - популяційних та індивідуальних - та проведення ситуаційного аналізу їх впливу щодо виникнення та розвитку генералізованих захворювань пародонта.

Реалізація даного етапу передбачала визначення чинників ризику медико-соціальних та загально-клінічних, як першого етапу в реалізації

скринінгової програми по визначенню ризику розвитку генералізованих захворювань пародонта. Другим елементом даного етапу дослідження стало вивчення місцевих факторів ризику, що є логічним продовженням загальних скринінгових процедур.

В узагальненому вигляді вищевказані елементи можна визначити як неспеціалізований (медико-соціальний та загально-клінічний) та спеціалізований (стоматологічний) аспекти скринінгової програми.

4.1 Аналіз медико-соціальних та загально-клінічних факторів ризику виникнення генералізованих захворювань пародонта

Основою вивчення факторів ризику стало комплексне епідеміологічне дослідження, що включало наступні елементи: медичні огляди для виявлення ознак генералізованого пародонтиту з проведенням рентгенологічного дослідження за наявності показань для постановки заключного діагнозу та анкетування для виявлення прогностично значимих чинників ризику формування патології.

Загальний об'єм дослідження, що використано в нашому аналізі на даному етапі склав 450 хворих з генералізованими формами пародонтиту. Фактично, клініко-рентгенологічне дослідження проведено 586 хворим, проте на фінальному етапі в аналіз відібрано тільки хворих з повним пакетом інформації за всіма елементами програми дослідження. Хворі, для яких була наявна повна клінічна інформація, але відсутні дані анкетування (чи навпаки) не були включені до досліджуваної групи для визначення чинників ризику розвитку генералізованого пародонтиту. Проте, всі пацієнти з повними клінічними даними були включені в аналіз на етапі визначення місцевих факторів ризику.

Контрольною групою були особи без генералізованих форм патології пародонта. Дана група сформована за принципом копії-пара, що дозволило

сформувати співставимі ($p > 0,05$) за чисельністю (450 осіб) та статеві-віковими характеристиками групи. Результати аналізу наведено в таблиці 4.1.

Отримані результати свідчать, що фактор статі є статистично значимим для прогностичної оцінки генералізованих форм патології пародонта ($\chi^2 = 16,0$ $p = 0,0001$). Чоловіки мають в 1,7 рази вищі шанси розвитку генералізованого ураження пародонта, ніж жінки ($OR = 1,7$ (1,3-2,2)), що обумовлено вищою частотою шкідливих звичок та інших несприятливих факторів.

Незважаючи на молодий вік досліджуваної групи, фактор віку також є значимим для розвитку генералізованого ураження пародонта, частота якого зростає в старших вікових групах $r = 0,404$ (0,29-0,52). Обстежена група старше 30 років виявляє значимий - у 2,4 (1,8-3,1; $p = 0,0001$), рази приріст шансів розвитку генералізованого пародонтиту у порівнянні з молодшими віковими групами. Це дозволяє прогнозувати приріст значимості даного чинника зі збільшенням віку.

На аналогічному прогностичному рівні виявляє свій вплив чинник обтяженої спадковості – при наявності даної патології у батьків та близьких родичів вірогідність розвитку генералізованих форм пародонтиту в молодому віці зростає у 2,3 рази ($p = 0,0001$).

Дещо меншу роль відіграють стресові фактори, підвищуючи ризик в 2,1 рази ($p = 0,0001$).

Вплив екологічних факторів в даному випадку оцінити неможливо в силу відсутності індивідуального моніторингу складу та тривалості дії факторів навколишнього середовища. Проте, наявність професійних шкідливих чинників на виробництві, які є більш сталою компонентою і зустрічаються переважно серед обстежених робітничих професій, статистично значимо впливають на частоту розвитку генералізованого пародонтиту ($\chi^2 = 16,0$ $p = 0,0001$), підвищуючи вірогідність його розвитку у 5,2 рази.

Таблиця 4.1

**Прогностична оцінка медико-соціальних факторів ризику розвитку
генералізованих форм пародонтиту**

Параметри	Прогностична ефективність, % (ДІ)	Відношення шансів OR, (ДІ)	χ^2	Оцінка p
Тютюнопаління	70,0 (66,8-73,0)	5,8 (4,3-7,7)	147,6	0,0001
Вживання алкоголю (3 і > раз на тиждень)	63,7 (60,5-66,9)	3,1 (2,3-4,1)	68,7	0,0001
Вік (> 30\до 30)	60,6 (55,3-64,6)	2,4 (1,8-3,1)	40,1	0,0001
Обтяжена спадковість	60,0 (56,7-63,2)	2,3 (1,7-3,0)	35,6	0,0001
Стресові чинники	59,2 (55,9-62,5)	2,1 (1,6-2,7)	30,6	0,0001
Стать (чоловіки\жінки)	56,7 (53,4-60,0)	1,7 (1,3-2,2)	16,0	0,0001
Резус-фактор (+\(-)	52,2 (48,9-55,3)	1,2 (0,9-1,3)	1,8	0,18
Виробничі несприятливі чинники (фізико-хімічні)	51,8 (47,6-54,3)	5,2 (1,7-15,3)	10,9	0,0009
Порушення режимів сну та харчування	48,3 (44,9-52,6)	0,95 (0,6-1,2)	1,7	0,20
Вища освіта	47,8 (44,4-51,1)	0,9 (0,6-1,1)	1,8	0,18

Систематичні порушення режиму харчування, рівень освіти обстежених, ризус-фактор є 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 рази підвищує шанси розвитку патології проти групи з відсутністю чи епізодичним вживанням алкоголю ($p=0,0001$).

Тютюнопаління підвищує шанси генералізованого патологічного процесу в 5,8 рази ($p=0,0001$). Але дана залежність проявляється не для всіх обстежених з даною шкідливою звичкою, а визначається інтенсивністю тютюнопаління – коефіцієнт кореляції $r=0,41$ (0,34-0,46). Зважаючи на це, нами проведено аналіз для визначення порогового прогностично несприятливого рівня (кількості сигарет на день) для вірогідності розвитку генералізованого парадонтиту. Зважаючи на наявний ризик розвитку генералізованого парадонтиту при збільшенні інтенсивності паління нами проведено аналіз для визначення критичних рівнів, що є пороговими з точки зору зростання ризику ускладнень. Для даної мети нами використано методику ROC – аналізу з поетапним визначенням чутливості та специфічності для окремих рівнів інтенсивності паління для прогнозування вірогідності генералізованого парадонтиту. Наведені діаграми (рис.4.1), де точка перетину відповідає групі з критичним рівнем (максимальним значенням) прогностичної ефективності (чутливості та специфічності). Встановлено, що максимальні рівні чутливості та специфічності притаманні групам, що випалюють 10-15 сигарет в день (від 78,8% до 84,6%) (рис 4.1). Оцінка даної моделі є статистично значимою з високим коефіцієнтом $AUC=0,84$ ($p=0,001$).

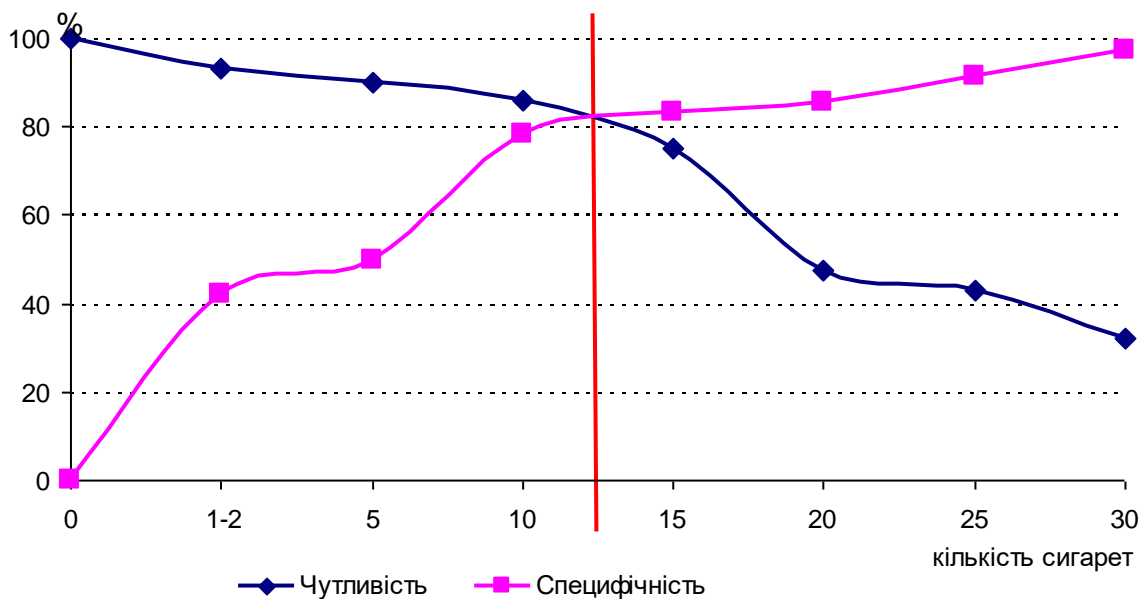


Рис. 4.1 Аналіз прогностичної ефективності за оцінкою чутливості та специфічності для досліджуваних груп з різною інтенсивністю паління для прогнозу ризику розвитку генералізованого пародонтиту.

Отже, критичним прогностичним рівнем для оцінки ризику генералізованого пародонтиту є інтенсивність паління 10-15 сигарет на день. Менша інтенсивність паління не має достатнього прогностичного рівня оцінки.

Важливим аспектом в прогнозі розвитку пародонтиту є загальна клінічна оцінка здоров'я людини, де першочергове значення має хронічна патологія. Проведений нами аналіз за даним аспектом дослідження наведено в таблиці 4.2.

В молодому віці частота виявлення більшості хронічних захворювань є незначною, тому в результати аналізу винесено тільки статистично значимі оцінки ($p < 0,05$). Встановлено, що найбільш значимим чинником, наявність якого підвищує ймовірність генералізованих форм пародонтиту, є хронічні захворювання ШКТ – відношення шансів $OR=6,1$; $p=0,0001$, дещо меншу прогностичну значимість виявляє патологія щитоподібної залози - $OR=3,7$ (2,8-4,9) та церебро-васкулярна патологія (судинні порушення, ВСД) -

OR=2,6 (2,0-4,3). Захворювання ЛОР органів також виявляють значимий прогностичний потенціуючий ефект - OR=1,8 (1,3-2,3); p=0,0002.

Визначення переліку прогностично значимих медико-соціальних та загально-клінічних факторів ризику виникнення генералізованих захворювань пародонта послужило основою розробки скринінгової моделі, побудованої на основі логістичної регресії. За допомогою методу бінарної логістичної регресії можна досліджувати залежність дихотомічних змінних (так/ні) від незалежних змінних, що представлені у вигляді будь-якої шкали. У випадку з дихотомічними ознаками мова йде про подію, яка може відбутися або не відбутися і бінарна логістична регресія у такому разі розраховує вірогідність настання події залежно від значень досліджуваних чинників. Ймовірність віднесення до групи, де розвинеться генералізоване ураження пародонта – генералізований пародонтит визначається за формулою:

$$p = \frac{e^{-z}}{1 + e^{-z}},$$

де $z = b_1 * x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_n x_n$ – стандартизоване рівняння регресії,

X_1 - значення незалежних змінних,

b_1 - коефіцієнти, розрахунок яких є завданням бінарної логістичної регресії,

e – експонента (2,718282).

Якщо для p отримаємо значення менше 0,5, то можна припустити, що подія (розвиток генералізованого пародонтиту) не наступить. Інакше передбачається настання події з відповідним рівнем ймовірності (p) (перелік факторів наведено за рейтингом рівня значимості) (таблиця 4.3). Результат оцінки « z » при проведенні скринінгової оцінки за допомогою логістичної регресії для обстежуваного пацієнта віком 30 років, наявністю обтяженої

Таблиця 4.2

Прогностична оцінка клінічних факторів ризику розвитку генералізованого пародонтиту

Параметри	Прогностична ефективність, % (ДІ)	Відношення шансів OR, (ДІ)	χ^2	Оцінка p
Захворювання ШКТ	71,1 (68,0-74,1)	6,1 (4,5-8,1)	160,4	0,0001
Патологія щитоподібної залози	65,8 (62,3-68,9)	3,7 (2,8-4,9)	89,7	0,0001
Церебро-васкулярна патологія	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

Таблиця 4.3

Розподіл факторів ризику за рейтингом рівня значимості

Фактори, включені в рівняння регресії	Стандартизовані коефіцієнти регресії	Рівень значимості (p)
Захворювання ШКТ	0.253	0.0826
Патологія щитоподібної залози	0.353	0.0464
Порушення режимів сну та харчування	0.252	0.0394
Стресові чинники	0.214	0.0312
Захворювання ЛОР органів	0.184	0.0299
Обтяжена спадковість	0.298	0.0199
Виробничі несприятливі фізико-хімічні чинники	0.368	0.0191
Вживання алкоголю (3 і > раз на тиждень)	0.428	0.0099
Тютюнопаління	0.235	0.0062
Церебро-васкулярна патологія	0.125	0.0001
Вік	0.094	0.0001

спадковості, паління 1 пачка на день (20 сигарет) та наявності захворювань ШКТ матиме вигляд:

$$z=0,094*30+0,298*1+0,235*20+0,378*1=0,820.$$

Підставивши значення z у формулу $p=e^{-z}/1+e^{-z}$ отримаємо ймовірність розвитку патології $p=0,694$.

Нами проведена оцінка між фактично виявленими і прогнозованими випадками розвитку генералізованого пародонтиту, що відображає характеристику прогностичної потужності моделі. Встановлено, що у 89% випадків прогнозований ризик розвитку патологічного процесу співпав з фактичною клінічною оцінкою (конкордантна оцінка). Відповідно, дискордантна оцінка (відсутність співпадіння) притаманна тільки 11% випадків. Ці результати свідчать про високу скринінгову адекватність моделі та її параметрів, а високий рівень коефіцієнта асоціації Сомера ($D=0,83$) свідчить про значимий прямий кореляційний зв'язок параметрів моделі з результатами оцінки ймовірності розвитку генералізованого патологічного процесу в тканинах пародонта.

Отже, проведеним дослідженням встановлені медико-соціальні та загальні клінічні фактори ризику розвитку генералізованих форм пародонтиту серед населення України, на підставі яких визначені критерії для формування груп високого ризику для цієї патології.

Отримані дані стали науковою основою для проведення подальших досліджень щодо розробки стратегії профілактики генералізованого пародонтиту на популяційному рівні та розробки системи первинного скринінгу даної патології.

4.2 Вивчення ролі місцевих чинників у розвитку хвороб пародонта в осіб молодого віку

Як було показано у попередньому розділі 3, в різних регіонах України спостерігається достатньо висока поширеність основних стоматологічних захворювань, зокрема, захворювань пародонта та карієсу. У формуванні особливостей клінічного перебігу важлива роль належить місцевим подразникам, у першу чергу зубному нальоту.

4.2.1 Дослідження впливу гігієни порожнини рота на особливості клінічного перебігу та інтенсифікацію генералізованого пародонтиту. Усі виявлені місцеві чинники подразнення (МЧП): м'який зубний наліт, над'ясенний та під'ясенний зубний камінь за ступенем тяжкості впливу на тканини пародонта можна розділили на 3 групи. До 1-ї групи увійшли тільки м'які зубні відкладення (легкий ступінь), до 2-ї – м'які зубні відкладення та над'ясенний зубний камінь (середній ступінь), до 3-ї групи – м'які зубні відкладення, над'ясенний та під'ясенний зубний камінь та діагностовані пародонтальні кишечі (тяжкий ступінь). Розподіл обстежених осіб за ступенем тяжкості впливу МЧП наведено на рис. 4.2. У ході проведеного дослідження виявилось, що легкий ступінь впливу на тканини пародонта (тобто тільки зубний наліт) виявлено лише у чверті обстежених (25-31%). Не вважаючи на молодий вік, у значної частини обстежених, особливо у Східному (40%) та Північному (39%) регіонах спостерігається вплив усього комплексу МЧП та діагностовано пародонтальні кишечі різної глибини. Цікавим є те, що наведені нами дані значно коливаються у чоловіків та жінок (рис. 4.3.). Незалежно від регіону проживання виявлено певну закономірність: у чоловіків тяжкий ступінь впливу ушкоджуючи чинників реєструється у 1,5-2 рази частіше, ніж у жінок, у той час як МЧП тільки легкого ступеню у жінок зустрічаються достовірно частіше.

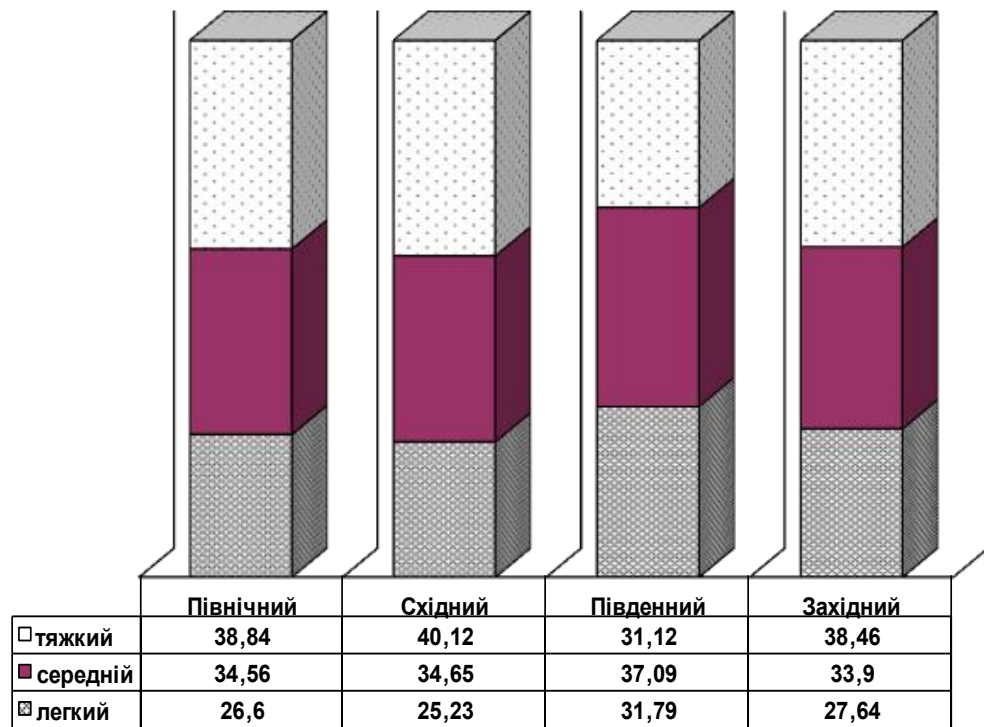


Рис. 4.2. Розподіл обстежених за ступенем впливу місцевих чинників подразнення (МЧП), %.

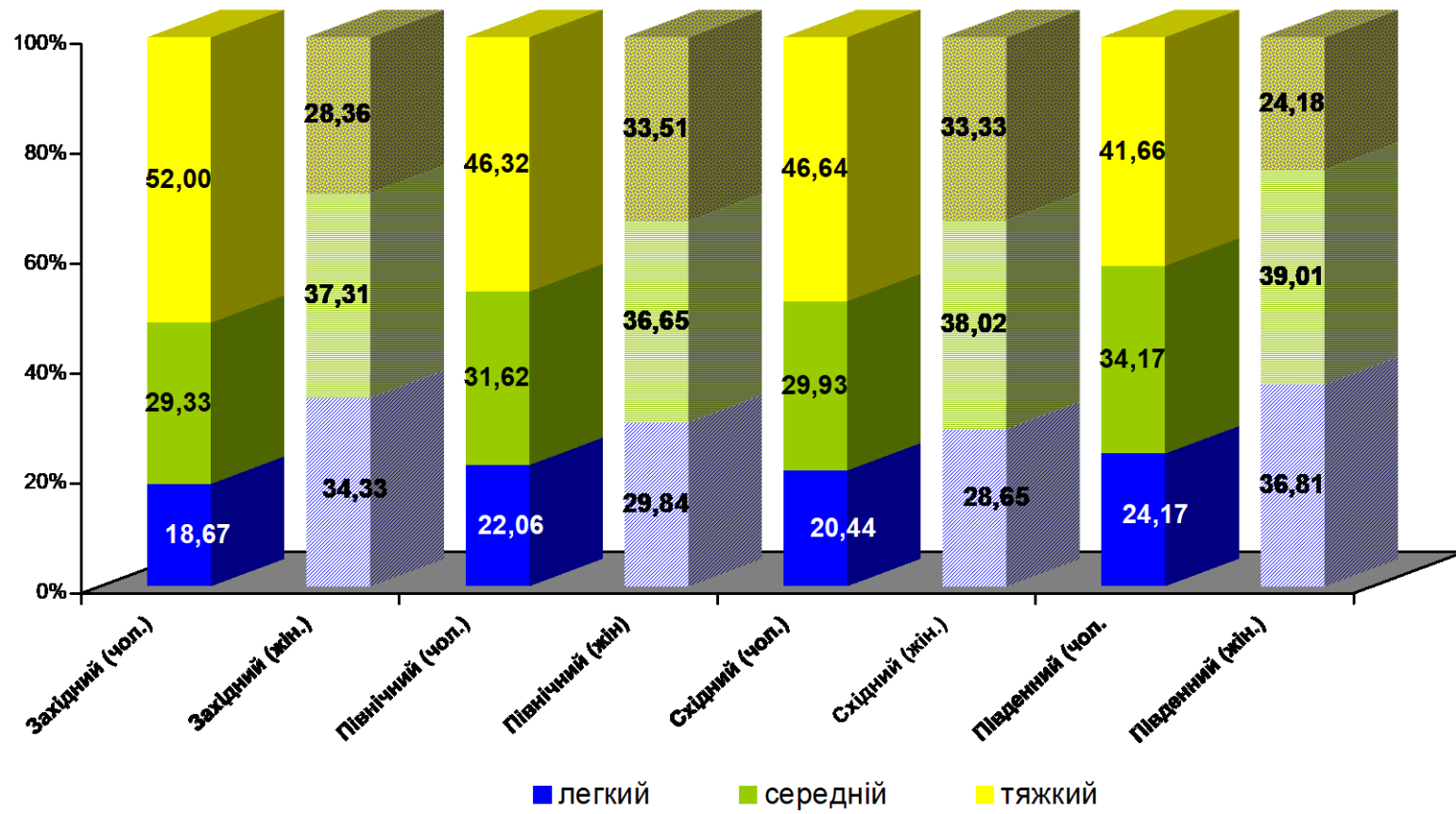


Рис.4.3. Поширеність місцевих травматичних чинників за статтю та ступенем їхнього впливу на тканини пародонта по регіонах України (19-33 р.)

4.2.2 Клінічне обґрунтування методики оцінки інтенсивності ураження пародонта на початковому етапі розвитку генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку. З метою дослідження ролі місцевих чинників у розвитку й перебігу генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку нами було проведено аналіз клініко-рентгенологічних та лабораторних показників, що були отримані при обстеженні 155 пацієнтів із генералізованим пародонтитом початкового-I ступеню у віці 23-28 років з числа тих, що звернулися за допомогою до стоматологічної поліклініки Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Зазначений віковий інтервал (23-28 років) обрано на підставі попередніх досліджень, за якими було визначено, що у цьому віці запально-деструктивні ураження пародонта можна оцінювати вже як генералізований пародонтит із притаманним цьому захворюванню комплексом дистрофічно-запальних патологічних процесів у тканинах пародонта. Під час обстеження особливу увагу приділяли характеру запалення у яснах та деструктивним змінам у альвеолярній кістці та твердих тканинах зубів, першочергово на апроксимальних та пришийкових поверхнях.

Враховуючи високий відсоток ураження контактних поверхонь зубів та виявлену залежність між станом гігієни порожнини рота та інтенсивністю ураження зубів та пародонта під час обстеження пацієнтів особливу увагу приділяли стану гігієни міжзубних проміжків, як за індексом інтердентальної гігієни (API), так і за клінічними методами.

У результаті обстеження у 155 пацієнтів діагностовано 966 пародонтальних кишень (ПК) глибиною від 2 до 5 мм. Розподіл пацієнтів у залежності від кількості ПК наведено на рис. 4.4.

З наведених даних видно, що тільки у 30 пацієнтів (19,4 %) діагностовано від 1 до 3 ПК, у той час як в основному контингенті обстежених (66,18%) спостерігалось від 4 до 9 ПК. Лише у 10,9% випадків

(17 пацієнтів) виявлено значну кількість ПК – від 10 до 12, а у 5 осіб (3,2%) – навіть від 13 до 15 ПК.

Отримані дані вказують на нерівномірність ураження альвеолярної кістки, що пов'язане, вочевидь, з різною інтенсивністю розвитку генералізованого пародонтиту на початковому етапі (поч. – I ст.) в осіб молодого віку.

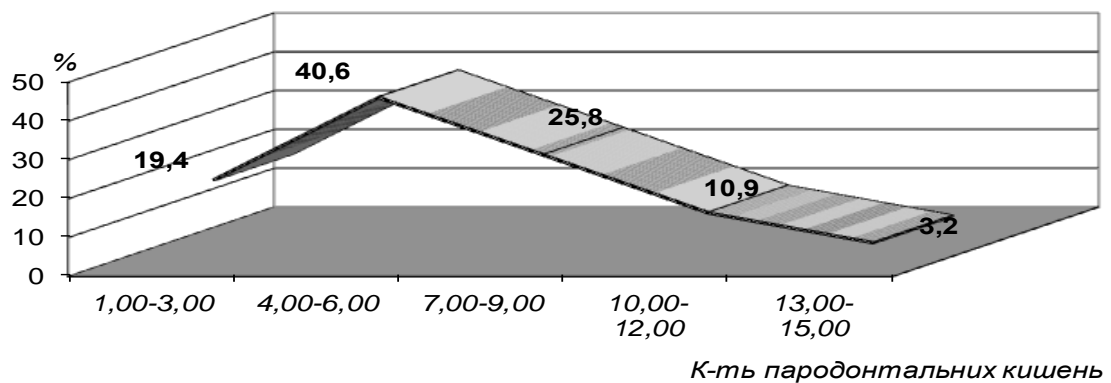


Рис. 4.4. Розподіл пацієнтів із генералізованим пародонтитом поч.-I ст. в залежності від кількості виявлених пародонтальних кишень.

З метою дослідження чинників такого процесу нами було проведено виявлення місцевих подразників хронічної, довготривалої дії, якими є каріозні ушкодження апроксимальних та пришийкових поверхонь зубів, а також проведено аналіз їх розподілу в залежності від інтенсивності перебігу генералізованого пародонтиту поч.-I ст., зокрема кількості ПК.

Загальна картина структури місцевих чинників подразнення пародонта представлена на рис. 4.5.

Всього у обстежених було діагностовано 524 каріозні порожнини на пришийковій та апроксимальній поверхнях, причому тільки у 38,4% випадках мали місце пломби, що не потребували заміни, тоді як у 61,6% (323 випадки)

було виявлено потребу у різних видах втручань: ремінералізації та первинному пломбуванні – 19,7% (103) та 80,3% (421) у відновному. Причому, з числа випадків, що потребують відновного лікування 65,4% складають пломби, які підлягають повній заміні, що майже вдвічі перевищує кількість діагностованих каріозних порожнин.

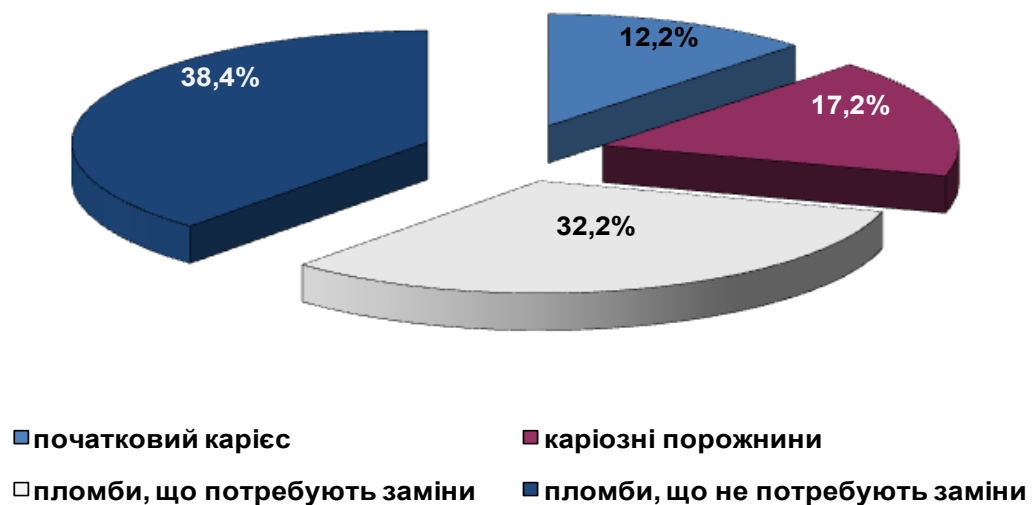


Рис. 4.5. Структура та поширеність місцевих чинників подразнення каріозного походження у пацієнтів із генералізованим пародонтитом поч.-І ст.

Проведений аналіз свідчить про високу потребу обстежених у лікуванні зубів. Враховуючи, що каріозні ураження на апроксимальних поверхнях та пришийковій зоні є потужним подразнюючим чинником, який сприяє більш швидкому та агресивному перебігу генералізованого пародотиту поч.-І ст., ця проблема набуває підвищеної актуальності у контексті планування лікування таких хворих. Криву розподілу хворих генералізованим пародонтитом поч.-І ст. в залежності від кількості виявлених у них каріозних порожнини наведено на рис. 4.6.

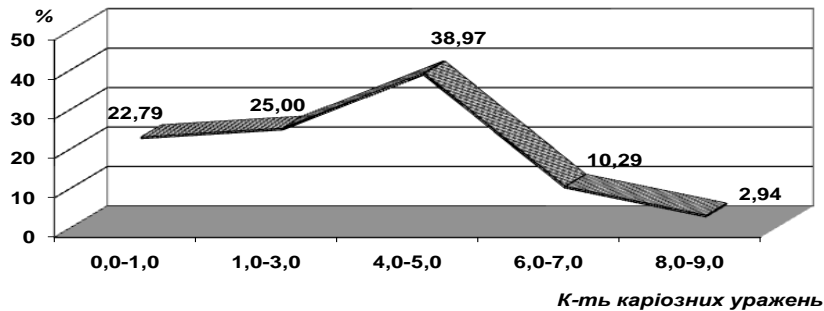


Рис. 4.6. Розподіл хворих генералізованим пародонтитом поч.-І ст. в залежності від кількості каріозних уражень на пришийкових та апроксимальних поверхнях

Таким чином, розподіл хворих генералізованим пародонтитом в залежності від кількості виявлених у них каріозних уражень є нерівномірним. Переважну більшість (63,97%) складають особи із двома - п'ятьма каріозними ураженнями, серед них у 39,4% обстежених виявлено від чотирьох до п'яти каріозних уражень.

За аналізу кривих розподілу хворих на генералізований пародонтит поч.-І ст. в залежності від інтенсивності деструктивних змін альвеолярної кістки та від кількості каріозних уражень у пришийковій області та на апроксимальних поверхнях спостерігається певна їх схожість. Вочевидь, що обидва процеси мають синхронний односпрямований перебіг, розбіжності ж полягають у швидкості та локалізації їх розвитку. У одному випадку це альвеолярна кістка, в іншому – тверді тканини зуба. Співвідношення деструктивних уражень в пародонті та тканинах зуба відносяться як 1:0,5, тобто одному деструктивному ураженню пародонта (ПК) відповідає 0,5

одиниці каріозного ушкодження. Між цими двома процесами встановлено прямий сильний кореляційний зв'язок ($r=0,98$).

Таким чином, досліджуючи інтенсивність деструктивного процесу у тканинах пародонта, неможна оцінювати її окремо від інтенсивності ураження тканин зуба на апроксимальних поверхнях та у пришийковій зоні. Каріозні ураження на апроксимальних поверхнях призводять до порушення контактного пункту та сприяють додатковій травмі в області зубо-ясеневого прикріплення. Окрім того, ці вогнища є додатковими ретенційними пунктами для накопичення зубного нальоту та мікроорганізмів, роль яких у патогенезі генералізованого пародонтиту достовірно доведена у багатьох наукових дослідженнях [1,4,12,16].

Отримані результати дали нам підставу для розробки способу оцінки інтенсивності деструктивних змін тканин пародонта, який би став у нагоді щодо оцінювання інтенсивності ураження альвеолярної кістки та ураження твердих тканин зубів на апроксимальних та пришийкових поверхнях. Цей індекс ми назвали індексом інтенсивності деструкції пародонта (ІДП) (патент України № 9334, 2005).

Індекс інтенсивності деструкції пародонта (ІДП) розраховується 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 апроксимальних каріозних уражень.

Розподіл хворих за величиною ІДП наведено на рис. 4.7.

Як видно з наведеної гістограми, розподіл хворих генералізованим пародонтитом поч.-І ст. в залежності від величини сумарних деструктивних уражень (ІДП) має три вершини: в інтервалі від 3-4 уражень (16,2% обстежених), в інтервалі 7-8 уражень (15,4%) та третя – в інтервалі 13-14

уражень (19,9%). У цих трьох інтервалах сконцентровано майже 52% обстежених (51,5%).

Аналіз отриманих даних достеменно свідчить, що дистрофічно-запальний процес у пародонті при поч.-І ст. генералізованого пародонтиту вже має нерівномірний перебіг, інтенсивність його залежить від інтенсивності ураження як альвеолярної кістки, так і твердих тканин зуба.

На підставі даних індексу ІДП усі пацієнти, що були обстежені на цьому етапі роботи, були розподілені на три групи із низьким, середнім та високим ступенем інтенсивності деструктивного процесу. Граничні значення індексу ІДП для кожної групи та кількість хворих генералізованим пародонтитом поч.-І ст. у них наведено у таблиці 4.4.

Таблиця 4.4

Характеристика деструктивних змін у пародонті за ступенем інтенсивності

Нижнє граничне значення ПК + АКП		Інтенсивність	Верхнє граничне значення ПК + АКП		Кількість хворих ГП поч. – Іст.
бали	кількість уражень		бали	кількість уражень	
0,036≤	1≤	низька	≤0,214	≤6	44
0,250≤	<7≤	середня	≤0,393	≤11	40
0,428≤	12≤	висока	=0,786 й вище	=22 й вище	52

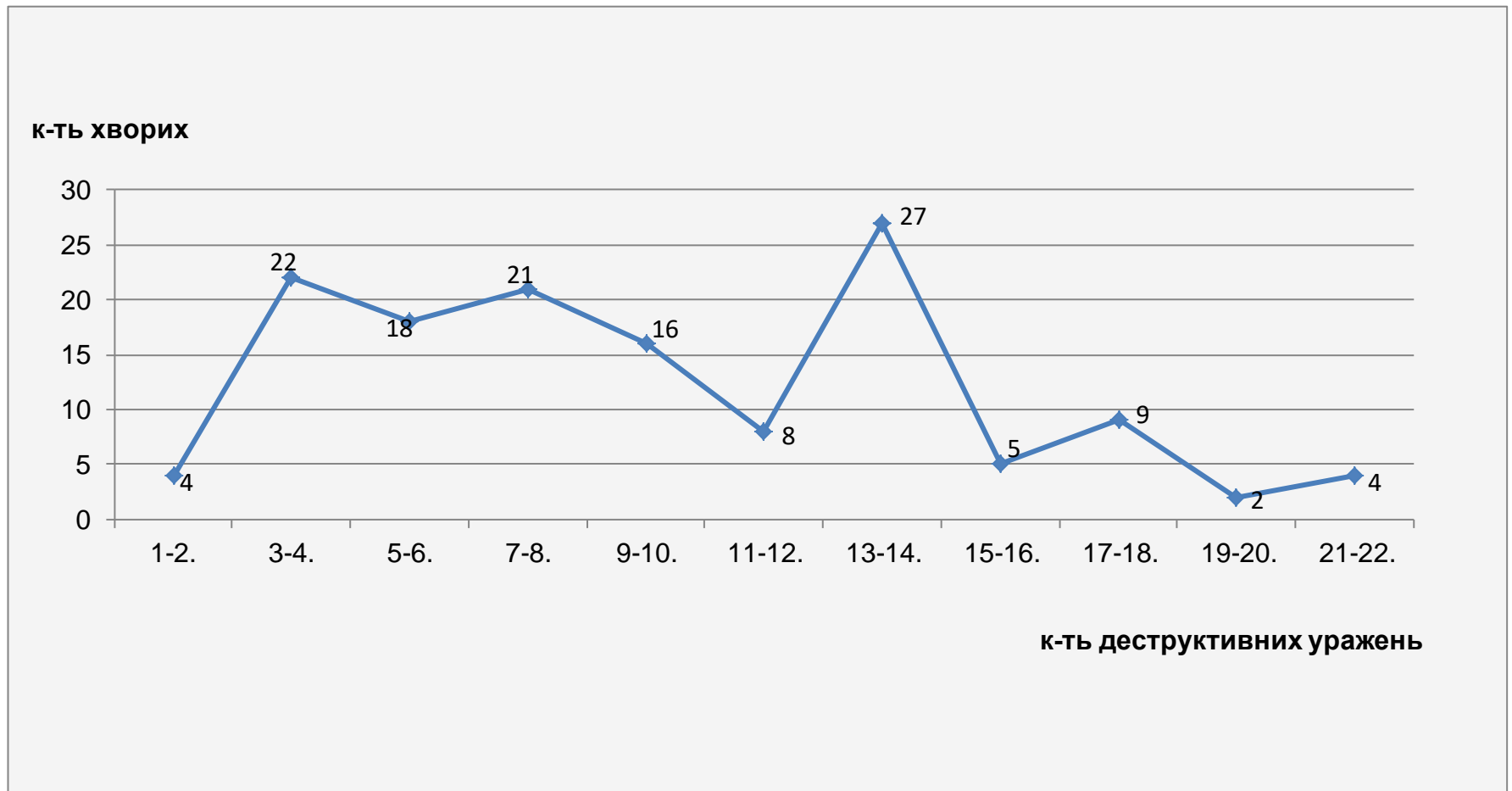


Рис. 4.7. Розподіл хворих генералізованим пародонтитом поч.-І ст. в залежності від кількості поєднаних деструктивних уражень (індекс ІДП)

Розподіл хворих генералізованим пародонтитом поч.-І ст. за кількістю поєднаних деструктивних уражень в групах з різною інтенсивністю ураження наведено на рис. 4.8.

Як слідує з наведених даних, для межі з низькою інтенсивністю найбільш характерними є наявність 3-4 уражень, котрі спостерігаються у 50% хворих. В групі з середньою інтенсивністю – 7- уражень, зустрічаються у 52,5%; для групи з високою інтенсивністю характерною є наявність 13-14 уражень у 51,9%. Отримані дані свідчать про високу інформативність даного показника. Відомо, що потреби хворих генералізованим пародонтитом у лікуванні визначаються, в першу чергу, проявами запального процесу, який ідентифікується як клінічно, та і за індексом РМА, а потреби у проведенні професійної гігієни – станом гігієни порожнини рота. В якості такого оцінювального індексу ми обрали API, який визначає гігієнічний стан саме міжзубних проміжків.

Використовуючи показники індексів ІДП, РМА, API, ми поставили за мету розробити сумарний індекс ураження пародонта (СІУП) та визначити для кожної групи інтенсивності його критичні значення, за яких можна визначити потреби хворого на генералізований пародонтит поч.-І ст. у лікуванні та обсяг необхідних лікувально-профілактичних заходів.

Аналізуючи показники індексу РМА, ми використали рекомендації Одеського інституту стоматології АМН України. Так К.Н.Косенко та співавт. (2002) [] вважають, що проведене лікування можна вважати задовільним, якщо значення індексу РМА сягають 0,47 бали та менше, значення індексу, що перевищують вказану межу є ознакою потреби хворого у лікуванні.

За визначенням автора індексу API (D. Lange, 1990) [], значення індексу менше 35%, або 0,35 бали, вказує на те, що стан гігієни оцінюється як достатній, а пацієнт приймає активну участь у лікуванні захворювання пародонта.

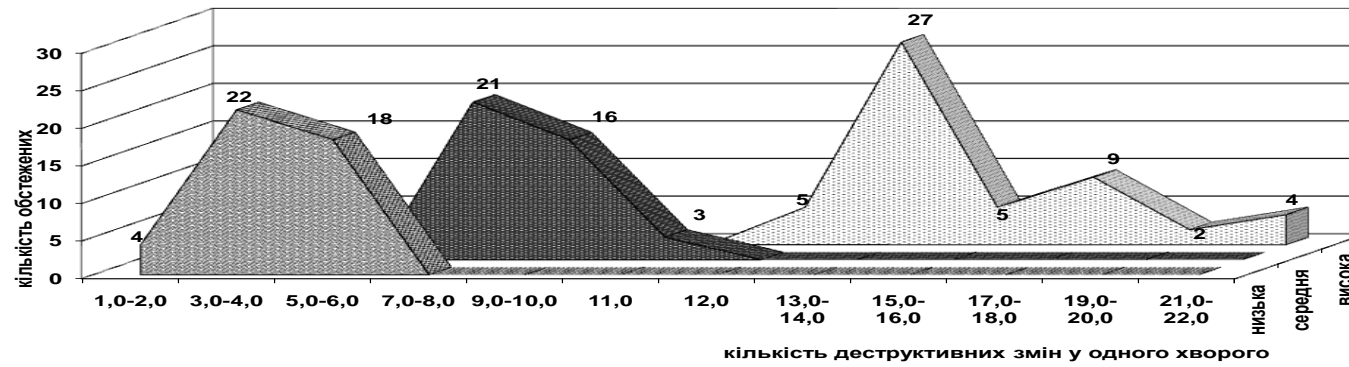


Рис. 4.8. Розподіл хворих генералізованим пародонтитом поч.-І ст. в залежності від ступеню інтенсивності деструктивних уражень.

Ці дані слугували провідним критерієм для визначення потреб хворого у превентивному лікуванні, тобто такому, що попереджує загострення та прогресування захворювання (патент України № 29564,2008).

СІУП для кожного пацієнта визначали як суму індивідуальних значень індексів ІДП, РМА та АРІ:

$$\text{СІУП} = \text{ІДП}_{\text{інд.}} + \text{РМА (бали)} + \text{АРІ (бали)}$$

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).

Використання цього методу дає змогу виділити пацієнтів з генералізованим пародонтитом з низьким, середнім та високим ступенем інтенсивності ураження пародонта для диференційованого планування лікувально-профілактичних заходів.

З метою визначення діагностичної цінності запропонованої нами індексної оцінки та можливостей її використання у формуванні спеціалізований (стоматологічних) аспектів скринінгової програми у профілактиці захворювань пародонта ми дослідили клінічні особливості перебігу генералізованого пародонтиту у групах із різним ступенем інтенсивності ураження пародонта за індексом СІУП (таблиця 4.5).

Таблиця 4.5

Стан пародонта та гігієни порожнини рота у пацієнтів з різним ступенем інтенсивності ураження пародонта

Індекси	Ступінь інтенсивності ураження пародонта	М	$\pm m$	Мін. знач.	Максим. знач.
РМА, бали	низький	0,58	0,03	0,37	0,99
	середній	0,855	0,052	0,396	1,056
	високий	1,021	0,037	0,661	1,254
АРІ, бали	низький	0,55	0,04	0,28	0,91
	середній	0,634	0,013	0,529	0,752
	високий	0,717	0,019	0,532	1,031
СІУП, бали	низький	1,27	0,08	0,89	1,06
	середній	1,796	0,064	1,267	2,165
	високий	2,277	0,061	1,752	2,628
Критичне значення СІУП, бали	низький	0,96	0,01	0,86	1,03
	середній	1,127	0,009	1,070	1,177
	високий	1,358	0,019	1,249	1,606

При клінічному обстеженні групи хворих на генералізований пародонтит з низьким ступенем ураження пародонта (49 пацієнтів) було діагностовано симптоматичний катаральний гінгівіт, найбільш виражений в зонах розташування апроксимальних каріозних порожнин, хронічного перебігу: легкого ступеню у 38 осіб (77,6%), значення індексу РМА коливалося від 12,3% до 24,7%, у 11 осіб (22,4%) - середнього ступеню, значення РМА в межах 28,8%-32,9%. У хворих з легким ступенем гінгівіту оцінка гігієни за індексом АРІ відповідала задовільному рівню.

У пацієнтів з низьким ступенем ураження пародонта діагностовано 53 каріозних ураження, з них 13,21% (7) – початковий; 35,84% (19)- каріозні порожнини; 39,62% (21) – пломби, що потребують заміни; 11,33% (6) – якісно запломбовані порожнини. Таким чином, лише 11,33% каріозних уражень проліковані якісно, потребують лікування – 75,46% пломб, що становить 0,8 пломби на 1 пацієнта.

Порівняння даних індексної оцінки стану пародонта з критичними значеннями індексів свідчить, що індекс РМА перевищує своє критичне значення в середньому в 1,2 разу, АРІ в 1,6 разу, СІУП на 32,29%. Кількість поєднаних деструктивних уражень (ПК+АКП) практично однакова – близько 4.

Первинне обстеження 52 пацієнтів із середнім ступенем інтенсивності ураження пародонта було діагностовано 278 пародонтальних кишень (ПК), 5,3 ПК на одного хворого. Запальні прояви в пародонті діагностували як легкий ступінь симптоматичного гінгівіту у 16 хворих (30,8%), індекс РМА – від 13,2% до 22,0%; у решти – середній ступінь., індекс РМА – від 28,06% до 45,5%.

Стан гігієни порожнини рота був задовільним у 39 хворих (75%) та незадовільним у решти 13 (25%) осіб.

Виявлено 188 каріозних уражень та пломб, тобто 3,6 на 1 пацієнта. За структурою каріозних уражень на одного пацієнта даної групи це становить: початковий карієс – 0,55 ураження, пломб, що не потребують заміни – 1,7, каріозні порожнини, що потребують лікування – 0,35, пломб, що підлягають заміні – 0,9. Потреби у лікуванні становить 1,25 втручання на 1 хворого.

Комбіновані деструктивні ураження діагностовано у кількості 457 (8,79 на 1 хворого).

Індексна оцінка стану пародонта перевищує критичне значення за індексом РМА у 1,8 разу, АРІ – 1,8 разу, СІУП на 59,7%.

У групі з 54 пацієнтів з високою інтенсивністю деструктивного процесу в пародонті діагностовано 515 пародонтальних кишень, що склало 9,54 ПК на 1 особу.

Легкий ступінь симптоматичного гінгівіту діагностовано лише у 4 хворих (7,4%), середній – у 50 (96,2%). Майже у половини хворих цієї групи - у 30 осіб (55,6%) стан гігієни порожнини рота оцінено як незадовільний, лише у 11 (20,4%)- як достатній та у 5 (9,3%) хворих - як задовільний.

Доля каріозний уражень на й хворого в цій групі в середньому становить 5,54. Потребують лікування 63,9% каріозних уражень, у тому числі 53,1% пломб підлягають заміні.

Показники індексної оцінки стану пародонта свідчать, що в середньому величина індексу API у 2,2 разу вище за критичне значення, індексу РМА – у 2,2 разу, СІУП перевищує критичне значення на 68,5%. Комбіновані деструктивні ураження на 1 хворого складають в середньому 14,7.

Зведену структуру каріозних уражень у пацієнтів з різним ступенем інтенсивності деструктивного процесу у пародонті ілюструє рис. 4.9.

З числа каріозних уражень 63,9% потребують різних видів втручання, з них 53,1% - це пломби, що потребують заміни.

Порівняння індексної оцінки стану пародонта з їх критичними значеннями у пацієнтів із високим рівнем інтенсивності деструкції пародонта при первинному обстеженні засвідчило, що величина API в 2,2 рази вище критичного значення, індексу РМА – у 2,2 рази, а СІУП перевищує критичне значення на 68,5%. Поєднані деструктивні ураження на одного обстеженого дорівнюють 14,69 уражень.

Таким чином, доведено, що інтенсивність ураження пародонта знаходиться у прямому сильному кореляційному зв'язку з кількістю апроксимальних каріозних уражень, станом інтердентальної гігієни і, як слідство, кількістю пародонтальних кишень. З урахуванням цих показників, використовуючи індекс сумарної інтенсивності ураження пародонта (СІУП),

доцільно виділяти групи з низькою, середньою та високою інтенсивністю ураження пародонта.

В ході дослідження визначено, що кількість апроксимальних каріозних уражень (АКУ) збільшується більш ніж у 7 разів (7,39) – від 0,66 на одного обстеженого у групі з низькою інтенсивністю до 5,54 у групі з високою інтенсивністю.

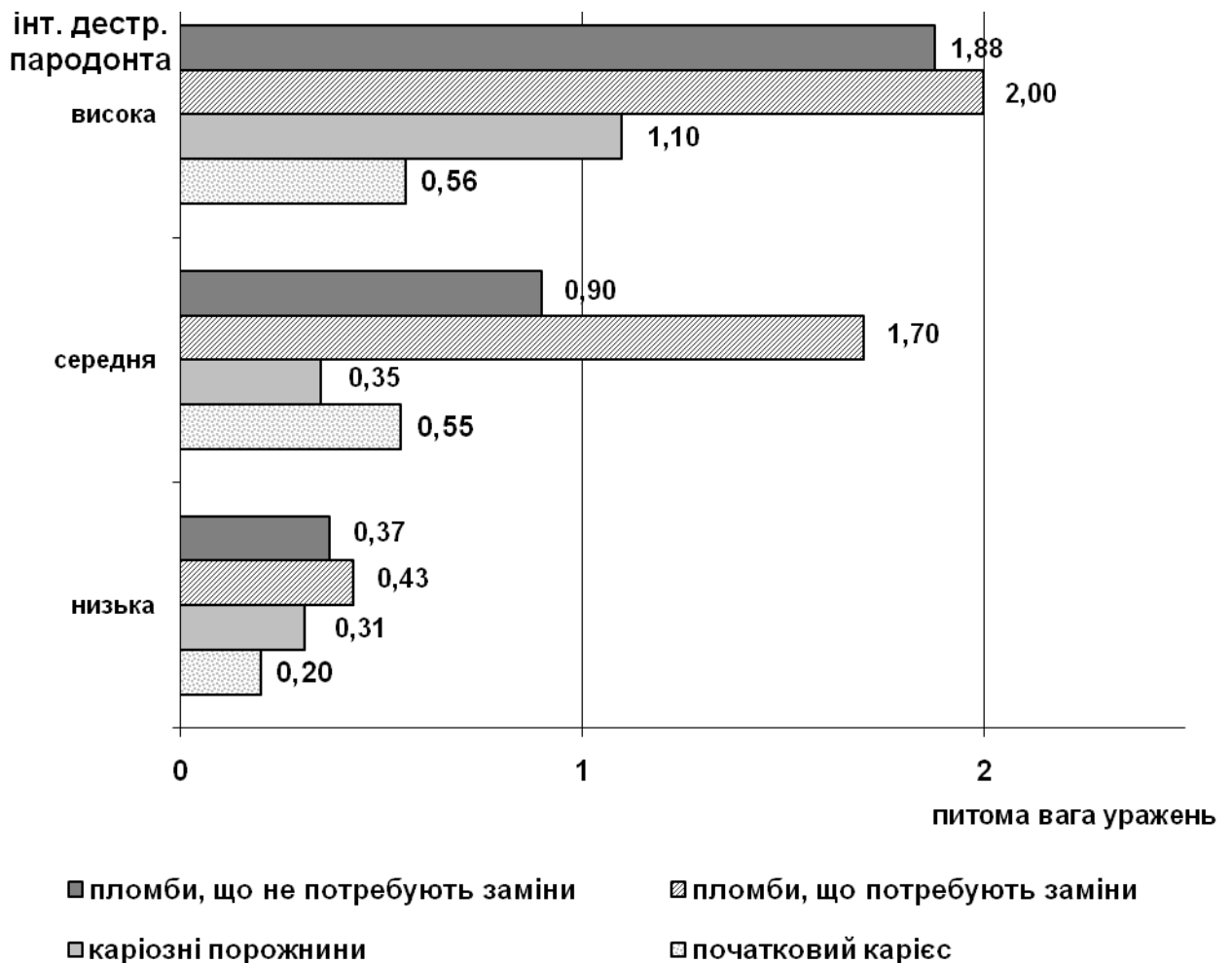


Рис. 4.9. Структура каріозних уражень у пацієнтів з різним ступенем інтенсивності деструктивного процесу у пародонті (питома вага на 1 пацієнта)

При цьому питома вага АКУ серед усіх поєднаних деструктивних уражень становить: при низькій інтенсивності – 18,66%, середній – 39,55%, високій – 35,14%. Відношення кількості пародонтальних кишень (ПК) до

кількості АКУ дорівнює: 1:0,23 при легкому, 1:0,65 та 1:0,59 при середньому та високому рівнях інтенсивності.

Стан гігієни порожнини рота (індекс API) та активність симптоматичного гінгівіту (індекс РМА) достовірно змінюються у залежності від рівня деструктивних уражень пародонта.

Так, індекс запалення перевищує своє критичне значення в групі з низькою інтенсивністю лише на 24,04%, тоді як за середньої – різко зростає до 91,06%, а за високої інтенсивності перевищує критичне значення більше, ніж у 2,2 рази (119,15%), що є доказом виражених проявів запального процесу у тканинах пародонта.

Аналогічна закономірність відмічена при аналізі стану гігієни порожнини рота (з 57,7% до 105,1%).

Усі розбіжності у показниках індексної оцінки стану пародонта в групах з різним рівнем інтенсивності деструкції як між собою, так і по відношенню до загальної сукупності пацієнтів достовірні ($p < 0,05$).

Таким чином, на підставі комплексної експертної оцінки стану пародонта хворих на генералізований пародонти початкового-I ступеня у молодому віці (23-28 років) можна стверджувати, що інтенсивність ураження пародонта знаходиться у прямому кореляційному зв'язку із кількістю апроксимальних каріозних уражень, станом інтердентальної гігієни та кількістю пародонтальних кишень. З урахуванням цих показників, на підставі розробленого нами індексу сумарної інтенсивності ураження пародонта є доцільним диференціювати хворих в залежності від ступеню інтенсивності деструктивних змін, формуючи клінічні групи з її низьким, середнім чи високим рівнем. Такий принцип розподілу пацієнтів із захворюваннями пародонта може бути використаний для опрацювання функціональної моделі диспансерного моніторингу хворих із генералізованим пародонтитом та в якості скринінгового методу при формуванні груп ризику для диспансерного спостереження.

4.3 Оцінка рівня знань дорослого населення та лікарів-стоматологів щодо профілактики захворювань пародонта

Одним з факторів, що визначають потреби населення у профілактиці захворювань пародонта, є вивчення спектру й поширеності факторів ризику їх розвитку. Розглядаючи комплексну профілактику захворювань пародонта як інтегральну систему соціальних, медичних, організаційних та економічних складових, важко переоцінити роль кожної зі складових. Серед факторів ризику розвитку захворювань пародонта можна виділити такі, що обумовлені й безпосередньо залежать від рівня обізнаності населення та лікарів-стоматологів про методи й засоби гігієни порожнини рота та їх місце у профілактиці захворювань пародонта. Як свідчать дані літератури й наші власні спостереження, такі знання є одним з важливих критеріїв щодо організації й планування профілактики захворювань пародонта.

Впровадження профілактичних заходів в колі дорослого населення достатньо важке. Першочерговим кроком в цьому напрямку повинні стати створення й підтримка мотивації населення до вірного й індивідуалізованого використання засобів гігієни порожнини рота. Саме стоматолог, за логічною послідовністю формування перспективної програми профілактичної освіти населення в рамках системи профілактики захворювань пародонта, повинен бути головним джерелом і гарантом поповнення інформаційного поля населення щодо ролі, засобів та заходів з профілактики стоматологічних захворювань.

Протягом понад 5 років (з 2004 року) за науково-координаційної підтримки кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця та за участі Асоціації стоматологів України здійснено моніторинг стану гігієни порожнини рота дорослого населення різних вікових груп, серійні епідеміологічні дослідження практично у всіх регіонах країни.

Метою даного етапу роботи стало дослідження соціологічних та епідеміологічних передумов впровадження профілактичних заходів, зокрема освітніх програм, у систему профілактики захворювань пародонта у дорослого населення.

Епідеміологічне дослідження було організовано у крупних містах України основних регіонів України. Дослідження проводили одночасно по трьох напрямках: 1) стоматологічне обстеження пацієнтів із визначенням стану тканин пародонта та рівня гігієни порожнини рота шляхом їх стандартної індексної оцінки; 2) соціологічне опитування пацієнтів (анкетування) щодо визначення рівня знань з індивідуальної гігієни порожнини рота; 3) соціологічне опитування лікарів (анкетування) щодо визначення рівня знань й навичок з професійної гігієни порожнини рота та методів і засобів профілактики захворювань пародонта.

Стан тканин пародонта оцінювали за допомогою стандартних індексів РМА, КПП, стан гігієни порожнини рота – за допомогою індексу Грин-Вермільона (ОНІ-S). Визначали КПВ. Результати дослідження вносили у розроблені нами карти обстеження, які піддавали експертній оцінці.

Паралельно із стоматологічним обстеженням пацієнта було запропоновано заповнення власноруч анкети, що містять перелік питань, які характеризують навички пацієнта з гігієни порожнини рота, спектр відомих йому стоматологічних гігієнічних засобів, а також витoki інформації зі знань та вмінь з гігієни порожнини рота й профілактики стоматологічних захворювань, зокрема, захворювань пародонта. Аналіз результатів анкетування пацієнтів оцінювали як рівень знань пацієнтів з профілактики захворювань пародонта

У дослідженні прийняли участь 1261 особа у віці 19-34 років при рівному розподілі за статтю. Визначення рівня знань лікарів та рівня їх професійної профілактичної ерудиції проводили також на підставі результатів анкетування щодо засобів і методів індивідуальної, професійної гігієни порожнини рота. Нами було проведено аналіз 3740 анкет лікарів з 380

стоматологічних закладів різної форми власності у 20 містах різних регіонів України.

Результати анкетування показали достатньо низький рівень інформованості населення молодого віку, від 19 до 33 років, про засоби і методи гігієни порожнини рота, зокрема, чищення зубів. Простежується відсутність системної ролі стоматологів у формуванні мотивації населення щодо підтримки належного рівня гігієни, контролю стану стоматологічного здоров'я. На питання «Скільки разів на рік Ви проходите профілактичний огляд у стоматолога?» відповіли (рис. 4.10), що «частіше, ніж 2 рази на рік» лише $3,1 \pm 0,2\%$ респондентів, два рази на рік відвідують з цією ж метою $3,8 \pm 0,2\%$ опитуваних, один раз на рік – $11,2 \pm 0,3\%$, рідше ніж один раз на рік – $21,3 \pm 0,3\%$ й більшість респондентів – $60,6 \pm 1,5\%$ ніколи не відвідують стоматолога з метою профілактики.

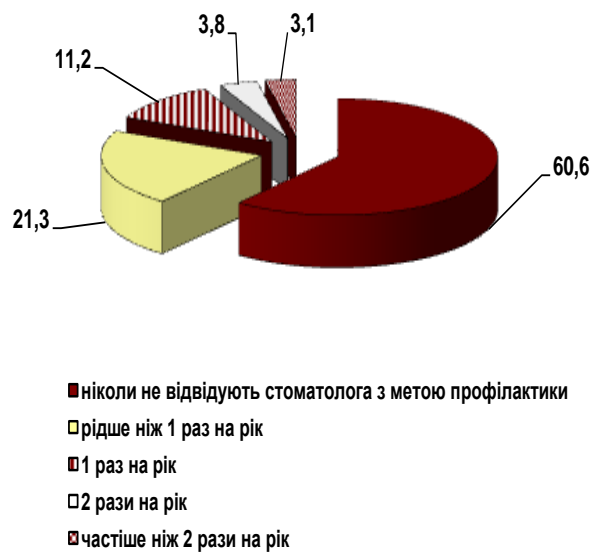


Рис. 4.10. Відповідь на питання «Скільки разів на рік Ви проходите профілактичний огляд у стоматолога?», (%).

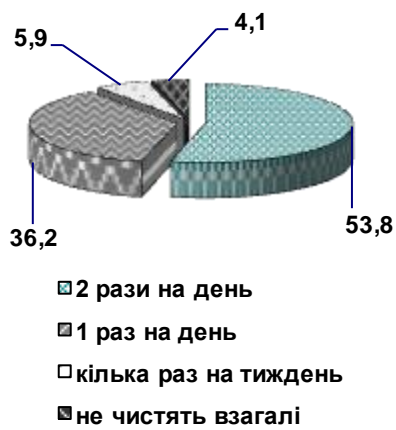


Рис.4.11. Відповідь на питання «Скільки разів на день Ви чистите зуби?», (%)

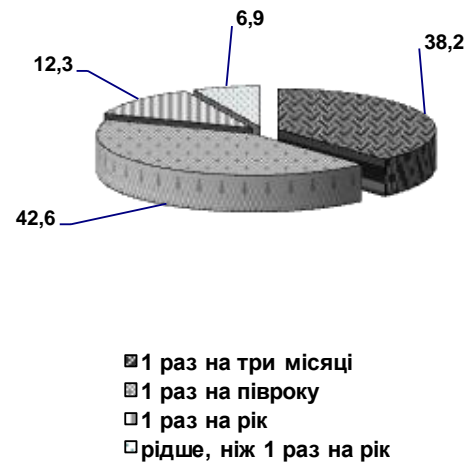


Рис.4.12. Відповідь на питання «Як часто Ви змінюєте зубну щітку?», (%)



Рис.4.13. Відповідь на питання «Де Ви навчалися правилам гігієни порожнини рота?», (%)

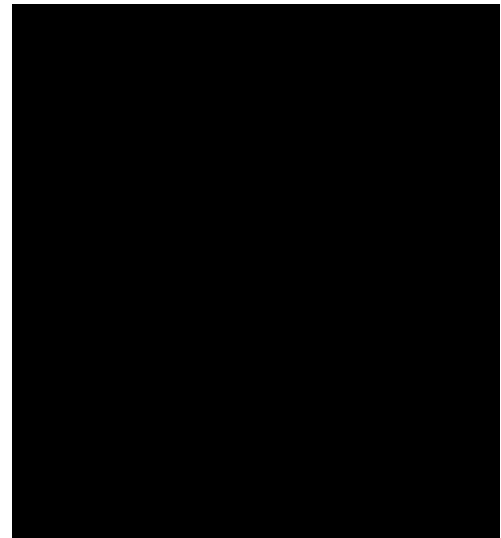


Рис. 4.14. Відповідь на питання «Чим Ви керуєтесь при виборі зубної пасти та зубної щітки?», (%)

При цьому $53,8 \pm 1,1\%$ респондентів чистили зуби 2 рази на день, $36,2 \pm 1,0\%$ - 1 раз, $5,9 \pm 0,3\%$ - чистять зуби кілька разів на тиждень, а $4,1 \pm 0,2\%$ - не чистять зуби взагалі (рис.4.11). Заміну зубної щітки раз на три місяці проводять тільки $38,2 \pm 0,8\%$ анкетованих, раз на півроку - $42,6 \pm 0,9\%$, 1 раз в рік - $12,3 \pm 0,6\%$ та рідше ніж раз на рік - $6,9 \pm 0,4\%$ (рис.4.12).

Значна частина осіб одержали знання про правила гігієни від батьків і стоматологів ($29,8 \pm 1,0\%$ і $31,7 \pm 0,8\%$), самостійно - $29,7 \pm 0,9\%$ опитаних і лише $9,8 \pm 0,6\%$ - в школі (рис.4.13). При виборі зубної пасти та зубної щітки лише $17,2 \pm 0,7\%$ респондентів користувалися порадою лікаря, $29,2 \pm 0,9\%$ - інформацією з реклами, $25,3 \pm 0,5\%$ - порадою знайомих й $31,1 \pm 0,8\%$ - використали інші джерела інформації (рис.4.14).

За власною оцінкою у більшості респондентів ($78,6 \pm 1,2\%$) стан гігієни порожнини рота дорівнює задовільному, $12,4 \pm 0,9\%$ - оцінюють його як добрий, $5,3 \pm 0,8\%$ - як відмінний й лише $3,7 \pm 0,1\%$ - як поганий. Об'єктивна клінічна оцінка стану гігієни порожнини рота засвідчила суттєву розбіжність між цими показниками і наявним гігієнічним рівнем. Так, відмінний стан гігієни ротової порожнини, за даними індексної оцінки, зареєстровано лише у $4,2 \pm 0,2\%$, добрий - у $10,1 \pm 0,7\%$, задовільний - у $54,6 \pm 0,9\%$ і значно перевищує самооцінку рівень поганого стану - $31,1 \pm 0,8\%$ (рис.4.15).

Під час дослідження було виявлено 152 практично здорових особи без об'єктивних ознак стоматологічних захворювань із добрим гігієнічним станом порожнини рота. Середній показник по Україні становить $12,02\%$.

У інших 1109 осіб були діагностовано карієс та різні захворювання пародонта, як самостійно, так і у поєднанні. У цілому, поширеність основних стоматологічних захворювань, що була виявлена за звертаннями хворих з метою профілактичного огляду, становить по Україні $88,0\%$: карієсу - $16,8\%$, захворювань пародонта - $13,5\%$, поєднання карієсу та захворювань пародонта $69,6\%$.

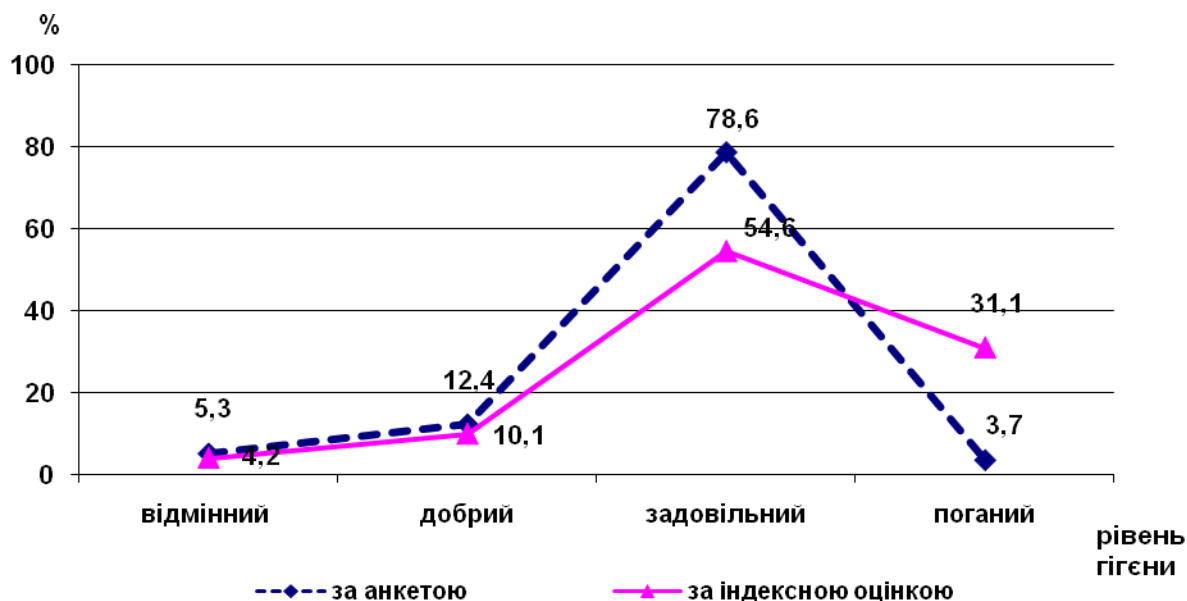


Рис. 4.15. Стан гігієни порожнини рота за даними анкетування та індексною оцінкою (%).

У цілому у віковій групі 19-33 роки індекс КПВ по Україні становить, за нашими даними, 5,44. У залежності від стану гігієни порожнини рота кількість уражених зубів в осіб із „задовільним” станом гігієни становить 2,58, що на 52,57% нижче середнього значення індексу КПВ. В осіб із „поганим” гігієнічним доглядом за порожниною рота індекс КПВ становить 6,28 уражених зубів, що на 15,44% вище середнього значення. В осіб із „поганим” станом порожнини рота індекс КПВ – 7,46, що перевищує середнє значення на 37,13%. Таким чином, в осіб із незадовільним рівнем гігієни ротової порожнини кількість зубів, що уражені карієсом та його ускладненнями, у 2,43 рази більш, ніж в осіб із незадовільним гігієнічним станом, значення індексу КПВ вище майже у 3 рази (2,9).

Між станом гігієни ротової порожнини та ступенем тяжкості запалення пародонта встановлено прямий кореляцій зв'язок із середнім та тяжким ступенем гінгівіту та зворотній – із легким ступенем запалення. Так, за порівняння ступеню тяжкості запалення пародонта в осіб із „задовільним”, „незадовільним” та „поганим” станом гігієни ротової порожнини встановлено: кількість осіб із легким ступенем запалення знижується майже

удвічі (1,97) за умов „задовільного” стану гігієни та більше ніж у 6 разів (6,22) за умов „поганого” стану гігієни ротової порожнини. Водночас кількість осіб із середнім ступенем запалення збільшується в 3 та 5 разів відповідно. За умов „задовільної” гігієни не виявлено хворих на тяжкі ураження пародонта, а в осіб із „незадовільним” та „поганим” рівнем гігієни тяжкий ступінь діагностовано відповідно у 20% та 29% (рис.4.16).

Як свідчать результати анкетування населення, тільки 17,2% користувалися порадою лікаря-стоматолога у виборі засобів гігієни порожнини рота, а переважна більшість респондентів відвідують стоматолога з метою профілактичного огляду рідше одного разу на рік або навіть ніколи не відвідують з метою профілактики 71,8 %.

Ці дані свідчать, що лікарі-стоматологи не мають впливу на рівень стоматологічної захворюваності дорослого населення, а профілактика, первинна і вторинна, у дорослого населення практично не реалізується.

Аналіз анкетування лікарів-стоматологів (рис. 4.17) оголив реальні проблеми кадрового забезпечення стоматологічної служби, зокрема, відсутність або вкрай низький рівень знань з індивідуальної гігієни порожнини рота (ІГПР). У переважній більшості респондентів ($83,1 \pm 0,8\%$) рівень знань щодо зведено до мінімуму – дворазова на день чистка зубів.

Відсутність інформації щодо спектру гігієнічних, лікувальних, профілактичних властивостей зубних паст, їх асортименті, виробниках, професійних характеристиках головних профілактичних засобів ІГПР безумовно призводить до дефіциту знань та навичок у пацієнтів. Тим більше, що біля половини лікарів-респондентів ($47,1 \pm 1,1\%$) не володіють знаннями з техніки й методів чищення зубів, а третина ($29,4 \pm 1,2\%$) навіть не можуть надати рекомендацій щодо вибору зубної щітки.

Що ж стосується флосінгу як додаткового засобу гігієни порожнини рота, $17,3 \pm 1,2\%$ респондентів ніколи не бачили флоксів, а $45,5 \pm 1,2\%$ вважають

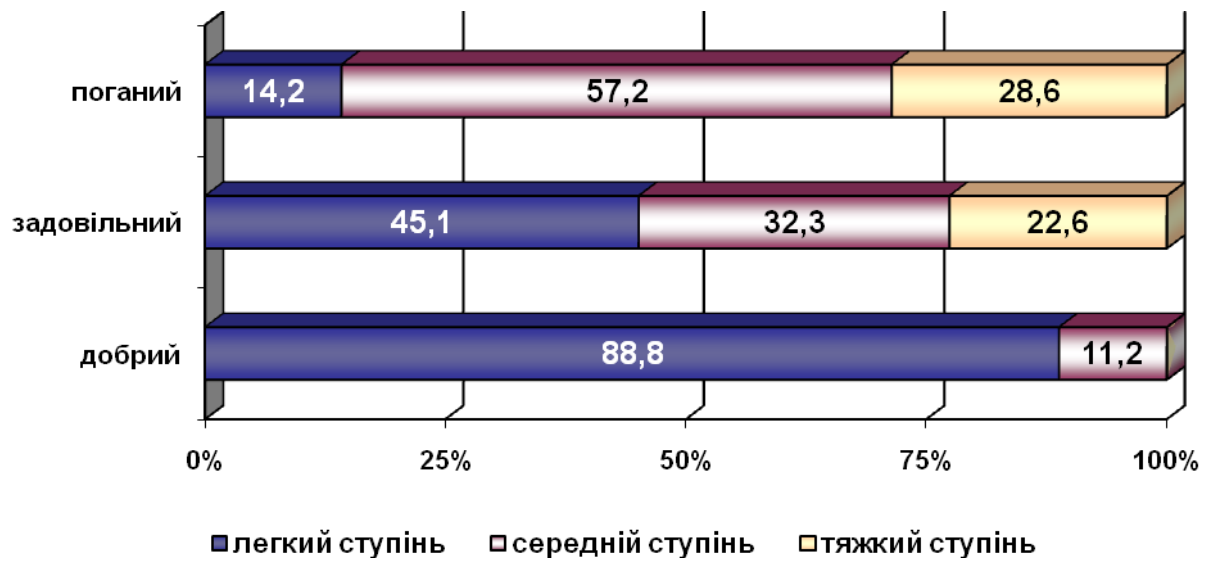


Рис. 4.16. Залежність тяжкості запалення пародонта від стану гігієни порожнини рота (за індексом Грін-Вермільона)

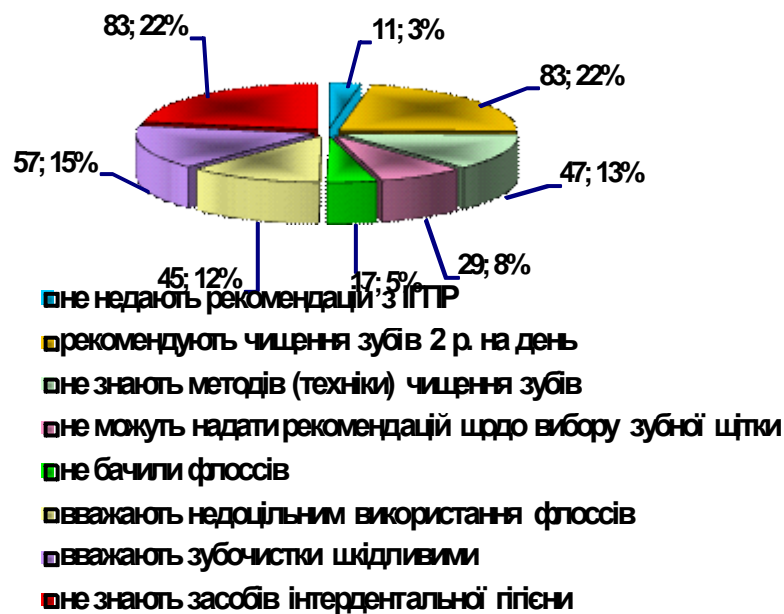


Рис. 4.17. Результати анкетування лікарів-стоматологів з питань індивідуальної гігієни порожнини рота (ІГПР) (Україна, узагальнені дані, 2007-2009 рр.)

його безкорисним. І, на кінець, 83,4±2,1% стоматологів не мають знань щодо доцільності й засобів інтердентальної гігієни. Дефіцит елементарних знань у лікарів-стоматологів з ІГПР страшний своїми наслідками: населення, яке відвідує таких лікарів, залишається абсолютно безграмотним відносно засобів й методів ІГПР, її ролі в профілактиці і, відповідно, у нього не формується мотивація до профілактичних заходів з метою підтримки рівня стоматологічного здоров'я.

Висновки

Проведеними дослідженнями встановлені медико-соціальні та загальні клінічні фактори ризику розвитку генералізованих форм пародонтиту серед населення України, на підставі яких визначені критерії для формування груп високого ризику для цієї патології.

Отримані дані стали науковою основою для проведення подальших досліджень щодо розробки стратегії профілактики генералізованого пародонтиту на популяційному рівні та розробки системи первинного скринінгу даної патології.

Нами опрацьовано неспеціалізований (медико-соціальний та загально-клінічний) та спеціалізований (стоматологічний) аспекти скринінгової програми. Визначено перелік прогностично значимих медико-соціальних та загально-клінічних факторів ризику виникнення генералізованих захворювань пародонта, що послужило основою розробки скринінгової моделі, побудованої на основі логістичної регресії.

В результаті вивчення місцевих факторів ризику, що є логічним продовженням загальних скринінгових процедур, доведено вплив гігієни порожнини рота на особливості клінічного перебігу та інтенсифікацію генералізованого пародонтиту.

Клінічно обґрунтовано та розроблено методику оцінки інтенсивності ураження пародонта на початковому етапі розвитку генералізованого

пародонтиту в осіб молодого віку як методу клінічного скринінгу в комплексні профілактиці захворювань пародонта

На основі соціологічного опитування пацієнтів та лікарів-стоматологів визначено, що лікар, як професійний носій знань щодо індивідуальної гігієни порожнини рота та профілактики основних стоматологічних захворювань, й у першу чергу, захворювань пародонта, випадає з інформаційного поля пацієнта як мотивуючий фактор аутоактуалізації особистості пацієнта в процесі підтримки концепції цілісності психосоматичного здоров'я. Наслідком такої ситуації є відсутність очікуваної ефективності застосування високотехнологічних та дорого вартісних методів лікування основних стоматологічних захворювань, зростання стоматологічної захворюваності, зниження загального рівня здоров'я населення країни в цілому.

РОЗДІЛ 5

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА

Одна з причин сталої високої поширеності захворювань пародонта серед населення молодого віку в Україні полягає у недосконалості, як було вказано у огляді літератури, організаційної системи профілактики та лікування захворювань пародонта.

На думку більшості авторів, вихід з кризового становища полягає саме у виділенні спеціалізованого прийому хворих із патологією пародонта.

Рівень організації спеціалізованого прийому вказаного контингенту хворих залежатиме від багатьох факторів, і перш за все – від рівня лікувального закладу.

Вивчення організації та змісту праці лікарів – стоматологів на різних рівнях надання медичної допомоги хворим із патологією пародонта викликане необхідністю її раціоналізації та розробки принципів управління всією системою медичного обслуговування даного контингенту хворих, оскільки виходячи з низки поставлених перед цією системою завдань, вона повинна функціонувати як комплекс взаємопов'язаних лікувально-профілактичних закладів із чітким розподілом їх обов'язків відповідно до місця у ієрархії системи.

5.1 Дослідження стану нормативно-правового забезпечення системи стоматологічної допомоги дорослому населенню із хворобами пародонта

На удосконалення медичної допомоги стоматологічним хворим в Україні на державному рівні спрямовані: Закон України від 19.11.1992 р. №2801-х1 “Основи законодавства України про охорону здоров'я”; Рішення

колегії МОЗ України від 15.12.1993р. №11 “Про концепцію вищої стоматологічної освіти та надання стоматологічної допомоги населенню”; Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000 “Про концепцію розвитку здоров’я населення України”; Наказ МОЗ України від 22.11.2000 р. №305 “Про затвердження Критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II, III рівнях (амбулаторна допомога)”; Наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. №117 “Про впровадження Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 “Охорона здоров’я””; Указ Президента України від 21.05.2002 р. №475/200 “Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 рр.”; Наказ МОЗ України від 28.12.2002 р. №507 “Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги”; Наказ МОЗ України від 23.11.2004 р. №566 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Стоматологія””; Наказ МОЗ України від 05.02.2007 р. №58 “Про внесення змін до наказів МОЗ України, що затверджують звітну та облікову медичну документацію”.

Діюча нормативна база, що регулює надання стоматологічної допомоги населенню України, недосконала в питанні “профілактика основних стоматологічних захворювань”, і, як слідство, профілактика захворювань пародонта. При цьому слід зазначити, що багато документів є застарілими та не відповідають викликам сучасних процесів в охороні здоров’я України. , ціла низка проблемних питань не врегульована. Така ситуація викликає великі труднощі в організації стоматологічної допомоги, не дає можливості проводити необхідні реформи з метою наближення цього виду медичної допомоги до сучасного рівня та сучасних вимог.

З метою дослідження нормативно-правового забезпечення організації надання лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта у стоматологічних ЛПЗ нами було проаналізовано стан чинної нормативної бази, зокрема, наказів та розпоряджень МОЗ України, що регулюють цей вид допомоги.

Проблема, у першу чергу, полягає в необхідності чіткого розмежування обсягів стоматологічної допомоги, які населення має право отримувати за рахунок бюджетів, та стоматологічних медичних послуг, за які необхідно платити за регульованими державою цінами чи за вільними цінами. Диференціація дефініцій «медична допомога» та «медична послуга» в найбільшій мірі притаманна саме стоматологічній галузі, і без визначення регламенту, за яким громадянин матиме змогу отримати пакет якісних та адекватних лікувально-профілактичних заходів, чи навряд можливо говорити про досягнення бажаного рівня стоматологічного здоров'я для всіх верств населення.

Із зазначеною метою була створена Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 № 955 «Про затвердження програми надання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги», яка була підписана, але не введена в дію через те, що не була зареєстрована в Міністерстві юстиції України. Відповідно до цієї Постанови передбачалося, що за бюджетні кошти буде надаватися стаціонарна, невідкладна допомога всьому населенню та невідкладна в повному обсязі пільговим категоріям.

Перелік захворювань, при яких надається невідкладна стоматологічна допомога, та її обсяг, розроблений і представлений у наказі МОЗ України від 28.12.2002 № 507 «Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню» та від 28.12.2002 № 502 про дитяче населення. Це положення не у протиріччі до ст. 49 статті Конституції України, адже у ст. 95 Конституції, говориться: «Виключно Законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків». Природно, що разом із прийняттям такої Постанови КМУ необхідно було б внести відповідні зміни та доповнення до Постанови КМУ від 11.07.2002 № 1138, яка стосується переліку платних послуг у лікувальних закладах.

Відповідно до чинного законодавства, зміна форми власності неможлива. При узгодженні проекту Концепції реформування

стоматологічної служби України в кінці 2008 року Міністерство фінансів України зазначило: «Дія чинного законодавства з питань приватизації не поширюється на об'єкти соціально-культурного призначення, що фінансуються з бюджету, у тому числі на об'єкти сфери охорони здоров'я» (лист від 24.10.2008 р. № 51985/1-8). Тому мова може йти виключно про зміну форм господарювання. Відповідно до статті 49 Конституції України є рішення Конституційного суду від 29.05.2002 № 10-рп/2002, яким передбачено, що вся медична допомога в державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно. Але це рішення стосується тільки закладів охорони здоров'я й не розповсюджується на суб'єкти господарювання. Шлях виходу з цієї ситуації бачиться у створенні госпрозрахункових стоматологічних підприємств на базі існуючих закладів охорони здоров'я. Причому при реформуванні медичних стоматологічних закладів вони повинні мати право вибору трансформації в державні чи комунальні та орендні підприємства з наданням їм статусу некомерційних і права подальшого акціонування в рамках діючого законодавства. Порядок їх створення, види, типові положення, порядок оплати гарантованого рівня державної безоплатної допомоги та стоматологічної допомоги пільговим категоріям населення, інші ключові моменти слід затвердити відповідною Постановою Кабінету Міністрів України. Обов'язково необхідно забезпечити гарантії пріоритетних прав колективів лікувально-профілактичних закладів чи їх стоматологічних підрозділів на створення підприємств на базі існуючого майна.

Необхідним на сьогодні є розроблення та затвердження Наказом МОЗ України ряд документів, а саме:

1. Положення про порядок надання стоматологічної допомоги в медичному стоматологічному підприємстві.
2. Положення про систему управління медичним стоматологічним підприємством.
3. Положення про систему якості при наданні стоматологічної допомоги.

4. Положення про встановлення гарантійних строків і строків служби при наданні стоматологічної допомоги в медичних стоматологічних підприємствах України.
5. Типове положення про оплату праці та критерії диференціації розміру оплати праці медичних та інших працівників стоматологічних підприємств залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи.
6. Положення про соціальний та правовий захист медичних працівників і пацієнтів при наданні стоматологічної допомоги.
7. Державні критерії та визначення рівня стоматологічної допомоги медичних стоматологічних підприємств.
8. Положення про облік і звітність у медичних стоматологічних підприємствах.
9. Медико-економічні критерії надання стоматологічної допомоги.
10. Положення про ціноутворення при наданні стоматологічної допомоги.

Ці документи можуть бути затверджені системним наказом про надання стоматологічної допомоги населенню України та після узгодження у відповідних міністерствах і відомствах, реєстрації в Міністерстві юстиції введени в дію.

Діючі Накази МОЗ України від 28.12.2002 №№ 502 та 507 про нормативи надання медичної допомоги та показників якості та Наказ від 23.11.2004 № 566 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями: «ортопедична стоматологія, терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія, ортодонтія, дитяча стоматологія, дитяча хірургічна стоматологія» стали запорукою реалізації вимог міжнародної інтеграції стоматологічної галузі в сфері створення єдиних підходів до організації та технології надання стоматологічних послуг. Наступним кроком у цьому процесі мають стати стандарти стоматологічної допомоги, які забезпечать організаційно-правові основи діяльності стоматологів.

Разом з тим, нагальним питанням до сьогодні є проблема невідповідності чинних Протоколів надання медичної допомоги за вище зазначеними спеціальностями вимогам доказової медицини, вони потребують відповідного доопрацювання та переробки. За рядом положень вони відірвані від реалій практичної діяльності лікарів-стоматологів, з такими нормативними документами дуже небезпечно входити в систему медичного страхування, сьогодні в повсякденній практиці ці критерії, нормативи та протоколи мають дуже вузьке поле застосування. Щодо контексту даного дослідження, відсутні протоколи надання профілактичних послуг, у першу чергу вторинної профілактики та диференційованої диспансеризації хворих із патологією пародонта, не визначено алгоритми та обсяги допомоги за рівнями організації стоматологічного ЛПЗ.

5.2 Структура та обсяг основних розділів роботи стоматологічних підрозділів щодо надання лікувально-профілактичної допомоги хворим із патологією пародонта

Нами проведено дослідження, порівняльний аналіз та оцінка різних організаційних рівнів стоматологічної служби щодо забезпечення лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта у стоматологічних підрозділах (поліклініках) великих міст України, які створені та функціонують на сьогодні за організаційною моделлю радянського часу (відділення пародонтології в структурі Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, відділення терапевтичної стоматології Житомирського обласного стоматологічного об'єднання, кабінет захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота Чернігівської міської стоматологічної поліклініки та стоматологічне відділення районної поліклініки м. Києва).

Структура діяльності досліджуваних підрозділів обумовлена основними завданнями, що стоять перед клінічною пародонтологією, однак обсяг та характер роботи, що виконується, має певні відмінності.

Відділення пародонтології, що функціонує в структурі Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, одного з провідних в країні лікувально-профілактичних закладів, який фактично виконує функції університетської стоматологічної клініки, здійснює організаційно-методичне керівництво щодо надання медичної допомоги хворим із патологією пародонта та виконує роль базового консультативного центру з усіх питань діагностичної та лікувально-профілактичної роботи.

Інші лікувальні заклади, що були досліджені нами, надають медичну допомогу хворим із патологією пародонта на рівні з іншими стоматологічними хворобами у терапевтичному відділенні міської стоматологічної поліклініки (пародонтологічна допомога надається в межах терапевтичного прийому) або забезпечують спеціалізований прийом цього контингенту пацієнтів – у пар одонтологічному кабінеті обласного стоматологічного об'єднання.

Нашими дослідженнями показано, що лікувальні підрозділи різного рівня значно різняться за структурою основних видів діяльності лікарів, що надають пародонтологічну допомогу (рис.5.1).

Так, організаційно-методична робота у спеціалізованому пародонтологічному відділенні університетської клініки становить $6,58 \pm 1,45\%$ виробничої діяльності лікарів, у пародонтологічному кабінеті обласного стоматологічного – об'єднання $4,12 \pm 1,26\%$, а у міській стоматологічній поліклініці та на «змішаному» прийомі районної поліклініки — $1,29 \pm 0,23\%$ та $1,35 \pm 0,29\%$ відповідно. Остання диспропорція викликана організаційними особливостями цих лікувально-профілактичних закладів та розподілом функціональних обов'язків, що покладені на лікарів-стоматологів адміністрацією закладу.

Питанням санітарної просвіти у пародонтологічному відділенні університетської клініки виділено у середньому 2,3% з усього бюджету часу лікарів, що недостатньо, тому що не виконується норматив часу, що регламентований на санітарно-просвітницьку роботу серед населення на 1 лікаря на місяць. Вплив рівня лікувально-профілактичного закладу на вищенаведений показник недостовірно ($p > 0,05$). Діагностична та лікувально-консультативна робота займає 90,1% часу у відділенні університетської клініки, 94,23% - у відділенні обласної та 93,89% - міської поліклініки.

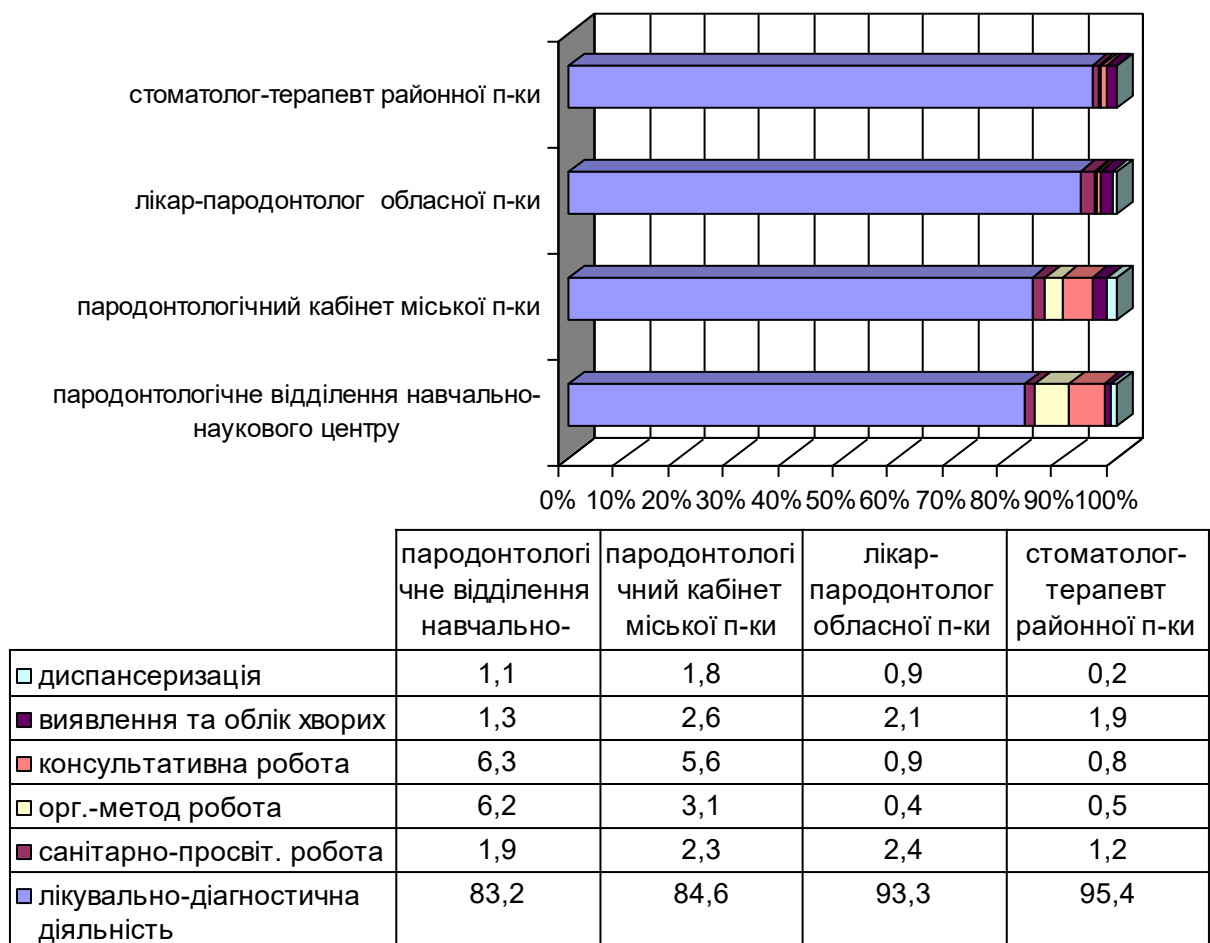


Рис.5.1. Структура та обсяг основних розділів роботи ЛПСЗ з надання медичної допомоги хворим із хворобами пародонта, %

Таблиця 5.1.

Структура амбулаторних відвідувань в залежності від рівня спеціалізації лікувально-профілактичного стоматологічного закладу (ЛПСЗ), % до підсумку

Рівень ЛПСЗ	відвідування			
	Лікувально-діагностичні		консультативні	всього
	первинні	повторні		
відділення науково-навчального центру	13,9	80,4	5,7	100,0
пародонтологічний кабінет обласного стоматологічного об'єднання	13,1	83,7	3,2	100,0
лікарі-«пародонтологи» міської стоматологічної поліклініки	11,4	85,8	2,8	100,0
лікар-стоматолог-терапевт районної п-ки	12,0	86,1	1,9	100,0

В цілому відображення діяльності даних лікувальних підрозділів щодо надання допомоги пацієнтам із хворобами пародонта може базуватися на поглибленому аналізі відвідуваності, її кількісних та якісних показниках, обсягу надання спеціалізованої допомоги та відповідності потребам населення щодо її якості.

Порівняльний аналіз структури амбулаторної відвідуваності щодо хвороб пародонта свідчить, що найбільшу частку складають повторні лікувально-діагностичні відвідування (80,4% - 86,2%). На відвідування з консультативною метою припадає від 5,7% у центрі, до 3,2% у обласній та 2,8% у міській поліклініці (таб.5.1).

На даному етапі розвитку практичної охорони здоров'я немає лікарів-пародонтологів, які б могли забезпечити необхідний обсяг спеціалізованої пародонтологічної допомоги дорослому населенню, вважаємо, що одним з імовірних шляхів раціоналізації прийому хворих із патологією пародонта розширення спеціалізованої консультативної допомоги у лікувальних відділеннях усіх рівнів.

Серед лікувально-діагностичних відвідувань звертає на себе увагу більш високий відсоток первинних відвідувань у пародонтологічному відділенні навчально-наукового центру (13,9%). Це зумовлено тим, що у цей лікувально-профілактичний заклад частіше, ніж до інших, спрямовують хворих з метою уточнення діагнозу (для чого необхідним є проведення певного обсягу діагностичних досліджень – цитологічних, бактеріоскопічних, рентгенологічних тощо), а також одноразових лікувальних втручань (кріокюретаж, вакуумкюретаж), розширеного спеціалізованого хірургічного та ортопедичного лікування. Подальше спостереження хворих у такому разі здійснюють лікарі установ, з яких були направлені пацієнти. Такий розподіл обов'язків, безумовно, відповідає функціям лікувально-діагностичного центру у системі спеціалізованої медичної допомоги хворим із патологією пародонта.

Як свідчить рис.5.1, основою організації медичної допомоги хворим із патологією пародонта у типових ЛПСЗ є лікувально-діагностична робота. А така форма надання спеціалізованої допомоги, як диспансеризація, складає лише малу частку на кожному з досліджених нами рівнів. Відсутність нормативно-правової бази з організації диспансеризації населення щодо хвороб пародонта, а, відповідно фінансування цієї діяльності, призводить до того, що так званий диспансерний облік осіб із захворюваннями пародонта зводиться до формування списків пацієнтів та призначення їм обов'язкових повторних відвідувань від 1 – 2 рази на рік, 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 вони самі, за власним бажанням, частіше в разі загострення захворювання, з'являються до лікаря. Такі відвідування за ініціативою пацієнта у більшості випадків не регламентовані міркуваннями упередження загострення та прогресування захворювань пародонта, а є наслідком значного погіршення клінічного перебігу (у $59,2 \pm 3,2\%$), погіршення гігієнічного стану порожнини рота (у $28,7 \pm 3,1\%$). Лише $12,1 \pm 2,2\%$ пацієнтів з числа поставлених на диспансерний облік у ЛПСЗ різного рівня звертаються повторно у термін, рекомендований спеціалістом.

Незадовільний стан диспансерного спостереження хворих із патологією пародонта у ЛПСЗ різного рівня погіршується ще й тим, що відсоток охоплення хворих із генералізованим пародонтитом у пародонтологічному відділенні навчально-наукового центру становить лише $36,2\%$, у пародонтологічному кабінеті - $59,4\%$, а на прийомі лікаря-«пародонтолога» - $37,1\%$. Розбіжності у рівнях статистично достовірні ($p < 0,001$) та зумовлені, з одного боку, відсутністю діючої нормативної бази з регламентування диспансеризації осіб із хворобами пародонта. З іншого боку, причинами ситуації, що склалася щодо неповного охоплення

диспансерним спостереженням хворих із патологією пародонта, які були виявлені на амбулаторному прийомі, пов'язані з високою розповсюдженістю захворювань пародонта серед населення, різноспрямованими функціями стоматологічних закладів щодо амбулаторного обслуговування населення, обмеженими штатними можливостями, а також низкою організаційних недоліків.

На зацікавили фактичні критерії відбору хворих на диспансерне спостереження у досліджуваних закладах. Для цього були проаналізовані контингенти хворих, що поставлені на диспансерний облік у даних лікувальних закладах.

5.2.1 Характеристика контингентів хворих із патологією пародонта, які перебувають на диспансерному обліку. Аналіз вікового складу осіб чоловічої та жіночої статі, що перебувають на диспансерному спостереженні з приводу генералізованого пародонтиту у ЛПСЗ різного рівня спеціалізації свідчить про подібність вікових структур хворих у пар одонтологічних підрозділах різних рівнів (табл. 5.2). Це свідчить про стійкі тенденції у відборі на диспансерне спостереження осіб певних вікових груп. Визначальним, як свідчать дані таблиці, є вік у інтервалі від 30 до 49 років. Більш низькі показники охоплення диспансеризацією у молодому віці в порівнянні з середніми віковими групами можна пояснити менш високою частотою захворювань пародонта у цьому віці та безсимптомним перебігом захворювання на ранніх стадіях розвитку, а також низькою мотивацією осіб молодого віку до підтримки свого загального та стоматологічного здоров'я.

Відомо, що у молодому віці більш присутні початкові форми ураження пародонта, коли клінічні прояви захворювання та пов'язані з ними суб'єктивні ознаки мінорні. Цим пояснюється безвідповідальне ставлення певної частки хворих молодого віку до свого захворювання та низька частота звернень за медичною допомогою. Тому у більшості з них захворювання

пародонта виявляють лише під час звернення до стоматолога у зв'язку з захворюваннями зубів. На сьогодні практично не працює такий дієвий інструмент щодо раннього виявлення захворювань, зокрема, пародонта, як профілактичний огляд. В окремих випадках такі профогляди проводяться в рамках диспансеризації декретованих груп населення або певних професійних категорій. Таким же прикладом є і проведено нами обстеження студентів молодших курсів, що навчаються на стоматологічному факультеті Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Розподіл осіб, що були поставлені на диспансерне спостереження, за статеві-віковим принципом свідчить, що по мірі «дорослішання» населення центр тяжіння пересувається від ранніх форм патології до клінічно більш виражених (табл.5.2.). Слід зазначити, що на диспансерний облік практично у всіх досліджених ЛПСЗ залучали тільки хворих із генералізованим пародонтитом усіх ступенів тяжкості. А такі форми ураження пародонта, як хронічні генералізовані гінгівіти – катаральний, виразково-некротичний, гіпертрофічний залишаються поза увагою лікарів. Такий стан є, безперечно, незадовільним, адже саме ці ураження пародонта у молодому віці є предикторами генералізованого пародонтиту, а їх загострення та прогресування на тлі недоліків гігієнічного стану порожнини рота сприяють інтенсифікації деструктивних змін у пародонті та розквіту захворювання. Отримані дані свідчать про відсутність регламенту диспансерного обліку хворих із патологією пародонта за клінічними показаннями – нозологічними формами, перебігом та інтенсивністю захворювань. Не враховуються дані щодо предикторів захворювань пародонта, наприклад, стану гігієни порожнини рота, наявності місцевих травматичних чинників, загальносоматичні показання тощо.

Звертає увагу деяка розбіжність у віковій структурі диспансерного контингенту, що формується у різних ЛПСЗ. Так, зокрема, у пародонтологічному відділенні навчально-наукового центру найбільшу групу склали особи у віці 29-34 рр. (23,5%) та 35-44 рр. (32,6%). Лікарі-терапевти

міської стоматологічної поліклініки також віддавали перевагу цим віковим категоріям. А у пародонтологічному кабінеті обласного стоматологічного об'єднання до групи диспансерного спостереження були включені також 22,0% пацієнтів у віці 45-49 рр. 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. Сутність диспансеризації у виявленій нами формі практично спрощена до діагностики, констатації наявності захворювання та проведення періодичних курсів лікування вже розвинутих незворотних клінічних форм хвороб пародонта.

Одним з важливих аспектів, що мають значення при відборі на диспансерне спостереження, є наявність у пацієнтів з хворобами пародонта фонової патології – хронічних захворювань органів системи травлення, серцево-судинні захворювання, ендокринна патологія тощо.

Проведені системні дослідження взаємозв'язків розвитку генералізованого пародонтиту та змін внутрішнього середовища організму [12, 13] свідчать, що серед хворих на запальні та запально-дистрофічні ураження тканин пародонта, за даними [13, 14], захворювання органів травної системи становлять 95%, на серцево-судинні захворювання страждають 92% пародонтологічних хворих, порушення обміну речовин – у 51,1%, ендокринні захворювання супроводжують захворювання пародонта у 18%. За сучасними уявленнями, розвиток захворювань пародонта відбувається внаслідок складної взаємодії зовнішніх та внутрішніх чинників, що реалізуються в умовах біоекосистеми ротової порожнини [4, 15]. Розвиток більшості хронічних захворювань слизової оболонки ротової порожнини (кандидози, хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, багатоформна ексудативна еритема, червоний плескатий лишак тощо) та пародонта в значній мірі детермінований станом місцевого та загального

гомеостазу організму, рівень компенсації яких у значній мірі також залежить від соматичного та стоматологічного здоров'я людини.

Безперечно, що для реалізації патогенного впливу умовно патогенної мікрофлори порожнини рота на тканини пародонта, слизової оболонки ротової порожнини та тверді тканини зубів необхідні певні умови ослаблення їх захисних функцій та середовища ротової порожнини. Дія загальних факторів реалізується, як правило, через місцеві.

Стан організму людини може змінювати склад та властивості ротової рідини, впливати на мікрофлору зубного нальоту і зубної бляшки, пригнічувати специфічні та неспецифічні фактори захисту порожнини рота. Наявність соматичної патології, що знижує захисні сили організму, створює умови для негативного впливу патогенних чинників - мікрофлори, що є у порожнини рота, та ендогенних карієс- та пародонтопатогенних факторів. Вони сприяють аутоенсибілізації та розвитку імунопатологічних процесів. У свою чергу, важливу та прикінцеву роль у цьому ланцюзі розвитку захворювань пародонту відіграє фактор погіршення гігієнічного стану ротової порожнини.

Таким чином, найбільш поширені стоматологічні захворювання – карієс та запально-дистрофічні захворювання пародонта і слизової оболонки ротової порожнини на явних підставах можна віднести до захворювань із системними факторами етіології та патогенезу. Таке логічне поєднання цих захворювань є слушним з позиції розробки стратегії індивідуалізації лікувально-профілактичних заходів щодо захворювань пародонта та критеріїв диспансерного спостереження пародонтологічних хворих.

За нашими даними, супутні захворювання зустрічаються у 79,8% осіб, що поставлені на диспансерний облік (таблиця 5.3). Найбільшу за частотою групу складають хвороби органів травлення ($34,3 \pm 0,6\%$), а також системи кровообігу ($16,0 \pm 0,9\%$). Хвороби ендокринної системи зустрічаються рідше ($7,9 \pm 0,5\%$).

Таблиця 5.2.

**Розподіл хворих із патологією пародонта, що перебувають на диспансерному обліку
у ЛПСЗ, за віком та статтю, %**

Вікова група, роки	Рівень пародонтологічного підрозділу								
	навчально-науковий центр			пародонтологічний кабінет			лікар на терапевтичному прийомі		
	чол	жін	разом	чол	жін	разом	чол	жін	разом
19-23	3,1	6,3	9,4	2,8	8,2	11,0	4,6	6,5	11,1
24-28	8,7	10,8	19,5	6,4	11,1	17,5	8,5	9,9	18,4
29-34	6,1	17,4	23,5	6,2	15,8	22,0	7,3	17,4	24,7
35-44	11,1	21,5	32,6	9,6	17,9	27,5	7,2	21,3	28,5
45-49	5,2	9,8	15,0	7,7	14,3	22,0	3,7	13,6	17,3
Всього	34,2	65,8	100,0	32,7	67,3	100,0	31,3	68,7	100,0

Не можна не помітити зростання частоти супутніх захворювань з поглибленням тяжкості патологічних змін у пародонті. При середньому показнику $79,8 \pm 4,5\%$ випадків супутніх захворювань на 100 диспансеризованих у хворих з II-III ступенем генералізованого пародонтиту аналогічний показник становить $178,0 \pm 12,4\%$ - $200,0 \pm 14,2\%$.

Урахування цих обставин є дуже важливим при визначенні навантаження лікаря, що здійснює спеціалізований прийом хворих із патологією пародонта, оскільки цей контингент осіб потребує більших витрат часу на лікування.

Таким чином, нами виявлено, що у досліджених ЛПСЗ контингенти диспансерних хворих формуються, у першу чергу, за рахунок осіб з початковими та розвинутими формами ураження пародонта за наявності в організмі резервних можливостей призупинити патологічний процес у пародонті. Особливої уваги потребують хворі із супутніми захворюваннями, наявність яких сприяє зростанню частоти хвороб пародонта, зокрема, генералізованого пародонтиту.

Клініко-статистична характеристика контингентів хворих із патологією пародонта, що стоять на диспансерному обліку в досліджених нами ЛПСЗ, та об'єм медичних заходів, які проводяться у цих закладах, знаходяться у тісному зв'язку.

Специфіка показань до диспансеризації з приводу захворювань пародонта, а, відповідно і склад пацієнтів у ЛПСЗ, де здійснюється диспансерне спостереження, диктує необхідність проведення особливих лікувально-профілактичних заходів. Зокрема, спеціальні хірургічні втручання на тканинах пародонта, виготовлення складних протезів, широке використання з діагностичною та лікувальною метою фізичних методів, проведення у значному обсязі клінічного та лабораторного обстеження хворих, використання для цього спеціального обладнання та інструментарію.

Зміни стоматологічних лікувально-профілактичних технологій, матеріально-технічного забезпечення та парадигми надання лікувально-

профілактичної допомоги, що відбулися за минулі роки вимагають нових, сучасних форм планування та забезпечення діяльності ЛПСЗ щодо надання відповідної допомоги при захворюваннях пародонта.

Одним із завдань даного дослідження стало дослідити обсяг, тривалість, якість та ефективність лікування, що проводиться хворим на генералізований пародонтит у ЛПСЗ різного рівня надання лікувально-профілактичної допомоги. Аналіз обсягу цих заходів ми провели з позицій визначення його повноти.

5.2.2 Об'єм та повнота проведених лікувально-профілактичних заходів в групах диспансерного спостереження у типових ЛПСЗ. Досвід діяльності ЛПСЗ щодо надання допомоги пацієнтам із патологією пародонта, що перебувають на диспансерному обліку, свідчить про необхідність визначення рівня її спеціалізації із урахуванням особливостей патогенезу, клініки, діагностики хвороб пародонта та лікувально-профілактичних заходів, притаманних терапевтичній, хірургічній, ортопедичній та ортодонтичній стоматології. Тому для дослідження обсягу лікування, що проводиться, та визначення його наповнення ми виходили з основного принципу сучасного лікування захворювань пародонта – комплексності. Аналіз наповненості лікування, що зазвичай надається хворим в структурі диспансерного спостереження, наведено у табл. 5.4.

За стандартною схемою, у процесі лікування генералізованого пародонтиту потрібно досягти таких цілей: 1) усунення найбільш вірогідних етіологічних та патогенетичних факторів; 2) усунення місцевих подразників тканин пародонта; 3) ліквідація запалення тканин пародонта; 4) ліквідація або значне зменшення глибини пародонтальних кишень; 5) створення або відновлення функціональної оклюзії; 6) призупинення дистрофічного процесу; 7) стимуляція процесів регенерації; 8) відновлення порушених функцій тканин пародонта; 9) збереження зубного ряду як єдиної функціональної динамічної системи.

Для кожного хворого потрібно скласти індивідуальний комплексний план лікування, який заносять в історію хвороби. У стоматологічних поліклініках за наявності пародонтологічних відділень (кабінетів) у складанні плану беруть участь пародонтолог, хірург, ортопед і фізіотерапевт.

Таку спільну консультацію доцільно проводити після ретельного обстеження хворого. Щоб уникнути деонтологічних ускладнень та подальших непорозумінь з боку пацієнта, потрібно і його залучати до активної участі в складанні плану лікування, а також роз'яснювати необхідність кожного з його етапів.

Незалежно від причини, яка зумовила порушення у тканинах пародонта, спрямованість місцевої та загальної терапії, як правило, загальна. Комплексне лікування проводять у певній послідовності: знеболювання тканин пародонта; усунення усіх місцевих подразників тканин пародонта, травматичної оклюзії, ортодонтичне лікування; лікування підвищеної чутливості твердих тканин зубів; медикаментозна протизапальна терапія (патогенетична і симптоматична); лікування пародонтальних кишень з використанням різних хірургічних методів (кюретаж, вакуум-кюретаж, гінгівотомія, клаптеві операції тощо); терапія гіперпластичних уражень пародонта із застосуванням деструктивних методів (діатермокоагуляція, кріодеструкція тощо); використання фізичних методів, які регулюють тканинний обмін і мікроциркуляцію у тканинах пародонта

Отже, наповнення комплексу лікування у досліджуваних нами ЛПЗ 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. На жаль, чинні Протоколи надання медичної допомоги за спеціальностями: «ортопедична стоматологія, терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія, ортодонція, дитяча стоматологія, дитяча хірургічна

Таблиця 5.4

Частота проведення лікувальних заходів хворим на генералізований пародонтит у залежності від рівня пародонтологічного підрозділу у великому місті, % до обсягу потреб

Рівень пародонтологічного підрозділу	Питома вага осіб, що отримали лікування у повному обсязі	З них – отримали окремі види лікування:					
		усунення місцевих подразників	місцева медикаментозна терапія	фізіотерапія	хірургічне	ортопедичне	загальне
СМЦ (університетська клініка)	62,7	90,5	93,8	95,4	97,0	88,7	89,3
пародонтологічний кабінет міської стомат.п-ки	52,9	63,8	92,5	36,8	22,2	26,4	52,1
Стоматологічне відділення районної п-ки	15,9	58,6	86,7	17,1	0,8	12,8	34,6
пародонтологічне відділення обласної п-ки	53,3	59,2	87,7	22,1	19,4	54,1	57,8
Усі рівні (вирівняні дані)	43,8	70,9	91,0	49,8	45,9	42,6	58,7

стоматологія», затверджені Наказом МОЗ України від 23.11.2004 № 566, в частині не знайшли повного належного відтворення у практичній діяльності фахівців. Ця тенденція була нами зазначена вище як проблемне питання недосконалості нормативно-правової бази і підтверджує необхідність її удосконалення та створення системи стандартів лікувально-профілактичної діяльності.

Проведений нами аналіз показав, що в цілому лікарі усіх ЛПЗ в тій чи іншій мірі дотримувалися головного принципу лікування генералізованого пародонтиту – комплексності. Однак, використання індивідуальних планів лікування ускладнювалося цілою низкою обставин, котрі будуть докладно викладені під час аналізу окремих видів лікування.

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 інформативними 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, як слідує з табл. 5.3, отримали тільки трохи більше половини (62,7%) хворих у навчально-науковому центрі, а у пародонтологічному кабінеті та загальному прийомі ці показники є нижчими (52,9% та 15,9% відповідно).

Характеристика окремих видів лікування полягає у наступному.

Традиційно першочерговим етапом лікування захворювань пародонта, генералізованого пародонтиту зокрема, є усунення місцевих подразників – зубних відкладень, дефектів пломбування та протезування, травматичної оклюзії.

Нормалізація функціонального оклюзійного навантаження на пародонт уражених зубів є принциповою основою ортопедичних втручань у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту. Однак, один з її

етапів, вибіркове пришліфування зубів, ми відносимо до компетенції безпосередньо лікаря, що здійснює первинний прийом хворого із патологією пародонта, бо відомо, що усунення або послаблення травматичного перенавантаження пародонта сприяє стабілізації патологічного процесу та підвищує ефективність терапевтичного та хірургічного лікування.

Згідно з нашими даними, усунення місцевих подразників, як і місцева медикаментозна терапія, у досліджених нами ЛПСЗ проводилася за наявності показань практично усім хворим на генералізований пародонтит. Однак поглиблений аналіз втручань щодо усунення різних видів місцевих подразників дозволив виявити деякі недоліки у роботі цих установ. Так, у $76,7 \pm 7,1\%$ випадків видалення зубного нальоту та каменю проводили, в основному, інструментальним методом, з використанням екскаватора або спеціального набору пародонтальних кюреток. Сучасні методи (ультразвуковий) з цією метою використовували лише у Стоматологічному медичному центрі та пародонтологічному кабінеті міської поліклініки. Ультразвуковий метод видалення зубних відкладень набуває все більшого поширення та потребує наявності спеціальних апаратів (ультразвукових скалерів), які можуть бути самостійними («Ультрастом», «Ультрадент», «Cavitron», «DualSelect» («Dentsply»), «KAVO SONICflex LUX» («KAVO»), «Pieson Master», «Vector» тощо) або входити до комплекту універсальних стоматологічних установок. Отже повнота виконання відповідного етапу лікування прямо залежить від рівня матеріально-технічного оснащення ЛПСЗ. У міській стоматологічній поліклініці з цією метою використовували апарат нового типу, «Vector» («Durr-Dental»). Його перевага полягає у тому, що мінімізовано пошкодження твердих тканин зуба. Напрямок коливань робочої частини апарата направлений паралельно до оброблюваної поверхні зуба; під час роботи використовують спеціальні насадки: металеві та виготовлені із модифікованих полімерів. Металеві призначені для видалення зубного каменю, а полімерні — для щадного видалення над- та під'ясенних зубних

бляшок. Апарат дає змогу оброблювати поверхні зуба з використанням спеціальної рідини (абразивної та полірувальної).

Для видалення зубних бляшок застосовують зубні щітки та спеціальні торцеві щіточки, які вставляють у стоматологічні наконечники. Вони можуть мати різну форму пучка щетинок і різну жорсткість. Торцеві щітки із плоским зрізом застосовують для очищення гладеньких і жувальних поверхонь зубів, конічної форми — для очищення міжзубних проміжків, ямок та фігур за рекомендованої швидкості обертання щітки — 5000—10000 обертів за хвилину. Важливим етапом є використання спеціальних пристроїв для ультразвукового очищення поверхонь зубів з використанням щіток, наприклад, «Sonicbrush» («Kavo»). Ефективність очищення підвищується в разі використання спеціальних абразивних паст: «Nupro» («Dentsply»), «Detartrine» («Septodont») тощо. Для видалення пігментованого нальоту, який міцно прикріплюється до твердих тканин зубів, та зубного каменю використовують спеціальні гачки, рашпілі та інструменти для полірування обробленої поверхні зуба. Ефективним є видалення зубного нальоту із міжзубних проміжків за допомогою зубних ниток (дентальних флосів), полосок та спеціальних йоржиків. Якщо зубні бляшки досить міцно прикріплені до поверхні твердих тканин зубів, то їх видаляють екскаваторами, крючками та спеціальними пристроями за правилами видалення зубного каменю. Після видалення зубних відкладень (особливо зубних бляшок) поверхню твердих тканин зубів (емаль, оголений цемент і дентин) обов'язково полірують спеціальними дисками, чашечками та щіточками з використанням полірувальних паст.

Досить часто на зубах відкладається пігментований зубний наліт. Під час його видалення може виникнути потреба у відбілюванні поверхні зуба. Для цього використовують препарати, які містять водню пероксид або карбаміду в концентрації від 3 до 30 %: «Superoxol», «Starbrite»,

«Opalescence» тощо. Препарат наносять на спеціально виготовлену капу, яку пацієнт на певний час надягає на зуби.

Ураховуючи велике значення зубних відкладень у виникненні захворювань пародонта, видаляти їх слід дуже ретельно і з обов'язковим візуальним або інструментальним контролем. Неможливо лікувати захворювання пародонта без повного видалення зубних відкладень, оскільки неповне видалення призводить до їх рецидивування та підтримання запальних або дистрофічно-запальних процесів у тканинах пародонта. На цьому етапі також позбуваються й інших чинників, які негативно впливають на тканини пародонта.

У всіх обстежених стоматологічних закладах проводилася професійна гігієна порожнини рота безпосередньо лікарями, оскільки у штатному розкладі зазначених стоматологічних ЛПЗ немає посади гігієніста стоматологічного.

Вибіркову пришліфовку зубів проводили тільки у пародонтологічному відділенні ННЦ, в інших пародонтологічних підрозділах цьому виду втручання належної уваги не приділяли, що значно знизило показник повноти проведеного лікування. Як відомо, вибіркоче пришліфовування розглядають як один із важливих заходів для профілактики та лікування захворювань пародонта, насамперед на початковій стадії розвитку травматичної оклюзії. У зв'язку з цим від лікаря вимагається чітке розуміння закономірностей нормального розміщення контактних точок (ділянок) у центральній оклюзії при ортогнатичному прикусі як найбільш поширеному фізіологічному прикусі.

Вибіркове пришліфовування зубів проводять з метою:

1. Усунення передчасних контактів зубів у різних положеннях (центральна оклюзія, бічна, передня тощо).
2. Зішліфовування контактів на балансованому боці щелепи для усунення перешкод горизонтальним рухам нижньої щелепи.

3. Корекції контактів зубів на робочому боці щелепи для захисту зубів з ослабленим пародонтом (уникаючи зниження висоти оклюзії).

4. Усунення передчасних контактів під час протрузійних рухів нижньої щелепи.

5. Корекції форми зуба таким чином, щоб оклюзійне навантаження було спрямоване вздовж довгої осі зуба.

Основними принципами вибіркового пришліфовування є:

- зішліфовування твердих тканин зубів (по можливості) у межах емалевого шару;
- зішліфовування твердих тканин на оклюзійній поверхні не проводять на горбках зубів, які є опорними, тобто утримують міжкоміркову відстань (міжоклюзійний простір) у центральній оклюзії. Такими пунктами, що утримують висоту прикусу, є піднебінні горбки верхніх бічних та щічні горбки нижніх бічних зубів (малих та великих кутніх зубів);
- зуби-антагоністи в центральній оклюзії повинні зберігати множинний контакт.

При цьому не можна проводити вибіркоче пришліфовування довільно, просто виключаючи уражені зуби з прикусу. Це приводить до перевантаження інших зубів і дає лише короточасний ефект, оскільки відпрепаровані зуби через деякий час обов'язково увійдуть у контакт із зубами-антагоністами. Згодом подібний стан призведе до перевантаження цих зубів. Тому необхідно досягти не просто виключення уражених зубів, а рівномірного розподілу жувального тиску на всі зуби зубного ряду. Отже, виконання такої процедури вимагає від лікаря відповідного рівня спеціальних знань та навичок.

Найбільш повно було задоволено потребу у місцевому лікуванні. Арсенал засобів, що застосовуються для лікування даного контингенту хворих, був достатнім, вибір показань до їх застосування – вірним. Способи

застосування лікарських засобів різноманітні: зрошення, інстиляції, ротові ванночки, аплікації.

Щодо тимчасового або постійного шинування у разі прогресування генералізованого пародонтиту, особливо під час загострення процесу, та підвищення ефективності лікування з метою стабілізації групи рухомих зубів, а інколи й усього зубного ряду. Ці лікувально-профілактичні заходи виконувалися лише у пародонтологічному відділенні Стоматологічного медичного центру за допомогою сучасних спеціальних композиційних матеріалів власне призначених для шинування зубів («Ribbond», «Connect», «GlasSpan» тощо). Як зазначили лікарі інших ЛПЗ, їх використання не можливе за відсутності відповідного фінансування та комплектації матеріалами, а як слідство – відсутність сучасних технологічних навичок фахівців. Структура фізіотерапевтичного лікування, яке проводилося хворим на генералізований пародонтит у досліджуваних лікувальних закладах, наведена у таблиці 5.5. Як слідує з таблиці 5.5, набір видів фізіотерапевтичного лікування та їх розподіл приблизно однакові у навчально-науковому стоматологічному центрі та пародонтологічному кабінеті, оскільки оснащені подібним переліком фізіотерапевтичних засобів.

Лікар, який здійснює прийом пародонтологічних хворих у стоматологічному відділенні районної поліклініки паралельно із хворими терапевтичного профілю, має значно менші можливості надати фізіотерапевтичну допомогу.

Так лише частково це можуть бути бальнеологічні процедури – зрошення лікарськими засобами тощо, проведення електрофорезу, світлолікування – методи, які не потребують спеціального оснащення фізіотерапевтичного кабінету. Інші процедури – можуть бути або відсутні у переліку послуг стоматологічного відділення, або їх надання відбувається у фізіотерапевтичному відділенні (кабінеті) загально соматичних районних поліклінік, що суттєво звужує вибір методів фізіотерапевтичного лікування.

Ще одним недоліком фізіотерапевтичного лікування було те, що від 5,7% до 21,3% хворих курс лікування не проводили в повному обсязі. При полегшенні стану ясен (зменшенні кровоточивості, болю тощо) лікування переривали. Причиною тому є відсутність впевненості хворих у необхідності проведення даного виду лікування, сімейно-побутові проблеми, віддаленість лікувальних закладів від місця проживання або роботи, а також організаційні недоліки у роботі фізіотерапевтичних відділень та кабінетів. На цьому етапі виступає актуальність удосконалення обладнання фізіотерапевтичних кабінетів, що б дозволило розширити спектр фізіотерапевтичних засобів, що використовуються у пар одонтології. Але на першому місці серед причин переривання лікування слід поставити недостатній контроль за проведенням лікування з боку лікарів стоматологів, які здійснюють планування лікування та його забезпечення.

Загальне лікування, як невід'ємна частина лікувальних заходів, що проводяться хворим на генералізований пародонтит, застосовувалося приблизно з однаковою частотою у всіх типах пародонтологічних підрозділів.

Як слідує з таблиці 5.3, у повному обсязі його отримувало тільки не більше половини потреби (51,2% - 53,8%). Мала розбіжність показників обхвату хворих загальним лікуванням поза залежністю від рівня спеціалізації пар одонтологічного підрозділу, вірогідно, свідчить про однотипність чинників, що їх обумовлюють.

Так, нами встановлено, що загальне лікування на експериментальних базах призначали самі лікарі або лікарі – інтерністи. Вибір методів здійснювали з урахуванням ступеню розвитку патологічного процесу у пародонті, характеру його перебігу, віку, загального стану хворого.

Таблиця 5.5.

Структура фізіотерапевтичного лікування, що проводилося диспансерним хворим на генералізований пародонтит у ЛПЗ різних рівнів (%)

Види процедур	Рівні пародонтологічних підрозділів			
	СМЦ (університетська клініка)	пародонтологічний кабінет міської стомат. п-ки	пародонтологічне відділення обласної п-ки	стоматологічне відділення районної п-ки
Електролікування	71,3	54,3	56,8	12,4
Ультразвук	9,6	3,5	8,5	0,9
Аеротерапія	7,4	5,9	4,9	7,4
Світлолікування	9,9	11,3	19,3	21,3
Вакуум-терапія	21,2	0	0	0
Бальнео-терапія	24,9	7,5	17,5	23,2
Інші види	5,7	17,5	43,5	4,8

Нами проаналізовано структуру загального лікування, що проводилося хворим генералізованим пародонтитом у досліджуваних нами закладах. Розглянуто залежність видів загального лікування від ступеню та характеру перебігу захворювання як найбільш повну характеристику здійсненого лікування.

Важливе значення у комплексному лікуванні захворювань пародонта має виявлення етіологічних та патогенетичних зв'язків між загальносоматичними захворюваннями, на тлі яких виникають і розвиваються захворювання пародонта. Зважаючи на це, значне місце в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту належить загальним утручаням та методам лікування, їх проводять після ретельного обстеження хворого іншими фахівцями (терапевт, ендокринолог, невропатолог, педіатр тощо). Загальне лікування проводять з метою підвищення резистентності організму, стимуляції процесу регенерації, усунення вогнищ інфекції в організмі хворого. Його слід проводити після визначення етіологічних та патогенетичних зв'язків між загальносоматичними захворюваннями, на тлі яких розвиваються захворювання пародонта, і організаційно-методичних заходів, що зумовлюють зниження їх впливу на пародонт. Загальне лікування є індивідуальним для кожного хворого і його проводять паралельно із місцевою терапією.

У механізмі розвитку захворювання задіяна низка чинників, тому загальна терапія хворого на генералізований пародонтит включає в себе лікування захворювань внутрішніх органів і систем організму, усунення вогнищ інфекції та інтоксикації, дієто- та вітамінотерапію, гіпосенсибілізувальну терапію, стимуляцію реактивності організму тощо. Якщо під час обстеження у хворого виявлені вогнища інфекції та інтоксикації (гепатохолецистит, тонзиліт, у підлітків — глистяна інвазія тощо), їх лікування проводить відповідний лікар-фахівець.

У процесі проведення комплексного клініко-лабораторного обстеження пацієнта стоматолог зазвичай уперше діагностує в нього загальне

захворювання. У таких випадках своєчасна консультація і відповідне лікування іноді набувають важливого значення (особливо за наявності захворювань крові). Оскільки пародонт є надзвичайно чутливим індикатором стану організму, стоматолог може успішно контролювати призначене загальне лікування.

У комплексному лікуванні велику увагу приділяють пригніченню загальних проявів дистрофічно-запального процесу в пародонті, призначенню вітамінних препаратів, гіпосенсибілізувальну терапію, засобам неспецифічної стимуляції організму тощо.

У разі захворювань пародонта, що супроводжуються вираженими загальними симптомами (температурна реакція, явища інтоксикації), показані пероральне або парентеральне введення антибактеріальних та протизапальних препаратів у загальнотерапевтичних дозах. До призначення антибіотиків на основі анамнезу слід з'ясувати, як пацієнт їх переносить, щоб запобігти виникненню алергійних реакцій. Дуже важливо визначити чутливість мікрофлори до антибіотиків, щоб обрати найефективніший препарат. Як правило, застосовують антибіотики широкого спектра дії, які мають виражений тропізм до кісткової тканини і накопичуються в ній (лінкоміцин, морфоциклін, фузидин-натрій). Обов'язково слід дотримуватися всіх існуючих нині правил проведення антибіотикотерапії з аналізом стійкості мікроорганізмів та ефективності застосування медикаментозних препаратів.

Цілком виправданим є призначення антибіотиків для профілактики септичних ускладнень (ендокардит, міокардит тощо) під час проведення стоматологічних утручань; післяопераційної профілактики в разі проведення хірургічного лікування; під час лікування пацієнтів з наявними проявами імунодефіциту; ризику прогресування дистрофічно-запального процесу і поширення запалення на прилеглі м'які тканини щелепно-лицевої ділянки; наявності запального процесу в м'яких тканинах (абсцес тощо) та кістках щелеп (періостит, остеомієліт).

Разом з антибіотиками призначають протигрибкові засоби (ністатин тощо), полівітаміни, антигістамінні препарати, проводять контроль за станом крові тощо. Одним із перспективних шляхів запобігання ускладненням антибіотикотерапії є зниження дози препаратів за рахунок їх поєднання з метилурацилом, пентоксилем, які потенціюють дію антибіотиків. Таким чином знижують суббактеріостатичну концентрацію антибіотиків. Ефективність антибіотикотерапії підвищується також за рахунок комбінації антимікробних засобів із стероїдними, вітамінними препаратами, протеолітичними ферментами.

Досить ефективними є антибіотики-макроліди (еритроміцин, олеандоміцин) та близькі до них за антимікробною дією, наприклад, лінкоміцин. Він накопичується в кістковій тканині, зазвичай у вогнищах її деструкції. Лінкоміцин достатньо активний відносно аеробної та анаеробної мікрофлори, мікоплазм унаслідок пригнічення синтезу білків мікробної клітини. Добре всмоктується і вже через 3—4 год після введення досягає максимальної концентрації у крові, не спричинює побічних токсичних явищ. Лінкоміцин призначають по 0,25—0,5 г 3—4 рази на добу протягом 10—12 днів, за показаннями — у комбінації з вітамінними та протигрибковими препаратами.

Серед антибіотиків групи тетрациклінів найбільш широкий спектр дії має рондоміцин. Швидко всмоктується під час уживання всередину, не спричинює побічної дії, добре переноситься пацієнтами. Його призначають усередину по 0,15—0,3 г 2—3 рази на добу протягом 7—12 днів. Ерициклін — суміш окситетрацикліну й еритроміцину — призначають усередину по 0,25 г 3—4 рази на добу протягом 7—12 днів.

Ефективним є застосування сорбційно-дезінтоксикаційної терапії із використанням різних видів сорбентів: сферичні та волокнисті вуглецеві сорбенти, магнітосорбенти, кремнійорганічні сорбенти та препарати на основі низькомолекулярного полівінілпіролідону (ентеросорбенти,

поліметилсилоксан, ентеродез тощо). Сорбенти можна призначати й у вигляді так званої ентеросорбції — перорально.

За даними нашого аналізу, антибіотикотерапія, за клінічними показаннями, практично обмежувалася призначенням 1-2 препаратів широкого спектру дії (лінкоміцину, рондоміцину), причому без попереднього дослідження чутливості мікрофлори до них. Лише у пародонтологічному відділенні Стоматологічного медичного центру лікування проводилося із дотриманням Протоколів та новітніх розробок. За необхідності здійснювалися додаткові мікробіологічні обстеження для визначення спектру етіотропної антибіотикотерапії.

Як свідчать наші дослідження, на усіх клінічних базах загальнозміцнююча терапія, яку призначали хворим, обмежувалася вітамінотерапією. Дуже малочисельні дані щодо дієтотерапії, хоча роль раціонального харчування у лікуванні та реабілітації хворих із генералізованим пародонтитом достатньо доведена.

Частота застосування загальнозміцнюючого лікування збільшується із зростанням тяжкості процесу у пародонті (55,2% - 76,9%), виключення складають хворі молодого віку із початковими стадіями генералізованого пародонтиту, коли активація резервних сил організму ще може сприяти активній стабілізації патологічного процесу в пародонті.

Аналогічною є динаміка показників де- або гіпосенсибілізуючої терапії, як важливої патогенетично спрямованої складової загального лікування хворих на генералізований пародонтит. Десенсибілізуючу терапію проводили за загально прийнятими схемами відповідно до чинних Протоколів щодо лікування цього захворювання. Підстави до її застосування були визначені вірно. Водночас привертає увагу стереотипність обраних для лікування препаратів. Це, безумовно, є вадою лікування, що проводилося, так як успішною може бути суто індивідуалізована схема.

Така ж стереотипність виявлена за призначення стимулюючої терапії. Стимулююче лікування обмежується в основному призначенням

біостимуляторів рослинного походження, біоактивних добавок. Недостатнє призначення інших засобів стимулюючої терапії тільки можна пояснити інертністю лікарів при застосуванні нових лікарських засобів.

Лікування супутніх захворювань, як важливої частини загального лікування, поводити відповідні спеціалісти. Але в історіях хвороби рідко зустрічаються висновки про проведене лікування. Тільки у близько 10% хворих мають місце повноцінні записи та наведені дані про хід та результати лікування, уточнення супутнього діагнозу, необхідність додаткового обстеження. Частина консультативних висновків носить стандартний характер. Висновки стоматологів щодо наявності показань до проведення якого-небудь з видів загального лікування не підкріплені консультативними висновками спеціалістів.

Подібний стан потребує широкої санітарно-просвітницької роботи серед населення, а також визначення певних організаційних рішень органів охорони здоров'я з метою координації роботи щодо диспансеризації між вузькими спеціалістами та дільничною службою або сімейними лікарями.

Таким чином, проведений нами поглиблений аналіз загального лікування, що проводиться пацієнтам із хворобами пародонта з урахуванням характеру, перебігу та ступеню розвитку процесу у пародонті, свідчить, що своєю направленістю воно було стимулюючим, підвищуючим загальний тонус організму і лише у невеликому відсотку випадків патогенетичним. Комплекс засобів загального лікування суттєво розширюється тільки за прогресування генералізованого пародонтиту, погіршення стану хворого, із суттєвим запізненням, що й обумовлювало його недостатню ефективність.

Як було засвідчено вище, факт виконання індивідуальних планів лікування виявлено нами у всіх типах базових лікувальних установ. Відображенням цього є 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 Стоматологічного медичного

центру - університетської стоматологічної поліклініки НМУ імені О.О.Богомольця. Зниження його в інших лікувальних закладах обумовлено, у першу чергу, незабезпеченням потреб у хірургічному та ортопедичному лікуванні.

Як видно з таблиці 5.3, відмічаються значні коливання у показниках обсягів охопту хірургічними видами лікування у досліджених лікувальних закладах. Тільки в університетській клініці, де введено посаду хірурга-стоматолога до шатного розпису відділення пародонтології, практично задовільна на потреба у хірургічному лікуванні (97,0%). Активно проводяться реконструктивні операції на пародонті, включаючи імплантацію та кісткову пластику. Суттєво нижче цей показник у пародонтологічному кабінеті міської стоматологічної поліклініки (2,8%) та практично відсутній в умовах надання пародонтологічної допомоги в структурі 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 цією патологією, недоліками спеціалізованої підготовки лікарів – стоматологів щодо надання спеціалізованої пародонтологічної допомоги, і хірургічної у тому числі, а також відсутністю належних умов для її здійснення.

Нашими дослідженнями виявлені значні вади організації ортопедичного лікування хворих на генералізований пародонтит. За даними таблиці 5.А, 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 вкрай незадовільну організацію ортопедичного лікування хворих на генералізований пародонтит в умовах типових лікувальних стоматологічних закладів.

Експертна оцінка повноти проведеного лікування протягом одного відвідування виявила, що у 67% випадків набір лікувальних маніпуляцій було обрано вірно та у достатньому обсязі. У 16% випадків лікування подовжувалося в зв'язку з невірною тактикою лікаря при знятті зубного каменю. Область втручання обмежувалася 2, рідше 4 - 5 зубами. Ми вважаємо за правило визначати область втручання в залежності від кількості зубного каменю: при наявності зубних відкладень у значній кількості одночасно обробляється 4-5 зубів, при середній кількості – 8 зубів, при незначній – усі наявні зуби верхньої та нижньої щелеп.

Нами встановлено, що за урахування цих обставин лікарями курс лікування хворих із генералізованим пародонтитом скорочується на 2,8 відвідування.

За рахунок раціонального планування діагностичних та лікувальних заходів на початку та наприкінці курсу лікування можна було б скоротити курс лікування 10% хворих.

Виявлено також, що 5% хворих безпідставно було подовжено курс медикаментозної терапії, особливо на завершальному етапі лікування (протягом 2-3 відвідувань хворим здійснювали тільки лікувальні аплікації). За цією ж причиною було подовжено курс лікування ще 2% хворих на початку курсу за мотивуванням щодо прагнення до зняття запального процесу до початку інших втручань. Однак відомо, що при генералізованому пародонтиті усуненню запальних проявів значно сприяє більш рання ліквідація чинників місцевого травмування пародонта.

5.2.3 Факторний дисперсійний аналіз тривалості курсового лікування диспансерних хворих. У комплексній оцінці стану спеціалізованої медичної допомоги хворим на генералізований пародонтит важливим є показник кількості відвідувань на закінчений курс лікування.

Дослідження тривалості лікування ми провели у залежності від впливу чинників, обумовлених ступенем та характером перебігу генералізованого пародонтиту, а також рівня спеціалізації пародонтологічних підрозділів.

Аналіз результатів проведеного дослідження засвідчив значну різницю у кількості відвідувань на курс лікування у СМЦ та інших типах лікувальних закладів. Експертна оцінка отриманих даних дозволяє вважати більш достовірними показники СМЦ. Підтвердженням слугує, по-перше, факт значного зниження у СМЦ кількості відвідувань на повторні курси лікування, особливо у хворих із початковими проявами захворювання, що свідчить про високу ефективність проведеного лікування, адже, як відомо, кількість відвідувань прямо залежить від його ефективності.

Висока ефективність лікування у СМЦ обумовлена цілою низкою обставин: наявністю діагностичного та лікувального обладнання, достатньою забезпеченістю допоміжними видами лікування, впровадженням та використанням сучасних технологій лікування, які розроблені на кафедрі терапевтичної стоматології НМУ імені О.О.Богомольця, високим професійним рівнем та науковим потенціалом співробітників.

По-друге, за даними експертизи, частка необґрунтованих відвідувань у СМЦ значно нижче за інші лікувальні заклади, що були нами обстежені (6,5% у СМЦ проти 34,2% у пародонтологічному кабінеті міської стоматологічної поліклініки, 33,7% у територіальній районній поліклініці та 32,9% у відділенні обласної поліклініки). Це також свідчить про високу організацію лікувального процесу хворих у центрі - як окремих відвідувань лікаря, так і курсу лікування в цілому.

За порівняння числа відвідувань на перший курс лікування та на повторні у всіх типах пародонтологічних підрозділів відмічається зменшення кількості сеансів повторних курсів лікування. Це є закономірним за якісного проведення першого курсу лікування, так як диспансерне спостереження передбачає таку організацію роботи, за якої повторне лікування носить підтримуючий характер.

Однак, найбільший вплив на тривалість лікування, що відображується кількістю відвідувань, надає тяжкість перебігу патологічного процесу у пародонті. З наведених у таблиці 5.14 даних видно, як із достатнім ступенем достовірності зростає число сеансів лікування в залежності від ступеню тяжкості деструкції пародонта, ступеню захворювання та його перебігу.

У процесі дослідження були виявлені поодинокі випадки дуже тривалих курсів лікування (25-30 сеансів). Нами проведено глибокий аналіз усіх цих випадків. Було встановлено, що на тривалість лікування впливає ще ціла низка чинників, котрі, з одного боку, впливають на тяжкість стану хворих (вік, наявність супутніх захворювань), а з іншого – визначаються організацією лікувального процесу. Оскільки для успішного управління процесом лікування необхідно мати відомості про відносну силу впливу на його тривалість з боку багатьох чинників, нами шляхом багатофакторного дисперсійного аналізу було визначено силу та достовірність впливу на вказаний показник низки різних причин.

Встановлено, що зі значної кількості медичних, біологічних та організаційних факторів, що впливають на тривалість лікування (кількість відвідувань лікаря на курс лікування), на такі фактори як вік, стать, перебіг та ступінь захворювання, а також інтенсивність деструкції тканин пародонта, наявність супутніх захворювань та кратність курсів лікування припадає 46,0% ($P < 0,01$).

При індивідуальному їх розгляді виявлено, що роль цих факторів у впливі на тривалість лікування вельми різна. Найбільш впливовими на необхідну кількість відвідувань лікаря хворим із генералізованим пародонтитом протягом курсу лікування є такі, як ступінь та перебіг захворювання, а також ступінь інтенсивності деструкції тканин пародонта за індексом СІУП, на які припадає майже чверть впливу всіх інших врахованих та неврахованих нами факторів різного генезу (24,9%, $P < 0,01$), або більше половини впливу усіх чинників, які ми досліджували.

На другому місці за силою впливу знаходиться такий фактор, як кратність курсу лікування, однак ступінь його впливу на тривалість лікування значно менше виражена та становить всього 7,5% ($P < 0,01$). Приблизно з такою ж силою впливає на досліджуваний показник і вік хворих, але його вплив виражений же слабше – 5,4% ($P < 0,01$). Доведено також, що тривалість лікування достовірно ($P < 0,01$) залежить від супутніх захворювань. Однак, відносно значення даного фактору у його впливі серед інших причин незначне – 1,0%. Не спричиняє ніякого впливу на кількість відвідувань на курс лікування стать пацієнтів.

Усі вищезазначені фактори впливають на досліджуваний процес вельми ізольовано і практично не спричиняють певної поєднаної (синергічної або послабшуючої) дії. Це було встановлено при аналізі комбінацій дисперсій досліджуваних факторів на різних рівнях. Лише поєднання ступеню тяжкості та перебігу генералізованого пародонтиту із сумарною інтенсивністю ураження пародонта за індексом СІУП та кратністю курсу лікування обумовлює додатково ще 2,3% впливу ($P < 0,01$). Всього ж на усі можливі 10 комбінацій по 2 досліджуваних фактори припадає близько 4,6% додатково обумовленої варіації. На інші можливі 16 комбінацій по 3, 4, 5 факторів залишається ще лише 2,0% з 46,0% встановленого нами впливу усіх врахованих (організованих) факторів. Це свідчить про те, що величина даного показника обумовлюється багатьма обставинами, котрі на практиці мають бути враховані для планування ефективної диспансеризації хворих на генералізований пародонтит.

5.3 Потреби в основних видах спеціалізованого лікування, лабораторного та рентгенологічного обстеження хворих на генералізований пародонтит

Як було показано вище, основним критерієм повноти лікування, яке проводилося хворим на генералізований пародонтит на експериментальних

базах, є його комплексність. Комплексний підхід до лікування з використанням загальних та місцевих (консервативних, хірургічних, ортопедичних та фізіотерапевтичних) втручань є загальновизнаним. Однак, для наукового обґрунтування моделі диспансеризації хворих з ураженнями пародонта в системі сучасної стоматологічної допомоги дорослому населенню в умовах великого міста залишається відкритим питання щодо потреб хворих на генералізований пародонтит у основних видах комплексного лікування та забезпечення диспансерного спостереження.

Відомим є факт, що особи, внесені до груп диспансерного спостереження з приводу захворювань пародонта, зокрема, генералізованого пародонтиту, потребують ретельного лабораторного та рентгенологічного обстеження. У зв'язку з цим збільшується навантаження клінічних лабораторій, рентгенологічних кабінетів лікувально-профілактичних закладів, у складі яких надається допомога таким хворим, не кажучи про необхідність впровадження новітніх інформативних технологій діагностики, удосконалення їх матеріально-технічного оснащення.

Тому дані щодо обсягу потреб у лабораторних та рентгенологічних дослідженнях, які проводяться в рамках диспансеризації з приводу генералізованого пародонтиту, є вкрай важливими для організації спеціалізованого амбулаторно-поліклінічного забезпечення.

У даному розділі наведені матеріали щодо дослідження структури, обсягу та якості обстеження та окремих видів комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит в умовах різних рівнів спеціалізації стоматологічних підрозділів стосовно надання пародонтологічної допомоги.

5.3.1 Структура та обсяги хірургічної допомоги хворим на генералізований пародонтит. У комплексному лікуванні захворювань пародонта хірургічні втручання посідають важливе місце. Вони приходять на зміну консервативній терапії в тих випадках, коли виникає необхідність видалення патологічного вогнища, а також у разі реконструктивних,

пластичних операцій на пародонті та слизовій оболонці порожнини рота. Раціональне використання хірургічних методів помітно підвищує якість і ефективність лікування, знижує кількість рецидивів захворювання пародонта. Їх виконують традиційним хірургічним методом чи з використанням низьких (кріодеструкція) або високих (діатермокоагуляція) температур.

Нині загальноприйнятою є думка, що без застосування хірургічних методів лікування неможливо повністю усунути такий симптомокомплекс генералізованого пародонтиту як пародонтальну кишню. Раціональне використання різноманітних хірургічних методів суттєво підвищує якість та ефективність лікування, подовжує період стабілізації захворювання та зменшує кількість рецидивів.

Чинними Протоколами надання стоматологічної допомоги визначено перелік хірургічних втручань в комплексі лікування генералізованого пародонтиту, зокрема, ц:

- кюретаж – закритий кюретаж, відкритий кюретаж, вакуум-кюретаж, кріокюретаж;
- гінгівотомія;
- гінгівектомія – проста або радикальна;
- клаптеві операції;
- операції для формування присінку порожнини рота – френулотомія, френулектомія, пластика присінку тощо.

Окрім методик власне радикального хірургічного лікування, за наявності генералізованого пародонтиту часто виникає потреба видалення рухомих зубів, розкриття пародонтальних абсцесів тощо. Іноді хірургічні втручання на пародонті поділяють на: втручання, спрямовані на корекцію дефектів м'яких тканин і втручання, спрямовані на корекцію дефектів кістки коміркового відростка. Виділяють також оперативні методики, які використовують за неможливості збереження зуба або його частини: гемісекція, ампутація кореня зуба, одонтопластика тощо.

Однак, застосування хірургічних методів лікування генералізованого пародонтиту у практичній пародонтології й досі обмежено. Про це свідчать дані наших досліджень.

Нами виявлено значні коливання частоти хірургічних втручань в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту в залежності від рівня пародонтологічного підрозділу (таблиця 5.3). Ще більш вираженими є коливання показників у залежності від виду хірургічних втручань.

Усі хірургічні втручання, які проводили хворим на генералізований пародонтит, ми розділили на 4 групи: I- кюретаж; II – гінгівотомії; III – клаптеві операції та гінгівектомія (у тому числі клаптеві операції з трансплантацією); IV – інші втручання (розкриття абсцесу, діатермокоагуляція, видалення зубів, реконструктивно-пластичні операції присінку порожнини рота).

Кюретаж є одним з основних та найбільш поширених хірургічних методів лікування генералізованого пародонтиту. З цим узгоджуються й наші дані.

Так, кюретаж складає від 48,7% (у СМЦ) до 82,1% у лікаря, що надає пародонтологічну допомогу в рамках терапевтичного прийому, з числа усіх хірургічних втручань, які проводяться диспансерним хворим на генералізований пародонтит. Але задовільним цей показник можна вважати лише тільки для МСЦ, де цей метод використовується у необхідному обсязі разом з іншими хірургічними втручаннями (клаптевими – 22,6%, гінгівотомією – 3,5%, іншими втручаннями – 25,2%). В інших лікувальних закладах переважну більшість операцій складають закритий та відкритий кюретаж, загалом усі хірургічні втручання в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

З цим навряд чи можна погодитись. Варіабельність клінічного перебігу генералізованого пародонтиту потребує диференційованого підходу до вибору методу лікування. Метою хірургічного лікування повинно бути не тільки прагнення до ліквідації пародонтальних кишень, а й відновлення зон

альвеолярного відростку, що притерпіли резорбції, з використанням для цього пластичних матеріалів. Цьому вирішальними у виборі методу лікування мають бути показники тяжкості та інтенсивності перебігу патологічного процесу в пародонті та загального стану хворих.

Показано, що існують значні розбіжності у хірургічній активності щодо хворих на генералізований пародонтит в залежності від ступеню та перебігу захворювання.

Так, за початковий – I ступінь генералізованого пародонтиту хірургічні втручання в тканинах пародонта у хворих із загостреним перебігом проводяться дещо частіше, ніж із хронічним ($11,0 \pm 3,1$ – $9,6 \pm 2,0$). Як було виявлено, у більшості хворих даної групи генералізований пародонтит супроводжувався симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом. За наявності поодиноких гіпертрофованих ясеневих сосочків проводилися їх діатермокоагуляція, гінгівектомія або кріодеструкція ($2,0 \pm 0,9$ – $2,0 \pm 1,4$). За умов ураження більш значних ділянок (в ділянці премолярів) проводили гінгівектомію або клаптеві операції ($5,6 \pm 1,6$ – $6,0 \pm 2,3$).

Більш висока хірургічна активність спостерігається при I-II ступені генералізованого пародонтиту ($41,5 \pm 1,9$ – $54,8 \pm 2,2$), оскільки до цієї групи входять хворі з вираженими деструктивними змінами у пародонті з наявністю пародонтальних кишень та гнійним ексудатом у них. Головним завданням лікаря у таких випадках є лікування кишень хірургічним шляхом. Ефективним також у даної групи хворих є застосування пластичних матеріалів, тобто різновиди ауто- та гетеротрансплантації.

Експертна оцінка наведеного нами показника дозволяє в цілому визначити його задовільним, адже він відображує досить менші потреби хворих цієї групи у хірургічному лікуванні. Однак, роблячи його більш інформативним, вона викриває й недоліки лікування, що проводиться хворим. Отже, ми вважаємо за необхідне у хворих із I-II ступенем генералізованого пародонтиту більш широке використання методів пластичних пародонтологічних втручань.

Зрозумілою є висока частота хірургічних втручань у хворих із II-III ступенем генералізованого пародонтиту ($65,5 \pm 3,5$ – $83,6 \pm 2,0$). Однак, характер втручань, що проводяться у цій групі хворих, дещо змінюється: зменшується частота клаптевих операцій (до $8,9 \pm 2,1$ – $11,7 \pm 1,8$), зростає кількість осіб, яким проведено видалення зубів з приводу генералізованого пародонтиту (частота таких втручань сягає $23,8 \pm 3,2$ – $37,8 \pm 2,7$), збільшується кількість кюретажей ($28,8 \pm 3,3$ – $29,6 \pm 2,6$). Це пояснюється тим, що прогресування генералізованого пародонтиту у значній мірі обумовлено фоном загальної патології, віком хворих, що у свою чергу, значно зменшує ефективність проведення хірургічних втручань.

Внаслідок проведених досліджень нами отримано середній показник частоти хірургічних втручань, що проводяться у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит в умовах прийому на різних рівнях стоматологічної допомоги у великому місті. Він становить $49,7 \pm 1,1$ на 100 хворих диспансерного спостереження із генералізованим пародонтитом.

На виконання виявлення потреби хворих на генералізований пародонтит у спеціалізованій хірургічній допомозі, було проведено експертну оцінку цього показника та встановлено показник потреби в хірургічних втручаннях. Він становить 49,5% на весь контингент диспансеризованих.

З точки зору організації, планування та аналізу хірургічної допомоги хворим на генералізований пародонтит дуже важливим є показник середнього числа хірургічних втручань на курс лікування.

За нашими даними, величина цього показника залежить від характеру запального процесу, ступеню та інтенсивності дистрофічно-деструктивних змін у альвеолярному відростку. Зокрема, кількість хірургічних втручань при розвинутих формах генералізованого пародонтиту та середній й високій інтенсивності захворювання в 2 рази перевищує кількість оперативних втручань, що проводяться при початковій-I, I-II ступенях та низькій

інтенсивності генералізованого пародонтиту, як при загостреному, так і хронічному перебігу (табл.5.3).

Нами встановлено, що зростання середнього числа хірургічних втручань при середній та високій інтенсивності генералізованого пародонтиту відбувається насамперед за рахунок значної кратності кюретажів. За даними експертної оцінки причиною повторності кюретажів у 17% випадків є невірна тактика хірургів, які проводили в один сеанс кюретажу в ділянці 5-6 зубів замість 2-3, що розміщені поруч, частково без знеболення або із недостатньою анестезією, що не дозволяло провести операцію з належною ефективністю. Однак, за оцінкою цього показника слід враховувати й те, що загально прийнятні методики хірургічних операцій, що застосовуються в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту, обмежують обсяги втручань на тканинах пародонта. Цьому кратність видів операцій у одного й того ж хворого є неминучою, адже уражена ділянка часто перевищує припустимі розміри однократного втручання.

Нами встановлено також, що середнє число хірургічних втручань у хворих на генералізований пародонтит залежить від кратності курсу лікування. Особливо значним є вплив цього фактору у поєднанні з тяжкістю перебігу патологічного процесу в пародонті та його інтенсивністю (табл.5.3). Згідно з отриманими даними, середнє число хірургічних втручань, що проводилися у 1 диспансерного хворого на генералізований пародонтит, становить 2,3.

Отримані з урахуванням експертної оцінки показники частоти і середнього числа хірургічних втручань у хворих на генералізований пародонтит були покладені в основу визначення потреби в хірургічних операціях на курс лікування 1 диспансерного хворого.

Визначення такої потреби проведено, виходячи з припущення, що питома величина P_x прямо пропорційно залежить від частоти осіб, що потребують хірургічних втручань $Ч_x$ та середньої кількості (K_x) означених втручань на курс лікування:

$$P_x = \frac{Ч_x \times K_x}{100}$$

Згідно з нашими даними, потреби хворих на генералізований пародонтит у хірургічних втручаннях ($Ч_x$) становлять 49,5 на 100 диспансерних хворих, а середня кількість таких втручань (K_x) – 2,3 на курс лікування 1 хворого.

Відповідно:

$$P_x = \frac{49,5 \times 2,3}{100} = 1,1 \text{ хірургічне втручання.}$$

Таким чином, за умов даної структури хворих на генералізований пародонтит необхідно планувати на курс лікування 1 диспансерного хворого 1,1 хірургічних втручань.

5.3.2 Визначення потреби у спеціалізованому ортопедичному лікуванні хворих на генералізований пародонтит. Метою ортопедичного лікування генералізованого пародонтиту є створення за допомогою різних конструкцій шин та шин-протезів стійкості зубів при жуванні, що сприяє ефективності лікування захворювань пародонта. За допомогою постійних шин або шин-протезів відбувається стабілізація зубів різного виду – сагітальна, фронтальна, по дузі тощо.

Досвід лікування хворих на генералізований пародонтит свідчить, що своєчасна іммобілізація рухомих зубів і нормалізація оклюзійних співвідношень створює сприятливі умови для успішного консервативного та хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит. Це підтверджено клінічними спостереженнями та рентгенологічними дослідженнями.

Ортопедичні втручання у хворих на генералізований пародонтит полягають, насамперед, у фіксації рухомих зубів за допомогою шин різних

конструкцій, а також заміщення дефектів зубних рядів за допомогою суцільнолитих протезів шинуючого типу та інших постійних конструкцій.

Як встановлено нашими дослідженнями, в структурі ортопедичного лікування, яке проводиться в комплексі лікувально-терапевтичних заходів при генералізованому пародонтиті, найбільше була задовільнена потреба у тимчасовому шинуванні (63,1-89,3%), а також раціональному протезуванні (68,9-73,0%). Постійне шинування на досліджуваних нами базах проводили у СМЦ та пародонтологічному кабінеті (37,1-28,2% по відношенню до кількості тих, що мали потребу). Зафіксовано поодинокі випадки виготовлення шин хворим, що перебувають на диспансерному обліку у лікаря в структурі терапевтичного прийому.

Оскільки підготовка лікарів-стоматологів передбачає володіння методами тимчасового шинування, утруднень у наданні цього виду допомоги хворим на генералізований пародонтит не було.

Близьким до оптимального такого рішення проблеми протезування дефектів зубних рядів у даної категорії хворих. Найбільш складним виявилось вирішення питань щодо постійного шинування.

Нами було встановлено, що основною причиною цього є відмовлення хворим у шинуванні з боку лікарів-ортопедів. Це пов'язано з недооцінкою багатьма лікарями ролі ортопедичного лікування у досягненні ефективності комплексного лікування генералізованого пародонтиту, складністю технічного виконання шин та шин-протезів, значними витратами часу на їх виготовлення, значною вартістю сучасних технологій шинування, відсутність чітко регламентованих нормативних показників та розцінок на дані види роботи.

Питання оптимізації ортопедичної стоматологічної допомоги хворим на генералізований пародонтит у адекватний спосіб можуть вирішуватися лише за умов раціональної організації всієї диспансерної роботи, що проводиться лікувальними закладами. Одним з важливих її розділів є ортопедична стоматологічна диспансеризація. Принцип надання

ортопедичної стоматологічної допомоги за звертанням стоїть у протиріччі з системою профілактичного спрямування. Основним якісним показником роботи лікарів-ортопедів має стати профілактичне протезування хворих на генералізований пародонтит як способу лікування захворювання так і профілактики подальшого розвитку низки ускладнень, зокрема м'язево-суглобових щелепно-лицевих деструкцій.

Для визначення потреби у ортопедичній стоматологічній допомозі ми вивчали потреби хворих на генералізований пародонтит у окремих видах ортопедичних втручань. Потреби визначали не тільки з позиції замісного протезування, а й з урахуванням необхідності виготовлення ортопедичних та ортодонтичних апаратів хворим із функціональними та органічними ураженнями пародонта, а також заміни раніше невірної обраної конструкції.

Відомо, що втрата зубів внаслідок різних причин, у тому числі і генералізованого пародонтиту, значно зростає з віком. Пому для визначення потреби хворих на генералізований пародонтит у ортопедичній допомозі було створено робочу гіпотезу щодо залежності потреби досліджуваних хворих в ортопедичній допомозі від віку. Ця гіпотеза підтвердилася результатами нашого дослідження (табл.5.4).

Як слідує з таблиці, показник потреби хворих на генералізований пародонтит у ортопедичних втручаннях з віком значно збільшується, і сягає у віковій групі «50 років і старше» майже 100%. Аналогічно зростає показник потреби у спеціальних видах ортопедичної стоматологічної допомоги. Нами виявлено, що в цілому ортопедичних втручань потребують $52,1 \pm 2,2\%$ хворих.

Іншим важливим показником, що визначає потребу хворих на генералізований пародонтит у ортопедичній стоматологічній допомозі, є показник середньої кількості відвідувань, що необхідні для надання цього виду допомоги. Він складається з числа відвідувань, що необхідні для нормалізації оклюзії та артикуляції, проведення ортопедичного та ортодонтичного лікування, виготовлення шин, протезів, а також

профілактичних відвідувань при проходженні повторних курсів лікування. Величина цього показника коливається в дуже широкому діапазоні (від 1 до 11 та більше відвідувань).

За нашими даними, частіше за все на курс ортопедичного лікування припадає 5-6 відвідувань (57,8%) та 7-8 відвідувань (16,7%). Це обумовлено тим, що хворі на генералізований пародонтит нерідко потребують значно більше часу, оскільки за наявності патологічного процесу в пародонті зазвичай виготовляють протези складної конструкції.

Середня кількість відвідувань ортопеда-стоматолога визначена нами окремо для 2 груп хворих на генералізований пародонтит: вперше виявлені та занесених до диспансерного обліку та таких, що вже знаходяться на диспансерному спостереженні, тобто хворих, котрі проходять первинний курс лікування (I група) та повторні (II група).

Під час визначення потреби в спеціалізованій ортопедичній допомозі хворим на генералізований пародонтит за вихідні було обрано дані щодо частоти хворих на генералізований пародонтит, що потребують ортопедичного лікування ($Ч_0=52,1$ на 100 диспансерезованих) та середньої кількості відвідувань на курс лікування ($К_0=4,3$).

Шукана величина потреби ($П_0$) виражається у числі відвідувань, необхідних на курс ортопедичного лікування 1 хворого на генералізований пародонтит та може бути винайдена наступним чином:

$$P_0 = \frac{Ч_0 \times K_0}{100} = \frac{52,1 \times 4,3}{100} = 2,2 \text{ відвідувань}$$

Таким чином, нами встановлено, що за існуючої структури диспансерезованих на курс лікування 1 диспансерного хворого необхідно планувати 2,2 відвідування лікаря-ортопеда-стоматолога.

5.3.3 Обсяг та потреби в лабораторному та рентгенологічному забезпеченні диспансерних хворих із генералізованим пародонтитом. Забезпечення високого рівня

діагностики та індивідуального диференційованого підходу до лікування генералізованого пародонтиту вимагає широкого використання клінічних та лабораторних методів у комплексному обстеженні хворих.

На теперішній час розроблені спеціальні методи та рекомендації щодо обстеження хворих на генералізований пародонтит. Однак чітких вказівок відносно термінів, періодичності обстеження хворих до сьогодні немає, не визначена також потреба в лабораторному та рентгенологічному забезпеченні пародонтологічних підрозділів.

Вище зазначене мотивувало дослідження термінів, періодичності, спектру та обсягу рентгенологічних і лабораторних досліджень хворих з метою розробки рекомендацій щодо удосконалення цього розділу медичного обслуговування хворих на генералізований пародонтит та визначення потреби у ньому. Нами встановлено, що при обстеженні хворого на генералізований пародонтит перше лабораторне дослідження проводиться у перше-друге відвідування ($1,8 \pm 0,1$), рентгенологічне обстеження – в основному, в перше відвідування ($1,2 \pm 0,1$). Отримані дані свідчать про раціональну організацію лікувального процесу, що узгоджується з існуючими рекомендаціями щодо обстеження хворого одразу ж у день первинного прийому, максимально зберігаючи час хворого й лікаря.

При визначенні періодичності досліджень з'ясовано, що 96,4% хворих лабораторні дослідження проводять до початку курсу лікування, 27,3% хворих обстежують також у процесі лікування, 57,2% - після закінчення курсу.

Виходячи з того, можна зробити висновок, що лабораторні дослідження проводять як з метою діагностики генералізованого пародонтиту (переважно – 96,4%), так і для вибору адекватного методу лікування (27,3%), а також контролю його ефективності (57,2%). Логічним підтвердженням необхідності такого ретельного обстеження хворих на генералізований пародонтит є факт існування клініко-лабораторних паралелей та їх зв'язку з особливостями перебігу захворювання.

Виявлено, що за умови раціонального лікування генералізованого пародонтиту, ліквідації окремих клінічних проявів захворювання настають помітні зміни й у лабораторних показниках. Один з них нормалізується повністю, інші помітно наближаються до фізіологічних величин.

Рентгенологічні дослідження проводяться в основному до початку лікування (96,9%), тобто з метою діагностики.

У результаті такого частого обстеження хворого на генералізований пародонтит на курс лікування 1 хворого в середньому припадає 5,2 рентгенологічних досліджень та 7,2 різних лабораторних досліджень, у тому числі досліджень крові – 3,8, сечі – 0,5, цитологічних досліджень – 1,4 (табл.5.7).

Винайдено достовірне збільшення кількості різних досліджень із зростанням тяжкості патологічного процесу в пародонті: зростає як частота, так і якісний склад різних досліджень, розширюється їх діапазон.

Так, при I-II та II-III ступенях генералізованого пародонтиту у порівнянні з початковим-I ступенем значно зростає кількість інших досліджень крові (наприклад, алергологічні проби, визначення групи крові і аналізи крові на резус-фактор, імунологічні дослідження тощо).

Необхідність такого поглибленого обстеження мотивується тим, що в дану групу входять хворі з вираженими деструктивними змінами в пародонті, за яких значно розширюються показання до проведення хірургічних втручань у вигляді радикальних клаптевих операцій з застосуванням пластичних матеріалів, що потребує ретельного лабораторного та рентгенологічного контролю за станом здоров'я хворих.

Проведене дослідження частоти та кратності різних обстежень в умовах повної доступності до їх здійснення дозволили вважати потребу хворих на генералізований пародонтит у рентгенологічному та лабораторному обстеженні з розрахунку на 1 диспансерного хворого на рік.

Розрахунки проводили, виходячи з припущення, що кількість досліджень в різних групах являє собою добуток середнього числа

досліджень у 1 хворого в конкретній групі на відповідну кількість кратності лікарських спостережень на рік цієї ж групи хворих. З проведених розрахунків (табл.5.6) виходить, що за структури хворим, що склалася у досліджуваних нами лікувальних закладах, необхідно планувати на 1 диспансерного хворого на рік 10,8 лабораторних та 7,8 рентгенологічних досліджень. У тому випадку, якщо у клінічному підрозділі, де надається стоматологічна допомога хворим на генералізований пародонтит, спостерігається інший склад за ступенем, перебігом захворювання, то для розрахунку потреби його у лабораторно-рентгенологічному забезпеченні необхідно використовувати диференційовані нормативи потреби з урахуванням кратності курсів лікування, що припадають на кожну групу хворих. Для підрахунку передбаченого навантаження лабораторій та рентгенологічних кабінетів у зв'язку з обслуговуванням хворих на генералізований пародонтит доцільно перевести середні величини різних досліджень, що наведені у табл.5.6, в лабораторні та рентгенологічні одиниці, використовуючи для цього поширені на практиці спеціальні довідникові посібники.

Таким чином, запропоновані нормативи рентгенологічних та лабораторних досліджень хворих на генералізований пародонтит відрізняються універсальністю їх застосування завдяки можливості використання в усіх лікувальних закладах, де проводять лікування хворих на генералізований пародонтит.

За узагальнення результатів дослідження, викладених у даному розділі, слід відмітити, що хірургічна активність та специфічна операційна діяльність у типових лікувально-профілактичних підрозділах мережі стоматологічної допомоги в умовах великого міста варіює в залежності від рівня спеціалізації прийому пародонтологічних хворих. Практично задовільними досліджувані показники можна вважати тільки в СМЦ – відділені пародонтології університетської клініки. В інших лікувальних закладах цей розділ роботи потребує значного удосконалення, що може бути

досягнуто шляхом створення й впровадження нормативного регламенту організаційної оптимізації їх діяльності. Аналіз ортопедичної стоматологічної допомоги, яка надається хворим на ГП, також виявив низку недоліків, усунення яких потребує докорінної перебудови організації роботи ортопедичної допомоги.

Нашими дослідженнями було доведено залежність діяльності пародонтологічних підрозділів від складу хворих, що знаходяться на диспансерному обліку. Визначені потреби хворих на ГП у ортопедичній стоматологічній допомозі та середню кількість відвідувань, що є необхідним для проведення ортопедичних втручань. Встановлено їх взаємний зв'язок з віком хворих на ГП, ступенем та характером перебігу захворювання, кратністю курсів лікування.

Доведено також конкретний зв'язок між вищенаведеними показниками та обсягом клініко-лабораторних досліджень, які проводяться хворим на ГП.

Виявлені нами закономірності дозволили розрахувати потреби диспансерного супроводу пародонтологічних пацієнтів у хірургічному, ортопедичному та клініко-лабораторному забезпеченні в системі ЛПСЗ.

Таблиця 5.1

Структура хірургічних втручань, що проводилися хворим на ГП у лікувально-профілактичних закладах різних рівнів організації (%)

Види хірургічних втручань	СМЦ	Рівні надання допомоги		
		Пародонтологічне відділення обласної стоматологічної п-ки	Пародонтологічний кабінет міської стоматологічної п-ки	стоматологічне відділення районної п-ки
Кюретаж	48,7	67,3	79,0	82,1
Гінгівотомія	3,4	12,1	1,9	3,0
Клаптеві операції	22,6	3,8	4,5	1,6,
Інші втручання	25,2	16,8	14,6	13,3
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблиця 5.2

**Частота проведення окремих видів хірургічних операцій в залежності від клінічного перебігу захворювання
(на 100 диспансеризованих, $\pm m$)**

Діагноз		Види хірургічних втручань				
		Кюретаж	Гінгівотомія	Клаптева операція	Інші втручання	Усі втручання
Хронічний перебіг	поч. - I ст.	2,9 \pm 0,9	-	5,6 \pm 1,6	2,0 \pm 0,9	9,6 \pm 2,0
	I – II ст.	19,8 \pm 1,5	1,4 \pm 0,4	17,6 \pm 1,5	2,6 \pm 0,6	41,5 \pm 1,9
	II – III ст.	28,8 \pm 3,3	3,9 \pm 1,4	8,9 \pm 2,1	23,8 \pm 3,2	65,5 \pm 3,5
Загострений перебіг	поч. - I ст.	3,0 \pm 1,7	-	2,0 \pm 1,4	2,0 \pm 1,4	11,0 \pm 3,1
	I – II ст.	23,7 \pm 1,9	2,2 \pm 0,6	9,7 \pm 1,3	9,7 \pm 1,3	54,8 \pm 2,2
	II – III ст.	29,6 \pm 2,6	3,7 \pm 1,1	37,8 \pm 2,7	37,8 \pm 2,7	83,6 \pm 2,0
Усі хворі		20,6 \pm 0,9	1,4 \pm 0,3	12,1 \pm 0,8	12,1 \pm 0,8	49,7 \pm 1,1

Таблиця 5.3

Середня кількість хірургічних втручань на 1 оперованого хворого на генералізований пародонтит при первинному та вторинному курсах лікування в залежності від клінічної характеристики захворювання ($X \pm m$)

Кратність курсів лікування	Генералізований пародонтит						Всі хворі
	Хронічний перебіг			Загострений перебіг			
	поч. - I ст.	I-II ст.	II – III ст.	поч. - I ст.	I-II ст.	II – III ст.	
Первинний	1,21 ± 0,16	2,1 ± 0,06	4,5 ± 0,11	1,4 ± 0,12	2,5 ± 0,09	4,8 ± 0,16	3,0 ± 0,04
Вторинний	1,12 ± 0,16	1,4 ± 0,04	2,2 ± 0,08	1,3 ± 0,21	1,6 ± 0,04	2,5 ± 0,07	1,9 ± 0,03
Загалом	1,2 ± 0,19	1,9 ± 0,05	3,4 ± 0,17	1,4 ± 0,10	1,8 ± 0,04	3,2 ± 0,09	2,3 ± 0,03

Таблиця 5.4

**Частота хворих на генералізований пародонтит, що потребують ортопедичної стоматологічної допомоги,
а також окремих її видів у залежності від віку (на 100 осіб на диспансерному обліку $\pm m$)**

Вікові групи, роки	Частота осіб, що потребують ортопедичних втручань					
	Всього	з них - по окремих видах				
		Ортодонтичне лікування	Тимчасове шинкування	Постійне шинкування	Раціональне протезування	інші
19-23	20,2 \pm 3,2	2,5 \pm 0,8	4,5 \pm 0,11	7,2 \pm 1,1	2,5 \pm 0,9	3,8 \pm 0,6
24 - 28	24,1 \pm 2,1	4,7 \pm 0,9	8,2 \pm 0,08	19,3 \pm 1,5	15,6 \pm 1,8	2,5 \pm 0,7
29 - 33	32,2 \pm 2,4	4,8 \pm 1,1	8,4 \pm 2,1	23,1 \pm 2,1	48,2 \pm 2,7	4,9 \pm 0,6
34 - 48	58,6 \pm 2,5	1,4 \pm 0,4	10,2 \pm 1,6	48,3 \pm 2,4	70,4 \pm 3,6	8,5 \pm 2,1
49 і більше	97,3 \pm 3,1	1,9 \pm 0,05	18,5 \pm 3,2	51,4 \pm 3,2	69,8 \pm 3,4	3,2 \pm 0,4
Усі хворі	52,1 \pm 2,2	3,9 \pm 0,9	8,6 \pm 1,2	19,3 \pm 1,7	43,7 \pm 2,2	4,8 \pm 0,9

Таблиця 5.5

**Середня кількість відвідувань для проведення ортопедичного лікування
хворих на генералізований пародонтит ($X \pm m$)**

Кратність курсів лікування	Генералізований пародонтит						Всі хворі
	Хронічний перебіг			Загострений перебіг			
	поч. - I ст.	I-II ст.	II - III ст.	поч. - I ст.	I-II ст.	II - III ст.	
Первинний	$3,4 \pm 0,19$	$6,1 \pm 0,05$	$9,4 \pm 0,20$	$3,6 \pm 0,69$	$6,8 \pm 0,15$	$9,8 \pm 0,26$	$7,2 \pm 0,14$
Вторинний	$1,1 \pm 0,21$	$1,3 \pm 0,18$	$2,3 \pm 0,17$	$1,1 \pm 0,12$	$1,9 \pm 0,17$	$2,9 \pm 0,07$	$2,2 \pm 0,08$
Загалом	$2,9 \pm 0,37$	$4,2 \pm 0,07$	$4,5 \pm 0,12$	$1,5 \pm 0,14$	$4,7 \pm 0,07$	$4,4 \pm 0,12$	$4,3 \pm 0,05$

Таблиця 5.6

**Середня кількість лабораторних та рентгенологічних досліджень у диспансерних
хворих на генералізований пародонтит на курс лікування**

Вид дослідження	Генералізований пародонтит						Всі хворі
	Хронічний перебіг			Загострений перебіг			
	поч. - I ст.	I-II ст.	II – III ст.	поч. - I ст.	I-II ст.	II – III ст.	
I. Лабораторні 1. Дослідження крові:							
- загальний аналіз	1,1 ± 0,01	1,6 ± 0,04	1,7 ± 0,02	1,4 ± 0,02	2,0 ± 0,03	1,9 ± 0,07	1,7 ± 0,08
- моноцитограма	1,1 ± 0,01	1,1 ± 0,02	1,2 ± 0,04	1,3 ± 0,02	1,4 ± 0,01	1,7 ± 0,02	1,2 ± 0,06
- білкові фракції плазми	0,5 ± 0,02	0,3 ± 0,03	0,4 ± 0,03	0,3 ± 0,01	0,2 ± 0,01	0,4 ± 0,02	0,3 ± 0,05
- цукор крові	0,3 ± 0,03	0,5 ± 0,04	0,3 ± 0,02	0,2 ± 0,03	0,4 ± 0,03	0,5 ± 0,02	0,3 ± 0,02
- інші дослідженні крові	0,1 ± 0,01	0,4 ± 0,03	0,8 ± 0,03	0,2 ± 0,04	0,9 ± 0,02	1,1 ± 0,03	0,6 ± 0,01
Всі дослідження крові	2,8 ± 0,04	3,5 ± 0,02	3,7 ± 0,04	2,6 ± 0,05	4,3 ± 0,02	4,9 ± 0,07	3,7 ± 0,04

2. Дослідження сечі:	<i>Продовження таблиці 5.6</i>						
- загальний аналіз	0,2 ± 0,05	0,3 ± 0,04	0,2 ± 0,01	0,2 ± 0,07	0,3 ± 0,04	0,4 ± 0,02	0,2 ± 0,02
- цукор сечі	0,1 ± 0,03	0,2 ± 0,02	0,3 ± 0,07	0,1 ± 0,05	0,4 ± 0,03	0,6 ± 0,03	0,3 ± 0,01
3. Цитологічне дослідження ПК	1,2 ± 0,04	1,5 ± 0,02	1,7 ± 0,04	1,6 ± 0,05	1,6 ± 0,02	1,9 ± 0,07	1,4 ± 0,04
4. Визначення міграції лейкоцитів	1,2 ± 0,02	1,1 ± 0,03	1,0 ± 0,03	1,4 ± 0,03	1,5 ± 0,01	1,7 ± 0,04	1,8 ± 0,03
5. Інші дослідження	0,2 ± 0,02	0,3 ± 0,02	0,2 ± 0,01	0,2 ± 0,03	0,6 ± 0,02	0,7 ± 0,01	0,3 ± 0,04
Всі дослідження	5,2 ± 0,09	6,4 ± 0,06	6,9 ± 0,09	6,4 ± 0,09	8,5 ± 0,10	9,4 ± 0,11	7,8 ± 0,11
II. Рентгенологічні	4,9 ± 0,27	5,5 ± 0,17	4,5 ± 0,12	4,8 ± 0,16	5,7 ± 0,19	5,2 ± 0,18	5,3 ± 0,19

**Необхідна кількість обстежень хворих на генералізований пародонтит з
урахуванням клінічного перебігу захворювання
(на 1 особу на диспансерному обліку)**

Діагноз		Кратність курсів лікування (на рік)	Необхідна кількість обстежень	
			лабораторних	рентгенологічних
Хронічний перебіг	поч. - I ст.	1,1	6,3	5,2
	I – II ст.	1,3	8,5	7,2
	II – III ст.	1,7	11,9	7,7
Загострений перебіг	поч. - I ст.	1,5	9,1	7,4
	I – II ст.	1,8	14,9	10,3
	II – III ст.	2,5	23,0	12,0
Усі хворі		1,5	10,8	7,8

Висновки

Таким чином, узагальнюючи матеріали, що наведені у даному розділі, можна зробити висновки, що основою організації медичної допомоги хворим на генералізований пародонтит у обстежених нами лікувально-профілактичних закладах є диспансерне спостереження за певними контингентами хворих, які переважно складають декретовані групи населення, хворі з професійно обумовленими показаннями, а також особи з загально-соматичними захворюваннями, що впливають на перебіг патологічного процесу в пародонті.

Недоліком диспансерної роботи, яка проводиться цими лікувальними закладами, є те, що відбір хворих на диспансерне спостереження

здійснюється переважно за звертанням, а не у плановому профілактичному порядку.

Нашими дослідженнями встановлено також, що значного покращення потребує якість лікування, яке проводиться хворим у типових ЛПСЗ. Так, визначення повноти лікування, як основного критерію його якості, виявило низку недоліків проведеного лікування. Усунення деяких з них можливе шляхом підвищення кваліфікації та відповідальності лікарів, що надають медичну допомогу хворим із захворюваннями пародонта, підсилення контролю за їх роботою з боку адміністрації на різних рівнях, покращення технічного оснащення лікувально-профілактичних закладів. Однак, у певній мірі підвищення якості лікування знаходиться у прямому зв'язку з організаційними рішеннями з боку керівників стоматологічних та загально-медичних установ, а вони – у свою чергу – з оптимізацією регламентуючої бази щодо забезпечення спеціалізованої медичної допомоги хворим із ураженнями пародонта.

Якість та ефективність проведеного лікування характеризують і такі важливі показники лікувальної роботи лікарів, які здійснюють спеціалізовану медичну допомогу хворим на генералізований пародонтит, як витрати часу на прийом 1 хворого та тривалість курсового лікування.

Аналіз витрат часу лікаря на спеціалізованому прийомі або терапевтичному прийомі проведено з урахуванням експертної оцінки фактичних витрат та можливості інтенсифікації праці лікаря шляхом оптимізації розподілу обсягу втручань у одне відвідування, раціонального сумісництва окремих елементів діагностичної та лікувальної роботи, а також розділення та кооперування праці лікарів та середніх медичних працівників.

Застосування багатофакторного дисперсійного аналізу при дослідженні тривалості курсового лікування хворих на генералізований пародонтит обумовило високий ступінь достовірності даних про встановлення середньої кількості відвідувань як на перший, так і повторні курси лікування.

Під час оцінки ефективності диспансеризації встановлено, що не завжди при генералізованому пародонтиті досягається повний ефект від диспансеризації. Зокрема, відсутність вираженого ефекту є результатом недоліків в організації диспансерного спостереження та відношення до диспансеризації самих хворих. У певній мірі вирішальний вплив спричиняють тяжкість патологічного процесу в пародонті, інтенсивність його ураження, загальний стан здоров'я хворих на диспансерному спостереженні.

В цілому, дані досвіду диспансеризації хворих на генералізований пародонтит на експериментальних базах з достатньою достовірністю підтверджує її ефективність за умов правильної організації та проведенні на високому методичному рівні.

РОЗДІЛ 6

КЛІНІКО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ДИСПАНСЕРНОГО МОНІТОРИНГУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА

6.1 Клініко-експериментальне обґрунтування моделі диспансерного моніторингу при захворюваннях пародонта

На порозі реформування галузі в контексті впровадження медичного страхування в Україні, розвитку ринку платних медичних послуг невід’ємними компонентами цього процесу постає створення дієвих механізмів забезпечення якості медичної допомоги. Відповідно до наказу МОЗ України від 23.11.2004 р №566 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія» на теперішній час чинними в Україні є Протоколи надання медичної допомоги зі стоматології та ортодонтії. Зокрема, передбачено протоколи діагностики та лікування генералізованого пародонтиту (шифр МКХ-10: K05.3), критерії ефективності лікування та регламент диспансеризації.

Чинні протоколи надання медичної допомоги хворим на генералізований пародонтит відображують основні її напрями та сутність. Однак значним недоліком, на наш погляд, є те, що не визначені обсяги діагностики та лікування за рівнями організації стоматологічної допомоги. Питання генералізованого пародонтиту у регламенті стоматологічної допомоги практично відсутнє.

Загальними рисами окреслено диспансеризацію хворих на генералізований пародонтит. Так, групи диспансерних хворих визначені за ступенем розвитку захворювання. Зокрема, до I-ї диспансерної групи регламентовано включення хворих із початковим-I ступенем, при цьому періодичність спостереження визначено як 1 раз на рік, до II-ї диспансерної групи – хворих на генералізований пародонти II ступеню із кратністю оглядів 2 рази на рік, відповідно, хворі з III ступенем захворювання попадають у III-ю диспансерну групу, їм рекомендована кратність оглядів 2-3 рази на рік (в залежності від характеру перебігу).

Дані нашого дослідження стосовно поширеності чинників ризику серед хворих з генералізованими хворобами пародонта (місцевого, орального, та загальносоматичного значення), їх впливу на перебіг та інтенсивність розвитку незворотних патологічних деструктивних змін пародонта спонукають до розробки протоколів обстеження та диспансеризації хворих на генералізований пародонтит із більш чітким та науково обґрунтованим визначенням критеріїв добору диспансерних хворих, їх групової приналежності, обсягу лікувально-профілактичної допомоги, регламенту диспансерного моніторингу.

Висока поширеність захворювань пародонта серед населення молодого віку на тлі відсутньої системи лікувально-профілактичної допомоги мотивує доцільність оптимізації сучасної стоматологічної допомоги дорослому населенню щодо забезпечення спеціалізованого стоматологічного прийому на різних організаційних рівнях, а також створення адекватної потребам наслання та стоматологічної служби системи диспансеризації та профілактики.

Використання різноманітних методологічних підходів до вирішення питань забезпечення гарантій якості, експертизи та контролю якості стоматологічної допомоги свідчить про складність та багатогранність проблеми. Досвід світової та вітчизняної практики показує, що для розробки та реалізації системи управління якістю необхідно створення адекватної

клініко-організаційної та методологічної бази, яка б забезпечувала успішне функціонування експертизи якості стоматологічної допомоги.

З метою оперативного отримання інформації у процесі спостереження перебігу генералізованого пародонтиту, визначення періодичності оглядів хворих під час диспансерного спостереження, планування обсягу лікувально-профілактичних заходів та проведення оцінки ефективності нами було розроблено способи індексної оцінки стану пародонта, зокрема, динаміки патологічних деструктивних змін, що є притаманними запально-дистрофічному ураженню елементів морфо-функціонального парадонтального комплексу.

Для зручності кількісної оцінки запально-деструктивних у тканинах пародонта нами було запропоновано оперативне поняття «сегмент пародонта» як морфо-функційна одиниця зубо-щелепової системи, до якого ми відносимо комірку, ясна та періодонт у зоні одного зубу. Такий підхід надає нам змогу деталізувати патологічні зміни, що відбуваються за перебігом генералізованого пародонтиту, а головне – провести моніторинг змін цього стану упродовж спостереження або лікування, оскільки відтворює квантування окремих епізодів динамічного патологічного процесу «генералізований пародонтит». Окрім цього, проведення якісної та ефективної диспансеризації хворих на генералізований пародонтит з урахуванням сучасних вимог та стандартів неможливе без швидкого отримання інформації щодо інтенсивності ураження пародонта та швидкості розвитку запальних та послідуєчих деструктивних процесів у тканинах пародонта.

Вирішення цих завдань потребувало динамічного спостереження перебігу генералізованого пародонтиту у осіб молодого віку (19-34 років), які у першу чергу підлягають диспансерному спостереженню. Цей етап досліджень проведено за участю репрезентативної групи пацієнтів із генералізованим пародонтитом I-II ступеню у кількості 88 осіб із рівним співвідношенням чоловіків та жінок. Всього було обстежено 2604 сегменти

пародонта. Глибина пародонтальних кишень (ПК) визначалася за стандартною методикою з використанням градуйованого зонду Вільямса-Фокса або тонкою гладилкою із міліметровою шкалою із наступним уточненням обсягу деструкції кісткової тканини міжкоміркової перетинки за даними радіовізіографічного дослідження. Зокрема, індекс рентгенологічної резорбції при цьому вираховується як відношення внутрішньо-кісткової частини кореню до загальної довжини кореню зуба та виражається у відсотках. Для розрахунку цього показника можна використовувати дані рентгенологічного дослідження (ортопантомограма та, за необхідності, прицільна внутрішньо ротова дентальна рентгенограма, а також 3D-візуалізація).

Розподіл сегментів пародонта за глибиною ураження представлено на рис. 6.1 та 6.2. Як слідує з наведених даних, розподіл досліджених сегментів пародонта в залежності від глибини ураження, тобто глибини пародонтальних кишень, нерівномірне. Адже у $90,82 \pm 2,32\%$ сегментів глибина ПК не перевищувала 3 мм, причому лише у $6,18 \pm 1,91\%$ глибина ПК дорівнювала 4 мм, а у $3,00 \pm 0,91\%$ сегментів ПК не виявлено.

Наступним кроком було виявлення розподілу сегментів пародонта у залежності від каріозних та не каріозних уражень апроксимальних та пришийкових поверхонь зубів, а також наявність пломб та коронок – безперечних чинників місцевого подразнення (МЧП), рис. 6.3, 6.4.

На рис. 6.5. наведено середню глибину пародонтальних кишень у сегментах з різною кількістю уражених поверхонь зуба. На графіку простежується чітка залежність глибини ПК від кількості каріозних порожнин контактних (пришийкових) поверхонь в одному сегменті пародонта. Так у сегментах з інтактними зубами (контактними та пришийковими поверхнями) середня глибина кишень не перевищувала $1,47 \pm 0,32$ мм, у той час як наявність ураження навіть однієї або двох поверхонь збільшувало глибину пародонтальної деструкції на $33,3\%$, трьох –

відповідно на 36,1%. Наявність каріозного ураження з чотирьох сторін викликає різке зростання глибини ПК до $3,00 \pm 0,36$ мм, або на 104,1%.

Застосовуючи t критерій, ми перевірили гіпотезу достовірності такої розбіжності пародонтальних уражень. Зокрема, встановлено достовірну розбіжність у глибині пародонтальних уражень за умов різної кількості апроксимальних уражень $p < 0,05$.

За результатами проведених досліджень можна зробити висновок про те, що більшість хворих на генералізований пародонтит у віці 19-34 роки мають можливість значного гальмування патологічного деструктивного процесу в пародонті за допомогою якісної гігієни порожнини рота, причому значний вплив на глибину ураження пародонта спричиняє наявність каріозних уражень твердих тканин зубів, наявність пломб, вкладок на апроксимальних та пришийкових поверхнях, а також штучних коронок та мостоподібних протезів.

Наступним етапом дослідження стало визначення динаміки зміни гігієнічного стану порожнини рота та інтенсивності запального процесу у м'яких тканинах, зокрема, ясеневих сосочків, з метою розрахунку тривалості періоду ремісії. Після проведеного необхідного лікування, професійної гігієни, заміни неякісних пломб так коронок, тобто ретельного виявленні та усунення чинників місцевого подразнення пародонта, нами було досліджено динаміку основних показників, що характеризують перебіг генералізованого пародонтиту.

Стан гігієни порожнини рота оцінювали за інтердентальним індексом API за Lange; розповсюдженість запалення за індексом РМА у модифікації Е.Н.Балычева та Е.П.Атанасова (1961) та нашій.

Сутність нашої модифікації полягає у визначенні інтенсивності запалення лише у межах ясеневого сосочка, оскільки поширення запального процесу за його межі нами оцінювалося як загострення, що потребує проведення повного курсу лікування. Завданням же диспансеризації хворих

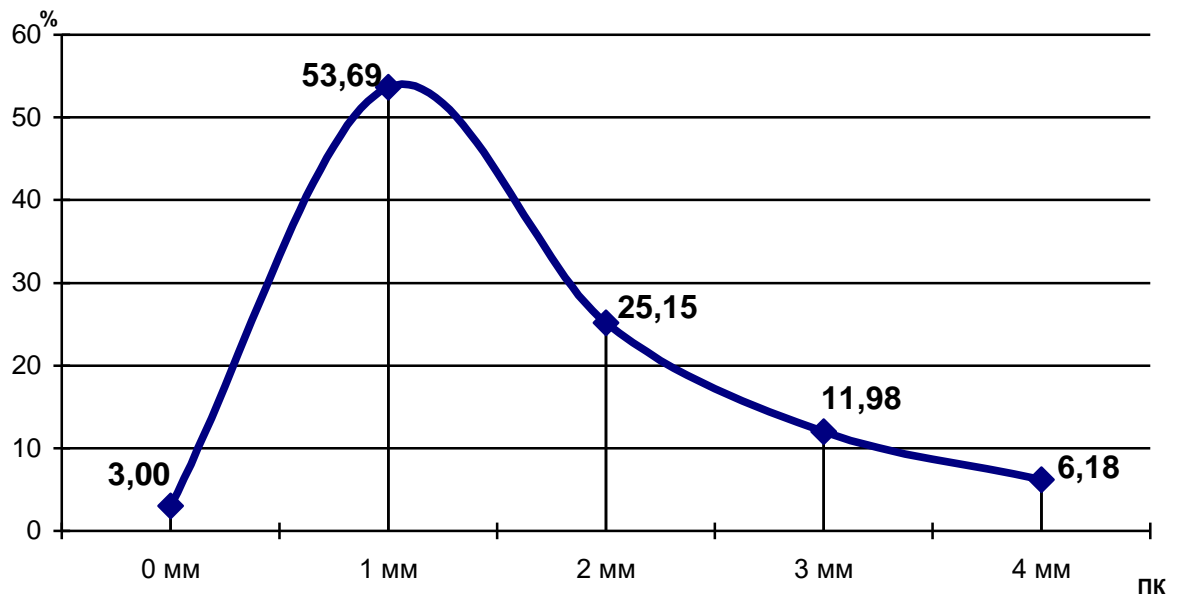


Рис. 6.1. Розподіл сегментів пародонта за глибиною пародонтальних кишень (%)

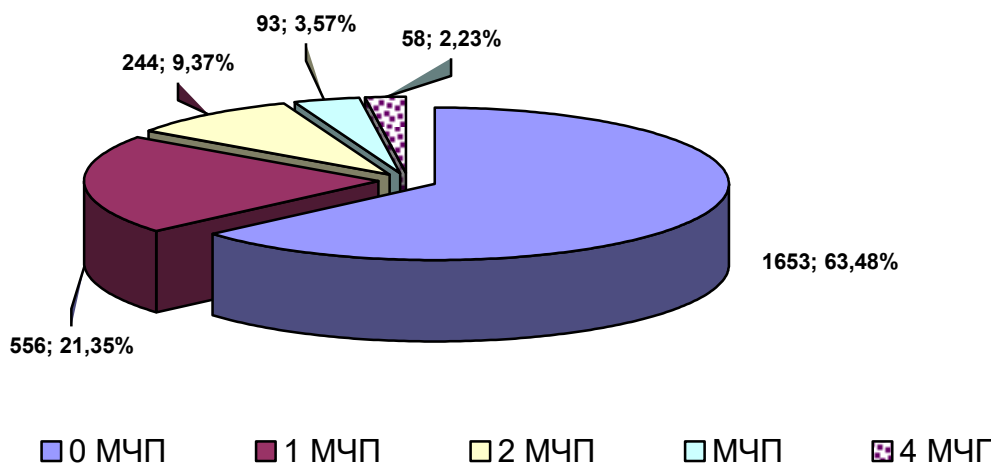


Рис. 6.2. Розподіл сегментів пародонта за кількістю місцевих чинників подразнення (МЧП) (%)

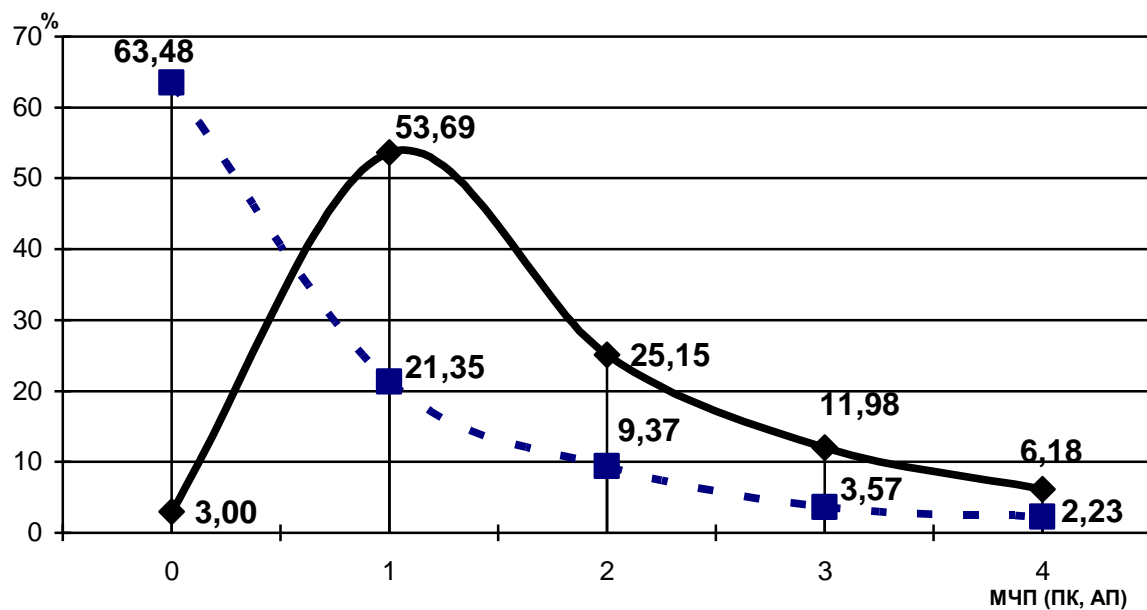


Рис. 6.3. Розподіл сегментів пародонта за кількістю пародонтальних кишень та місцевих чинників подразнення (%).

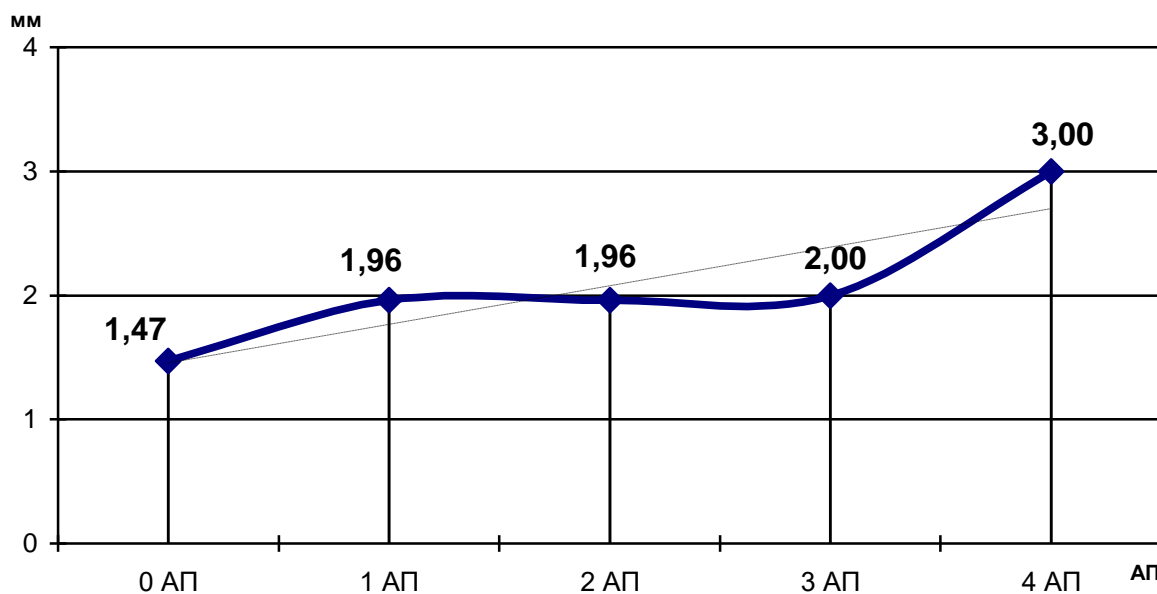


Рис.6.4. Середнє значення глибини пародонтальних кишень в залежності від кількості каріозних порожнин контактних (пришійкових) поверхонь в одному сегменті пародонта (мм).

із патологією пародонта є, у першу чергу, упередження загострення. Інтенсивність запалення оцінювали в балах наступним чином у поєднанні з пробою Шиллера-Писарєва:

- немає запалення, за кольором солом'яно - жовте забарвлення – 0 балів;
- легке запалення, що не поширюється на усю маргінальну частину ясеневого сосочка – проба Шиллера- Писарєва слабо позитивна (світло коричневе забарвлення) – 1 бал;
- запалення охоплює маргінальну частину ясеневого сосочка - проба Шиллера- Писарєва слабо позитивна - (світло коричневе забарвлення) – 2 бали;
- запалення поширене на весь сосочок - проба Шиллера- Писарєва позитивна - (темно буре забарвлення) – 3 бали.

Огляду підлягають усі зуби хворого по чотирьох квадрантах. Проба Шиллера- Писарєва визначається з вестибулярної та оральної поверхонь зубів та слизової оболонки порожнини рота. Оцінюється наявність нальоту на апроксимальних поверхнях зубів та розраховується індекс API за формулою:

$API = \text{кількість позитивних відповідей} / \text{кількість оглянутих зубів}.$

Визначають індекс запалення РМА (модифікований):

$РМА (м) = \text{сума балів} / \text{кількість оглянутих ясеневих сосочків}$

Вважається, що інтенсивність запалення залежить від кількості зубного нальоту. Нами встановлено кореляційну залежність між кількістю нальоту на апроксимальних поверхнях (індекс API) та інтенсивністю запалення (індекс РМА (м)). Коефіцієнт кореляції дорівнює $r = 0,975$, що свідчить про доволі тісний зв'язок між досліджуваними показниками.

Коефіцієнт визначення $R = 100 r^2$ свідчить, який відсоток у збільшенні запалення викликаний змінами гігієнічного стану порожнини рота. У нашому випадку $R = 95,06\%$. Це означає, що 95% змін індексу РМА(м) залежить від зміни величини індексу API.

Таким чином обрані нами показники достатньо повно характеризують стан пародонта у хворих генералізованим пародонтитом I-II ступеню у віці 19-34 років.

Сума глибини пародонтальних кишень (ПК) та кількості уражених апроксимальних поверхонь (АП) свідчить про ступінь інтенсивності генералізованого пародонтиту та може у динаміці за приростом характеризувати швидкість прогресування патологічного процесу у тканинах пародонта. У той же час приріст суми значень індексів API та PMA(м) характеризує швидкість поширення запалення у м'яких тканинах пародонта. Нами не виявлено суттєвої кореляційної залежності між глибиною ПК та динамікою поширення запалення – $r = 0,43$. Однак виявлено доволі високу залежність між сумою показників ПК+АП та API+PMA(м), яка становить $r = 0,936$, $R = 87,61\%$, тобто у 87,61% випадків сумарний показник API+PMA(м) залежить від сумарного показника глибина ПК+АП і тільки у 12,4% на величину API+PMA(м) впливають якісь інші чинники.

Проведені дослідження показали доволі тісну залежність глибини ПК від кількості уражених апроксимальних та пришійкових порожнин, а сумарне значення індексів API+PMA(м) відображує швидкість перебігу патологічного процесу у пародонті.

Використовуючи непараметричні методи статистичного аналізу нами були побудовані гістограми (рис. 6.5 та рис.6.6). На підставі даних щодо глибини ПК+АП можна оцінити інтенсивність ураження пародонта індивідуально для кожного пацієнта (рис.6.6)

Суму індексів глибПК+АП ми назвали індексом інтенсивності ураження пародонта (I IUP), оскільки він характеризує кількісні показники деструктивних процесів, що відбуваються у пародонтальному комплексі. Для кількісної характеристики перебігу генералізованого пародонтиту, яка необхідна за стандартами діагностики, лікування, диспансерного моніторингу, ми, на підставі аналізу гістограми інтенсивності ураження

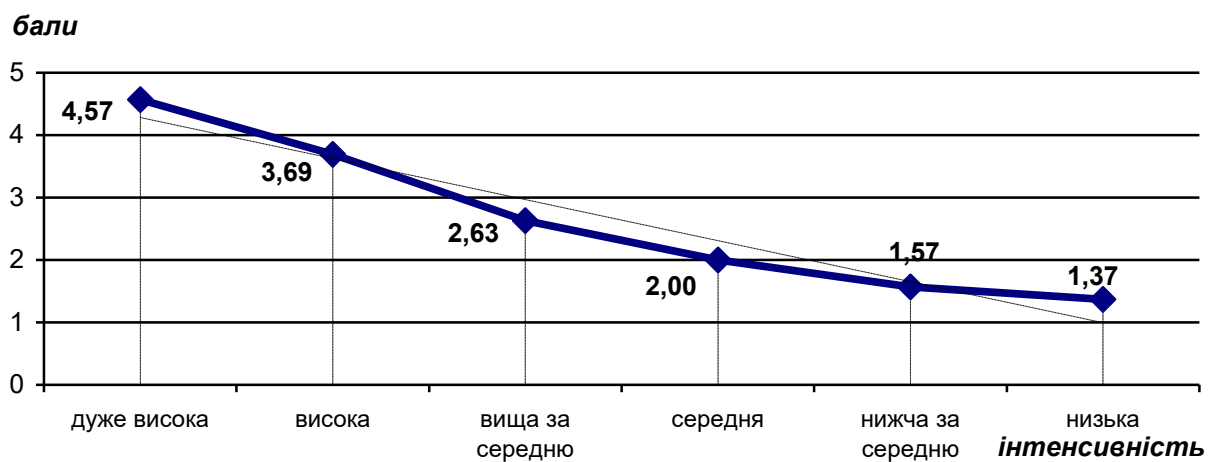


Рис.6.5. Гістограма інтенсивності ураження пародонта у хворих на генералізований пародонтит (індекс глибПК+АП, бали).

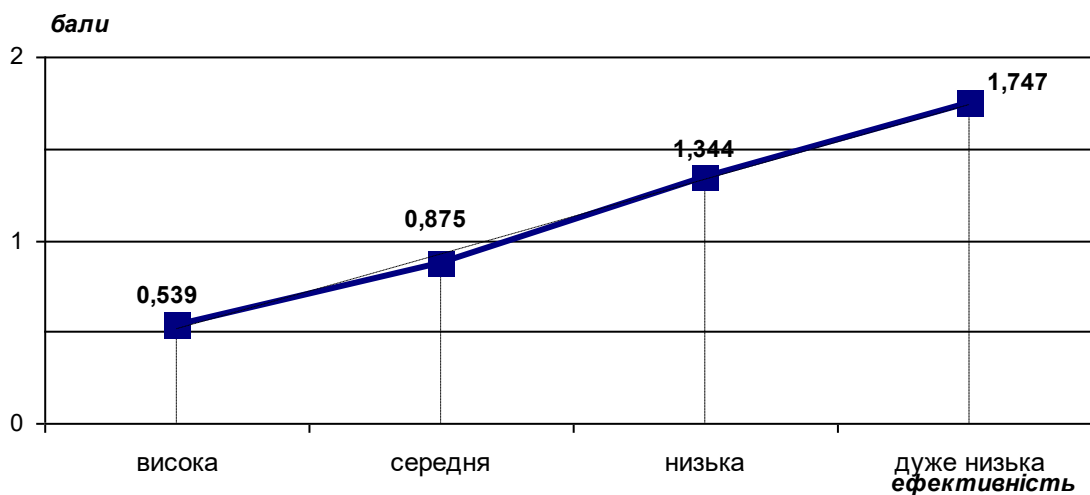


Рис. 6.6. Гістограма ефективності проведеного лікування за AP+PMA(m) (бали).

пародонта у хворих генералізованим пародонтитом I-II ступеню (рис. 6.6) визначено граничні значення показника інтенсивності (табл. 6.1).

На підставі сумарного індексу API+PMA(m), який ми назвали індексом екстенсивності ураження пародонта (I ЕУП), гістограма дозволяє оцінити ефективність проведених лікувально-профілактичних заходів (рис. 6.7)

Для якісної характеристики перебігу генералізованого пародонтиту, яку необхідно враховувати для оцінки ефективності та якості лікування, зокрема, у системі диспансерного моніторингу, ми, на підставі аналізу гістограми ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів у хворих генералізованим пародонтитом I-II ступеню (рис. 6.7) визначили рівні ефективності за граничними значеннями I ЕУП (табл. 6.2).

Аналіз вище наведених гістограм надав можливість розрахувати тривалість ремісії та періодичності моніторингу хворих на генералізований пародонтит у системі диспансерного спостереження в залежності від інтенсивності перебігу захворювання та якості лікування (табл.6.3).

Таким чином, нами визначена поширеність інтенсивності ураження тканин пародонта у хворих із генералізованим пародонтитом I-II ступеню у віці 19-33 років. Доведено вплив АП на глибину ПК та визначено його силу.

Розроблено індекс інтенсивності ураження пародонта (I ІУП) та на підставі гістограми – спосіб оцінки інтенсивності перебігу генералізованого пародонтиту в окремого пацієнта, що дає змогу ідентифікувати його групову приналежність у моніторингу диспансерного спостереження. Розроблено індекс екстенсивності ураження пародонта (I ЕУП) та підставі гістограми визначено межі оцінювання ефективності лікувально-профілактичних заходів в рамках диспансеризації хворих із патологією пародонта. В результаті тривалого клінічного спостереження хворих із генералізованим пародонтитом I-II ст. розроблено таблицю співвідношення вірогідних ремісій та кратності диспансерного моніторингу, а також визначені терміни превентивного лікування.

Таблиця 6.1.

Оцінка інтенсивності ураження пародонта у хворих генералізованим пародонтитом I-II ст.

I ГУП	інтенсивність ураження пародонта у хворих генералізованим пародонтитом I-II ст.					
	низька	н/середню.	середня	в/середн.	висока	дуже висока
межі інтервалів (бали)	$\leq 1,37$	$1,37 <= 1,57$	$1,58 <= 2,0$	$2,1 <= 2,63$	$2,64 <= 3,69$	$3,7 <= 4,57$

Таблиця 6.2.

Оцінка ефективності лікування хворих генералізованим пародонтитом**I-II ст. за індексом екстенсивності ураження пародонта (I ЕУП)**

I ЕУП	інтенсивність ураження пародонта у хворих генералізованим пародонтитом I-II ст.			
	висока	середня	низька	дуже низька
межі інтервалів (бали)	$0 \leq 0,539$	$0,540 \leq 0,875$	$0,876 \leq 1,344$	$1,345 \leq 1,747$

Протягом 1-го року спостереження усіх хворих оглядали 1 раз на 3 місяці, за виключенням тих, для кого були встановлені більш часті строки спостереження. Вказані у таблиці 6.3 строки спостереження визначені для тих осіб, які у повній мірі опанували техніку індивідуальної гігієни порожнини рота та приймають активну участь у профілактиці загострень ГП. Доречно відмітити також, що якщо у процесі диспансерного спостереження та лікування покращувалися показники ефективності лікування, кратність відвідувань визначалася у відповідній графі.

Таблиця 6.3

Визначення тривалості ремісії та періодичності моніторингу хворих на генералізований пародонтит у системі диспансерного спостереження в залежності від інтенсивності перебігу захворювання та якості лікування

Ефективність лікування	Інтенсивність ураження пародонта у хворих ГП I-II ст.. (глибПК+АП)					
	низька	н/ середн.	середня	в/ середн.	висока	дуже висока
ВИСОКА трив. реміс.(міс) кратн. оглядів (рік)	13-16 м. 1 р. / 8-9 м.	12-14 м. 1 р. / 8-9 м.	11-13 м. 1 р. / 8-9 м.	9-11 м. 1 р. / 7-8 м.	8-9 м. 1 р. / 6 м.	7-9 м. 1 р. / 6 м.
СЕРЕДНЯ трив. реміс.(міс) кратн. оглядів (рік)	12-15 м. 1 р. / 8-9 м.	11-14 м. 1 р. / 8-9 м.	10-12 м. 1 р. / 7-8 м.	8-10 м. 1 р. / 6-8 м.	7-8 м. 1 р. / 6 м.	6-8 м. 1 р. / 3 м.
НИЗЬКА трив. реміс.(міс) кратн. оглядів (рік)	10-12 м. 1 р. / 7-9 м.	9-11 м. 1 р. / 7-9 м.	8-11 м. 1 р. / 6-8 м.	7-9 м. 1 р. / 5-6 м.	6-7 м. 1 р. / 3 м.	5-7 м. 1 р. / 2 м.
ДУЖЕ НИЗЬКА трив. реміс.(міс) кратн. оглядів (рік)	9-11 м. 1 р. / 6-8 м.	8-10 м. 1 р. / 6-8 м.	7-9 м. 1 р. / 5-7 м.	6-8 м. 1 р. / 4-5 м.	5-7 м. 1 р. / 2 м.	4-6 м. щоміся ця

6.2 Комплексний аналіз якості та ефективності диспансерного спостереження в системі лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта

На підставі аналізу джерельної бази (розділ 1) та власних досліджень визначено недостатність робіт, які б розкривали на сучасному етапі обсяг стоматологічної диспансерної роботи, її ресурсне забезпечення, зокрема, не досліджено залежність потреби та структури диспансерних заходів від вихідного рівня організації стоматологічної допомоги.

Диспансеризація стоматологічних хворих складається з 5 основних елементів: відбору, спостереження, оздоровлення, планування та управління диспансеризацією. За наказом МОЗ СРСР від 30.05.1986 № 770, пацієнти із захворюваннями пародонта підлягали диспансерному спостереженню із занесенням їх до I-III груп в залежності від стану компенсації процесу та із відповідним терміном спостереження від 1 до 3 разів на рік та регламентом лікувально-профілактичних заходів. В зв'язку з підвищенням навантаження на лікаря-стоматолога було збільшено кількість лікарів-стоматологів до 4 на 10 тис. дорослого населення, при чому 2 з них – стоматологи-хірурги.

Медична ефективність диспансеризації розглядалася як кінцевий результат профілактичних та лікувальних оздоровчих заходів [59]. Використовуючи систему показників ефективності диспансеризації, що була запропонована НДІ соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ім. Н.А.Семашко [59], ми розробили методика оцінки ефективності диспансеризації хворих на генералізований пародонтит. В якості критеріїв було обрано частоту загострень захворювання та зміни у стані пародонта хворих у процесі диспансеризації. Для співставлення результатів використані нами критерії визначали у залежності від терміну диспансерного спостереження, а також ступеню тяжкості і клінічного перебігу генералізованого пародонтиту.

Нами було виділено три групи хворих, що перебували на диспансерному спостереженні у досліджуваних ЛПСЗ в залежності від його давності: 1 групу хворих спостерігали протягом 1 року, 2 групу – понад 1 рік та до 3 років, 3 групу – понад 3 роки та більше. Розподіл по групах становить відповідно 10,2%, 58,0% та 31,8%. Питома вага осіб, що не мали загострення захворювання, збільшується з 60,2% у 1 групи до 76,7% - у 3 групі.

Встановлений нашими дослідженнями факт зниження частоти загострень генералізованого пародонтиту в залежності від тривалості диспансерного спостереження (в середньому по ЛПСЗ з 39,8% до 23,3%) в цілому можна вважати достатньо високим рівнем якості диспансеризації, що здійснюється на експериментальних базах.

Частота загострень захворювання (наявність або відсутність) - це абсолютний показник, який об'єктивно характеризує стан здоров'я хворих на диспансерному спостереженні. Однак, доволі достовірно оцінити ефективність диспансеризації можна за зсувами в стані пародонта в осіб, що знаходяться під диспансерним спостереженням.

Оцінку стану пародонта проводили за наступним тестом стійке покращення, нестійке покращення, без змін, погіршення стану пародонта.

Відповідно до наших даних, найбільшу питому вагу хворих із «нестійким покращенням» стану пародонта та «без змін» було зареєстровано у 1 групі, тобто з терміном диспансерного спостереження протягом одного року, що в основному, визначається незначними строками спостереження. Так, «нестійке покращення» виявлено у $30,7 \pm 3,7\%$ хворих 1 групи, протягом подовження терміну диспансерного спостереження цей показник знижується до $22,7 \pm 4,3\%$. Показник «без змін» у той же час знижується з $16,5 \pm 3,1\%$ до $9,6 \pm 1,8\%$.

Зростання тривалості диспансерного спостереження до 3 років приводить до збільшення частки хворих із «стійким покращенням» перебігу генералізованого пародонтиту (від $46,7 \pm 3,2\%$ до $56,9 \pm 3,1\%$).

При диспансерному спостереженні понад 3 роки зростає відсоток хворих з клінічним благополуччям та клініко-рентгенологічною стабілізацією патологічного процесу у пародонті ($63,4 \pm 4,5\%$). Цей найбільш об'єктивний показник якості диспансеризації на основі експертної оцінки.

Нами проведено аналіз випадків «погіршення» стану пародонта (3,6 - 6,1%). Отримані дані свідчать про вплив на цей показник цілої низки чинників, серед яких можна виділити 2 групи:

I. Такі, що залежать від діяльності медичних служб:

- 1) організаційні (термін узяття на диспансерне спостереження, регулярність спостереження, рівень лікувального стоматологічного закладу тощо)
- 2) клінічні (об'єктивність діагностики, методи та повнота проведеного лікування тощо)

II. Такі, що не залежать від діяльності медичних служб:

- 1) біологічні (вік пацієнтів, наявність супутніх захворювань, вагітність тощо)
- 2) ступінь, характер перебігу та інтенсивність ураження пародонта.

Перша група факторів відноситься до керованих і може бути використана для оптимізації системи організації спеціалізованої медичної допомоги хворим на генералізований пародонтит з метою досягнення максимальної ефективності їх лікування.

Отримані нами дані свідчать про вплив факторів обох груп. «Погіршення» або прогресування процесу в пародонті спостерігали переважно в осіб, що не завершували курс лікування або нерегулярному диспансерному спостереженні.

Отже, позитивні зсуви у стані пародонта хворих на диспансерному спостереженні знаходяться у безпосередньому прямому зв'язку від якості та тривалості диспансерного спостереження. За високої якості організації диспансеризації позитивні зміни у стані здоров'я диспансерних хворих

проявляються у збільшенні кількості осіб зі стійким покращенням стану пародонта, що відбувається при умові тривалого періоду спостереження (понад 3 роки).

6.3 Модель системи диспансеризації хворих на генералізований пародонтит за рівнями організації стоматологічної допомоги

У попередніх етапах дисертаційного дослідження проведено аналіз результатів вивчення етапу надання медичної допомоги у типових лікувально-профілактичних закладах великого міста. Однак, не зважаючи на певні зусилля лікарів-стоматологів, що надають медичну допомогу пародонтологічним хворим, відсутні механізми її нормативно-правового та методичного забезпечення

У даному підрозділі висвітлюється концепція організаційної моделі спеціалізованої пародонтологічної допомоги на різних рівнях організації в умовах великого міста.

Вихідними даними для нашої розробки слугували показники роботи лікувально-профілактичних стоматологічних підрозділів, у яких надається допомога хворим із ураженнями пародонта. Принциповим моментом у організації таких підрозділів є те, що практично в усіх з них у той чи інший спосіб надається медична допомога пародонтологічним хворим із дотриманням одного з головних її принципів – комплексності, що вимагає від лікарів-стоматологів розширення спектру та алгоритму лікувально-профілактичної діяльності, збільшення витрат часу та матеріально-технічного оснащення. Такий комплексний підхід, задекларований й апробований упродовж багатьох років у вітчизняній стоматології, вимагає не тільки комплексного характеру роботи стоматологічного підрозділу щодо засобів лікування, а й за організацією лікувальної тактики ведення хворих.

На виконання цих принципів спостереження за хворими, їх лікування

та моніторинг ефективності мають бути здійснені бригадою фахівців-пародонтологів, до складу якої входили б стоматолог-терапевт, хірург, ортопед та помічник лікаря – гігієніст.

За наявності штатних можливостей, належного матеріально-технічного забезпечення поліклінік пародонтологічні відділення можуть бути багатопрофільними, тобто включати фахівців терапевтичного, хірургічного та ортопедичного профілів. Якщо немає можливості ввести до штату такого відділення стоматологів-хірургів та ортопедів, диспансеризацію хворих здійснюватимуть лікарі - стоматологи - пародонтологи, а окремі види хірургічної допомоги (клаптеві операції, пластику присінку порожнини рота) та певний обсяг ортопедичних втручань (виготовлення шин, протезів, ортодонтичних апаратів) хворим на генералізований пародонтит виконуватимуть у хірургічному та ортопедичному відділеннях стоматологів-хірургів та ортопедів. Однак кожний лікар пародонтологічного відділення повинен володіти методами оцінки функціональної значущості зубо-щелепної системи, вмінням виявляти порушення з боку оклюзії та артикуляції, парафункції, знати основні закони фармакотерапії та здійснювати загальне керівництво комплексним лікуванням хворих. Однак роботи такого відділення повинна скеровуватися таким чином, щоб розбір найбільш тяжких клінічних випадків проводився усією бригадою фахівців.

Враховуючи те, що екстенсивний розвиток мережі та штатів обмежений поряд із плановою комплектацією штатів лікарів-стоматологів загальної практики доцільно ввести систему пародонтологічної служби за рахунок існуючого штатного розпису лікувально-профілактичних закладів великого міста з конкретним змістовно-функціональним наповненням на кожному рівні.

Тому у теперішній час виділення лікарів-пародонтологів ми рекомендуємо проводити з наявного штату лікарських посад терапевтичного відділення шляхом раціональної організації лікувального процесу з чітким

визначенням функціональних обов'язків лікаря-пародонтолога. При організації посади лікарів-спеціалістів по напрямкам лікування - включати до штатного розпису відділення за рахунок загальної чисельності лікарів поліклініки шляхом визначення їх функцій в лікуванні хворих на генералізований пародонтит. Кількість посад визначати, виходячи з потреби в обсязі та видах комплексного лікування.

За розробки методичних підходів до визначення штатів пародонтологічного відділення було досліджено структури звертань за стоматологічною допомогою протягом календарного року.

Було встановлено, що 25% всіх первинних звертань до лікарів-стоматологів-терапевтів або стоматологів загальної практики складають хворі із ураженням тканин пародонта.

Експертна оцінка цих даних з урахуванням загальноприйнятих інструктивних та методичних вказівок з організації диспансеризації [59], віково-статевої, соціальної та професійної структури населення, рівня організації лікувального процесу дозволила визначити, що диспансерному спостереженню у спеціалізованих лікувально-профілактичних підрозділах підлягало 75% хворих даної групи, що складає 20% від усіх первинних звертань.

Підрахунок 20% від загальної кількості первинних хворих, що звернулися за календарний рік, отримаємо орієнтовну кількість хворих, що підлягають диспансеризації з приводу генералізованого пародонтиту у конкретному лікувальному закладі.

В умовах обмежених кадрових можливостей та фінансування медичної галузі, а також з урахуванням інших першочергових завдань, що поставлені перед охороною здоров'я загалом, ці розрахунки можна взяти як вихідні при організації пародонтологічних підрозділів.

Важливими показниками, що безпосередньо впливають на визначення штатів пародонтологічних підрозділів, є нормативні показники навантаження лікарської посади.

Дослідження, які проведені нами, виявили розбіжності між офіційними показниками, що регламентують навантаження лікарської посади з терапевтичної стоматології, та тими, що практично склалися за матеріалами обліково-звітної документації на відібраних нами експериментальних базах. Ці розбіжності обумовлені змінами однієї зі складових функцій лікарської посади – показника навантаження на 1 годину роботи лікаря. Нами проведено аналіз нового показника навантаження, яке склалося протягом низки років у досліджуваних лікувальних закладах.

Так, зокрема, було виявлено, що значно застаріли норми амбулаторного навантаження лікарів-стоматологів. Між тим, протягом останніх років відбулися суттєві зміни в організації медичної допомоги населенню, структурі звертань хворих, оснащення та обладнання стоматологічних кабінетів. Ширше впроваджуються нові методи діагностики та лікування, спеціальні методи функціональних, лабораторних та рентгенологічних досліджень. Запропоновані нові, сучасні й прогресивні форми обліку лікаря-стоматолога не за кількістю звернень, а за фактично виконаною роботою. У зв'язку з цим визначаються нові показники навантаження на 1 годину роботи.

Враховуючи позитивний досвід реалізації обліку роботи лікарів-стоматологів за фактично виконаною роботою ми провели нормування праці лікарів-пародонтологів.

На підставі проведених нами хронометричних досліджень з урахуванням експертної оцінки отриманих даних нами були визначені витрати часу на відвідування хворого на генералізований пародонтит. Ці дані використані нами для визначення нормативних показників роботи лікаря, що здійснює диференційований прийом хворих на генералізований пародонтит.

Навантаження або функція лікарської посади розрахована з відомою формулою:

$$\Phi = B \times C \times \Gamma,$$

де Φ – функція лікарської посади;

B – нормативна кількість відвідувань (або така яка склалася за певних умов) на 1 годину роботи;

C – кількість робочих годин на день;

Γ – кількість робочих днів у році.

Виходячи з розрахунку нормативних показників навантаження лікаря-пародонтолога, який проведено нами, $B=2,4$; $C=5$; $\Gamma=270$:

$$\Phi = 2,4 \times 5 \times 270 = 324 \text{ (відвідувань)}.$$

Таким чином, функція лікарської посади лікаря-пародонтолога складає 3240 відвідувань на рік.

Загальноновизнаним є головним положення про те, що завданням лікарів, що здійснюють прийом пародонтологічних хворих, є диспансерне спостереження хворих на генералізований пародонтит, організація диспансеризації вимагає рішення такого важливого питання, як визначення кількості хворих, яких може забезпечити диспансерним спостереженням 1 лікар протягом року.

Наші підрахунки кількості хворих, яку може забезпечити диспансерним спостереженням 1 лікар протягом року, базуються на функції лікарської посади, яка склалася практично і підтверджена експериментально, та кількості відвідувань лікаря, які здійснює 1 хворий на генералізований пародонтит протягом року. Останній показник визначається тривалістю курсового лікування хворих та частотою курсів лікування протягом року.

Тривалість курсу лікування хворих на генералізований пародонтит визначена з урахуванням впливу на цей показник багатьох чинників, одним з яких є кратність курсу лікування. Як було наведено раніше у розділі 5, нами

визначені значні розбіжності у тривалості первинного та послідуєчих курсів лікування. Так, зокрема, кількість відвідувань на первинний курс лікування становить у середньому $8,86 \pm 0,9$, наступні – $5,72 \pm 0,4$.

Частота повторних курсів лікування на рік також залежить від багатьох чинників і знаходиться у безпосередньому зв'язку з термінами диспансерних оглядів.

Терміни повторних відвідувань визначає лікар індивідуально для кожного хворого. Однак, забезпечення єдиної системи диспансерного спостереження диктує необхідність розробки єдиних орієнтовних термінів диспансерних оглядів хворих на генералізований пародонтит.

Нами проведено порівняльне визначення термінів диспансерного спостереження хворих на генералізований пародонтит в залежності від традиційних критеріїв – характеру перебігу та ступеню захворювання (за класифікацією М.Ф.Данилевського, 1994), з одного боку, та розробленою нами методикою диспансерного моніторингу хворого на генералізований пародонтит (Патент України № 29563,2008).

Безумовним обов'язковим критерієм у обох методах було врахування також загального статусу хворого, а також забезпечення умов безперервного спостереження та вірно і своєчасно оцінювати зміни у стані пародонта. Критеріями слугували відсутність загострення або його початкові прояви.

Для своїх безпосередніх розрахунків за цим методом ми визначали усереднений показник кратності курсового лікування хворих на генералізований пародонтит протягом року, який дорівнює 1,5 (разів).

Слід відмітити, що протягом першого року диспансерного спостереження хворого необхідно було б оглядати двічі, незалежно від ступеню розвитку захворювання. Така активна тактика дозволила б, по-перше, закріпити результати першого курсу лікування, а, по-друге, дисциплінує хворих, сприяє закріпленню контакту між лікарем і хворим. У

наступні роки повторні курси лікування можна проводити у визначений термін – 1,5 рази на рік (1 раз на 8 місяців).

Таким чином, якщо відомо, що тривалість першого курсу лікування становить 9 відвідувань, а наступних – 6, а кратність курсового лікування протягом першого року диспансерного спостереження – 2, кожним хворим буде зроблено до лікаря 15 відвідувань.

Нами визначено, що функція лікарської посади зі спеціалізованого пародонтологічного прийому дорівнює 3240 відвідувань. У такому випадку 1 лікар зможе диспансеризувати на першому році – 216 хворих на генералізований пародонтит. У послідуючі роки цими хворими буде здійснено 1944 відвідування, оскільки тривалість повторного курсового лікування – 6 відвідувань, а частота повторних курсів лікування на рік – 1,5.

При функції лікарської посади, яка дорівнює 3240 відвідувань, лікар, що здійснює пародонтологічний прийом, може взяти на диспансерний облік ще 86 первинних хворих, якими будуть зроблені 1296 відвідувань. Наводимо розрахунки:

$$3240-1944=1296$$

$$1296:15=86,$$

де 15 – кількість відвідувань лікаря на пародонтологічному прийомі, що зроблені 1 хворим у перший рік диспансерного спостереження.

За умов задовільної організації диспансерної роботи ця кількість по закінченні терміну 3-5 років збільшиться за рахунок хворих, що будуть зняті з диспансерного обліку в зв'язку зі стабілізацією процесу в пародонті. Окрім того, резерви часу з'являються за рахунок зменшення питомої ваги загостреного перебігу, що відповідно подовжить терміни диспансерних оглядів.

Отже, планувати роботи пародонтологічних підрозділів за умов обраних критеріїв формування регламенту диспансерного моніторингу – ступінь та перебіг генералізованого перебігу – необхідно з розрахунку 200

диспансерних хворих на 1 лікаря-пародонтолога у минулий рік та 300-350 – у послідувачі.

За умови організації багатoproфільних пародонтологічних відділень співвідношення лікарів-терапевтів, хірургів та ортопедів-пародонтологів можна визначити наступним чином.

Нами визначено, що на курс лікування 1 диспансерного хворого необхідно планувати 1,1 операції, а частота повторних курсів лікування на рік – 1,5. У такому випадку, потреба хворих на генералізований пародонтит у хірургічних операціях на 1 диспансерного хворого на рік становить 1,7 операцій.

Нами визначені також витрати часу на 1 операцію, які складають в середньому 30 хвилин. Визначено, що у післяопераційному періоді хірургу-пародонтологу для ведення хворого необхідно в середньому 2 відвідування по 10 хвилин на кожне, тобто 20 хвилин. Таким чином, на 1 оперованого хворого хірург витрачає 50 хвилин. Потреби диспансерної групи хворих у хірургічних операціях, як було вже показано, 1,7 на 1 диспансерного хворого, або 85 хвилин у часовому вираженні ($50 \times 1,7 = 85$).

Якщо річний бюджет часу хірурга-пародонтолога дорівнює 81000 хв. (270×300 , де 270 – кількість робочих днів у році, 300 хв. – тривалість прийому хворих протягом робочого дня), консультативна робота з урахуванням експертної оцінки даних, наведених у розділі 5, становить 6000 хв., то на операційну діяльність у хірурга-пародонтолога припадає 75000 хв. Виходячи з цього, один хірург-пародонтолог за рік може прооперувати 882 хворих ($75000 : 85 = 882$), що забезпечить приблизно 3 пародонтологів-терапевтів.

Визначення посад ортопедів-пародонтологів проведено з урахуванням потреби хворих на генералізований пародонтит у спеціалізованій ортопедичній допомозі. За нашими даними вона становить 2,2 відвідування на курс лікування. Частота повторних курсів лікування на рік, як було вже

зазначено вище, - 1,5. Отже, на рік на 1 диспансерного хворого на генералізований пародонтит необхідно планувати 3,3 відвідування ($2,2 \times 1,5 = 3,3$).

Функція лікарської посади ортопеда-стоматолога становить 2700 відвідувань на рік.

$$\Phi = B \times C \times \Gamma = 2 \times 5 \times 270 = 270 \text{ (відвідувань),}$$

де $B=2$ (Наказ ... про навантаження),

$$C=5,$$

$$\Gamma=270.$$

Консультативна роботи складає 600 зі всієї кількості відвідувань (показник отримано з урахуванням експертної оцінки), лікувальна робота – 2100 відвідувань ($2700 - 600 = 2100$).

Якщо на 1 диспансерного хворого га рік планується 3,3 відвідування, то ортопед-стоматолог може надати допомогу 636 хворим на рік ($2100 : 3,3 = 636$). Отже, на 2 пародонтологів - терапевтів необхідно планувати 1 пародонтолога - ортопеда.

Однією з найважливіших та складних задач, вирішення яких дозволило б значно поліпшити стан стоматологічного здоров'я населення в цілому, і пародонтологічного, зокрема, є впровадження диспансеризації стоматологічних хворих як інструменту контролю якості надання лікувально-профілактичної допомоги.

У цьому аспекті важливим моментом є координація роботи між стоматологами первинного прийому та фахівцями, що надають спеціалізовану пародонтологічну допомогу.

За матеріалами нашого дисертаційного дослідження робота лікарів-стоматологів, що задіяні у наданні медичної допомоги пародонтологічним хворим у обстежених нами підрозділах різних рівнів, базується на принципах систематичного планового спостереження за певним контингентом хворих на генералізований пародонтит із застосуванням широкого арсеналу

діагностичних та лікувальних засобів. Однак відсутність нормативної бази щодо регламенту диспансеризації стоматологічних хворих, зокрема, із захворюваннями пародонта, їх лікування та профілактики – протоколів – в умовах диспансерного спостереження.

Подальший розвиток диспансерного методу на шляху до диспансеризації населення, як невід'ємної складової формування паспорту здоров'я в рамках створення системи обов'язкового медичного страхування, у першу чергу, повинний передбачити розширення контингентів осіб, що підлягають диспансеризації, зокрема, з доклінічними формами патології. Сьогодні, як ніколи, актуалізується питання щодо переносу уваги з хворої людини на здорову, виявлення факторів ризику, які можуть сприяти виникненню захворювання, а в зв'язку з цим – проведення повного комплексу заходів, спрямованих на забезпечення громадського оздоровлення та індивідуальну профілактику.

Під час виконання нашої роботи в базових лікувальних закладах було виявлено лише поодинокі випадки диспансерного спостереження осіб із підвищеним ризиком захворюваності на генералізований пародонтит. Це, головним чином, молоді люди віком 19-21 рр.) з наявністю чинників інтра- та екстраорального патогенного впливу на тканини пародонта.

На нашу думку, такий контингент осіб потребує ретельного догляду, адже своєчасне усунення або корекція причинних факторів у молодому віці дозволить попередити розвиток захворювань пародонта, зокрема, генералізованого пародонтиту. Тому контингент осіб для диспансерного спостереження слід формувати з числа хворих (1 група) та осіб із підвищеним ризиком захворюваності на генералізований пародонтит (2 група).

До 1 групи диспансерного спостереження мають увійти особи у віці 19-34 років, у яких діагностовано генералізований пародонтит. Підгрупи

формується за ознаками інтенсивності ураження пародонта у хворих (табл. 7.2).

На нашу думку, диспансеризацію слід здійснювати за принципом, який передбачає розподіл хворих за термінами спостереження відповідно до розроблених нами критеріїв. При цьому слід формувати три групи:

1 група – короткочасне диспансерне спостереження (до 3 років). До цієї групи слід віднести:

- хворих, що перенесли гострі запальні захворювання пародонта за умов відсутності наслідків упродовж 6 місяців;
- осіб із хронічними запальними захворюваннями пародонта за умов їх вилікування та відсутності рецидиву упродовж року;
- осіб із інтактним пародонтом, але наявністю чинників ризику, у яких зміни пародонта не виявляються протягом 1-1,5 років
- хворі на загально соматичні захворювання при вилікуванні їх або значному покращенні загального стану здоров'я та відсутності змін пародонта упродовж 1,5-3 років.

Цю групу хворих повинен спостерігати лікар-пародонтолог протягом 1-2 років відповідно до методики диспансерного спостереження. У подальшому вони переходять на диспансерний облік до стоматолога (лікаря-загальної практики, сімейного стоматолога), та спостереження триває ще протягом 2-3 років із періодичністю 1 раз на рік.

2 група диспансерного спостереження (понад 3 роки). Її складають хворі, котрим було проведено комплексне і упродовж 3 років не виявлено активного процесу, що підтверджено даними клініко-рентгенологічних та лабораторних досліджень. Вони також переводяться для подальшого диспансерного спостереження до дільничного стоматолога із періодичністю оглядів 1 раз на рік.

3 група постійного диспансерного спостереження. До неї увійдуть хворі з ускладненими формами генералізованого пародонтиту, які

потребують надання перманентної спеціалізованої пародонтологічної допомоги.

Виявлення відповідного контингенту хворих та встановлення їх на диспансерний облік є початковим етапом диспансерного спостереження. Сутність всієї проблеми полягає у подальшому активному проведенні профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів щодо диспансеризації.

Для більш чіткої організації диспансерного спостереження нами розроблено протоколи обстеження та лікування хворих на генералізований пародонтит для використання з метою формування індивідуальних діагностичних та лікувально-профілактичних заходів щодо контингенту диспансерного спостереження.

РОЗДІЛ 7

СТАНДАРТИЗАЦІЯ СКРИНІНГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

7.1. Стандартизація скринінгу хвороб пародонта

Основною метою скринінгу уражень пародонта є діагностика захворювання у осіб, що не підозрюють про його наявність.

7.1.1. Оцінка доцільності скринінгу захворювань пародонта. Для визначення перспективності розробки та впровадженню на території України програм скринінгу захворювань пародонта нами проведено аналіз відповідності цієї патології критеріям Wilson-Junger на сучасному етапі.

Критерій 1. Важливість для проблеми охорони здоров'я. Високий рівень стоматологічної захворюваності реєструється на теперішній час практично у всіх регіонах України, особливо із техногенним забрудненням навколишнього середовища [17, 19]. Рівень розповсюдженості захворювань пародонта серед дорослого населення у різних регіонах за даними К.М.Косенко [143], становить від 92% до 98%. Зокрема, за даними епідеміологічних досліджень [127, 130, 144], поширеність захворювань пародонта серед осіб молодого віку у м. Києві становить: серед осіб 16-18 років - 33,6%, 19-20 років – 57,2%, 21-25 років – 61,2%, 26-30 років – 73,3%; у м. Одесі серед осіб віком 17-25 років – 45,7%, м. Полтаві серед осіб 17-26 років – 62,7%. Рівні захворюваності та поширеності хвороб пародонта серед населення останніми десятиріччями мають тенденцію до поступового зростання. Прогнози існуючої ситуації на теперішній час вказують на те, що

наявна висока вірогідність до подальшого зростання захворюваності населення України на генералізовані захворювання пародонта, до рівнів країн Європи, де на теперішній час ці показники є значно вищими за середньо українські рівні. Незважаючи на сучасні спрямування стоматології до вдосконалення методів діагностики й лікування, впровадження новітніх медичних технологій, суттєвого зниження пародонтологічної захворюваності серед дорослого населення України не спостерігається. Рівні захворюваності серед населення різних країн світу визначаються єдиними медико-соціальними факторами.

Критерій 2. Високий рівень досліджень щодо етіології та патогенезу хвороби (стану). На теперішній час дослідження патогенезу та клініки генералізованого пародонтиту є достатнім для створення програм його скринінгу.

Причиною патологічного процесу в тканинах пародонта можуть бути різноманітні чинники як екзогенного, так і ендогенного походження. Незважаючи на велику кількість чинників, що спричинюють запальний або дистрофічно-запальний процес у тканинах пародонта, він має досить однотипний перебіг і, залежно від локалізації, тривалості впливу етіологічних чинників, проявляється в різних морфологічних та патоморфологічних варіантах. Стан фізіологічних захисних механізмів тканин пародонта та організму в цілому визначає ступінь поширеності дистрофічно-запального процесу та його інтенсивність.

Реалізація впливу різних патогенних чинників відбувається в тому випадку, коли вони за своєю силою переважають пристосувально-захисні можливості тканин пародонта, а також у разі зниження реактивності організму.

Перехід від клінічно здорового стану пародонта до патологічного відбувається з різною швидкістю. Для повного розуміння процесу необхідно враховувати низку біохімічних змін, змін на клітинному рівні тощо. З цією

метою міжнародною робочою групою з пародонтології у 1996 р. було запропоновано модель критичного шляху розвитку пародонтиту. Згідно з цією концепцією, унаслідок незадовільної гігієни порожнини рота відбувається зміна нормальної сапрофітної мікрофлори порожнини рота на умовно-патогенну та патогенну. Виникає запалення, хемотаксис, продукування антитіл, фагоцитоз, активація системи комплементу, продукція лейкотрієнів, інтерлейкінів тощо. При нормальній активності поліморфноядерних нейтрофільних лейкоцитів і антитілопродукування в організмі відбувається елімінація мікроорганізмів, що проникли у тканини пародонта. Унаслідок цього захворювання не розвивається або виникає досить обмежене запалення (наприклад гінгівіт). З іншого боку, при порушенні функції поліморфноядерних нейтрофільних лейкоцитів патологічний процес може прогресувати. Захворювання може розвиватися при продукуванні бактеріями вірулентних факторів, які здатні інактивувати комплемент і поліморфноядерні нейтрофільні лейкоцити або пропустити цей етап шляхом інвазії бактерій у тканини. Прикладами подібного роду мікроорганізмів є *Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.

На початку розвитку захворювання у процес втрати зубоязенного прикріплення включаються плазмоцити та інші клітини з включенням Т-лімфоцитів і моноцитів. Вивільнюються катаболічні цитокіни IL-1, TNF, ШД-6, а також простагландини E2 (PGE2). Відбувається стимуляція клітин організму хазяїна і бактерій з утворенням субстанцій, які руйнують ясна: колагеназа, матричні металопротеїни тощо.

Водночас організм намагається вилікувати себе сам. При зміщенні балансу між катаболізмом і анаболізмом у бік першого виникає або розвивається захворювання.

Первинне ушкодження тканини ясен виникає вже на 2—4-й день після утворення нальоту на зубах. У яснах спостерігають невелике накопичення

поліморфноядерних нейтрофільних лейкоцитів, моноцитів тощо. Відзначають класичний васкуліт судин у тканинах, що прилягають до цієї ділянки. На 4—6-й день у сполучній тканині пластинки ясен спостерігають формування запального інфільтрату з наявними в ньому лімфоцитами. Сполучний епітелій починає формувати вирости в товщу сполучної тканини. У ділянці запалення різко (на 70 %) зменшується кількість колагену. Через 2—3 тиж від початку акумуляції нальоту виникає розвинене ушкодження пародонта. На тлі вищеописаних запальних змін у інфільтратах відзначають збільшення кількості плазмоцитів, які продукують імуноглобуліни (переважно IgG). Триває проліферація епітелію вглиб тканин пародонта, на тлі якої відзначають ділянки виразкування епітелію. У даному випадку поки що не спостерігають зміни в кістці коміркового відростка щелеп, проте дана стадія супроводжується вираженою клінічною симптоматикою гінгівіту.

На цьому етапі патологічний процес може існувати тривалий час, не спричинюючи деструктивних змін пародонта. Коли ж цей період минає (що залежить від загального стану людини, гігієни порожнини рота тощо), то зона ушкодження поступово збільшується. Епітелій досить глибоко проникає в прилеглі тканини пародонта (періодонт, ясна, коміркова кістка) і починається розпад його клітин з утворенням щілини (яка згодом перетворюється в пародонтальну кишеньку). У тканинах пародонта триває подальший розпад колагенових волокон, однак ще деякий час цілісність волокон циркулярної зв'язки підтримується за рахунок регенеративних процесів. У запальних інфільтратах у тканинах ясен переважають плазмоцити. Починається резорбція гребеня коміркової кістки, особливо в ділянці судин. Надалі запальний процес поширюється від ясен до коміркової кістки по періодонту, судино-нервовим пучкам тощо. У місцях виходу судин з коміркової кістки починається запальний процес кісткової тканини. Після досягнення губчастої речовини кістки патологічний процес поширюється через внутрішньокміркові сполучення. Поширення інфільтрату в кістці

коміркового відростка супроводжується інфільтрацією судин і проліферацією фібробластів. Унаслідок підвищення активності остеобластів відбувається виражена деструкція кістки коміркового відростка. Процес резорбції кістки супроводжується активністю остеобластів і утворенням нової кісткової тканини, проте в даному випадку процеси резорбції кістки можуть переважати. Клінічна втрата коміркової кістки спостерігається у разі зміщення балансу між утворенням та руйнуванням кісткової тканини у бік останнього процесу.

Критерій 3. Наявність факторів ризику та ранньої стадії захворювання, яку можливо встановити. Дослідження свідчать про те, що існують певні загальні та специфічні фактори ризику виникнення та прогресування захворювань пародонта:

- комплекс місцевих факторів, які впливають на стан тканин пародонта: зубні відкладення, мікрофлора, травматична оклюзія, несанована порожнина рота, неповноцінні пломби, протези, ортодонтичні апарати, шкідливі звички, неправильне розміщення вуздечок губ, язика тощо. Серед місцевих ушкоджувальних факторів, які поєднують у собі механічну, хімічну та біологічну (мікроби, токсини) дію, зубні відкладення посідають провідне місце. На розвиток захворювань пародонта впливають: 1) стан і продукти обміну в зубних відкладеннях; 2) фактори порожнини рота, здатні посилювати або послаблювати патогенетичний потенціал мікроорганізмів та продуктів їх обміну; 3) загальні фактори, від яких залежить реакція відповіді організму на патогенні впливи. Аналізуючи роль мікрофлори у виникненні захворювань пародонта (гінгівіт, локалізований та генералізований пародонтит), необхідно усвідомити складну взаємодію мікроорганізмів та організму людини взагалі, яка багато в чому визначає прояви складної клінічної картини різних захворювань пародонта. Умовно-патогенні мікроорганізми порожнини рота можуть спричинити захворювання або безпосередньо під впливом своїх токсинів, ушкоджуючи тканини пародонта,

або опосередковано, шляхом індукування реакцій-відповіді (зазвичай імунного характеру) організму хазяїна, під час розвитку яких також відбувається ушкодження тканин пародонта. Ці реакції-відповіді можуть мати захисний або ушкоджувальний характер. Поєднання таких системних факторів разом із локальними механізмами ушкодження і визначає всю різноманітність проявів захворювань пародонта в різних пацієнтів.

- загальні фактори ризику (наявність супутньої патології - захворювання ШКТ, нервової системи, ендокринологічні захворювання та інші), спадкова схильність (популяційно-значущий генетичний ризик становить 12-26%)

Критерій 4. Ефективність втручань на ранніх стадіях патологічного процесу (по відношенню до пізніх стадій). Єдиним фактором ризику виникнення генералізованих уражень пародонта, на який реально можна впливати на теперішній час, залишається вплив місцевих травматичних чинників, насамперед, гігієна порожнини рота та інші подразники тканин пародонта комплексної дії (апрксимальні порожнини та пломби, відсутність чи недосконалість апрксимальних контактів тощо, які докладно розглядалися у попередніх розділах. Ефективність зниження їхньої патогенної дії з точки зору запобігання генералізованих уражень пародонта та їх прогресування були продемонстровані у численних дослідженнях [126, 134, 141, 178]. Це визначає доцільність програм скринінгу, які засновані, у першу чергу, на визначенні перевищення рівнів сумарного ураження тканин пародонта (наприклад, за допомогою СІУП) та контролі гігієни порожнини рота. Останніми роками з'явилися нові методи оцінки життєздатності тканин пародонта та їх бар'єрних функцій на основі, наприклад, експрес-цитологічного методу [126].

Критерії 5 та 6. Наявність діагностичних тестів для виявлення ранньої стадії хвороби та їх прийнятність для виявлення ранньої стадії патологічного процесу. Нині не існує єдиного тесту, який би на ранній,

доклінічній стадії на 100% відповів на питання, чи є у особи генералізований пародонтит або абсолютна вірогідність його розвитку. Методи скринінгу генералізованих уражень пародонта фактично є такими ж, як і для їхньої діагностики. Однак для скринінгу повинні використовуватися саме такі, які відрізняються мінімальною трудоємністю, високою інформативністю та водночас комплексністю оцінки досліджуваних показників, є легкими у використанні, точними та економічними.

Індексна оцінка стану тканин пародонта. З метою об'єктивної оцінки стану пародонта запропоновано ряд пародонтальних індексів. Вони поділяються на зворотні, незворотні та комбіновані. Також їх можна поділити [379] на такі групи:

1. Індокси, що визначають ступінь запалення ясен.
2. Індокси, що визначають ступінь деструкції пародонта.
3. Індокси, що визначають кількість бляшок і зубного каменю.
4. Індокси, які характеризують необхідність та обсяг лікувальних заходів.

До індексів, що визначають ступінь запалення ясен, відносять гінгівальний індекс, індекс ПМА (РМА), пародонтальний індекс ПІ (РІ) тощо. Індокси для визначення ступеню деструкції кістки ґрунтуються на даних рентгенологічного дослідження і дають змогу оцінити глибші зміни у тканинах пародонта. Для визначення кількості бляшок застосовують гінгівальний індекс, індекс бляшок. Кількість зубного каменю можна оцінити за допомогою відповідних компонентів гігієнічних індексів. Необхідність та обсяг лікування визначають за допомогою індексів СРІТN та КПІ.

Індокси, що визначають ступінь запалення ясен. Одним із найпоширеніших індексів є запропонований I. Schour і M. Massler (1948) [375] папілярно-маргінально-альвеолярний (-комірковий) (ПМА або РМА) індекс, який дозволяє об'єктивно оцінити ступінь запалення ясен. Кількість зубів, біля яких визначають індекс, залежить від віку пацієнтів: у 6—11 років

кількість зубів у нормі 24, у 12—14 років — 28, у 15 років і старше — 28 або 30. Індекс ПМА чутливий до найменших змін клінічної картини захворювання і добре відображає його динаміку та ефективність проведеного лікування.

Ступінь запалення можна оцінити за допомогою *гінгівального індексу* (J. Sillness, H. Löe, 1963). Визначають стан ясен з вестибулярної (присінкової), язикової, медіальної та дистальної поверхонь. Значення індексу 0,1—1 відповідає легкому гінгівіту, 1,1—2 — гінгівіту середнього ступеня тяжкості, більше 2,1 — тяжкому.

Пародонтальний індекс — ПІ або PI (A.L. Russel, 1956) [370] ураховує ряд показників: тяжкість гінгівіту, наявність пародонтальних кишень, рухомість зубів, деструкцію кісткової тканини тощо. Він містить у собі зворотні (від 0,7 до 1,9 балу) та незворотні (деструктивні) компоненти захворювання пародонта.

Для оцінки наявності та ступеня тяжкості захворювання пародонта доцільне використання *пародонтального індексу*, або (інша його назва) — *індекс захворювання пародонта* (Periodontal Disease Index — PDI) за S.P. Ramfjord (1959) [370]. Він модифікував пародонтальний індекс (A.L. Russel, 1956) і додав до нього компоненти більш детальної оцінки стану ясен, ясенної борозни, підрахунку зубних бляшок і каменю (гігієнічного стану порожнини рота). R.A. Shick, M.M. Ash (1961) модифікували та доповнили запропонований S.P. Ramfjord (1959) індекс шляхом зміни критеріїв підрахунку зубних бляшок і зубного каменю на поверхні зубів. У такій модифікації індекс PDI і був остаточно прийнятий (S.P. Ramfjord, 1974).

Основну оцінку стану пародонта проводять згідно з критеріями пародонтального індексу за A.L. Russel (1956), потім окремо враховують інші компоненти індексу - стан ясен (індекс гінгівіту) за показниками наявності чи інтенсивності запалення, стан ясенної борозни (пародонтальної кишені), кількість бляшок, кількість зубного каменю.

Індекси, що визначають ступінь деструкції пародонта. Можливим варіантом оцінювання цього стану може слугувати *оцінка стану ясенної борозни (пародонтальної кишені)*, критерії індексу захворювання пародонта за S.P. Ramfjord (1959). Проводять два виміри через певний проміжок часу (рік і більше), різниця між цими даними визначає ступінь руйнування (прогресування, стабілізацію) тканин пародонта.

На цих самих критеріях, за S.P. Ramfjord (1959), базується *індекс ступеня і тяжкості ураження* (Extent and Severity Index — ESI) за J.P. Carlos et al. (1986). У ділянці 14 зубів половини верхньої щелепи та 14 зубів протилежної половини нижньої щелепи визначають рівень зубоепітеліального прикріплення. У разі втрати його понад 1 мм цю ділянку вважають ураженою. Підраховують загальну кількість таких уражених ділянок і визначають їх відношення до загальної кількості обстежених ділянок у відсотках.

Оцінити стан кісткової тканини можна за допомогою *індексу оголення кореня* (індекс рецесії). Для цього вимірюють глибину кишені або за рентгенологічними даними вимірюють відстань між вершиною міжкоміркової перегородки і емалево-цементним з'єднанням. Отримані дані підсумовують і ділять на кількість обстежених зубів.

Індекс тяжкості пародонтиту (Periodontitis Severity Index — PSI) за R.A. Adams, G.P. Nystrom (1986) [370]. Складається з двох компонентів: оцінки стану ясен та висоти міжкоміркової перегородки біля обстежуваного зуба. Оцінка рівня міжкоміркової перегородки коливається від 1 до 10 балів. Підсумовують дані цих двох вимірів (запалення ясен та висоти перегородки) біля кожного обстежуваного зуба і ділять на їх кількість.

Індекси, що визначають кількість бляшок і зубного каменю. Їх іноді об'єднують у групу гігієнічних індексів, оскільки за допомогою визначення кількості зубних бляшок або зубного каменю ці індекси дають можливість оцінити гігієнічний стан порожнини рота.

Поширеним гігієнічним індексом є *спрощений індекс гігієни порожнини рота* — ОНІ-S (Simplified Oral Hygiene Index) за J.C. Green, J.R. Vermillion (1960) [370]. Він складається з *індексу зубного нальоту* DI-S (Simplified Debris Index) та *індексу зубного каменю* CI-S (Simplified Calculus Index).

Індекс зубного каменю (CI-S) визначають так само, як і зубного нальоту.

Гігієнічний індекс, за S.P. Ramfjord (1967), слугує для визначення зубних бляшок.

У 1964 р. J. Sillness і Н. Loe запропонували *індекс бляшок*. Для визначення гігієнічного індексу обстежують усі або певну групу зубів. Індекс бляшок визначають діленням отриманої суми балів біля кожної з 4 поверхонь зубів на 4, а індекс індивідуума — діленням отриманої суми на кількість обстежених зубів.

Для оцінки гігієнічного стану порожнини рота використовують *індекс гігієнічний індекс* (кількісний та якісний) Ю.А. Федорова і В.В. Володкіної (1971), який визначають після забарвлення вестибулярної поверхні шести нижніх фронтальних зубів розчином Шіллера—Писарева. У нормі гігієнічний індекс не перевищує 1,1—1,5 балу. Якісну оцінку гігієни порожнини рота проводять за інтенсивністю забарвлення поверхні зуба з її бальною оцінкою, у нормі такий показник не перевищує 1,1—1,5 балу.

Індекси, які характеризують необхідність та обсяг лікувальних заходів. ВООЗ при епідеміологічних обстеженнях захворювань пародонта рекомендує використовувати пародонтальний індекс СРІТН — Community Periodontal Index of Treatment Needs — індекс потреби в лікуванні захворювань пародонта, який визначають за необхідним обсягом лікувальних заходів, що відповідають виявленим клінічним симптомам (кровоточивість ясен, зубні відкладення, глибина кишені). Недоліком даного індексу для

скринінгу є складність обрахунку та необхідність використання спеціального зонду.

Для групового визначення стану тканин пародонта в дітей та дорослих Леусом П.О. (1989) [166] було запропоновано комплексний пародонтальний індекс (КПІ), який є варіантом індексу СРІТН. Для його визначення не потрібен спеціальний зонд, а лише звичайні стоматологічні інструменти. Стан пародонта оцінюють за основними критеріями, що наведені у таблиці 7.2. Використання даного індексу дозволяє виявити ризик захворювання пародонта. Його недоліком, водночас, є те, що не ураховуються чинники та ступінь їх патогенної дії.

Для скринінгу захворювань пародонта нами, як було показано у попередніх розділах, розроблено індекс інтенсивності ураження пародонта (І ІУП) на підставі комплексної експертної оцінки стану пародонта з урахуванням прямого кореляційного інтенсивності ураження пародонта з кількістю апроксимальних каріозних уражень, станом інтердентальної гігієни та кількістю пародонтальних кишень. За допомогою розробленого нами індексу сумарної інтенсивності ураження пародонта (СІУП) є доцільним диференціювати хворих в залежності від ступеню інтенсивності деструктивних змін, формуючи клінічні групи з її низьким, середнім чи високим рівнем. Такий принцип розподілу пацієнтів із захворюваннями пародонта може бути використаний в якості скринінгового методу при формуванні груп ризику для диспансерного спостереження, а також для опрацювання функціональної моделі диспансерного моніторингу хворих із генералізованим пародонтитом. На сьогодні чітких рекомендацій щодо визначення критеріїв ранньої діагностики запально-дистрофічних уражень пародонта, а саме генералізованого пародонтиту, та прогнозування їх перебігу ми в джерельній базі не знайшли.

Таблиця 7.1

Показники індексу CPITN при різних рівнях захворювання

Групи обстежених	Середня кількість секстантів на 1 обстеженого			
	Зі здоровим пародонтом	З кровоточивістю	Із зубним каменем	З пародонтальною кишенею
З низьким рівнем ураження	4,0—6,0	0—0,5	0—1,5	0
З середнім рівнем ураження	0—0,5	0,6—1,5	1,6—2,5	1,5—2,0
З високим рівнем ураження	0	1,6—2,0	2,6—3,0	1,8—2,4

Таблиця 7.2

Критерії оцінки стану пародонта

Критерій	Ознака	Код (бали)
Зубний наліт і ознаки ураження пародонта не визначаються	Здоровий	0
Будь-яка кількість м'якого білого нальоту, яка визначається зондом на поверхні коронки зуба, у міжзубних проміжках або приясенній ділянці	Зубний наліт (бляшки)	1
Видима неозброєним оком кровотеча при легкому зондуванні зубоясенної борозни (кишені)	Кровоточивість	2
Будь-яка кількість твердих відкладень (зубного каменю) у під'ясенній ділянці	Зубний камінь	3
Ясенна або пародонтальна кишень, яка визначається зондом	Ясенна або пародонтальна кишень	4
Патологічна рухомість зуба II—III ступеня	Рухомість зуба	5

Динамічне спостереження практично незмінного контингенту осіб молодого віку (студентів), які були обстежені упродовж першого етапу нашого дослідження, надало змогу дослідити низку факторів ризику щодо розвитку генералізованого пародонтиту та предикторів його прогресування.

Для зручності кількісної оцінки запально-деструктивних у тканинах пародонта нами було запропоновано оперативне поняття «сегмент пародонта» як морфо-функційна одиниця зубо-щелепової системи, до якого ми відносимо комірку, ясна та періодонт у зоні одного зубу. Такий підхід надає нам змогу деталізувати патологічні зміни, що відбуваються за перебігом генералізованого пародонтиту, а головне – провести моніторинг змін цього стану упродовж спостереження або лікування, оскільки відтворює квантування окремих епізодів динамічного патологічного процесу «генералізований пародонтит». Окрім цього, проведення якісної та ефективної диспансеризації хворих на генералізований пародонтит з урахуванням сучасних вимог та стандартів є неможливим без швидкого отримання інформації щодо інтенсивності ураження пародонта та швидкості розвитку запальних та послідуєчих деструктивних процесів у тканинах пародонта.

Вирішення цих завдань потребувало динамічного спостереження перебігу генералізованого пародонтиту у осіб молодого віку (19-34 років), які у першу чергу підлягають диспансерному спостереженню. Цей етап досліджень проведено за участю репрезентативної групи пацієнтів із генералізованим пародонтитом I-II ступеню у кількості 88 осіб із рівним співвідношенням чоловіків та жінок. Всього було обстежено 2604 сегменти пародонта. Глибина пародонтальних кишень (ПК) визначалася за стандартною методикою з використанням градуйованого зонду Вільямса-Фокса або тонкою гладилкою із міліметровою шкалою із наступним уточненням обсягу деструкції кісткової тканини міжкоміркової перетинки за даними радіовізіографічного дослідження. Зокрема, індекс рентгенологічної

резорбції при цьому вираховували як відношення внутрішньо-кісткової частини кореню до загальної довжини кореню зуба та виражається у відсотках. Для розрахунку цього показника використовували дані рентгенологічного дослідження (ортопантомограма та, за необхідності, прицільна внутрішньоротова дентальна рентгенограма, а також 3D-візуалізація). Розподіл сегментів пародонта за глибиною ураження (глибина пародонтальних кишень, ПК) представлено на рис. 7.1. Як слідує з наведених даних, розподіл досліджених сегментів пародонта в залежності від глибини ураження, тобто глибини пародонтальних кишень, нерівномірне. Адже у $90,82 \pm 2,32\%$ сегментів глибина ПК не перевищувала 3 мм, причому лише у $6,18 \pm 1,91\%$ глибина ПК дорівнювала 4 мм, а у $3,00 \pm 0,91\%$ сегментів ПК не виявлено.

Наступним кроком було виявлення розподілу сегментів пародонта в залежності від кількості каріозних та некаріозних уражень апроксимальних та пришийкових поверхонь зубів, а також наявності пломб та коронок (АП) – безперечних чинників місцевого подразнення (МЧП), рис. 7.2.

Звертає увагу, що за умов значної патогенної дії місцевих чинників подразнення тканин пародонта лише у 3% відсутні пародонтальні кишень, а майже у половині випадків ($53,69 \pm 3,12\%$) для осіб молодого віку є притаманним компенсована реактивність зубо-ясеневого прикріплення, про що свідчить лише $21,35 \pm 2,32\%$ наявності пародонтальних кишень до 1 мм, загальною ж тенденцією для цього вікового контингенту є незначна кількість пародонтальних кишень глибиною 4 мм ($2,23 \pm 0,31\%$) при дії місцевих чинників у кількості до $6,18 \pm 1,12\%$.

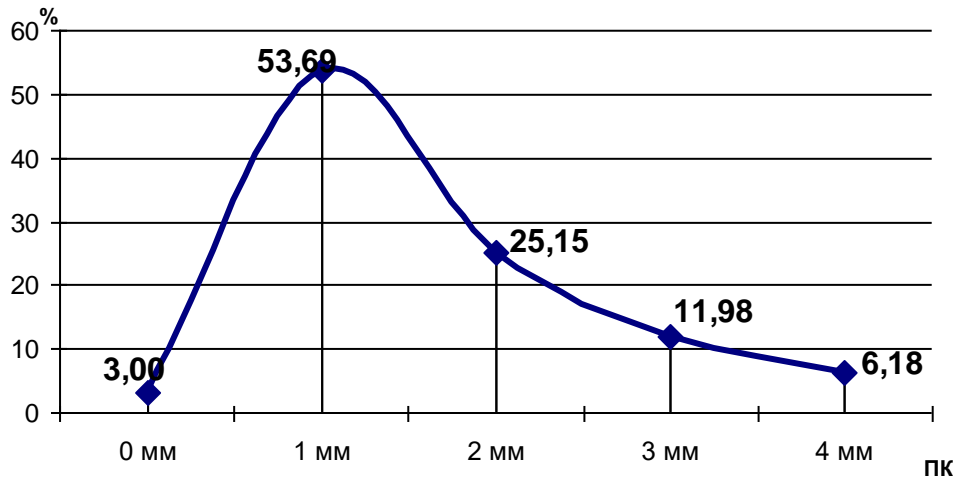


Рис. 7.1. Розподіл сегментів пародонта за глибиною пародонтальних кишень (ПК) (%)

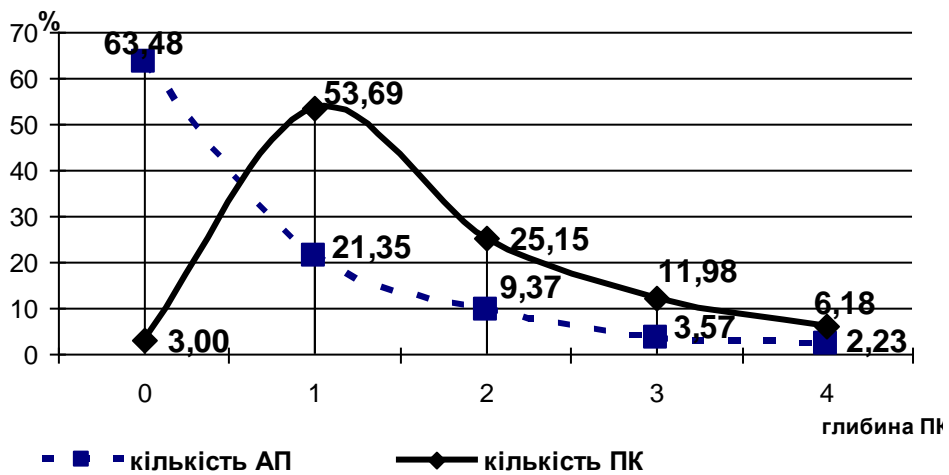


Рис. 7.2. Розподіл сегментів пародонта за кількістю пародонтальних кишень та місцевих чинників подразнення (%).

На рис. 7.3 наведено середню глибину пародонтальних кишень у сегментах з різною кількістю уражених поверхонь зуба.

На графіку простежується залежність глибини ПК від кількості каріозних порожнин контактних (пришійкових) поверхонь в одному сегменті пародонта. Так у сегментах зубо-ясенево-коміркових сегментів з інтактними контактними та пришійковими поверхнями середня глибина кишень не перевищувала $1,47 \pm 0,32$ мм, у той час як наявність ураження навіть однієї або двох поверхонь збільшувало глибину пародонтальної деструкції на 33,3%, трьох – відповідно на 36,1%. Наявність каріозного ураження з чотирьох сторін викликає різке зростання глибини ПК до $3,00 \pm 0,36$ мм, або на 104,1%.

Застосовуючи t критерій, ми перевірили гіпотезу достовірності такої розбіжності пародонтальних уражень. Зокрема, встановлено достовірну розбіжність у глибині пародонтальних уражень за умов різної кількості апроксимальних уражень $p < 0,05$.

За результатами проведених досліджень можна зробити висновок про те, що більшість хворих на генералізований пародонтит у віці 19-34 роки мають можливість значного гальмування патологічного деструктивного процесу в пародонті за допомогою якісної гігієни порожнини рота, причому значний вплив на глибину ураження пародонта спричиняє наявність каріозних уражень твердих тканин зубів, наявність пломб, вкладок на апроксимальних та пришійкових поверхнях, а також штучних коронок та мостоподібних протезів.

Наступним етапом дослідження стало визначення динаміки зміни гігієнічного стану порожнини рота та інтенсивності запального процесу у м'яких тканинах, зокрема, ясеневих сосочків, з метою розрахунку тривалості періоду ремісії. Після проведеного необхідного лікування, професійної гігієни, заміни неякісних пломб так коронок, тобто ретельного виявленні та усунення чинників місцевого подразнення пародонта, нами було досліджено

динаміку основних показників, що характеризують перебіг генералізованого пародонтиту.

Стан гігієни порожнини рота оцінювали за інтердентальним індексом API за Lange; розповсюдженість запалення за індексом РМА у модифікації Е.Н.Балычева та Е.П.Атанасова (1961) та нашої.

Сутність нашої модифікації полягає у визначенні інтенсивності запалення лише у межах ясеневого сосочка, оскільки поширення запального процесу за його межі нами оцінювалося як загострення, що потребує проведення повного курсу лікування. Завданням же диспансеризації хворих із патологією пародонта є, у першу чергу, упередження загострення.

Інтенсивність запалення оцінювали в балах наступним чином у поєднанні з пробою Шиллера-Писарева:

- немає запалення, за кольором солом'яно -жовте забарвлення – 0 балів;
- легке запалення, що не поширюється на усю маргінальну частину ясеневого сосочка – проба Шиллера- Писарева слабо позитивна (світло коричневе забарвлення) – 1 бал;
- запалення охоплює маргінальну частину ясеневого сосочка - проба Шиллера- Писарева слабо позитивна - (світло коричневе забарвлення) – 2 бали;
- запалення поширене на весь сосочок - проба Шиллера- Писарева позитивна - (темно буре забарвлення) – 3 бали.

Огляду підлягають усі зуби хворого по чотирьох квадрантах. Проба Шиллера- Писарева визначається з вестибулярної та оральної поверхонь зубів та слизової оболонки порожнини рота. Оцінюється наявність нальоту на апроксимальних поверхнях зубів та розраховується індекс API за формулою:

$$API = \text{кількість позитивних відповідей} / \text{кількість оглянутих зубів}.$$

Визначають індекс запалення РМА (модифікований):

$$РМА (м) = \text{сума балів} / \text{кількість оглянутих ясеневих сосочків}$$

Вважаємо, що інтенсивність запалення залежить від кількості зубного нальоту. Нами встановлено кореляційну залежність між кількістю нальоту на апроксимальних поверхнях (індекс АРІ) та інтенсивністю запалення (індекс РМА (м)). Коефіцієнт кореляції дорівнює $r = 0,975$, що свідчить про доволі тісний зв'язок між досліджуваними показниками.

Коефіцієнт визначення $R = 100 r^2$ свідчить, який відсоток у збільшенні запалення викликаний змінами гігієнічного стану порожнини рота. У нашому випадку $R = 95,06\%$, тобто 95% змін індексу РМА(м) залежить від зміни величини індексу АРІ.

Таким чином, обрані нами показники є достатньо інформативними щодо характеристики стану пародонта у хворих із генералізованим пародонтитом I-II ступеню у віці 19-34 років.

Сума глибини пародонтальних кишень (ПК) та кількості уражених апроксимальних поверхонь (АП) свідчить про ступінь інтенсивності генералізованого пародонтиту та може у динаміці за приростом характеризувати швидкість прогресування патологічного процесу у тканинах пародонта. У той же час приріст суми значень індексів АРІ та РМА(м) характеризує швидкість поширення запалення у м'яких тканинах пародонта. Нами не виявлено суттєвої кореляційної залежності між глибиною ПК та динамікою поширення запалення – $r = 0,43$. Однак виявлено доволі високу залежність між сумою показників ПК+АП та АРІ+РМА(м), яка становить $r = 0,936$, $R = 87,61\%$, тобто у 87,61% випадків сумарний показник АРІ+РМА(м) залежить від сумарного показника глибина ПК+АП і тільки у 12,4% на величину АРІ+РМА(м) впливають якісь інші чинники.

Проведені дослідження показали доволі тісну залежність глибини ПК від кількості уражених апроксимальних та пришійкових порожнин, а сумарне значення індексів АРІ+РМА(м) відображує швидкість перебігу патологічного процесу у пародонті.

Використовуючи непараметричні методи статистичного аналізу, було побудовано гістограму (рис. 7.4), за якою на підставі даних щодо глибини ПК+АП можна оцінити інтенсивність ураження пародонта індивідуально для кожного пацієнта.

Суму індексів глибПК+АП нами визначено як *індекс інтенсивності ураження пародонта (I IУП)*, оскільки він характеризує кількісні показники деструктивних процесів (постійні або повільно прогресуючі складові), що відбуваються у пародонтальному комплексі.

Для кількісної характеристики перебігу генералізованого пародонтиту, яка необхідна за стандартами діагностики, лікування, диспансерного моніторингу, на підставі аналізу гістограми інтенсивності ураження пародонта у хворих із генералізованим пародонтитом I-II ступеню (рис. 7.4) визначено граничні значення показника інтенсивності (табл. 7.3).

На підставі сумарного індексу API+PMA(м), із перемінними складовими, який нами визначено як *індекс екстенсивності ураження пародонта (I EУП)*, гістограма дозволяє оцінити ефективність проведених лікувально-профілактичних заходів (рис. 7.5)

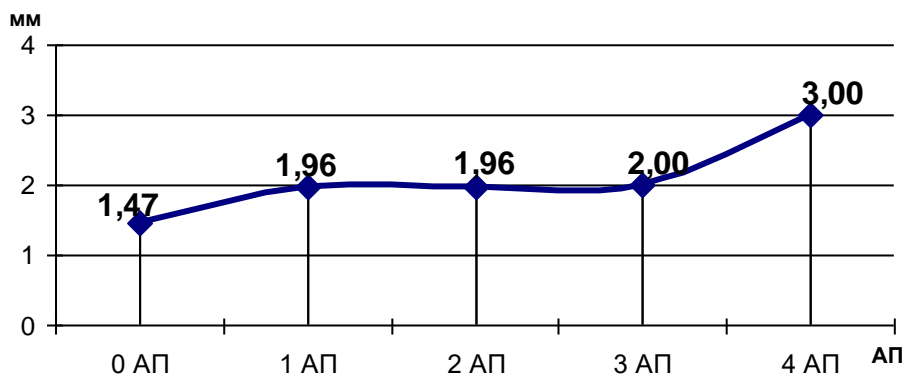


Рис. 7.3. Середнє значення глибини пародонтальних кишень в залежності від кількості каріозних порожнин контактних (пришійкових) поверхонь в одному сегменті пародонта (мм).

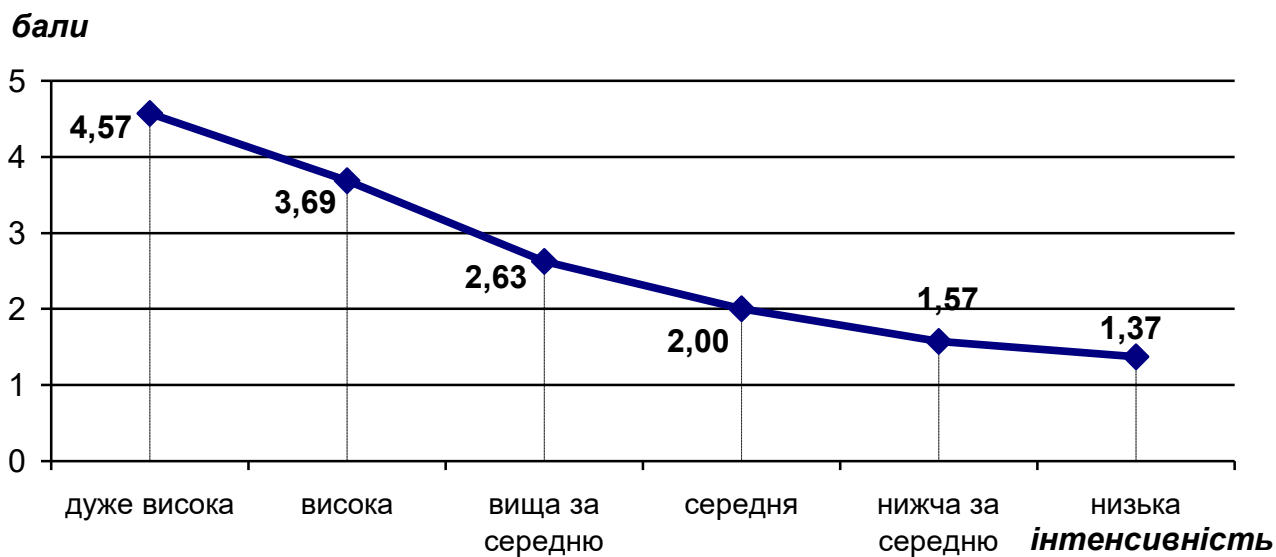


Рис.7.4. Гістограма інтенсивності ураження пародонта у хворих на генералізований пародонтит (індекс глибПК+АП, бали).

Таблиця 7.3.

Оцінка інтенсивності ураження пародонта у хворих генералізованим пародонтитом I-II ст.

інтенсивність ураження пародонта у хворих із генералізованим пародонтитом I-II ст.						
I IУП	низька	н/середн.	середня	в/середн.	висока	дуже висока
межі інтервалів (бали)	$\leq 1,37$	$1,37 <= 1,57$	$1,58 <= 2,0$	$2,1 <= 2,63$	$2,64 <= 3,69$	$3,7 <= 4,57$

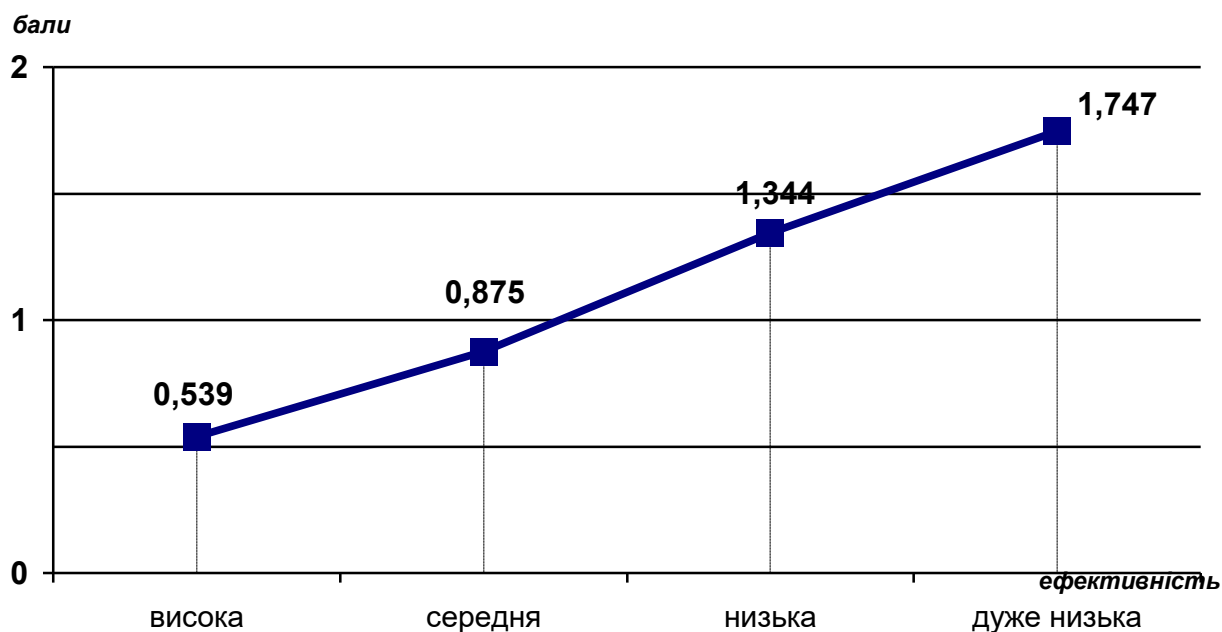


Рис. 7.5. Гістограма ефективності проведеного лікування за API+PMA(м) (бали).

Таблиця 7.4

Оцінка ефективності лікування хворих генералізованим пародонтитом

I-II ст. за індексом екстенсивності ураження пародонта (I ЕУП)

I ЕУП	інтенсивність ураження пародонта у хворих генералізованим пародонтитом I-II ст.			
	висока	середня	низька	дуже низька
межі інтервалів (бали)	$0 \leq 0,539$	$0,540 \leq 0,875$	$0,876 \leq 1,344$	$1,345 \leq 1,747$

Для якісної характеристики перебігу генералізованого пародонтиту, яку необхідно враховувати для оцінки ефективності та якості лікування, зокрема, у системі диспансерного моніторингу, на підставі аналізу гістограми ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів у хворих генералізованим пародонтитом I-II ступеню (рис. 7.5) визначили рівні ефективності за граничними значеннями I ЕУП (табл. 7.4).

Аналіз вище наведених гістограм надав можливість розрахувати тривалість ремісії та періодичності моніторингу хворих на генералізований пародонтит у системі диспансерного спостереження в залежності від інтенсивності перебігу захворювання та якості лікування (табл. 7.5).

Таким чином, нами визначена поширеність інтенсивності ураження тканин пародонта у хворих із генералізованим пародонтитом I-II ступеню у віці 19-34 років; доведено вплив АП на глибину ПК та визначено його силу.

Розроблено індекс інтенсивності ураження пародонта (I ІУП) та на підставі гістограми – спосіб оцінки інтенсивності перебігу генералізованого пародонтиту окремого пацієнта, що дає змогу ідентифікувати його групову приналежність у моніторингу диспансерного спостереження. Розроблено індекс екстенсивності ураження пародонта (I ЕУП) та підставі гістограми визначено межі оцінювання ефективності лікувально-профілактичних заходів в рамках диспансеризації хворих із патологією пародонта (Пат. на корисну модель № 29564).

У результаті тривалого клінічного спостереження (2 роки) хворих із генералізованим пародонтитом I-II ст. розроблено таблицю співвідношення вірогідних ремісій та кратності диспансерного моніторингу, а також визначені терміни превентивного лікування.

Таблиця 7.5

Визначення тривалості ремісії та періодичності моніторингу хворих на генералізований пародонтит у системі диспансерного спостереження в залежності від інтенсивності перебігу захворювання та якості лікування

Ефективність лікування	Інтенсивність ураження пародонта у хворих ГП I-II ст.. (глибПК+АП)					
	низька	н/середн.	середня	в/середн.	висока	дуже висока
ВИСОКА трив. реміс.(міс) кратн. оглядів (рік)	13-16 м. 1 р. / 8-9 м.	12-14 м. 1 р. / 8-9 м.	11-13 м. 1 р. / 8-9 м.	9-11 м. 1 р. / 7-8 м.	8-9 м. 1 р. / 6 м.	7-9 м. 1 р. / 6 м.
СЕРЕДНЯ трив. реміс.(міс) кратн. оглядів (рік)	12-15 м. 1 р. / 8-9 м.	11-14 м. 1 р. / 8-9 м.	10-12 м. 1 р. / 7-8 м.	8-10 м. 1 р. / 6-8 м.	7-8 м. 1 р. / 6 м.	6-8 м. 1 р. / 3 м.
НИЗЬКА трив. реміс.(міс) кратн. оглядів (рік)	10-12 м. 1 р. / 7-9 м.	9-11 м. 1 р. / 7-9 м.	8-11 м. 1 р. / 6-8 м.	7-9 м. 1 р. / 5-6 м.	6-7 м. 1 р. / 3 м.	5-7 м. 1 р. / 2 м.
ДУЖЕ НИЗЬКА трив. реміс.(міс) кратн. оглядів (рік)	9-11 м. 1 р. / 6-8 м.	8-10 м. 1 р. / 6-8 м.	7-9 м. 1 р. / 5-7 м.	6-8 м. 1 р. / 4-5 м.	5-7 м. 1 р. / 2 м.	4-6 м. щомісяця

Примітка:

* Протягом 1-го року спостереження усіх хворих оглядали 1 раз на 3 місяці, за виключенням тих, для кого були встановлені більш часті строки спостереження.

** Вказані у таблиці строки спостереження визначені для тих осіб, які у повній мірі опанували техніку індивідуальної гігієни порожнини рота та приймають активну участь у профілактиці загострень ГП.

*** Якщо у процесі диспансерного спостереження та лікування покращувалися показники ефективності лікування, кратність відвідувань визначалася у відповідній графі.

Сумарний індекс інтенсивності ураження пародонта. Як було представлено у розділі 4.2, при проведенні скринингу захворювань пародонта важливим є урахування патогенного впливу інтердентальних чинників (до цієї категорії у першу чергу відносяться чинники, що погіршують стан інтердентальної гігієни та спричиняють послідовне руйнування пародонта саме у інтердентальних ділянках – каріозні ураження апроксимальних поверхонь зубів та, як результат, у свою чергу, подальший руйнівний фактор, пародонтальні кишень).

З метою розробки методу кількісної оцінки впливу таких чинників місцевого подразнення (ЧМП) нами було у процесі комплексного клініко-рентгенологічного обстеження 136 осіб молодого віку з генералізованим пародонтитом початково-I ступеню діагностовано 848 пародонтальних кишень та 460 каріозних уражень у апроксимальній та пришийковій зоні.

На рис. 7.6. представлена діаграма розподілу хворих в залежності від кількості пародонтальних кишень (ПК). Як слідує з наведених даних, характер розподілу хворих на генералізований пародонтит відрізняється від нормального, а скоріше відповідає експоненціальному закону розподілу та характеризується різким збільшенням кількості осіб з 26 у інтервалі «1-3» ПК на одного обстеженого до 55 осіб у інтервалі «4-6» ПК. Потім, по мірі збільшення інтенсивності ураження пародонта від 4-6 ПК до 13-15 ПК спостерігається зниження кількості осіб з 55 до 5.

Із 460 каріозних уражень внаслідок розвитку початкового карієсу діагностовано 56 випадків, 79 каріозних порожнини у розвитку поверхневого та середнього карієсу і потребували лікування, а каріозні порожнини, що були запломбовані раніше, виявлені у кількості 325, причому 143 з них (44%) потребували заміни. На рис. 7.7 наведено характер розподілу кількості каріозних уражень на пришийковій та контактній поверхнях зубів та кількості пародонтальних кишень у залежності від інтенсивності ураження пародонта.

З наведених даних видно ідентичний характер розподілу цих показників, а також те, що основна кількість як одних, так і інших уражень відповідає інтенсивності ураження пародонта в інтервалі «4-9» пародонтальних кишень. У цьому інтервалі знаходиться 64,62% загальної кількості діагностованих пародонтальних кишень та 72,85% діагностованих апроксимальних каріозних уражень.

Отримані дані свідчать про наявність тісного зв'язку між цими двома показниками. Проведений кореляційний аналіз показав, що між кількістю пародонтальних кишень та кількістю каріозних уражень апроксимальної та пришийкої зони існує доволі тісний зв'язок (коефіцієнт кореляції дорівнює +0,94). Це надало змогу розробити та запровадити індекс для кількісної оцінки ступеню деструкції тканин пародонта (Пат. на корисну модель № 39009).

Індивідуальний індекс деструкції тканин пародонта визначається за наступною формулою:

$$\text{ІДП} = (\Sigma \text{ПК} + \Sigma \text{АКП}) / \Sigma \text{обстежених зубів},$$

де $\Sigma \text{ПК}$ – сума бальної оцінки ПК.

Оцінка ПК у балах:

- ПК, що за глибиною відповідає I ст. генералізованого пародонтиту, - 1 бал;
- ПК, що відповідає II ст., - 2 бали;
- ПК, що відповідає III ст., - 3 бали.

$\Sigma \text{АКП}$ – сума балів за наявність апроксимальних каріозних порожнин, пломб, реставрацій, вкладок та коронок, незалежно від їх стану.

Оцінка АКП у балах: каріозне ураження або пломба на контактній поверхні або пришийковій зоні – 1 бал; реставрація на одній апроксимальній поверхні – 1 бал, на двох – 2 бали, на трьох поверхнях зуба – 3 бали та на чотирьох поверхнях – 4 бали; вкладка на одній апроксимальній поверхні – 1 бал, на двох – 2 бали; штучна корона – 4 бали.

Враховуючи характер розподілу ПК і АКП та його відмінності від нормального закону розподілення, використовуючи непараметричний метод статистичного аналізу, метод перцентилів, нами були визначені границі інтенсивності деструктивного ураження пародонта.

Низька інтенсивність ураження – значення ІДП знаходиться у межах від 0,036 до 0,214 балів.

Границі середньої інтенсивності ураження – понад 0,214 та до 0,393 бали.

Межі високої інтенсивності ураження – більше 0,393 та до 0,786 балів і вище.

Враховуючи важливість стану гігієни порожнини рота та запального процесу у тканинах пародонта, а також на підставі ІДП нами було розроблено індекс сумарної інтенсивності ураження пародонта (СІУП), який визначається у наступний спосіб:

$$\text{СІУП} = \text{ІДП} + \frac{\sum \text{РМА бали}}{\sum \text{гл. зубів}} + \frac{\sum \text{АРІ бали}}{\sum \text{гл. апрокс. поверхн.}}$$

На підставі рекомендацій Інституту стоматології АМН України (К. Косенко и соавт., 2003), якими було встановлено граничне значення індексу РМА – 0,47 бали, за якого проведене лікування вважається задовільним, а також беручи до уваги думку авторів індексу АРІ, при значенні якого менш за 0,35 бали,

вважається що хворий бере активну участь у гігієні порожнини рота, визначаємо критичне значення індексу СІУП:

$$\text{СІУП}_{\text{кр.}} = \text{ІДП} + 0,47 + 0,35,$$

де 0,47 – критичне значення індексу РМА ($\text{РМА}_{\text{кр.}}$),

0,35 – критичне значення індексу АРІ ($\text{АРІ}_{\text{кр.}}$).

При досягненні індексом СІУП свого критичного значення хворий потребує проведення превентивного лікування.

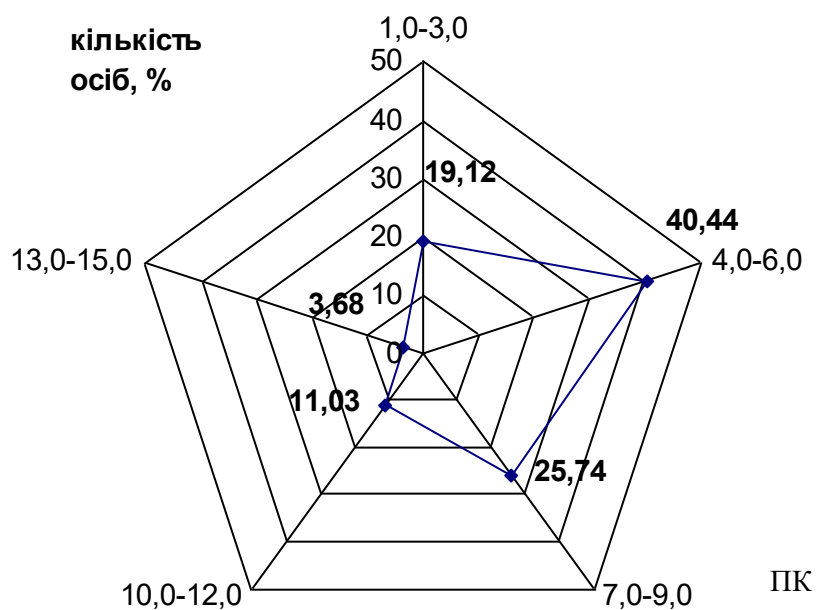


Рис. 7.6. Розподіл хворих генералізованим пародонтитом за кількістю виявлених пародонтальних кишень (ПК), %

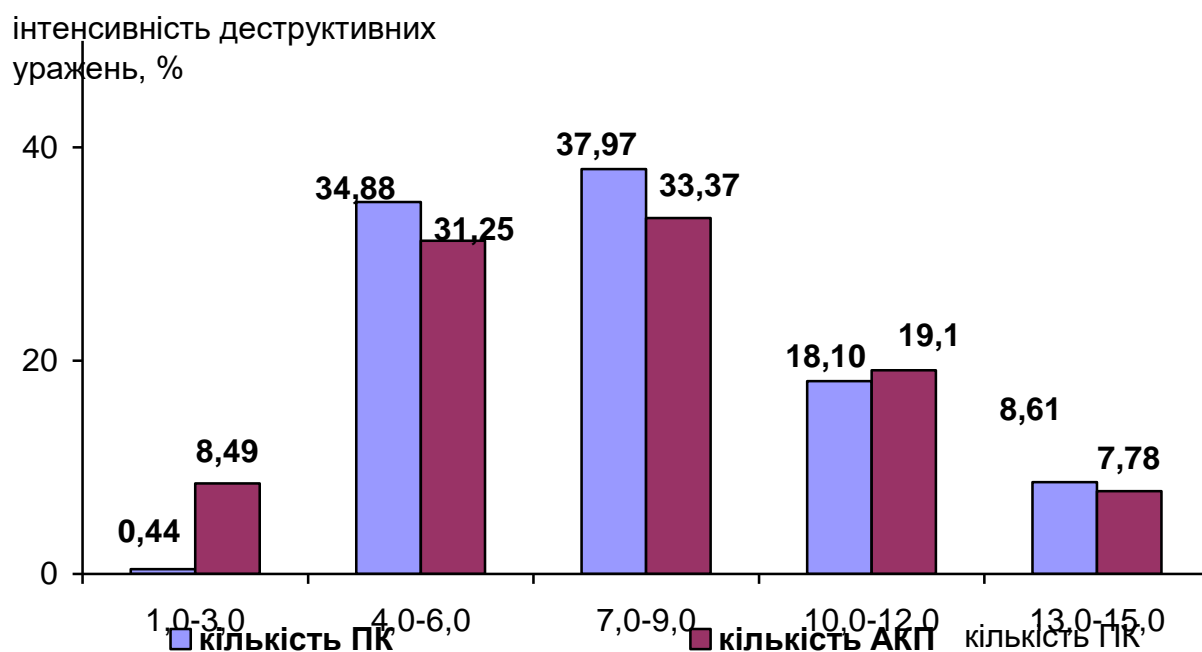


Рис. 7.7. Інтенсивність деструктивних уражень (%) в залежності від кількості місцевих чинників подразнення (ПК, АКП)

Таким чином, для скринінгу захворювань пародонта нами запропоновано комплексну індексну оцінку, яка дозволяє визначити групи ризику, обсяг та терміни необхідних лікувально-профілактичних заходів.

В стандартній схемі обстеження хворих на ураження пародонта з метою діагностики та диференційної діагностики використовуються апаратні (рентгенографія), лабораторні (біохімічні, цитологічні, імунологічні та інші) методи.

Рентгенографія — основний метод оцінювання структурно-функціонального стану кісткової тканини. З точки зору скринінгу цей метод можна було б вважати найінформативнішим щодо оцінки кісткової складової пародонта, за рахунок ураження якої генералізований пародонти виходить на провідне місце як причина втрати зубів. За допомогою рентгенографії уточнюють діагноз, проводять диференціальну діагностику, вивчають ступінь і поширеність процесу в кістковій тканині, його динаміку, визначають повноцінність кісткового ложа, зв'язкового апарату, обирають найбільш раціональні ортопедичні конструкції, контролюють ефективність лікування. Під час оцінювання стану кісткової тканини щелеп за допомогою рентгенограм ураховують варіанти нормальної будови кістки коміркового відростка.

При аналізі рентгенограм звертають увагу на форму, висоту, стан верхівок міжкоміркових перегородок, рівень мінералізації губчастої речовини, стан кортикального шару (пластинки) тощо. Особливу увагу приділяють рентгенологічній структурі міжкоміркових перегородок. Анатомічна структура і форма перегородок не є стандартними і вони мають індивідуальні відхилення, тому різні їх варіанти можна помилково прийняти за патологічні зміни.

Рентгенографію кістки коміркового відростка проводять внутрішньоротовим та позаротовим методами. Внутрішньоротовий контактний метод дає змогу отримати чітку структуру кісткової тканини

обмеженої ділянки. Для більш точного визначення глибини пародонтальних кишень використовують спеціальні градуйовані штифти, уведення в кишені рентгеноконтрастних речовин тощо. Калібровані штифти виготовляють з металу (нержавіюча сталь, срібло) або гутаперчі і градуйують з інтервалом 2 мм. Штифти вводять у пародонтальні кишені до відчуття твердої перешкоди і проводять рентгенографію. Як рентгеноконтрастні речовини використовують йодумісні розчини, сульфат барію з гліцерином; препарати, що містять оксид цинку, порошок срібла тощо.

Для обстеження зубів і тканин пародонта позаротовим методом використовують панорамну рентгенографію та ортопантомографію.

Останнім часом значного поширення набули дентальні рентгенівські апарати, з'єднані з комп'ютером. Вони дозволяють отримати зображення зубів та щелеп як на спеціальній рентгенівській плівці, так і за допомогою спеціальних датчиків. Це дає змогу значно (у десятки або й сотні разів) зменшити дозу опромінення, якої зазнає пацієнт при проведенні рентгенографічного дослідження. Потім зображення обробляють за допомогою спеціальної комп'ютерної програми і виводять на екран монітора. За допомогою комп'ютера рентгенівське зображення можна ретельно проаналізувати, збільшити його і виділити необхідну ділянку. За потреби зображення можна зробити об'ємним, змінити його колір (залежно від щільності зображення або іншого показника), провести цифровий аналіз щільності зображення, вимірювання розмірів різних анатомічних або патологічних об'єктів тощо. Отримані дані заносять до комп'ютерної історії хвороби пацієнта, де вони можуть зберігатися тривалий час. Це дуже зручно, оскільки при подальших відвідуваннях хворого можна порівнювати отримані в різний час дані обстеження і об'єктивно простежити динаміку патологічного процесу.

Недоліком рентгенграфічного методу в скринінгу захворювань пародонта є, насамперед, обмеженість його використання як за матеріально-

технічними можливостями амбулаторних стоматологічних закладів, так і загальновідомими причинами, які унеможливають застосування рентгенологічного дослідження. Такий метод у різних модифікації є незамінним у диференційній діагностиці захворювань пародонта, моніторингу їх перебігу та оцінці ефективності лікування.

Інформативним є використання лабораторних методів оцінки функціонального стану слизової оболонки тканин пародонтального комплексу, рівня їх мікробного обсемініння. Серед них метод ексfolіативної цитології, який дає змогу провести динамічне спостереження за перебігом захворювання, оскільки рівень кератинізації слизової оболонки характеризує її бар'єрну функцію. Зменшення ступеня кератинізації свідчить про зниження захисної функції слизової оболонки. Дослідження ясенної рідини цитологічними, гістохімічними, мікробіологічними, імунологічними методами сприяє уточненню діагностики та динамічному контролю за ефективністю проведеного лікування. Вважають, що ясенна рідина є ексудатом запальної природи, а не постійним трансудатом. У клінічно здорових яснах вона виділяється в незначній кількості або майже не виділяється. Оцінюючи ці методи з точки зору скринінгу слід зазначити, що вони є дорого вартісними та трудовмісними, вимагають додаткового устаткування та персоналу.

Критерій 7. Визначеність інтервалів між повторними обстеженнями.

Нашими дослідженнями показано, що частота скринінгу повина бути наступною:

- за умови високої та дуже високої інтенсивності ураження пародонта за попередньою індексною оцінкою (СІУП) – скринінг проводити кожні 6 місяців;
- при середній інтенсивності за СІУП – кожні 9 місяців;

- при низькому рівні інтенсивності ураження пародонта – не рідше 1 разу на 9 місяців; при наявності комплексу факторів ризику – кожні 6 місяців.

Критерій 8. Забезпечення додаткової діагностики та лікувальних втручань.

Подальша діагностика захворювань пародонта серед осіб з позитивними результатами скринінгу в Україні реально забезпечується розгалуженою мережею стоматологічних лікувально-профілактичних закладів різного рівня організації та форм власності, у т.ч. в міських, обласних стоматологічних поліклініках, спеціалізованих стоматологічних відділеннях територіальних поліклінік, стоматологічних центрах, науково-дослідних установах.

Критерій 9. Фізична та психологічна шкода та користь від програми скринінгу. В популяційних дослідженнях серед населення, що складало групи високого ризику розвитку захворювання було продемонстровано, що значна кількість пацієнтів (близько 60%) не підозрювали про наявність у них захворювань пародонта. Але ще більше вражаючим фактом було те, що пацієнти, у яких під час скринінгу було діагностовано ураження пародонта на початкових стадіях, не дотримувались жодних рекомендацій щодо подальшого спостереження та лікування. Важливою проблемою у постскринінговий період є відсутність мотивації серед хворих на захворювання пародонта для подальшого відвідування стоматолога та наступного лікування.

Недостатність інформованості та відсутність мотивацій є значущими бар'єрами на шляху до ефективності скринінгової програми. Необхідне додаткове передбачення та забезпечення у програмах скринінгу сегменту профілактичної освіти населення, спрямованої на подолання інформаційних та мотиваційних перешкод їх ефективності.

Критерій 10. Вартість програми скринінгу (по відношенню до медичних втручань). Хвороби пародонта є достатньо «дорогим»

захворюванням, яке потребує не тільки дороговартісного комплексного лікування (особливо на розвинутих стадіях його перебігу), а й втручання фахівців-стоматологів різного профілю – ортопеда, хірурга із застосуванням дороговартісних лікувально-реконструктивних технологій. Водночас такі пацієнти потребують довготривалого моніторингу – диспансерного спостереження.

Для прикладу, витрати на один випадок на рік на хворого на генералізований пародонтит I-II ступеню у загостреному перебігу захворювання з урахуванням проведення комплексного лікування та диспансерного спостереження становить в межах 250 – 350 євро, а в разі потреби у додатковому ортопедичному лікуванні ця сума збільшується у відповідності з особливостями ортопедичних конструкцій та технологій.

При екстраполяції вказаних витрат очікувані щорічні економічні витрати в Україні за рахунок генералізованих захворювань пародонта ті їх наслідків можуть становити близько близько 800 млн євро на рік. В разі здійснення програми скринінгу і наступного здійснення лікувально-профілактичних заходів щодо хворих та осіб з груп потенційного ризику (

Цілком зрозуміло, що виявлення захворювання на ранніх стадіях та упередження його прогресування за рахунок своєчасного скринінгу у разі зменшує витрати на лікування і подальший лікувально-профілактичний супровід хворих на генералізовані захворювання пародонта (до ~30%, що складає близько 240 млн євро на рік).

7.1.2 Стандартизація скринінгу захворювань пародонта. Залежно від мети, скринінг може бути одноетапним (з усіма методами включно), або поетапним (в два кроки):

- перший крок (скринінг) – визначається наявністю основних факторів ризику захворювань пародонта, проводиться визначення наявності місцевих чинників ризику (за індексом СІУП). При відсутності змін – пацієнтові

надають інформацію про хвороби пародонта та чинники їх розвитку та встановлюють дату наступного скринінгу. В разі наявності підвищеного ризику та підозрі на прогресування патологічної ситуації (у порівнянні з попередніми даними) переходять до другого кроку;

- другий крок (первинна діагностика) – проводиться клінічне обстеження стану пародонта та визначення СІУП. При відсутності даних за генералізовані захворювання пародонта пацієнтові надають інформацію про цю патологію та встановлюють дату наступного відвідування лікаря-стоматолога для продовження спостереження за хворим. В разі встановлення діагнозу генералізований пародонтит переходять до третього кроку (лікування та диспансерне спостереження).

Визначення етапності скринінгу залежить від ресурсного забезпечення програми скринінгу. Це дозволить диференціювати медичну допомогу хворим та одночасно визначити динаміку факторів ризику захворювань пародонта, розробити систему індивідуальних профілактичних заходів та визначити програму подальшого медичного спостереження за хворими.

Скринінг може проводити підготовлений медичний персонал, який має навички:

- *медичні сестри* – заповнення та аналізу стандартного опитувальника для виявлення факторів ризику генералізованих захворювань пародонта;

- *асистенти стоматолога* - заповнення та аналізу стандартного опитувальника для виявлення факторів ризику генералізованих захворювань пародонта та оцінки стану тканин пародонта і місцевих чинників ризику їх ушкодження за індексом СІУП;

- *гігієніст стоматологічний* - заповнення та аналізу стандартного опитувальника для виявлення факторів ризику генералізованих захворювань пародонта та оцінки стану тканин пародонта і місцевих чинників ризику їх ушкодження за індексом СІУП; проведення професійної гігієни порожнини

рота та оцінки її ефективності, навчання пацієнта навичкам індивідуальної гігієни порожнини рота та оцінка її ефективності;

- *лікар-стоматолог загальної практики* - оцінки стану тканин пародонта і місцевих чинників ризику їх ушкодження за індексом СІУП; проведення професійної гігієни порожнини рота та оцінки її ефективності, навчання пацієнта навичкам індивідуальної гігієни порожнини рота та оцінки її ефективності; клініко-інструментальна діагностика та диференційна діагностика захворювань пародонта, планування лікування захворювань пародонта, його здійснення (без спеціалізованих втручань хірургічного та ортопедичного профілю), залучення спеціалістів – хірурга-пародонтолога, ортопеда, ортодонта; диспансерне спостереження хворих на генералізовані ураження пародонта.

7.1.3 Оцінка та оптимізація ресурсного забезпечення скринінгу захворювань пародонта в Україні. Проведеним аналізом визначено, що в Україні відсутня система, яка б забезпечувала ефективний масовий скринінг населення на захворювання пародонта. В теперішній час в Україні скринінг стоматологічних захворювань реалізується лише при зверненні пацієнта до лікаря-стоматолога із скаргами, що притаманні цим захворюванням (кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, біль та свербіж ясен, гіперестезія твердих тканин зубів, їх рухомість тощо), що є причиною виявлення захворювань пародонта на пізніх (I-II-III) стадіях патологічного процесу.

Відмічається відсутність необхідного ресурсного забезпечення для реалізації скринінгу в стоматологічних лікувально-профілактичних закладах первинного рівня надання стоматологічної допомоги (відсутні – підготовлений середній медичний персонал, комп'ютерні системи для визначення індивідуального ризику виникнення захворювань пародонта,

інформаційні матеріали про захворювання пародонта та їх профілактику тощо) (табл.7.6).

На підставі проведеного аналізу визначені шляхи щодо оптимізації системи скринінгу захворювань пародонта в Україні, які включають:

- розробку та прийняття на рівні Кабінету Міністрів України Національної програми профілактики стоматологічних захворювань з окремим підрозділом із профілактики захворювань пародонта;

- створення мережі Центрів скринінгу захворювань пародонта: мінімально 608 стаціонарних районних центрів (в складі районних стоматологічних ЛПЗ – 1 на район) та 25 обласних мобільних центрів (для обслуговування населення на селі, в складі обласних лікарень для дорослих) та їх ресурсне забезпечення (кадрове, матеріально-технічне);

- сприяння реалізації скринінгу захворювань пародонта в інших закладах системи охорони здоров'я (приватних та відомчих стоматологічних медичних закладах, амбулаторіях загальної практики (сімейної медицини));

- підготовку середнього медичного персоналу – асистентів стоматолога, гігієніста стоматологічного для проведення скринінгу захворювань пародонта;

- введення посади лікаря-стоматолога загальної практики у СЛПЗ, амбулаторіях загальної практики (сімейної медицини).

Проведеними розрахунками визначено, що доцільно створювати один центр скринінгу захворювань пародонта із розрахунку на 27 тис. обстежень на рік, із кадровим забезпеченням 2,0 штатні посади лікаря-стоматолога та 1,0 штатної посади лікаря-стоматолога загальної практики, час проведення скринінгу однієї особи становить – 13 хв., а вартість скринінгу однієї особи на рік становитиме 6,8 грн на рік.

Таблиця 7.6

Рівень забезпечення та потреби стоматологічної служби в ресурсах для скринінгу захворювань пародонта

Показники	Ресурсне забезпечення		
	Наявні (на теперішній час)	Необхідні (забезпечення державою)	Шляхи оптимізації
Організація скринінгу			
Наявність національної програми скринінгу захворювань пародонта	Відсутня	Необхідна розробка на прийняття для реалізації на державному рівні	Прийняття на рівні Кабінету Міністрів України національної програми профілактики стоматологічних захворювань
Категорія населення, яка забезпечена скринінгом	Пацієнти із скаргами та хворі на патологію зубо-щелепної системи	Все населення після 35 років	
Частота скринінгу	За зверненням	до 20 років до 25 років – один раз на 2 роки; від 25 до 34 років – один раз на 1 рік; при наявності факторів високого ризику – один раз на 6 місяців	
Місце реалізації скринінгу	Лікувально-профілактичні заклади (ЛПУ), кабінети лікаря-стоматолога у ЛПУ всіх рівнів та форм власності	Центри скринінгу на базі районних та міських стоматологічних лікувально-профілактичних закладів, амбулаторій сімейної медицини. <u>Оцінка потреб: 608 центрів на базі районних амбулаторно-поліклінічних закладів (1 центр скринінгу на район) (мінімальні потреби).</u>	Створення структури центрів скринінгу захворювань пародонта (стаціонарних – 608 районних центрів та 25 обласних мобільних центрів)
Мобільність центрів скринінгу захворювань пародонта	Відсутня	Створення мобільних центрів скринінгу населення, яке мешкає у сільській місцевості	
Наявність відокремлених	Спеціалізовані кабінети лікаря-	Створення мережи районних та	Організація спеціалізованих

Продовження таблиці 7.6

приміщень для реалізації скринінгу (центри скринінгу захворювань пародонта)	стоматолога, амбулаторії сімейної медицини	мобільних обласних Центрів скринінгу захворювань пародонта	підрозділів) в складі обласних лікарень для дорослих (мобільних Центрів) та в районних стоматологічних ЛПЗ (районного Центрів), їх ресурсне забезпечення (кадрове, матеріально-технічне).
Обсяги скринінгу	Збір скарг, стандартне клінічне обстеження стоматологічного хворого	І крок (95,0 % обстежених) – оцінка індивідуального ризику, аналіз скарг, визначення СІУП інформування про захворювання пародонта ІІ крок (5,0 % обстежених) – визначення СІУП, обсягів потреби у лікуванні	
Додаткові ресурси скринінгу	Приватні та відомчі медичні заклади	Приватні та відомчі стоматологічні медичні заклади, амбулаторії сімейної медицини	Сприяти реалізації скринінгу захворювань пародонта в інших закладах системи охорони здоров'я

Продовження таблиці 7.6

Показники	Ресурсне забезпечення		
	Наявні (на теперішній час)	Необхідні (забезпечення державою)	Шляхи оптимізації
Ресурсне забезпечення			
Забезпечення центрів скринінгу підготовленим середнім медичним персоналом	Відсутнє (функції виконує медична сестра лікаря-стоматолога чи сам лікар-стоматолог)	Середній медичний персонал: -медичні сестри, - асистенти стоматолога, - гігієніст стоматологічний <u>Потреби:</u> 1–2 середнього медичного персоналу та 1,0 посада лікаря-стоматолога загальної практики на зміну	Підготовка середнього медичного персоналу для проведення скринінгу захворювань пародонта, кадрове забезпечення Центрів на 100%
Забезпечення центрів скринінгу персональними комп'ютерами з програмним забезпеченням оцінки індивідуального ризику виникнення захворювань пародонта	Відсутнє	<u>Потреби:</u> 2 персональних комп'ютери на Центр	Комплектація Центрів на 100% обладнанням та витратними матеріалами до нього, організація їх роботи у дві зміни (з 8.00 до 20.00, без перерв та з одним вихідним – у неділю та святкові дні)
Забезпечення центрів скринінгу стоматологічним обладнанням	Наявне	<u>Потреби:</u> стандартне оснащення робочого місця гігієніста стоматологічного, стоматолога загальної практики в СА	

7.2 Стандартизація діагностики захворювань пародонта

Метою діагностичних заходів при захворюванням пародонта є визначення стану гігієни порожнини рота та інтенсивності впливу інших місцевих чиників ризику, тактики лікування та спостереження конкретного хворого, характеру перебігу захворювань пародонта, посвітня діяльність щодо пацієнта та залучення його до процесу лікування і, за необхідності, диспансерного спостереження.

7.2.1 Програма діагностики захворювань пародонта. Діагностика захворювань пародонта може ґрунтуватись на чотирьох етапах. Метою I-III етапів діагностики є встановлення (підтвердження чи виключення) первинного діагнозу генералізованих уражень пародонта серед осіб, у яких під час скринінгу визначена висока вірогідність цієї патології; IV етапу – встановлення етіології та патогенезу захворювання пародонта та його диференційна діагностика (рис. 7.8).

7.2.2 Перший та другий етап діагностики. Під час I етапу основними завданнями є визначення наявності у хворого факторів ризику генералізованого пародонтиту, дослідження скарг та їхньої динаміки розвитку, вплив на хворого інших екзо- та ендогенних факторів.

На II етапі діагностики необхідно дослідити та оцінити основні показники клініко-лабораторно-рентгенологічних проявів дистрофічно – запального ураження пародонта, притаманних генералізованому пародонтиту.

Огляд. Під час безпосереднього обстеження порожнини рота оцінюють стан зубної системи, ступінь рухомості зубів, їх зміщення; наявність місцевих подразників тканин пародонта: зубні відкладення (наліт, бляшки, камінь); неповноцінні пломби, протези, ортодонтичні апарати; зубо-щелепні

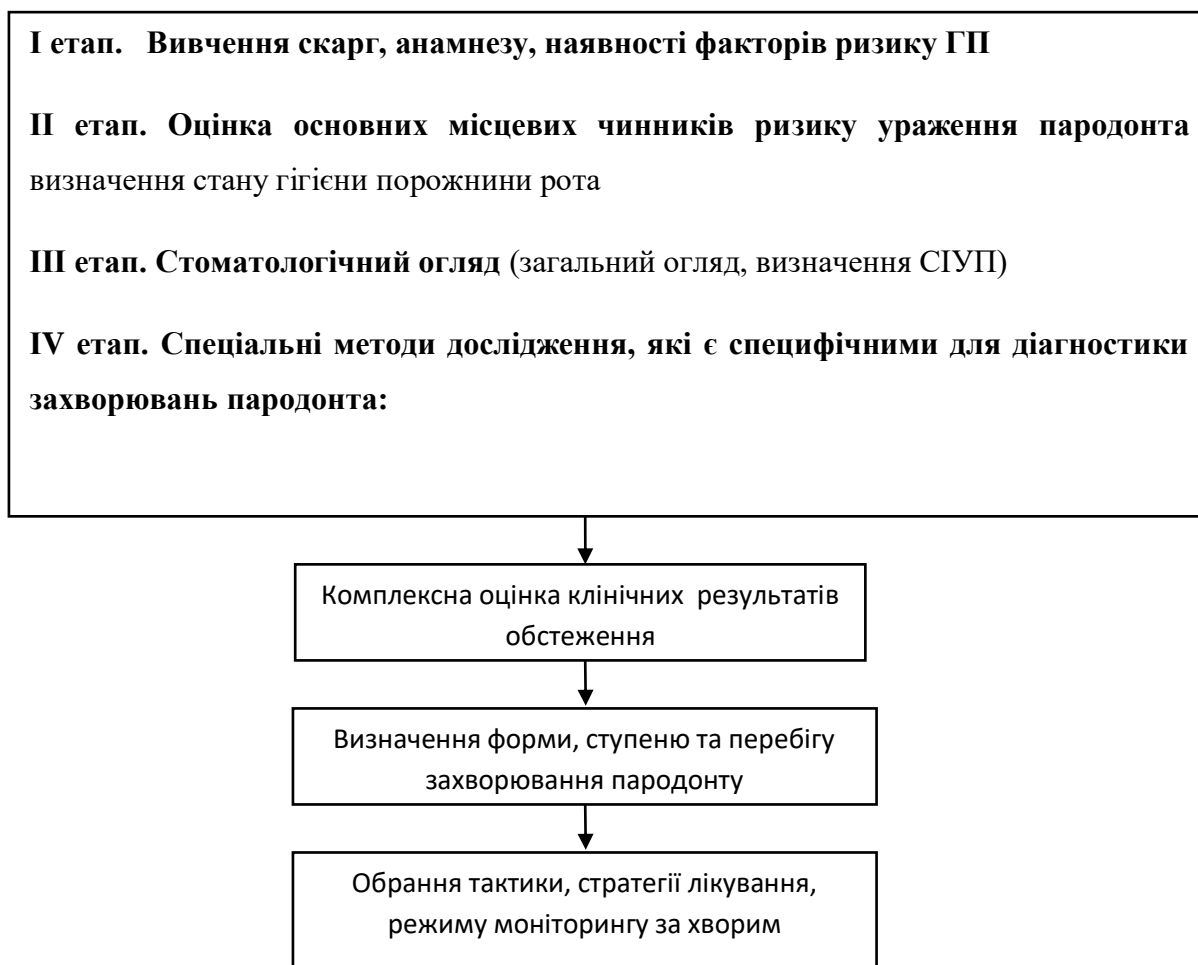


Рис. 7.8. Етапи діагностики генералізованого пародонтиту.

деформації, аномалії прикусу та окремих зубів, діастеми, високе прикріплення вуздечок тощо. Особливу увагу звертають на стан ясен, наявність та глибину ясенних і пародонтальних кишень, виділення із них тощо. Під час зондування вільного краю ясен та пародонтальної кишені відзначають наявність або відсутність кровоточивості ясен. Можна провести кількісну (у балах) оцінку рівня кровоточивості ясен (H.R. Mühlemann, S. Son, 1971). Водночас визначають наявність і глибину пародонтальних або ясенних кишень, кількість і характер виділень із них. Під час оцінювання зубного ряду враховують взаємовідношення зубів, наявність нальоту, зубних

відкладень, відтінки емалі, форму коронок, ступінь їх стирання та зміщення, утворення діастеми та трем, наявність травматичної оклюзії, рухомість тощо. Особливу увагу приділяють виявленню та оцінці характеру зубних відкладень, їх виду, консистенції, кількості та локалізації. Глибину пародонтальної кишені вимірюють каліброваною гладилкою, пародонтальним зондом із нанесеними на них міліметровими поділками, зокрема експертами ВООЗ запропоновані спеціальні калібровані зонди з фіксованою масою 25 г. Для точного дозування зусилля запропоновані спеціальні механічні зонди та електронні зонди типу «Florida Probe». За допомогою такого електронного зонда можна визначити декілька параметрів: глибину пародонтальної кишені, рівень втрати зубоясенного прикріплення, кровоточивість, гноєвиділення, зубний наліт, рухомість зубів. Отримані дані автоматично заносяться в комп'ютер і їх можна легко проаналізувати.

Визначення стану зубів та прикусу. Під час захворювань пародонта необхідно виключити наявність вузлів травматичної оклюзії. Оцінюючи стан зубних рядів, визначають прикус, до фізіологічних видів якого відносять ортогнатичний, прямий, прогенічний і біпрогнатичний. Несприятливими для стану пародонта є аномалії прикусу і положення зубів: глибокий прикус, дистальний, медіальний, скупчення окремих зубів, розміщення їх поза дугою тощо, що створює умови для скупчення залишків їжі, утворення зубних відкладень, перевантаження окремих зубів і т.ін. Патологічну рухомість зубів необхідно співвідносити зі станом тканин пародонта в цілому (вираженість запальних явищ, глибина пародонтальної кишені, ступінь атрофії кістки коміркового відростка тощо).

Виявлення місцевих чинників, що травмують тканини пародонта, є одним з основних завдань для клінічної оцінки стану пародонта. Мікробна зубна бляшка, зубний камінь, неправильно поставлені пломби та виготовлені ортопедичні конструкції; каріозні порожнини, особливо розміщені на контактних поверхнях і в пришийковій ділянці; відсутність контактного

пункту, патологічний прикус і аномалії окремо розміщених зубів та інші являються подразниками, що постійно несприятливо впливають на пародонт. Вони спричиняють розвиток запальних та дистрофічно-запальних процесів у пародонті та обтяжують їх перебіг. Під час обстеження хворого виявляють усі чинники, що ушкоджують пародонт, оцінюють їх роль у розвитку захворювання і необхідність усунення при комплексному лікуванні. Щоб виявити зубні бляшки, їх забарвлюють різними барвниками. Оцінюють, за допомогою індексів, кровоточивість ясен.

Комплексну оцінку пародонтологічного стану виконують за допомогою індексу СІУП.

7.2.3 Третій етап діагностики. Під час III етапу діагностики проводиться стоматологічний огляд та індексну оцінку окремих показників стану пародонта.

Стоматоскопія — один з допоміжних методів огляду слизової оболонки порожнини рота. Його проводять за допомогою люмінесцентного фотодіагноскопа. Візуально за 10—30-разового збільшення оглядають ясенні сосочки, ясенний край, коміркові ясна, виявляють зубні відкладення, оцінюють йодну пробу, визначають стан капілярів ясен.

Капіляроскопія — метод дослідження кровоносних капілярів. Використовують капіляроскоп М-70-А з освітлювачем за 28- або 70-разового збільшення (два змінних окуляри). Капіляри ясен оглядають за допомогою спеціальної приставки, яка щільно притискує захисне скло до ясен. Метод є ефективним для оцінювання стану судин пародонта у процесі лікування.

Біомікроскопія — прижиттєве вивчення стану тканин пародонта за допомогою збільшувальних оптичних систем. Використовують капіляроскоп, біноккулярний мікроскоп МБІ-1, контактний мікроскоп МЛК-1, щільну лампу ЩЛ-56, яку застосовують в офтальмологічній практиці. Метод дає можливість визначити густоту (кількість) капілярних петель, кількість

функціонуючих капілярів, їх форму, структуру, характер та якість кровотоку в капілярах. Про стан проникності капілярів роблять висновок на основі забарвлення тканини, що їх оточують.

Реографія — безкровний метод дослідження стану кровопостачання тканин. Він ґрунтується на реєстрації електричного опору тканин під час проходження через них струмів високої частоти. Для запису реопародонтограм (РПГ) використовують реографи та реєструючі пристрої «Элкар», «Салют», двоканальний реограф РІГ-2—02 та 6-канальний електрокардіограф. У разі використання РПГ та електрокардіографа синхронний запис проводять у II стандартному положенні обстежуваного лежачи. Оцінюють реограми за кількісними та якісними показниками.

Фотоплетизмографія — метод вивчення стану кровопостачання тканин пародонта, який базується на реєстрації оптичної щільності тканин. Використовують фотоплетизмографи типу ФП-1, ФП-7 тощо. Аналіз фотоплетизмограми проводять аналогічно аналізу реограм.

Полярографія тканин пародонта — визначення кисневого балансу. Метод дозволяє судити про характер окисно-відновних процесів. Використовують полярографи Р-60 у імпульсному режимі подачі поляризованої напруги. Метод ґрунтується на відновленні кисню на платиновому електроді, що вводять в тканини ясен. Ступінь кисневого балансу визначають за величиною струму при постійній напрузі, яка прямо пропорційна концентрації кисню у тканинах. За змінами висоти полярограми роблять висновок про концентрацію кисню, стан мікроциркуляції і транскапілярного обміну, швидкість засвоєння кисню клітинами і тканинами пародонта.

Термографію міжзубних сосочків і пародонтальних кишень проводять з діагностичною метою та для контролю ефективності лікування. Для цього використовують портативний безінерційний термометр типу ТПМ, ТЕМП-1 тощо, які оснащені датчиками різної конфігурації. Температура в

пародонтальних кишнях залежно від перебігу патологічного процесу становить 36,2—34,3 °С. Слід ураховувати, що термометричні показники залежать від топографо-анатомічних зон, функціонального навантаження щелеп. Температура ясен підвищується в напрямку від різців до великих кутніх зубів.

Рентгенографія — основний метод оцінювання стану кісткової тканини. За допомогою рентгенографії уточнюють діагноз, проводять диференціальну діагностику, вивчають ступінь і поширеність процесу в кістковій тканині, його динаміку, визначають повноцінність кісткового ложа, зв'язкового апарату, обирають найбільш раціональні ортопедичні конструкції, контролюють ефективність лікування.

Збільшена панорамна рентгенографія дає змогу усунути деякі недоліки внутрішньоротового обстеження. Принцип методу ґрунтується на отриманні ідентичних стандартних рентгенограм завдяки максимальному наближенню джерела рентгенівського випромінювання до об'єкта. Особливістю апарата для панорамної рентгенографії є наявність спеціальної рентгенівської трубки, тубус якої під час проведення рентгенографії уводять у порожнину рота хворого.

Ортопантомографія (панорамна томографія) дає змогу отримати зображення обох щелеп на одній плівці. Дослідження проводять на спеціальному апараті — ортопантомографі. системи, як єдиного функціонального комплексу. Недоліком отриманої ортопантомограми є недостатньо чітке зображення структури кісткової тканини, переважно в ділянках передніх зубів. Останнім часом значного поширення набули дентальні рентгенівські апарати, з'єднані з комп'ютером — цифрова візіографія. Вони дозволяють отримати зображення зубів та щелеп як на спеціальній рентгенівській плівці, так і за допомогою спеціальних датчиків. Це дає змогу значно (у десятки або й сотні разів) зменшити дозу опромінення, якої зазнає пацієнт при проведенні рентгенографічного

дослідження. Потім зображення обробляють за допомогою спеціальної комп'ютерної програми і виводять на екран монітора. За допомогою комп'ютера рентгенівське зображення можна ретельно проаналізувати, збільшити його і виділити необхідну ділянку. За потреби зображення можна зробити об'ємним, змінити його колір (залежно від щільності зображення або іншого показника), провести цифровий аналіз щільності зображення, вимірювання розмірів різних анатомічних або патологічних об'єктів тощо. Отримані дані заносять до комп'ютерної історії хвороби пацієнта, де вони можуть зберігатися тривалий час. Це дуже зручно, оскільки при подальших відвідуваннях хворого можна порівнювати отримані в різний час дані обстеження і об'єктивно простежити динаміку патологічного процесу.

Електрорентгенографія дає змогу отримати рентгенівське зображення обстежуваного об'єкта на звичайному папері. Для цього за допомогою спеціального пристрою до рентгенівського апарата отримують приховане зображення обстежуваного об'єкта на електрично зарядженій пластинці. Рентгенівське випромінювання під час експозиції руйнує заряд пластинки залежно від рівня щільності структури об'єкта. У результаті виникає приховане електростатичне зображення, яке опилують спеціальним порошком і таким чином переносять його на папір. За допомогою електрорентгенограми можна отримати контрастне зображення структури кісток і м'яких тканин, що являє собою певну клінічну цінність і є економічно доцільним.

7.2.4 Четвертий етап діагностики. На IV етапі діагностики використовуються спеціальні методи дослідження морфології та функцій пародонта, які є специфічними для генералізованих захворювань пародонта:

Ехоостеометрія дає змогу кількісно оцінити стан кісткової тканини щелеп за допомогою ехоостеометра (наприклад, ЕОМ-01ц). Датчики, що передають і приймають ехосигнали, для кращого контакту заздалегідь змазують вазеліном і щільно притискають до слизової оболонки або шкіри у

проекції обстежуваної ділянки кістки. При захворюваннях пародонта спостерігається збільшення часу поширення ультразвукової хвилі, який реєструється апаратом. Даний метод можна використовувати для доповнення рентгенологічного дослідження під час масових обстежень організованих контингентів населення. У деяких випадках він може замінити рентгенографію.

Цитологічний метод використовують для дослідження вмісту пародонтальних кишень та інших вогнищ ураження пародонта. Вміст вивчають за методикою П.М. Покровської та М.С. Макарової (1942) у модифікації І.А. Бенюмової (1962). Пародонтальні кишені попередньо промивають ізотонічним розчином натрію хлориду, стерильною турундою на голці забирають матеріал з пародонтальної кишені і переносять його на предметне скло. Препарат фіксують сумішшю Нікіфорова та забарвлюють за Грамом та Гімзою—Романовським. Морфологічно вивчають клітинний склад ексудату, оцінка якого дає змогу отримати уявлення про захисні реакції тканин пародонта (наявність або відсутність фагоцитозу, незавершений фагоцитоз). Визначають якісний стан та кількість нейтрофільних гранулоцитів, стадію їх дистрофії. Звертають увагу на наявність і стан інших клітинних елементів: лімфоцитів, макрофагів, плазмоцитів, епітеліальних клітин.

Ексфолятивна цитологія дає змогу провести динамічне спостереження за перебігом захворювання, оскільки рівень кератинізації слизової оболонки характеризує її бар'єрну функцію.

Гістохімічні методи дослідження дозволяють уточнити стан різних видів обміну речовин у клітинах. Для визначення індексу кератинізації підраховують загальну кількість епітеліальних клітин у полі зору мікроскопа, потім кількість виявлених зроговілих клітин множать на 100 і ділять на загальну кількість клітин. Іноді індекс кератинізації підраховують окремо для

слизової оболонки кожної щелепи. Зменшення ступеня кератинізації свідчить про зниження захисної функції слизової оболонки.

Дослідження ясенної рідини цитологічними, гістохімічними, мікробіологічними, імунологічними методами сприяє уточненню діагностики та динамічному контролю за ефективністю проведеного лікування. Вважають, що ясенна рідина є ексудатом запальної природи, а не постійним трансудатом. У клінічно здорових яснах вона виділяється в незначній кількості або майже не виділяється.

Біохімічні методи. Для ранньої діагностики хвороб пародонта і оцінки ефективності лікування визначають у сироватці крові та слині наявність нейрамінової кислоти, фукози, оксипроліну в сечі, вмісту ферментів та їх інгібіторів у сироватці крові та слині. Порівняльну оцінку цих цифрових показників до та після лікування розглядають як тест ефективності лікування.

Біохімічне дослідження слини має важливе значення, оскільки слина є основним середовищем у порожнині рота і виконує низку різних функцій, необхідних для зубів і тканин пародонта. У слині визначають ряд ферментів та антибактеріальних факторів: лізоцим, лактоферин, лактопероксидазу, аспаратамінотрансферазу тощо.

Біопсію проводять у разі утрудненої диференціальної діагностики захворювань пародонта (на тлі захворювань крові, злоякісного переродження тощо). Проводять гістологічне дослідження висічених ділянок уражених тканин. Під провідниковою або інфільтраційною анестезією ножицями, скальпелем або спеціальним інструментом (мал. 150) висікають шматочок ураженої тканини. Матеріал для дослідження необхідно брати з ділянки на межі між здоровою та патологічною тканинами. Шматочок тканини, розміром 3—5 мм, беруть із підслизовою основою і прилеглими тканинами, рану зашивають. Біопсійний матеріал поміщують у пробірку з фіксувальним розчином і направляють до патологогістологічної лабораторії. У

супровідному направленні коротко вказують дані об'єктивного обстеження та вірогідний діагноз захворювання.

Морфологічні зміни за наявності захворювань пародонта різноманітні і виявляються в усіх тканинах пародонта. Як правило, спостерігають дистрофічно-запальні та запальні процеси. У разі гінгівіту відбуваються запальні зміни, генералізованого пародонтиту — дистрофічно-запальні, а пародонтозу — дистрофічні. Серед запальних процесів переважають гіперемія, набряк, лейкоцитарна або дрібноклітинна лімфоїдна інфільтрація; накопичення сполучнотканинних клітин, які розмножуються, здебільшого лімфоцитів, фібробластів, плазмоцитів. Відзначають формування зрілої сполучної тканини, макрофагальну або остеокластичну резорбцію коміркової кістки. Дистрофічні зміни епітелію проявляються в порушенні зроговіння, вакуольної та балонної дистрофії клітин. У сполучній тканині строми і судинах спостерігають мукоїдне набухання, фібриноїдні зміни, фрагментацію та зернистий розпад волокон, гіаліноз та склероз, у кістковій тканині — остеопороз та остеосклероз. Результати проведених досліджень дозволяють розробити алгоритм діагностики генералізованих захворювань пародонта, який включає три основні етапи:

–I етап – визначення найбільш характерних змін, притаманних генералізованому пародонтиту. На цьому етапі можливо остаточно виключити генералізований пародонтит, визначити місцеві чинники ризику та їх етіологію.

–II етап – встановлення патогенетичних механізмів генералізованого пародонтиту у конкретного хворого та ступеню патологічних змін в тканинах пародонта.

–III етап – виключення вторинних причин ураження тканин пародонта шляхом проведення диференційної діагностики та встановлення остаточного діагнозу генералізований пародонтит.

В разі необхідності проведення диференційної діагностики застосовують

спеціальні методи, які складають сутність четвертого етапу. Застосування даного алгоритму діагностики дозволяє у клінічній практиці упорядкувати діагностичний процес, попередити похибки.

Для забезпечення діагностичного процесу на I-III етапах необхідна наступна комплектація спеціальним діагностичним обладнанням:

- стоматологічна установка
- апарат для дентальної рентгенографії (цифрової візіографії)
- комп'ютер.

Внаслідок високої вартості наведеного обладнання, його доцільно концентрувати у спеціалізованих обласних чи/та міських центрах пародонтологічної допомоги, що дозволить більш ефективно використовувати дороговартісне обладнання.

Висновки

Таким чином, доведена доцільність масового скринінгу населення України на генералізовані захворювання пародонта (за критеріями Wilson-Junger). Для цього проведена стандартизація системи скринінгу генералізованого пародонтиту, оцінені та оптимізовані необхідні ресурси. Визначена необхідність розробки та впровадження на території України національної програми профілактики захворювань пародонта в контексті програми профілактики стоматологічних захворювань, створення мережі районних та обласних мобільних Центрів скринінгу захворювань пародонта, визначені необхідні кадрові й матеріально-технічні їх ресурси, розрахована середня очікувана вартість такого скринінгу (на рівні 6,78 грн.). Розроблена 4-х етапна програма діагностики генералізованих уражень пародонта, визначені завдання кожного з етапів та необхідне матеріально-технічне забезпечення, розроблено алгоритм діагностики генералізованого пародонтиту. Все вищевикладене стало науковим підґрунтям для створення стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні.

РОЗДІЛ 8

МАРКЕТИНГ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ У ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПОЛІКЛІНІЦІ ВЕЛИКОГО МІСТА

Важливим фактором успішної реалізації профілактичної стоматологічної допомоги є медична активність населення. Це поняття включає, окрім інформованості населення щодо основних стоматологічних захворювань та чинників, які впливають на їх прогноз, також відношення до здоров'я, мотивацію до оздоровлення, зацікавленість в отриманні профілактичної допомоги з боку медичних працівників, готовність виконувати рекомендації лікарів, у тому числі стоматологів, а також реальне дотримання цих рекомендацій.

Відомо, що медична активність населення, як споживача медичної допомоги, залежить від стану здоров'я і загалом визначається потребами в лікуванні захворювань та усуненні їх проявів, що впливають на якість життя, заважають виконанню виробничої діяльності або повсякденних побутових справ. Профілактична допомога відноситься до такої категорії медичної допомоги, потреби у якій здебільшого визнаються медичними працівниками, а не споживачами медичних послуг («фактори ризику не болять»).

Викликом сучасного стану суспільної свідомості населення є зростання його загального рівня медичної інформованості [184], усвідомлювання щодо індивідуального призначення профілактичних заходів [190, 194], необхідність свідомої участі та особистого вибору певних профілактичних програм [196, 252].

Разом з тим, сучасний рівень організації профілактики не враховує індивідуального стоматологічного стану населення: ураженості карієсом та

його ускладненнями, захворюваннями пародонту, слизової оболонки ротової порожнини. Окрім того, слід відмітити, що організація проведення профілактичних заходів має відповідати Лісабонській декларації відносно прав пацієнта, за якою передбачено обов'язкову інформовану згоду пацієнта на участь у будь-яких лікувальних або профілактичних заходах. Останнє положення також відповідає існуючим на сьогодні біоетичним нормам.

За даними ВООЗ, близько 80% населення світу страждають на захворювання пародонту, що є основною причиною втрати зубів у людей після 30 років. В останні роки спостерігається стійка тенденція до підвищення захворюваності серед осіб молодого віку, збільшення атипичних форм пародонтиту, що, як правило, обумовлено системною патологією. В Україні, за даними численних епідеміологічних досліджень [256, 319, 326, 342, 355], поширеність захворювань пародонта серед дорослого населення 35-44 років в Україні становить від 92% до 98%.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ відносно епідеміологічного стоматологічного дослідження, індексна вікова група 19-34 роки практично випадає з діапазону спостереження більшості дослідників. При цьому стандартною групою моніторингу стану стоматологічного здоров'я дорослих визначена група 35-44 роки. Це зрозуміло з точки зору аналізу обсягу і структури стоматологічної захворюваності й оцінки загальної ефективності стоматологічної допомоги певному контингенту населення. Однак саме в молодому віці (19-34 р.) відбувається активне формування запально-дистрофічних уражень пародонта, що й обумовлює появу у наступній віковій групі таких високих показників поширеності захворювань пародонта.

Проведені системні дослідження взаємозв'язків розвитку генералізованого пародонтиту та змін внутрішнього середовища організму свідчать, що серед хворих на запальні та запально-дистрофічні ураження тканин пародонта, за даними [358], захворювання органів травної системи становлять 95%, на серцево-судинні захворювання страждають 92%

пародонтологічних хворих, порушення обміну речовин – у 51,1%, ендокринні захворювання супроводжують стоматологічне захворювання у 18%. Доведено, що розвиток захворювань пародонта в значній мірі обумовлений станом місцевого та загального гомеостазу організму, рівень компенсації яких безпосередньо залежить від соматичного та стоматологічного здоров'я людини [363]. Це дає підставу для обґрунтування їх профілактики як захворювань із системними факторами етіології та патогенезу. Таке логічне поєднання стоматологічної та соматичної патології у єдності детермінізму є слушним з позиції організації стратегії профілактики стоматологічних захворювань. Не можна заперечувати, що успіх практично всіх профілактичних технологій залежить від усвідомленого відношення самої особистості, пацієнта, до свого здоров'я та його прагнення оздоровлення і оволодіння оздоровчими навичками [366], і це у повній мірі стосується й проблеми організації і впровадження системи профілактики захворювань пародонта.

Вивчення медичної активності населення дозволяє оцінити потреби у профілактичній допомозі з боку споживачів стоматологічних послуг, що необхідно враховувати при формуванні і проведенні профілактичних стоматологічних програм.

При виконанні даного етапу роботи ми поставили за мету вивчити медичну активність осіб молодого віку, які відвідували стоматологічну поліклініку за місцем проживання, у відношенні до профілактики й корекції факторів ризику (ФР) захворювань пародонта та з'ясувати пріоритетні напрямки і форми медичної профілактичної допомоги у первинній ланці системи стоматологічних послуг.

Проведено медико-соціологічне опитування осіб молодого віку, які відвідували стоматологічну поліклініку з різною метою. Дослідження виконували на базі типових територіальних стоматологічних поліклінік великого міста – Чернігівській міській стоматологічній поліклініці та

Житомирській обласній стоматологічній поліклініці. Для проведення медико-соціологічного опитування була сформована вибірка з осіб, які відвідували стоматологічні установи протягом усіх днів тижня упродовж робочого дня за умов двозмінної роботи, для чого фіксували час проведення опитування за графіком, який забезпечував виконання вимог протоколу. Опитування проводили шляхом самостійного письмового заповнення анкети, анонімно, у присутності інтерв'юера. У дослідження включали усіх осіб у віці 19-33 років, що зверталися до поліклініки за обраний для цього термін часу.

Анкета була розроблена автором та затверджена на кафедрі терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця і включала блоки питань щодо самооцінки стоматологічного і загально соматичного здоров'я, інформованості про фактори ризику виникнення захворювань пародонта, самооцінку стану гігієни порожнини рота, інформованості про засоби і методи гігієни порожнини рота, а також джерела інформації щодо захворювань пародонта та їх профілактики, зацікавленість у отриманні профілактичних консультацій, готовність до систематичних профілактичних оглядів у стоматолога та регулярного проведення обстеження, професійної гігієни порожнини рота та лікування.

Всього було опитано 177 осіб (відгук 94%), у тому числі 110 жінок (62,1%) та 67 чоловіків (37,9%).

Дані про кількість респондентів та розподіл за статтю і віком наведені у таблиці 8.1.

Для зручності аналізу результатів опитування визначили вікові групи тривалістю чотири роки. Розподіл респондентів за віком був наступним: у віці від 19 до 22 років було 19,8%, від 23 до 26 років – 22,0%, від 27 до 30 років – 35,0% та від 31 до 34 років – 23,2%. Середній вік чоловіків становив $26,8 \pm 7,1$ років, жінок – $27,0 \pm 6,4$ років. Найменшу групу склали особи у віці 19-22 роки – 19,8%. Найбільшу групу склали особи у віці 27 - 30 років –

Таблиця 8.1

Склад респондентів (вік, стать, абс., %)

Вік, роки	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
19-22	13	19,4	22	20,0	35	19,8
23-26	15	22,4	24	21,8	39	22,0
27-30	26	38,8	36	32,7	62	35,0
31-34	13	19,4	28	25,5	41	23,2
Всього	67	100,0 (37,9)	110	100,0 (62,1)	177	100,0 (100,0)

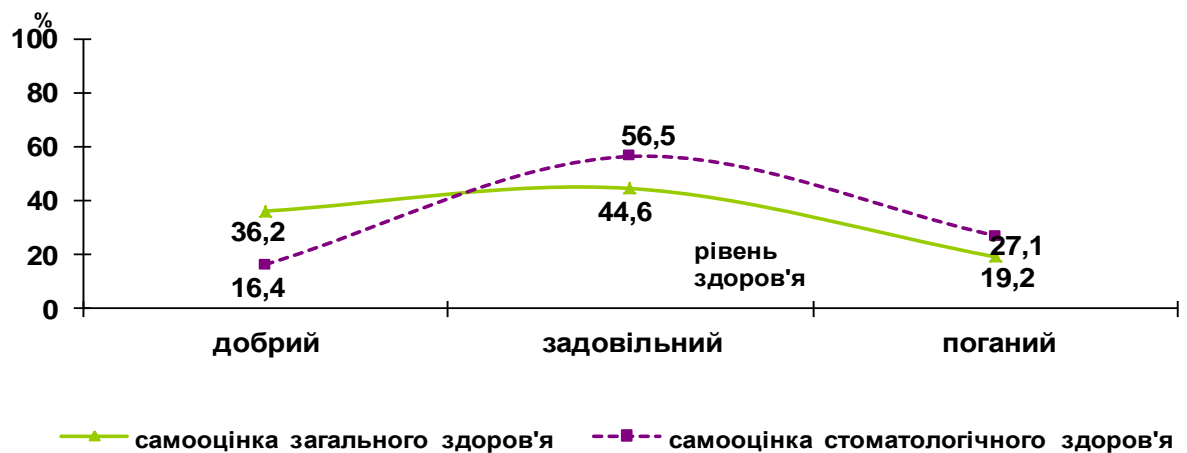


Рис.8.1 Самооцінка здоров'я респондентів (загальне здоров'я, стоматологічне здоров'я, %)

35,0%, чоловіків цієї вікової групи було 38,8% від їх загальної кількості. Така ж тенденція спостерігалася й щодо вікового розподілу респондентів-жінок, серед яких представниці віку 27-30 років склали 32,7%.

Більше половини опитаних мали середню або середню спеціальну освіту (56,3%); вищу освіту мали 43,0%; не мали середньої освіти тільки 0,7% респондентів.

Самооцінка здоров'я. Відомо, що самооцінка здоров'я є прогностичним чинником розвитку захворювання та наступних ускладнень респондентів [50, 52]. За результати проведеного опитування виявили, що 19,2% оцінювали своє здоров'я як погане (19,3% чоловіків, 15,5% жінок, $p < 0,05$), 44,6% як задовільне (62,4% чоловіків, 59,0% жінок, $p < 0,05$), 36,2% як добре (18,3% чоловіків та 25,5% жінок, $p < 0,05$). Чоловіки частіше, ніж жінки оцінювали своє здоров'я як погане, що особливо привертає увагу у зв'язку з тим, що середній вік респондентів-чоловіків практично не відрізнявся від із середнього віку жінок.

При цьому стан здоров'я порожнини рота (за наявністю каріозних порожнин, кровоточивості ясен, неприємного запаху з рота) оцінювали як поганий 27,1% (41,8% чоловіків, 18,2% жінок, $p < 0,05$), як задовільний – 56,5% (47,8% чоловіків, 61,9% жінок, $p < 0,05$), як добрий – всього 16,4% (10,4% чоловіків, 19,9% жінок, $p > 0,05$).

Опитування респондентів щодо їх інформованості про зв'язок рівнів загального здоров'я та стоматологічних захворювань, зокрема, хвороб пародонта, показало в цілому відсутність розуміння взаємозв'язку цих показників: 76,3% опитуваних не пов'язують захворювання пародонта із загальним рівнем здоров'я (65,7% чоловіків та 54,5% жінок, $p < 0,05$).

Інформованість щодо чинників впливу на рівень стоматологічного здоров'я. Інформованість щодо чинників впливу на здоров'я є багатоскладовим показником [52, 55]. По-перше, вона відображає індивідуальну базову складову до оздоровлення самої людини. По-друге, для

використання цих знань в реальних життєвих ситуаціях необхідна впевненість у важливості виконання рекомендацій з оздоровлення. По-третє, важливим фактором ефективності інформованості є джерело отримання медичної інформації, а також його авторитетність. По-четверте, інформованість щодо факторів ризику з урахуванням вище означених обставин слугує основою до формування потреб у реалізації профілактичних і оздоровчих заходів як з боку медичних працівників (стоматологів), так і з боку населення, пацієнтів. В рамках даного медико-соціологічного дослідження вивчали наступні аспекти проблеми інформованості населення, яке відвідувало стоматологічні поліклініки: інформованість щодо факторів ризику захворювань пародонта (правила індивідуальної гігієни порожнини рота та засоби), усвідомлення щодо рівнів власних ФР (самооцінка рівня гігієни порожнини рота), а також джерела отримання медичної інформації та відношення до цих джерел.

Проведене опитування виявило низьку інформованість опитуваних щодо основних ФР захворювань пародонта, що підтверджує наші попередні дані, зокрема, стосовно ролі індивідуальної гігієни порожнини рота, її методів та засобів.

Так результати анкетування показали достатньо низький рівень інформованості населення молодого віку, від 19 до 33 років, про засоби і методи гігієни порожнини рота, зокрема, чищення зубів, використання зубних паст й ополіскувачів та аксесуарів – зубних щіток, флосів. Простежується відсутність системної ролі стоматологів у формуванні мотивації населення щодо підтримки належного рівня гігієни, контролю стану стоматологічного здоров'я. На питання «Скільки разів на рік Ви проходите профілактичний огляд у стоматолога?» відповіли (рис.8.2), що «частіше, ніж 2 рази на рік» лише $3,1 \pm 0,2\%$ респондентів, два рази на рік відвідують з цією ж метою $3,8 \pm 0,2\%$ опитуваних, один раз на рік –

11,2±0,3%, рідше ніж один раз на рік – 21,3±0,3% й більшість респондентів – 60,6±1,5% ніколи не відвідують стоматолога з метою профілактики.

При цьому 53,8±1,1% респондентів чистили зуби 2 рази на день, 36,2±1,0% - 1 раз, 5,9±0,3% - чистять зуби кілька разів на тиждень, а 4,1±0,2% - не чистять зуби взагалі (рис.4). Заміну зубної щітки раз на три місяці проводять тільки 38,2±0,8% анкетованих, раз на півроку - 42,6±0,9%, 1 раз в рік – 12,3±0,6% та рідше ніж раз на рік – 6,9±0,4% (рис.8.3).

Значна частина осіб одержали знання про правила гігієни від батьків і стоматологів (29,8±1,0% і 31,7±0,8%), самостійно – 29,7±0,9% опитаних і лише 9,8±0,6% - в школі (рис.8.6). При виборі зубної пасти та зубної щітки лише 17,2±0,7% респондентів користувалися порадою лікаря, 29,2±0,9% - інформацією з реклами, 25,3±0,5% - порадою знайомих й 31,1±0,8% - використали інші джерела інформації (рис.8.7).

За власною оцінкою у більшості респондентів (78,6±1,2%) стан гігієни порожнини рота дорівнює задовільному, 12,4±0,9% - оцінюють його як добрий, 5,3±0,8% - як відмінний й лише 3,7±0,1% - як поганий. Об'єктивна клінічна оцінка стану гігієни порожнини рота засвідчила суттєву розбіжність між цими показниками і наявним гігієнічним рівнем. Так, відмінний стан гігієни ротової порожнини, за даними індексної оцінки, зареєстровано лише у 4,2±0,2%, добрий - у 10,1±0,7%, задовільний – у 54,6±0,9% і значно перевищує самооцінку рівень поганого стану – 31,1±0,8% (рис.8.8).

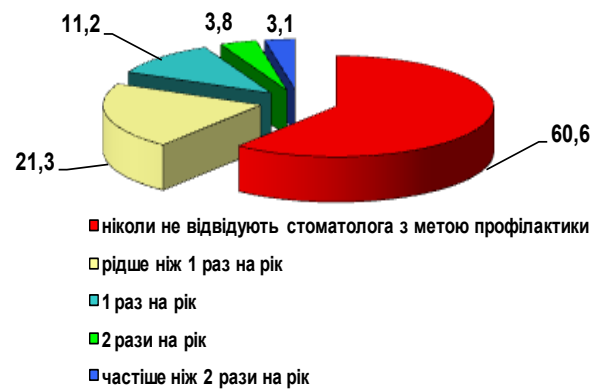


Рис. 8.2. Відповідь на питання «Скільки разів на рік Ви проходитье профілактичний огляд у стоматолога?», (%).

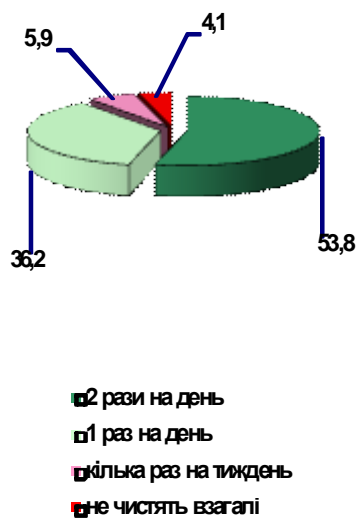


Рис.8.3. Відповідь на питання «Скільки разів на день Ви чистите зуби?», (%)

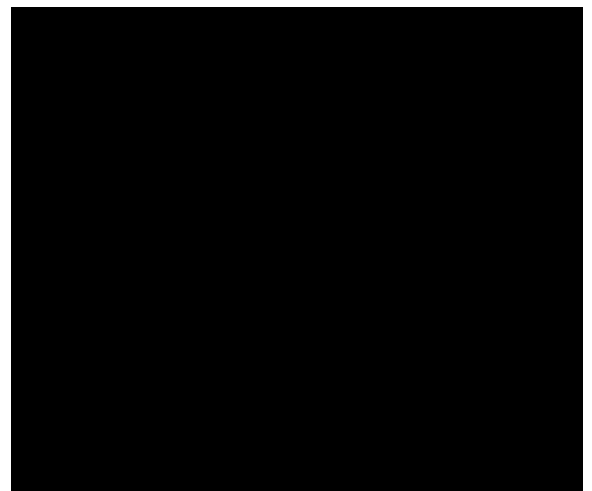


Рис.8.4. Відповідь на питання «Як часто Ви змінюєте зубну щітку?», (%)



Рис.8.6. Відповідь на питання «Де Ви навчалися правилам гігієни порожнини рота?», (%)

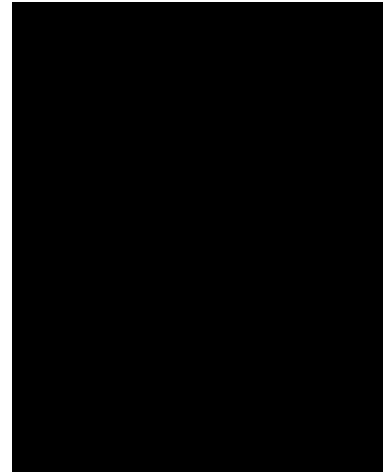


Рис.8.7. Відповідь на питання «Чим Ви керуєтесь при виборі зубної пасти та зубної щітки?», (%)

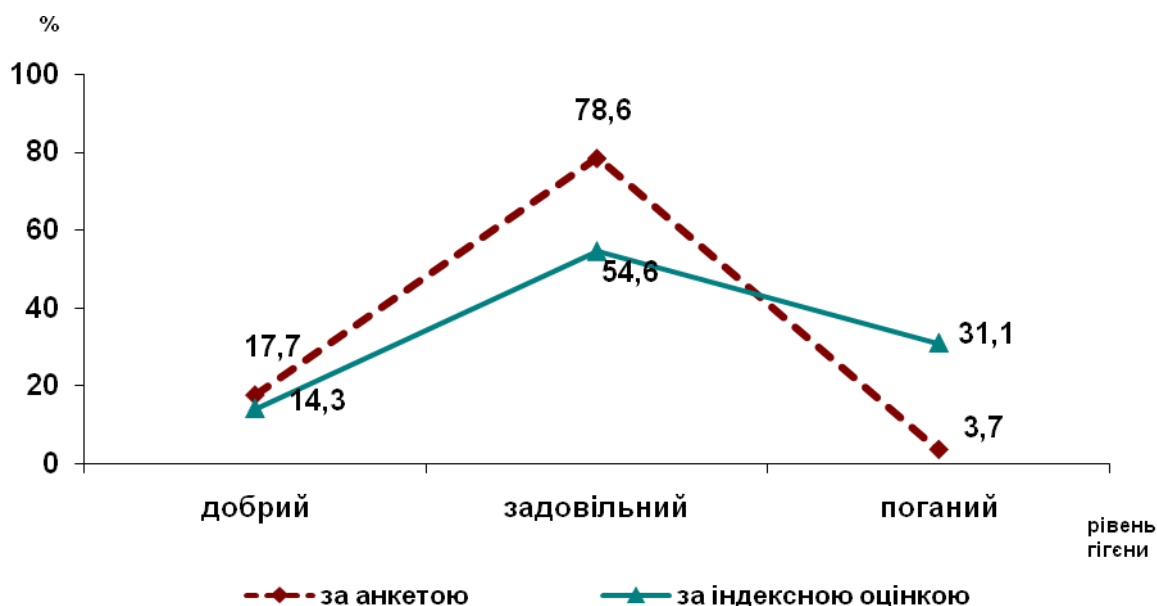


Рис. 8.8. Стан гігієни порожнини рота за даними анкетування та індексною оцінкою (%).

Як свідчать результати опитування, тільки 17,2% користуються порадою лікаря-стоматолога у виборі засобів гігієни порожнини рота, а переважна більшість респондентів (71,8%) відвідують стоматолога з метою профілактичного огляду рідше одного разу на рік або ніколи не відвідують. Ці дані свідчать, що лікарі-стоматологи не мають впливу на рівень стоматологічної захворюваності дорослого населення, а профілактика, первинна і вторинна, у дорослого населення практично не реалізується.

Разом з тим, за результатами опитування 78,6% респондентів виявили готовність до участі у профілактичних заходах (отриманні консультацій стоматолога, інформаційних матеріалів, відвідувань лікаря з метою профілактичних обстежень і професійної гігієни порожнини рота) за умови, що вони будуть запропоновані та організовані у поліклініці за місцем проживання.

Таким чином, проведене маркетингове медико-соціологічне дослідження стоматологічних профілактичних послуг у територіальній

стоматологічній поліклініці великого міста дозволило дослідити медичну активність населення молодого віку, яке відвідує стоматологічну поліклініку за місцем проживання, у його відношенні до профілактики та корекції ФР захворювань пародонта, з'ясувати пріоритетні напрямлення й форми стоматологічної профілактичної допомоги.

Висновки

Серед відвідувачів територіальних поліклінік великого промислового міста значно поширені фактори ризику захворювань пародонта, при чому спостерігається готовність населення до їх корекції за участі спеціалістів-стоматологів.

Більшість пацієнтів територіальної стоматологічної поліклініки висловлюють очікування від лікаря більшого обсягу інформації щодо загального й стоматологічного здоров'я та заходів з його збереження, а лікарі недостатньо використовують ресурс контакту та спілкування з пацієнтами для детального і повного профілактичного консультування.

Розроблена анкета дозволяє проводити уніфікований збір інформації щодо медичної активності населення та моніторинг споживчого ринку профілактичних стоматологічних послуг на різних рівнях та в різних умовах організації й фінансування стоматологічної допомоги, а також проводити оперативне управління процесом інтеграції профілактичних та лікувально-діагностичних технологій у системі стоматологічної допомоги.

РОЗДІЛ 9

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА В УКРАЇНІ

9.1. Концепція стратегії профілактики захворювань пародонта та тактика її реалізації

Враховуючи вагоме соціальне та медичне значення захворювань пародонта у формуванні рівня здоров'я населення України, що підтверджено численними науковими даними та результатами наших власних досліджень, наведених у попередніх розділах, розроблена «Концепція стратегії профілактики захворювань пародонта».

Метою стратегії є зниження рівнів стоматологічної захворюваності населення країни. Основними її напрямками є координована 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 і їх детермінантів із удосконаленням системи надання стоматологічної допомоги з метою найбільш ефективної профілактики захворювань пародонта та поліпшення стану стоматологічного здоров'я населення в цілому.

Продемонстровано, що дана стратегія може бути досягнута шляхами, які доповнюють один одного:

- 1) попередження виникнення уражень пародонта завдяки використанню програм первинної профілактики — контроль за факторами ризику патології та професійний добір, формування здорового образу життя, інформування населення та профілактична освіта (первинна профілактика);

2) раннє виявлення допатологічних станів (гострі гінгівіти у легкій формі) та ранніх стадій генералізованого пародонтиту шляхом скринінгу населення з груп високого ризику; медико-генетичне консультування родин із сімейними формами хвороб пародонта та наявністю спадкової схильності до цієї патології, медичний аудит (вторинна профілактика)

3) гальмування прогресування патологічного процесу у разі виникнення генералізованого пародонтиту шляхом використання комплексу медико-соціальних, лікувальних і реабілітаційних заходів (вторинна та третинна профілактика) (рис.9.1).

Визначено, що основними об'єктивними факторами, які обмежують досягнення визначеної мети в Україні є:

1) відсутність ефективних методів контролю та модифікації факторів ризику хвороб пародонта, перш за все – генетичних;

2) значне обмеження ресурсів, вперш за все: матеріально-технічних – в лікувально-профілактичних закладах, фінансових – у хворих на хвороби пародонта;

3) недосконалість системних організаційних заходів, спрямованих на боротьбу захворюваннями пародонта та стоматогенними чинниками ризику – низька інформованість населення груп високого ризику стосовно хвороб пародонта та недостатня ефективність скринінгу, відсутність державних зобов'язань та гарантій щодо забезпечення пацієнтів сучасними методами діагностики, лікування, реабілітації, програмами соціальної допомоги та захисту;

відсутність державної системи моніторингу та системного керування за доступністю, ефективністю та якістю заходів з профілактики стоматологічних захворювань в цілому і захворювань пародонта, зокрема. Враховуюче вищенаведене, пропонується визначити наступна *тактика, або завдання, Програми*, які спрямовані на досягнення мети стратегії та вирішення чи / та подолання обмежуючих наявних факторів:

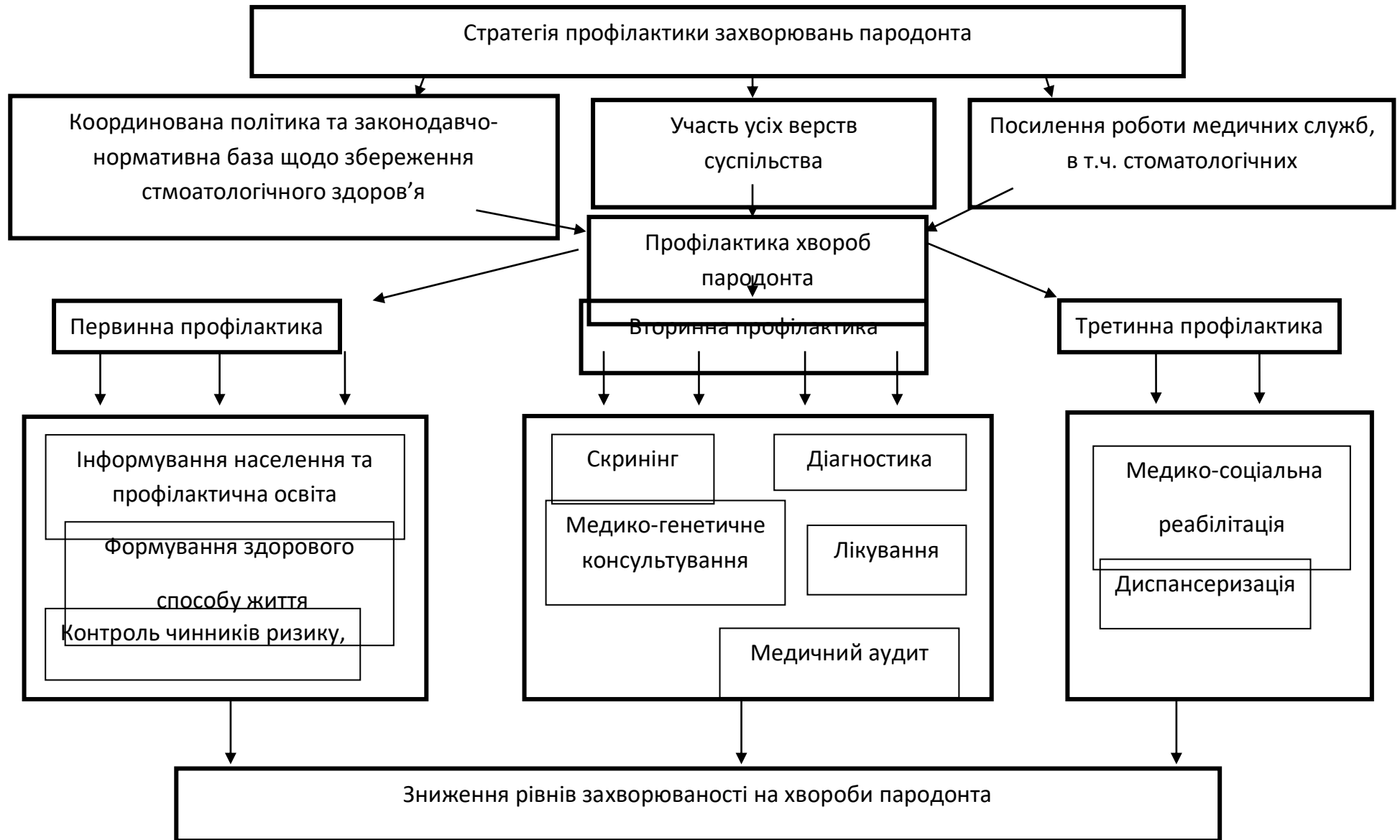


Рис. 9.1 Структура стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні.

1) вжити системних заходів з первинної профілактики захворювань пародонта, шляхом підсилення санітарно нагляду за об'єктами навколишнього середовища та умовами праці, спрямованого на зменшення експонування населення хімічними та фізичними агентами, які визначають підвищені рівні захворюваності населення на соматичні захворювання та хвороби пародонта (сірководнем, сірковуглецем, хлором та його сполуками, синтетичними жирними кислотами, фенолом та його похідними, нітратами, солями важких металів (в т.ч. ртуттю), випромінювань радіолокаційних станцій; за умовами праці – рівнями та тривалістю впливу на працюючих: парів та газів хімічних речовин 1 та 2 класів небезпеки, вібрації, лазерного випромінювання, несприятливих метеофакторів);

2) підвищити рівень обізнаності населення з питань виникнення захворювань пародонта, їх профілактики та пропаганди здорового способу життя, раннього виявлення (шляхом скринінгу) та сучасних методів лікування, шляхом: залученням засобів масової інформації, проведення інформаційних кампаній та широкого використання засобів профілактичної освіти в лікувально-профілактичних закладах та серед широких верств населення;

3) удосконалити програму підготовки спеціалістів охорони здоров'я загальної мережі (лікарі дільничні терапевти, лікарі загальної медицини, сімейної практики) та спеціалізованих закладів охорони здоров'я (стоматологічної служби, лікарі-спеціалісти), з питань скринінгу, діагностики, лікування захворювань пародонта та диспансеризації, реабілітації хворих на цю патологію;

4) підвищити рівень раннього виявлення в амбулаторно-поліклінічних закладах осіб із факторами високого ризику та з ранніми стадіями ураження пародонта, шляхом відновлення та розширення профілактичних оглядів (скринінгу) населення;

5) покращити медичне (стоматологічне) спостереження за особами із наявними факторами високого ризику виникнення захворювань пародонта,

ввести обов'язковий щорічний скринінг хвороб пародонта (гінгівіту, генералізованого пародонтиту) серед хронічних хворих кардіоревматологічного, неврологічного, ендокринологічного, онкологічного, неврологічного, гематологічного та гастроентерологічного профілів;

б) започаткувати медико-генетичне консультування родин із сімейними формами хвороб пародонта та ідіоматичних пародонтопатій та наявністю спадкової схильності до цієї патології; розпочати наукові дослідження щодо визначення генетичних маркерів схильності людини до ураження тканин пародонта;

7) забезпечити високий рівень діагностики, лікування, диспансеризації хворих на хвороби пародонта шляхом поліпшення ресурсного забезпечення (кадрового, матеріально-технічного та фінансового) стоматологічної служби України та створення спеціалізованої служби (центрів) профілактики стоматологічних захворювань на базі діючих закладів охорони здоров'я;

8) удосконалити систему диспансерного нагляду, профілактичного лікування та клінічного моніторингу за хворими на хвороби пародонта; підсилити серед хворих на гінгівіти та генералізований пародонтит роботу щодо формування стійких мотивів їх прихильності до лікування та медичного нагляду, навчання їх методам самостійного якісного догляду за порожниною рота та контролю гігієни порожнини рота;

9) розробити науково обґрунтований перелік лікарських засобів та медичної техніки, якими гарантоване забезпечення спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів за рахунок державного чи / та місцевого (комунального) бюджету, страхових організацій;

10) покращити статистичний облік хворих на хвороби пародонта, створити «Національний реєстр хворих на захворювання пародонта та осіб із високими ризиками їх виникнення» з можливостями національного моніторингу за індикаторними показниками: станом та динамікою перебігу захворювання (за морфо-функціональними критеріями); доступністю, своєчасністю та

клінічною ефективністю надання їм медичної (діагностичної, лікувальної, реабілітаційної) та медико-соціальної допомоги, за якістю їх життя; здійснити перехід до єдиної автоматизованої технології оцінки ефективності профілактики захворювань пародонта на принципах доказової медицини.

Реалізація вищезазначених завдань стратегії профілактики захворювань пародонта можлива завдяки налагодженню організаційних та функціональних зв'язків між суб'єктами, які включені до неї (рис. 9.2).

Управління реалізацією стратегії профілактики захворювань пародонта на національному рівні покладається на Головного позаштатного спеціаліста зі стоматології МОЗ України, а на регіональних – на Головного позаштатного спеціаліста з стоматології обласних, міських, районних та відомчих УОЗ. Вони повинні бути головами Координаційних рад та груп з реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта. Вони організують роботу координаційних рад чи груп для реалізації стратегії на регіональному рівні; співробітництво між всіма суб'єктами системи – органами державної влади, громадськими організаціями, закладами охорони здоров'я, які не входять до стоматологічної служби; а також координують та контролюють функціональні взаємозв'язки стоматологічної служби, які спрямовані на широку профілактику стоматологічних захворювань, у т.ч. хвороб пародонта; забезпечують створення та функціонування всіх компонентів даної системи, організацію та роботу регіональної бази хворих на захворювання пародонта. Головні позаштатні спеціалісти зі стоматології відіграють ключову роль у організації первинної профілактики захворювань пародонта – гінгівітів, генералізованого пародонтиту шляхом: взаємодії із територіальними СЕС для визначення популяційних факторів ризику захворюваності населення (навколишнього середовища та умов праці); із головними лікарями амбулаторно-поліклінічних закладів організують проведення скринінгу населення на хвороби пародонта під час звернення у амбулаторно-поліклінічні заклади; із головними лікарями Центрів здоров'я розробляють

плани інформаційних компаній та масових скринінгових програм на захворювання пародонта, спрямованих на пересічні верстви населення; організують роботу «Школи стоматологічного здоров'я», координують заходи, спрямовані на поліпшення медичної та реабілітаційної допомоги таким хворим тощо.

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 крупних 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 організують та проводять інформаційні кампанії в засобах масової інформації, формують на регіональному рівні статистичні бази хворих на ураження пародонта. Так, 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 до 39 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.

Кабінет профілактики стоматологічних захворювань є ключовим в організації первинної профілактики захворювань пародонта. Він виявляє хворих із ранніми проявами ураження пародонта, високим рівнем ризику хз виникнення. У співробітництві з Центрами здоров'я організує та проводить інформаційні кампанії в засобах масової інформації. Формує на регіональному рівні статистичні бази хворих на хвороби пародонта. Взаємодіє із громадськими організаціями хворих на захворювання пародонта на території свого функціонування.

За реалізацією всієї системи заходів щодо реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта слідкує Національний моніторинговий комітет, який очолює Головний позаштатний спеціалісти зі стоматології МОЗ України

9.2. Нормативно-правове забезпечення реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні

Реалізація розробленої стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні ґрунтується на дотриманні Конституції України (1996 р., зі змінами): «Людина, її життя і здоров'я ... визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю» (ст. 3), «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно...» (ст. 49), а також Закону України (1993 р., зі змінами) «Основи законодавства України про охорону здоров'я»..

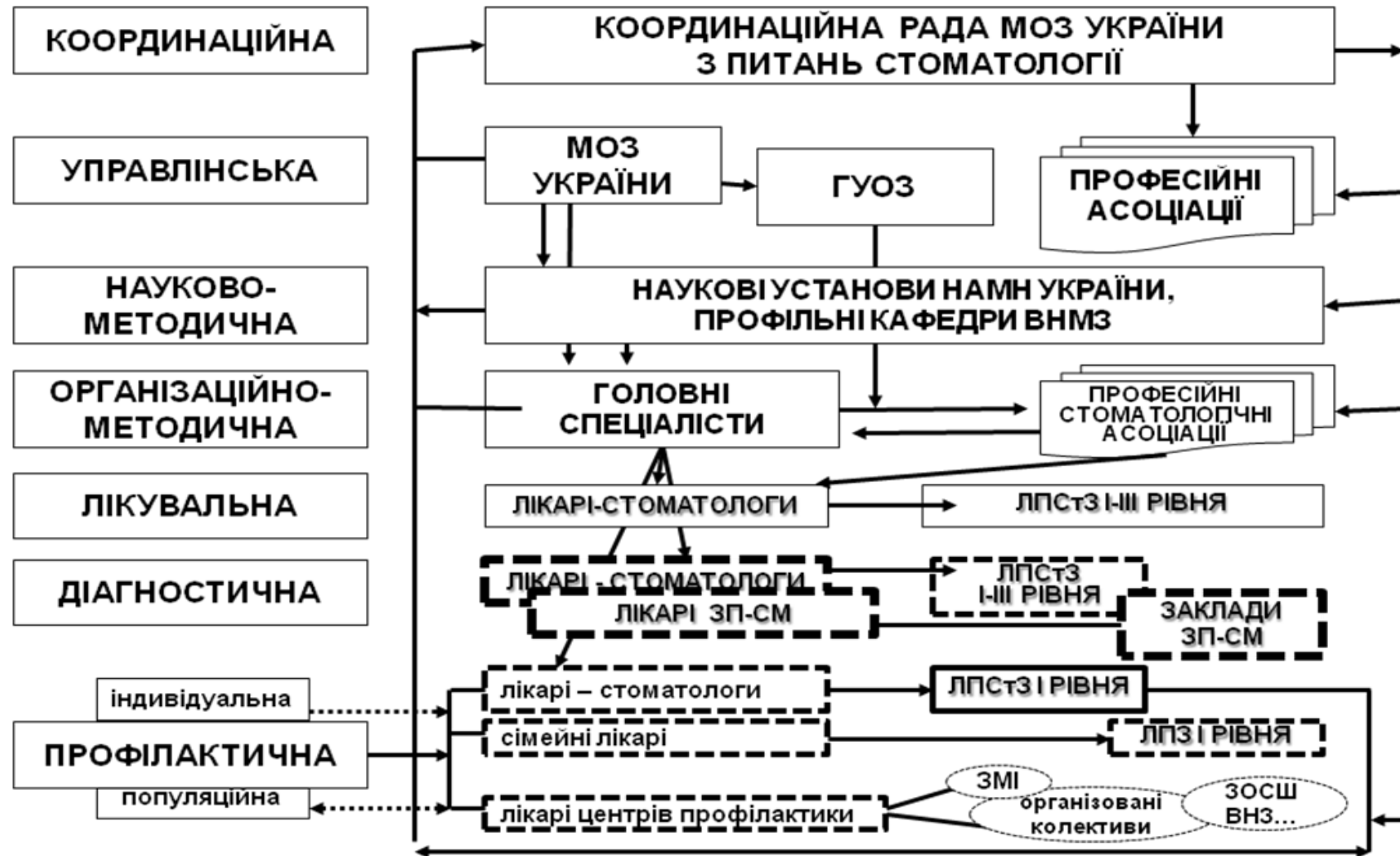


Рис.9.2. Функціонально-організаційна модель профілактики та диспансеризації хворих на генералізовані хвороби пародонта

Первинна профілактика. Реалізація заходів щодо первинної профілактики захворювань пародонта, які включають контроль за станом довкілля та умовами праці в Україні реалізується санітарно-епідеміологічною службою, відповідно до Закону «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (1994 р.). Однак, значна кількість проблем, пов'язаних із техногенними забрудненням довкілля та порушення Закону України «Про охорону праці» (1992 р.), як з боку роботодавців, так і працівників, не дозволяють на теперішній час досягти вагомих результатів щодо забезпечення первинної профілактики стоматологічних захворювань, уражень пародонта зокрема, яка може бути викликана екзогенними хімічними та фізичними факторами. Реалізація цього компоненту стратегії є реальною перспективою, а її наслідки будуть відстрочені, але довготривалі. Найбільш доцільним на сьогоднішній час є –реалізація політики інформування працюючих ризику захворювань пародонта на робочому місці, формування у них мотивів до використання індивідуальних засобів захисту та проходження щорічного скринінгу на хвороби пародонта (як варіант – організація скринінгу на підприємствах, в організованих колективах).

Інформування населення та профілактична освіта. Реалізація в Україні санітарно-освітньої роботи з питань профілактики стоматологічних захворювань реалізується стоматологічною службою, сумісно із обласними (міськими центрами здоров'я), відповідно до їх функціональних повноважень. Однак ці зв'язки мають нестабільний та ситуативний характер. В систему інформування населення майже не задіяні інші верстви медичного персоналу, насамперед – медичні сестри, сімейні лікарі й дільничні терапевти.

Підготовка кадрів. Підготовка медичних кадрів в Україні включає надання знань та вмінь з питання профілактики захворювань пародонта: серед студентів вищих навчальних закладів – в курсі «Профілактика стоматологічних захворювань», «Профілактика захворювань пародонта» серед лікарів-стоматологів – під час проходження інтернатури, спеціалізації,

удосконалення, серед лікарів загальної практики, сімейної медицини. Однак, широкі верстви лікарів, передусім – дільничних терапевтів, лікарів інших спеціальностей – підготовки з питань профілактики стоматологічних захворювань, і, зокрема, захворювань пародонта, не проходять. Це потребує внесення відповідних змін до планів підготовки лікарів.

Скринінг хвороб пародонта. В теперішній час в Україні не відповідає сучасним вимогам нормативно-правове забезпечення щодо профілактичних оглядів широких верств населення. На теперішній час профілактичні огляди населення проводяться лише його окремих верств: державних службовців (відповідно до Наказу МОЗ України «Про проведення щорічного профілактичного медичного огляду державних службовців» (від 18.02.2003 N 75/24/1)), військовослужбовців МВС, СБУ, ВС (Наказ МОУ «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» (від 14.08.2008 N 402), Наказ СБУ «Про затвердження Інструкції про порядок проведення диспансеризації в Службі безпеки України» (від 12.11.2007 N 803), Наказ МВС «Порядок проведення військово-лікарської експертизи і медичного огляду військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу в системі МВС» (від 06.02.2001 N 85)). Однак, навіть серед цих груп населення не регламентовано скринінг захворювань пародонта. Тобто, система скринінгу хвороб пародонта в Україні потребує свого нормативно-правового забезпечення.

Медико-генетичне консультування. В Україні існує мережа медико-генетичних консультацій, однак направлення до них хворих із сімейними формами ураження пародонта не відбувається внаслідок відсутності підготовлених лікарів-генетиків з цього питання, відсутності молекулярно-генетичних маркерів для встановлення ризику виникнення генералізованих захворювань пародонта у пробанда, а також відсутності підготовки лікарів-стоматологів з цього питання. Це вказує на необхідність виправлення цього аспекту профілактики під час реалізації профілактичної стратегії.

Надання медичної допомоги хворим. Допомога хворим на хвороби пародонта в Україні надається стоматологічною службою, відповідно до її функціональних повноважень та існуючих ресурсних можливостей.

У системі МОУ, СБУ, МСЧУ, НАНУ інших структурах влади та промислових підприємств, у яких наявна відомча система охорони здоров'я, медична допомога хворим на захворювання пародонта надається відповідно в МСЧ, поліклініках, госпіталях, у яких передбачено функціонування стоматологічної служби.

Відповідно до Наказу Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань Державного департаменту України з питань виконання покарань» від 18.01.2000, N 3/6) захворювання пародонта не є показанням для направлення засуджених хворих у спеціалізовані відділення, для хірургічного лікування. Однак не передбачена реалізація всієї системи медико-профілактичних заходів (амбулаторне лікування, диспансерне спостереження) особам, які позбавлені волі. Це веде до того, що засуджені особи із хворобами пародонта позбавлені відповідної медичної допомоги в місцях відбування покарання, а після звільнення вони поповнюють ряди осіб з вторинною адентією.

Забезпечення лікарськими засобами. Надання медичної допомоги, яке включає доступність основних (життєво необхідних) лікарських засобів, є однією з головних передумов для реалізації права громадян України на охорону здоров'я. Рациональне використання ефективних, безпечних, якісних та доступних за ціною препаратів дасть змогу розв'язати багато проблем у галузі охорони здоров'я. Так відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної програми забезпечення населення лікарськими засобами на 2004-2010 роки» (від 25 липня 2003 р. N 1162) хвороби пародонта не відносяться до патології, рівень захворювання якої

істотне збільшується. Зазначається, що: «Метою зниження рівня захворюваності та гарантованого надання медичної допомоги в Україні сформовано систему забезпечення лікарськими засобами, складовими якої є: Національний перелік основних (життєво необхідних) лікарських засобів і виробів медичного призначення; перелік лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади та установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів; перелік вітчизняних та іноземних лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню». Однак у Постанові Кабінету Міністрів України «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» (від 17 серпня 1998 р. N 1303) захворювання пародонта (генералізовані гінгівіти, генералізований пародонти) не визначається у «Переліку категорій захворювань, у разі амбулаторного лікування яких лікарські засоби відпускаються безоплатно». Така ситуація пояснюється скрутним економічним становищем, недостатнім фінансуванням галузі охорони здоров'я.

Для подолання такої ситуації доцільним є внесення препаратів для лікування та профілактики захворювань пародонта у «Національний перелік основних життєво необхідних лікарських засобів і виробів медичного призначення» та забезпечення ними хворих на безоплатній основі.

Медичне спостереження за особами із наявними факторами високого ризику, хворими на хвороби пародонта та їх профілактичне лікування (диспансеризація). Виявлення осіб із наявними факторами високого ризику на хвороби пародонта та диспансерне спостереження за ними відбувається стоматологічною службою. Однак в Україні відсутня цілеспрямована системна робота щодо спрямування таких хворих до стоматологічної служби, що веде до того, що первинне встановлення діагнозу серед таких хворих відбувається на пізніх стадіях патологічного процесу. Також, в теперішній

час відсутнє нормативно-правове забезпечення системи диспансеризації хворих на гінгівіти та генералізований пародонтит, що потребує свого вирішення під час організації реалізації в Україні стратегії профілактики цієї патології.

Статистичний облік хворих. В Україні існує система статистичного обліку хворих на патологію органів порожнини рота у якій відокремлені захворювання пародонта за нозологічними критеріями. Даний статистичний облік не дозволяє проаналізувати доступність та якість надання медичної допомоги хворим на цю патологію та встановити фактори ризику, якість життя тощо.

Одним із шляхів вирішення цього питання є створення єдиної Національної бази хворих на хвороби пародонта та хворих із високими ризиками виникнення даної патології, яка дозволить проводити моніторинг за індикаторними показниками: станом та динамікою перебігу захворювання (за морфо-функціональними критеріями); доступністю, своєчасністю та клінічною ефективністю надання їм медичної (діагностичної, лікувальної, реабілітаційної/ортопедичної/ортодонтичної) та медико-соціальної допомоги й якістю життя. Необхідно здійснити перехід до єдиної автоматизованої технології оцінки ефективності заходів профілактики захворювань пародонта на принципах доказової медицини.

9.3. Організаційне забезпечення реалізації в Україні стратегії профілактики захворювань пародонта

Нами розроблена трьохетапна організаційна система забезпечення реалізації в Україні стратегії профілактики захворювань пародонта, яка включає пріоритетні завдання і враховує стан розвитку системи охорони здоров'я та економічного розвитку країни (табл. 9. 1).

На першому етапі організаційної системи (розраховано на 2010–2012 рр.) нами для забезпечення реалізації в Україні розробленої стратегії

профілактики захворювань пародонта розроблено «План заходів, щодо удосконалення профілактики, раннього виявлення захворювань пародонта», який включає наступні заходи та відповідальних за них:

1) Підготувати інформацію присвячену проблемі хвороб пародонта та забезпечити її розміщення на сайтах МОЗ України, громадських організацій, асоціацій, публікації в науковій та просвітницькій пресі

2) Із залученням громадських організацій інформувати населення щодо профілактики, ранньої діагностики, попередження хвороб пародонта та їх ускладнень, сучасних методів лікування захворювань пародонта шляхом проведення теле- і радіопередач, видання тематичних статей в засобах масової інформації (МОЗ України, головний стоматолог МОЗ України, НМАПО ім. П.Л.Шупика, Інститут стоматології НАМН України, НМУ імені О.О.Богомольця, Український тренінговий центр сімейної медицини, Український центр профілактики стоматологічних захворювань).

3) Організувати тематичні конференції, присвячені актуальним питанням захворювань пародонта (МОЗ України, головний стоматолог МОЗ України, НМАПО ім. П.Л.Шупика, Інститут стоматології НАМН України, НМУ імені О.О.Богомольця, Український тренінговий центр сімейної медицини, Український центр профілактики стоматологічних захворювань).

4) Організувати семінари, тренінги, присвячені проблемі раннього виявлення хвороб пародонта для лікарів сімейної практики (МОЗ України, головний стоматолог МОЗ України, НМАПО ім. П.Л.Шупика, Інститут стоматології НАМН України, НМУ імені О.О.Богомольця, Український тренінговий центр сімейної медицини)

5) Обговорити актуальні питання профілактики, ранньої діагностики та алгоритмів лікування, в рамках конференцій, присвячених загальним питанням стоматології (МОЗ України, головний стоматолог МОЗ України, НМАПО ім. П.Л.Шупика, Інститут стоматології НАМН України, НМУ імені О.О.Богомольця, Український центр профілактики стоматологічних захворювань).

6) Підготувати клінічні рекомендації щодо раннього виявлення захворювань пародонта та алгоритмів їх лікування (Головний стоматолог МОЗ України, НМУ імені О.О.Богомольця).

7) Підготувати наглядні посібники (стенди, плакати, брошури, тощо) для пацієнтів, хворих на хвороби пародонта, та забезпечити ними стоматологічні кабінети та лікувально-профілактичні заклади (МОЗ України, головний стоматолог МОЗ України, НМАПО ім. П.Л.Шупика, Інститут стоматології НАМН України, НМУ імені О.О.Богомольця).

8) Розробити індивідуальну карту «Щоденник хворого на захворювання пародонта (гінгівіт, генералізований пародонти)», в якому відобразити режим та послідовність лікування та перебіг хвороби (МОЗ України, головний стоматолог МОЗ України, НМАПО ім. П.Л.Шупика, Інститут стоматології НАМН України, НМУ імені О.О.Богомольця).

9) Передбачити відкриття та функціонування кабінетів профілактики стоматологічних захворювань та забезпечити їх сучасним діагностичним обладнанням (МОЗ АР Крим, начальники управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій).

10) Взяти під контроль відкриття (поновлення) долікарських кабінетів з розрахунку один кабінет на поліклініку (МОЗ України, головний офтальмолог МОЗ України, МОЗ АР Крим, начальники управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій)

11) Підготувати методичні рекомендації для лікарів-стоматологів, лікарів загальної практики щодо принципів профілактики та фармакотерапії хворих на захворювання пародонта (Головний стоматолог МОЗ України, НМАПО ім. П.Л.Шупика, Інститут стоматології НАМН України, НМУ імені О.О.Богомольця, Український центр профілактики стоматологічних захворювань).

Таблиця 9.1

Завдання щодо реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні, під час її організаційного забезпечення на державному рівні (на 2008 – 2017 рр.)

Компоненти стратегії профілактики захворювань пародонта	Заходи виконання на етапах реалізації Національної стратегії		
	I етап	II етап	III етап
Терміни реалізації	2008 – 2010 р. р.	2011 – 2014 р. р.	2015 – 2017 р. р.
Первинна профілактика	– Провести наукові дослідження щодо впливу факторів навколишнього середовища на рівні захворюваності населення на ХП		Створити територіальні карти високого екзогенного ризику виникнення ХП та заходи щодо їх попередження (разом з санітарно-епідеміологічною службою України)
Інформування населення та профілактична освіта	<ul style="list-style-type: none"> – Підготувати інформацію для широких верств населення та поширити її з використанням ЗМІ, Інтернету. – Підготувати наглядні посібники (стендів, плакатів, брошур тощо) для пацієнтів, хворих на ХП, та забезпечити ними стоматологічні кабінети ЛПУ. – Розробити інформаційний мінімум та організувати проведення «Шкіл профілактики стоматологічних захворювань». 		
Скринінг захворювань пародонта	<ul style="list-style-type: none"> – Відкрити (поновити діяльність) кабінетів долікарського прийому та організація у них первинне стоматологічне обстеження та визначення рівня гігієни ПР (з розрахунку 1 кабінет на 100 тис. загального населення). – Розпочати скринінг населення на ХП в сімейних амбулаторіях – клініках ЗПСМ 		
Професійний добір та профілактика на робочому місці	– Організувати під час попередніх та періодичних медичних оглядів скринінг працюючого населення (після 25 років) на хвороби пародонта та фактори їх високого ризику		
Медико-генетичне консультування	– Розпочати наукові дослідження щодо можливості проведення медико-генетичного консультування хворих на хвороби пародонта	<ul style="list-style-type: none"> – Підготувати лікарів-стоматологів до генетичного консультування хворих на хвороби пародонта – Розпочати наукові дослідження щодо використання молекулярно-генетичних маркерів схильності до хвороб пародонта. 	– Створити Національну базу даних хворих на спадкові форми хвороб пародонта та забезпечити надання їм допомоги в умовах медико-генетичних консультацій.

Продовження табл. 9.1

Компоненти Стратегії	Зміст робіт, яка необхідно виконати на етапах реалізації стратегії профілактики		
	I етап	II етап	III етап
Терміни реалізації	2008 – 2010 р. р.	2011 – 2014 р. р.	2015 – 2017 р. р.
Медична допомога	<ul style="list-style-type: none"> – Створити клінічні та методичні рекомендацій, алгоритми ранньої діагностики та лікування ХП. – Створити методичні рекомендації щодо принципів фармакотерапії хворих на ХП на принципах доказової медицини. – Підготувати Наказ МОЗУ щодо показань та протипоказань, термінів хірургічних втручань при ХП. – Розробити та впровадити організаційні стандарти та клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим на ХП в амбулаторних умовах. – Забезпечити радикальне лікування хворих на тяжкі форми ХП за рахунок бюджетного фінансування – Розробити та впровадити організаційні стандарти та клінічні протоколи допомоги хворим на ХП в умовах впровадження різних моделей страхової медицини 		
Диспансеризація	<ul style="list-style-type: none"> – Створити мережу кабінетів профілактики стоматологічних захворювань в регіонах України (із розрахунку не менше ніж 1 кабінет на 1 млн. загального населення). – Розробити та впровадити у практику «Щоденника хворого на генералізований пародонтит». – Організувати систему щомісячного контролю гігієни порожнини рота хворими на ХП в умовах кабінетів долікарського прийому. – Забезпечити профілактичне лікування хворих на ХП в умовах ЛПЗ (один раз на рік) за рахунок комунальних бюджетів та страхових внесків. 		
Статистичний облік, реєстрація та аналіз	<ul style="list-style-type: none"> – Розпочати збір статистичної інформації щодо профілактичних оглядів населення на ХП та проведення скринінгових досліджень. – Розпочати збір статистичної інформації щодо доступності та ефективності хірургічного та ортопедичного лікування хворих на ХП. 	<ul style="list-style-type: none"> – Розробити та створити національну базу даних хворих на ХП. – Розробити та впровадити державну статистичну форму «Карта хворого на хвороби пародонта». – Проводити моніторинг за індикаторними показниками: станом та динамікою перебігу захворювання (за морфо-функціональними критеріями); доступністю, своєчасністю та клінічною ефективністю надання медичної (діагностичної, лікувальної) допомоги й якістю життя хворих на ХП 	

Продовження табл. 9.1

Компоненти Стратегії профілактики	Зміст робіт, яка необхідно виконати на етапах реалізації стратегії профілактики		
	I етап	II етап	III етап
Терміни реалізації	2008 – 2010 р. р.	2011 – 2014 р. р.	2015 – 2017 р. р.
Забезпечення кадровими ресурсами	<ul style="list-style-type: none"> – Лікарі-стоматологи: проводити тематичні конференції, присвячені актуальним питанням виникнення та перебігу ХП; підвищення кваліфікації на курсах спеціалізації та передатестаційного удосконалення; розпочати підготовку лікарів-стоматологів/загальної практики кабінетів профілактики стоматологічних захворювань на курсах тематичного удосконалення; проводити тематичне удосконалення лікарів-стоматологів, гігієніста стоматологічного – Лікарі загальної практики, сімейної медицини, дільничні терапевти: проводити тематичні семінари, тренінги, з питань раннього виявлення ХП. – Розпочати підготовку медичних сестер/гігієніста стоматологічного для проведення скринінгу ХП в умовах кабінетів долікарського прийому амбулаторно-поліклінічних закладів. 		
Забезпечення матеріально-технічними ресурсами	<ul style="list-style-type: none"> – Забезпечити кабінети долікарського прийому стоматологічними наборами, стоматологічними кріслами, витратними матеріалами. – Забезпечити кабінети профілактики ХП амбулаторно-поліклінічних закладів, спеціалізовані відділення для лікування хворих на ХП, сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням, комп'ютерною технікою. 		
Забезпечення фінансовими ресурсами	<ul style="list-style-type: none"> – Залучити фінансові можливості виробників лікарських засобів для лікування ХП для проведення компаній з інформування та профілактичної освіти населення, підвищення кваліфікації лікарів-стоматологів з питань ХП. – Впроваджувати в Україні політику пільгової реалізації високовартісних лікарських препаратів для хворих на ХП (за рахунок оптових та спеціальних цін, за домовленістю із виробниками лікарських препаратів). – Впроваджувати закупівлю обладнання для скринінгу, діагностики та лікування хворих на ХП на умовах довготермінових кредитів, лізингу, банківських позик тощо за оптовими цінами виробника. – Закупати обладнання для кабінетів профілактики та спеціалізованих відділень (за рахунок державного бюджету України, за оптовими цінами, регламентованими ВООЗ) . 		

Продовження табл. 9.1

Компоненти стратегії профілактики	Зміст робіт, яка необхідно виконати на етапах реалізації стратегії профілактики ХП		
	I етап	II етап	III етап
Терміни реалізації	2008 – 2010 р. р.	2011 – 2014 р. р.	2015 – 2017 р. р.
Участь громадськості в плануванні та реалізації	<ul style="list-style-type: none"> – Сприяти діяльності професійних асоціацій з профілактики стоматологічних захворювань та лікарів-пародонтологів – Залучити професійні профільні асоціації до: інформування населення щодо профілактики захворювань пародонта; розподілу лікарських засобів та матеріально-технічних ресурсів, отриманих від благодійників та донорських організацій. – Враховувати думку Асоціацій, як дорадчих органів, під час розподілу ресурсного забезпечення, для реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта, отриманого від державного та місцевих бюджетів, державних страхових фондів. 		
Координація реалізації	<ul style="list-style-type: none"> – Створити національну та регіональні робочі та експертні групи з координації реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта. – Розробити та затвердити на національному та регіональному рівнях план заходів щодо реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта. – Проводити щорічний моніторинг виконання стратегії. – Провести щорічні Координаційні наради щодо реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта. 		
Оцінка ефективності реалізації	<ul style="list-style-type: none"> – Створити комісію з моніторингу реалізації заходів стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні. – Розробити науково обґрунтовані індикаторні показники щодо реалізації заходів стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні. – Проводити щорічний моніторинг реалізації заходів стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні. 		

12) Розробити та затвердити на регіональному рівні план заходів щодо удосконалення профілактики, раннього виявлення захворювань пародонта та забезпечити його виконання (МОЗ АР Крим, начальники управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій).

9.4. Ресурсне забезпечення реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні

Для забезпечення реалізації в Україні стратегії профілактики захворювань пародонта нами розраховані потреби у мережі закладів. Визначено, що на базі амбулаторно-поліклінічних закладів необхідно розгорнути 461 кабінет долікарських оглядів, в яких створити умови для скринінгу захворювань пародонта (із розрахунку один кабінет на 100 тис. загального населення). Для реалізації системи діагностики, лікування та диспансерного спостереження за хворих в Україні існує потреба в організації діяльності 46 кабінетів профілактики стоматологічних захворювань на базі обласних та міських (із населенням більше 1 млн. осіб) лікарень для дорослого населення (із розрахунку 1 кабінет на 1 млн. населення).

Для створення «Національного реєстру хворих на хвороби пародонта та осіб із високими ризиками її виникнення», необхідно забезпечити систему збору, обробки та аналізу інформації щодо реалізації скринінгу, захворюваності, доступності та якості діагностики, лікування, диспансерного спостереження за хворими на хвороби пародонта. Для цього необхідно створити мережу 27 кабінетів регіонального реєстру на базі обласних та міських (Київ та Севастополь) лікарень для дорослих чи спеціалізованих стоматологічних поліклінік (табл. 9.2).

Розраховано, що забезпечення діяльності всіх вищенаведених структур необхідно наступне кадрове забезпечення: лікарів-стоматологів – 138,0 посад; лікарів-статистиків – 13,5; медичних сестер – 599,0; молодших медичних сестер – 46,0; інженерів – 46,0; операторів ПК – 27,0. Частково

Таблиця 9.2

**Необхідна мережа закладів для забезпечення реалізації стратегії
профілактики захворювань пародонта**

Організаційні підрозділи системи	Норматив розрахунку	Розрахунок	Загальна кількість
Кількість кабінетів долікарських оглядів для скринінгу ХП в амбулаторно-поліклінічних умовах	1 кабінет на 100 тис. населення	46127,2 тис. / 100 тис. осіб	461 кабінетів
Кабінети профілактики	1 кабінет на 1 млн. населення	46127,2 тис. осіб / 1 млн. осіб	46 кабінетів
Регіональні центри щодо ведення баз хворих на ХП	1 кабінет на область, місто	25 областей + 2 міста республіканського значення	27 кабінетів

можливо покрити необхідні потреби кадрових ресурсів за рахунок перерозподілу функціональних обов'язків наявного медичного та інженерно-технічного перерозподілу в закладах охорони здоров'я країни, а частково – за рахунок перенавчання медичного персоналу, потреби у якому в системі охорони здоров'я знизились, в наслідок реформування системи (табл. 9.3).

Для забезпечення діяльності вищенаведеного кадрового потенціалу необхідно залучити додаткові фінансові ресурси, в сумі 2 133 832,80 \$USA на рік (табл. 9.4). Визначено, що також існує потреба у додатковому забезпеченні матеріально-технічними ресурсами в кабінетах скринінгу: стоматологічні установки – 46; персональними комп'ютерами із периферією – 46; «Національний реєстр хворих на хвороби пародонта та осіб із високими ризиками їх виникнення»: персональними комп'ютерами із периферією – 54 одиниць (табл. 9.5). Додаткові фінансові витрати на забезпечення вищезазначеними матеріально-технічними ресурсами становлять – 3 041 700,00 \$USA (табл. 9.6).

Таблиця 9.3

Кадрове забезпечення для реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта

Організаційні підрозділи системи	Кількість кабінетів	Нормативи розрахунку	Необхідні додаткові кадри					
			Лікар стоматолог	Лікар-статистик	Медична сестра/гігієніст стоматологічний	Молодша медична сестра	Інженер	Оператор ПК
Кабінети долікарських оглядів для скринінгу хвороб пародонта в амбулаторно-поліклінічних умовах	461 кабінетів	<i>Медична-сестра гігієніст стоматологічний</i> – 1,0 посада	-	-	461,0 ²⁾	-	-	-
Кабінети профілактики	46 кабінетів	<i>Лікар-стоматолог</i> – 3,0 посади (2,0 посади лікаря-стоматолога для прийому хворих у 2 зміни + 0,5 посади завідувача кабінетом + 0,5 посади лікаря-методиста з профілактики захворювань пародонта) <i>Медичні-сестри /гігієністи</i> – 3,0 посади (2,0 посади для роботи з лікарем + 1,0 посада для проведення професійної гігієни) <i>Молодша медична сестра</i> – 1 посада	138,0 ¹⁾	-	138,0	46,0	-	-
Регіональні центри щодо ведення баз хворих на захворювання пародонта	27 кабінетів	<i>Лікар-статистик</i> – 0,5 посади <i>Інженер баз даних</i> – 1,0 посада <i>Оператор ПК</i> – 1,0 посада	-	13,5	-	-	27,0	27,0 ³⁾
Всього			138,0	13,5	599,0	46,0	27,0	27,0

Примітка: навантаження на працівників при 227 робочих днів на рік: ¹⁾ на 1 лікаря – 2100 хворих на рік (8–9 хворих на робочий день); ²⁾ навантаження на 1 медичну сестру – 42,1 тис. вимірювань на рік серед населення віком понад 45 років (185–200 вимірювань на день);

³⁾ навантаження на 1 оператора ПК – 7100 облікових карт хворих на хвороби пародонта на рік (28–30 облікових карт на день)

Таблиця 9.4

**Фінансове забезпечення діяльності кадрових ресурсів для реалізації стратегії профілактики
захворювань пародонта**

Організаційні підрозділи системи	Необхідні додаткові кадри					
	Лікар стоматолог	Лікар-статистик	Медична сестра/ гігієніст стоматологічний	Молодша медична сестра	Інженер	Оператор ПК
Необхідна кількість спеціалістів	138,0	13,5	599,0	46,0	27,0	27,0
Середня зарплата на місяць (в \$USA)*	270,0	250,0	130,0	100,0	250,0	180,0
Необхідні витрати на рік (в \$USA)	447120,0	40500,0	934400,0	55200,0	81000,00	58320,00
	1 616 540,00					
Нарахування на заробітну плату (в \$USA) (32 %)	517 292,80					
Всього на рік (в \$USA)	2 133 832,80					

Примітка: * за курсом НБУ – 7,5 грн за 1 \$UA

Таблиця 9.5

**Додаткове спеціальне матеріально-технічне забезпечення реалізації стратегії профілактики
захворювань пародонта**

Організаційні підрозділи системи	Кількість кабінетів	Необхідне матеріально-технічне забезпечення		
		Стоматологічна установка	Стерилізатор	Персональні комп'ютери із периферією
Нормативи забезпечення	-	1 на кабінет	1 на кабінет	1 на центр
Кабінети долікарських оглядів для скринінгу захворювань пародонта в амбулаторно-поліклінічних умовах	461	-	-	-
Кабінети профілактики	46	46	46	46
«Національний реєстр хворих на захворювання пародонта та осіб із високими ризиками їх виникнення»	27	-	-	54
Всього		46	46	100

Таблиця 9.6

Необхідне фінансове забезпечення придбання додаткового матеріально-технічного забезпечення для реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта

Організаційні підрозділи і системи	Необхідне матеріально-технічне забезпечення		
	Стоматологічна установка	Стерилізатор повітряний	Персональні комп'ютери із периферією
Необхідна кількість обладнання (одиниць)	46	46	100
Середня вартість обладнання (в \$USA)*	2700	506	3 000,00
Загалом (в \$USA)	122 667,0	23 306,0	300 000,0
	445 973,0		

Примітка: * за курсом НБУ – 7,5 грн за 1 \$UA

Висновки

Науково-обґрунтовані концептуальні засади стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні, визначені основні об'єктивні фактори, які обмежують її досягнення та запропонована тактика її реалізації, визначені організаційна структура, система управління та функціональні зв'язки між суб'єктами, які беруть участь у реалізації зазначеної стратегії.

Аналіз нормативно-правового забезпечення реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта показав наявність всіх передумов для забезпечення реалізації системи профілактики захворювань пародонта на національному рівні.

Розроблена трьох етапна організаційна система забезпечення реалізації в Україні стратегії профілактики захворювань пародонта, що включає пріоритетні завдання і враховує стан розвитку системи охорони здоров'я та економічного розвитку країни, яка розрахована на 10 років (з 2008 по 2017 роки), і враховує наступні компоненти реалізації стратегії: первинну профілактику; інформування населення та профілактичну освіту; скринінг; професійний добір та профілактика на робочому місці; медико-генетичне консультування; медичну допомогу; забезпечення лікарськими засобами та медичним обладнанням; медико-соціальну реабілітацію; диспансеризацію; статистичний облік, реєстрацію та аналіз; забезпечення ресурсами (кадровими, матеріально-технічними, фінансовими); участь громадськості в плануванні та реалізації; координацію та оцінку ефективності реалізації.

Оцінено необхідне ресурсне забезпечення для реалізації стратегії профілактики захворювань пародонта. Встановлена необхідність розгортання: 461 кабінету долікарських оглядів, в яких необхідно створити умови для скринінгу хвороб пародонта (із розрахунку один кабінет на 100 тис. загального населення); 46 кабінетів профілактики захворювань пародонтана базі обласних та міських (із населенням більше 1 млн. осіб)

поліклінік для дорослого населення (із розрахунку 1 кабінет на 1 млн. населення); створення «Національного реєстру хворих на хвороби пародонта та осіб із високими ризиками їх виникнення» із мережею 27 кабінетів регіональних реєстрів. Розраховано, додаткове кадрове забезпечення діяльності всіх вищенаведених, потреби в їх матеріально-технічному забезпеченні.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Захворювання пародонта, особливо генералізований пародонтит є основною причиною втрати зубів у людей старше 30 років. За даними ВООЗ, ураження пародонта виявлені у 80% дітей і 95% дорослого населення планети. Як свідчать численні епідеміологічні дослідження, які проводилися провідними вітчизняними вченими-стоматологами Одеської, Київської, Львівської наукових стоматологічних шкіл, поширеність захворювань пародонта серед населення віком 35-44 років становить від 92% до 98%. В останні роки світі спостерігається стійка тенденція до підвищення пародонтологічної захворюваності серед осіб молодого віку [51], збільшення кількості хворих на тяжкі незворотні захворювання пародонта [383]. Розповсюдженість захворювань пародонта серед осіб віком 19-24 років досягає 30%, а 25-30 років – більше 60% [126, 131]. У структурі захворювань пародонта доля генералізованих запальних та дистрофічно-запальних уражень - гінгівітів та генералізованого пародонтиту складає 90-95%. Генералізовані захворювання пародонта є вагомою медико-соціальною проблемою, що обумовлено їх тривалим хронічним перебігом і прогресуванням патологічного процесу. Вони виникають у молодому віці і призводять не тільки до швидкої втрати значної кількості зубів, але й справляють значний негативний вплив на загальний стан здоров'я та якість життя пацієнтів [143, 147, 154, 180]. 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, Голландії, 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[259, 303, 369, 381].

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 [197, 257]. Профілактичний напрямок є пріоритетним для стоматології, актуальність якого суттєво зростає під дією соціальних і економічних чинників [196, 217, 235]. Профілактична орієнтація вимагає виявлення доклінічних стадій захворювання, розробки нових методичних підходів до проведення заходів первинної та вторинної профілактики, 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, осіб з груп високого ризику. Недостатньо розробленими є системи 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 зубощелепної 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.

Реалізація завдань, передбачених метою роботи, вимагала розроблення відповідної програми дослідження та її послідовного вирішення. Робота складалася з 6 етапів. 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 літературної джерельної бази, результатів порівняльного дослідження рівня стоматологічного здоров'я дорослого населення щодо 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 дослідженні клініко-нозологічної структури захворювань пародонта. Широке епідеміологічне дослідження дозволило здійснити третій етап роботи, а саме провести ситуаційний аналіз пародонтологічної захворюваності, оцінку чинників її формування (за даними клінічних, епідеміологічних та соціологічних досліджень) та отримати дані для обґрунтування та розробки

напрямів поліпшення рівня стоматологічного здоров'я в аспекті надання стоматологічної лікувально-профілактичної допомоги при захворюваннях пародонта.

Четвертий етап роботи передбачав дослідження стану стоматологічної медичної допомоги хворим із захворюваннями пародонта, визначення потреби в основних видах лікувально-профілактичної допомоги, її лабораторного та рентгенологічного супроводу в лікувально-профілактичних закладах різних рівнів організації.

На п'ятому етапі дисертаційного дослідження на підставі комплексного аналізу 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.

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 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 цієї програми за допомогою пересувного, повністю укомплектованого стоматологічного кабінету був проведений огляд широких прошарків населення в крупних містах південних, північних, східних та західних областей України.

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 та апробовані індивідуальні карти клінічного та соціологічного дослідження та методи їх експертної оцінки.

Результати клінічного обстеження на цьому етапі показали, що поширеність карієсу та його ускладнень в осіб 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 молодого віку. Аналіз структури КПВ виявив, що 37,2% його складають 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 пародонта з'ясовано, що ознаки захворювання пародонта наявні у 254 осіб (92,0%). Достовірної розбіжності в показниках оцінки стану пародонта за статтю в даному дослідженні не виявлено ($p > 0,05$). Щодо клініко-нозологічної структури захворювань пародонта відносно загальної кількості виявлених випадків ураження пародонта у віці 19-23 рр., то запальні захворювання пародонта складають 76,0% (193 особи), а дистрофічно-запальні (генералізований пародонтит) – 24,0% (61 особа). Генералізований пародонтит початкового-I ступеню тяжкості виявлено у 61 особи, тобто у 24,0% випадках ураження пародонта, а поширеність цього захворювання на прикладі обстеженого нами контингенту становить 22,1%.

Визначено вплив гігієни порожнини рота як предиктору запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонта. Так, при задовільному рівні гігієни порожнини рота (індекс Федорова–Володкіної) частота легкого ступеня запалення становить 77,6%, середнього – 17,2%, а важкого – 5,2%. Порівняння з аналогічними показниками в осіб із незадовільним рівнем гігієни свідчить про зниження частки легкого ступеня запалення на майже

45%, тобто з 77,6% до 33,3% (у 2,3 разу), зростання середнього ступеню запалення на 41%, з 17,2% до 58,3% (у 3,4 разу) та збільшення важкого ступеню запалення на 3,1%, з 5,2% до 8,3% (у 1,6 разу). Залежність запального процесу від гігієни порожнини рота є статистично значимою ($\chi^2=108,9$; $p<0,00001$). За поганого стану гігієни порожнини рота спостерігається збільшення долі осіб з більш важким ступенем запалення до 41,4%. При цьому питома вага осіб з легким ступенем запалення знижується до 18,9%, що майже у 4 рази (4,1) менше, ніж при задовільному стані гігієни порожнини рота. Кількість осіб із середнім ступенем важкості запалення дорівнює 39,8%, що в 2,3 разу більше за такий показник при задовільному стані гігієни та майже не відрізняється від частоти важкого ступеню запалення при поганій оцінці гігієни (39,8% проти 41,4%). Отже, частота важкого ступеню запального процесу в яснах при незадовільному стані гігієни більше за аналогічний показник при задовільній гігієні у 8 разів. Ще більш наочна динаміка індексу РМА у залежності від стану гігієни, що визначали за індексом Green-Wermillion ($\chi^2=110,4$; $p<0,00001$). Питома вага осіб з важким ступенем запалення коливається від 0 при задовільній гігієні до 19,6% при незадовільній та 28,6% при поганому стані гігієни порожнини рота. Паралельно з процесом погіршення стану гігієни порожнини рота частка осіб із середнім ступенем запалення зростає: при незадовільному стані у 2,9 разу, з 11,1% до 32,3%; при поганому рівні гігієни – у 5,2 разу, до 57,1%, при цьому частка осіб з легким ступенем запалення зменшується з 88,9% при незадовільному стані до 45,1% (у 1,9 разу) та до 14,1% (у 6,3 разу) при поганому гігієнічному стані. Різні значення РМА при оцінці якості гігієни за двома індексами зберігають аналогічну закономірність та у значній мірі співпадають з клінічною оцінкою стану тканин пародонта.

Таким чином, на підставі клінічного обстеження репрезентативної групи осіб молодого віку встановлено, що у віці 19-23 років поширеність карієсу та хвороб пародонта є доволі високою та дорівнює 93,5% та 92,0%

відповідно. Найбільш поширеними у цій віковій групі є запальні генералізовані ураження пародонта - генералізований катаральний гінгівіт (49,3%), генералізований пародонтит на початкових стадіях розвитку (початкового-I ступеню) діагностовано у 22,1%. При цьому на інтенсивність перебігу захворювання пародонта та твердих тканин зубів суттєвий вплив спричиняє стан гігієни порожнини рота ($p < 0,00001$). Поганий гігієнічний стан веде 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.

Під час епідеміологічного обстеження, що було проведено у великих містах різних областей країни, здійснено порівняльний аналіз захворюваності на хвороби пародонта серед населення віком 19-33 років, оскільки саме у цій віковій групі, за нашими даними, які співпадають з даними джерельної бази, розвиваються незворотні зміни в тканинах пародонта, що призводять в перспективі до глибоких дистрофічно-запальних змін в пародонті та подальшої його деструкції.

Отримані результати обстеження заносили у спеціально розроблені нами карти («індивідуальний паспорт стоматологічного здоров'я пацієнта»), які після закінчення огляду підлягали експертній оцінці. Всього оглянуто 1261 особу віком 19-33 років, які звернулися за консультативною допомогою або з метою профілактичного огляду під час дослідження, з 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 молодого віку (у 1,7 разу) доводить, що жінки, особливо у віці 19-23 років, приділяють більше уваги стану ротової порожнини, а значить є більш мотивованими до

корекції стоматологічного здоров'я та усунення чинників ризику його погіршення.

Серед усієї когорти обстежених усього 14,1 % (178 осіб) виявилися практично здорові (без ознак стоматологічних захворювань) із добрим гігієнічним станом ротової порожнини. У решти 1083 осіб були діагностовано різні стоматологічні захворювання. При обстеженні звертали увагу на ізольовані ураження зубів карієсом та його ускладненнями на фоні клінічно здорового пародонта; на ураження пародонта за інтактного зубного ряду та на поєднані ураження твердих тканин зубів і тканин пародонта. Поширеність захворювань пародонта у цієї когорти обстежених за інтактного зубного ряду достатньо низька, особливо у західних областях – $4,36 \pm 0,2\%$, тоді як у північних вона вище ніж у 2 рази. Поширеність карієсу при цьому в 1,5 разу вище за інші та сягає $22,5 \pm 2,3\%$; захворювань пародонта, як діагностованих самостійно, так і в сукупності з карієсом, практично однакова та має дуже високий рівень (в середньому $74,3\%$). В цілому ж поширеність карієсу та захворювань пародонта виявилася ще більш високою. Найвищі показники захворюваності на карієс ($95,4 \pm 2,7\%$) спостерігаються у західних областях, тоді як захворювання пародонта поширені дещо менше ($77,6 \pm 3,1\%$ порівняно з $83,5 \pm 3,3\%$ та $83,4 \pm 2,9\%$ у північних та східних областях відповідно).

Дослідження структури захворювань пародонта показало, що на генералізований пародонтит припадає 41,6% випадків спостереження, з них поч. - 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 дистрофічно-запальних захворювань, зокрема, генералізованого пародоніту, вмотивувала 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 виявилася 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.

Усього діагностовано 8605 каріозних порожнин (карієс+пломба). Переважна більшість випадків діагностування карієсу припадає на контактні (апроксимальні) поверхні – інтегральний показник 68,5%. Цим можна до певної міри пояснити високий відсоток (20,9%) локалізованого пародонтиту у молодих осіб.

Якщо не враховувати вплив на тканини пародонта карієсу та пломб, що поставлені на жувальні поверхні, то сумарна дія уражень контактних та пришийкових поверхонь на тканини пародонта виявляється дуже високою – від 78,0% у північних областях і до 87,0% на півдні, у містах на сході та заході – відповідно 83,0% та 80,0%.

Разом з тим, аналіз частоти деструкції зубо-ясенного прикріплення та наявності пародонтальних кишень залежно від частоти уражень контактних поверхонь зубів свідчить про сильний прямий кореляційний зв'язок між цими показниками.

Стан гігієни порожнини рота визначали за спрощеним індексом Green-Wermillion (ОHI-S), доцільність використання якого у подібних дослідженнях була нами експериментально доведена в процесі роботи. 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)).

Реалізація комплексного епідеміологічного дослідження передбачала визначення низки медико-соціальних та загально-клінічних чинників ризику, як першого етапу в реалізації скринінгової програми по визначенню ризику розвитку генералізованих захворювань пародонта. В узагальненому вигляді вищевказані елементи нами визначені як неспеціалізовані (медико-соціальні та загально-клінічні) та спеціалізовані (стоматологічні) аспекти скринінгової програми. Значущим елементом даного етапу дослідження стало вивчення місцевих, індивідуальних (стоматогенних) предикторів генералізованого пародонтиту як логічної складової скринінгових процедур.

З метою ситуаційного аналізу впливу місцевих, стоматогенних, чинників на розвиток й перебіг генералізованого пародонтиту нами було проведено аналіз результатів клініко-рентгенологічних та лабораторних показників клініко-рентгенологічного обстеження 155 пацієнтів із генералізованим пародонтитом початкового-І ступеню віком 23-27 років 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) виявлено необхідність у різних видах втручань: ремінералізації та

первинному пломбуванні – 19,7% (103) та у відновному пломбуванні - 80,3% (421). Причому, з числа випадків, що потребують відновного лікування 65,4% складають пломби, які підлягають повній заміні, і це майже вдвічі перевищує кількість діагностованих каріозних порожнин. Отримані результати дали підставу для розробки способу оцінки інтенсивності деструктивних змін тканин пародонта, який би став у нагоді щодо оцінювання інтенсивності ураження альвеолярної кістки та ураження твердих тканин зубів на контактних та пришийкових поверхнях. Цей індекс ми назвали індексом інтенсивності деструкції пародонта (ІДП).

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 поч.-І ст. та розрахунків їх обсягу. СІУП для кожного пацієнта визначається як сума індивідуальних значень індексів ІДП, РМА та АРІ: $СІУП = ІДП \text{ інд.} + РМА + АРІ$. Верхня межа критичного значення СІУП у контингенті обстежених складала 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: $СІУП \text{ інд.} = ІДП \text{ інд.} + 0,82$, де ІДП 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 груп диференційованого диспансерного спостереження й лікування. Застосування СІУП на етапах диспансерного моніторингу хворих на генералізований пародонтит дозволило визначити індивідуальний оптимальний часовий регламент спостереження хворих залежно від інтенсивності вихідного рівня ураження пародонта та ефективності лікувально-профілактичних заходів.

На підставі сумарного індексу API+PMA(m), із перемінними складовими, з метою оцінки ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів нами було розроблено індекс ефективності лікування ІЕЛ (патент України №29563, 2008). Аналіз гістограм СІУП та ІЕЛ надав можливість визначати тривалість вірогідних ремісій та кратність диспансерного моніторингу та терміни превентивного лікування хворих на генералізований пародонтит у системі диспансерного спостереження.

Результати цього етапу дозволили провести визначення тривалості ремісії та періодичності моніторингу хворих на генералізований пародонтит у системі диспансерного спостереження залежно від інтенсивності перебігу захворювання та якості лікування.

Окрім факторів ризику місцевого, стоматогенного, порядку, було досліджено також низку інших чинників - популяційних та індивідуальних - та проведено ситуаційний аналіз їхнього впливу щодо виникнення та розвитку генералізованих захворювань пародонта.

Основою вивчення зазначених факторів ризику стало комплексне епідеміологічне дослідження, що включало наступні елементи: медичні огляди для виявлення ознак генералізованого пародонтиту з проведенням рентгенологічного дослідження за наявності показань для постановки заключного діагнозу та анкетування для виявлення прогностично значимих

чинників ризику формування захворювання. Загальний об'єм дослідження, що використано в нашому аналізі на даному етапі склав 450 хворих з генералізованими формами пародонтиту початкового-I ст. із рівномірним розподілом по досліджуваних областях країни.

Фактично, повне клініко-рентгенологічне дослідження проведено 586 хворим, проте на фінальному етапі в аналіз відібрано тільки хворих з повним пакетом інформації за всіма елементами програми дослідження. Хворі, про яких була наявна повна клінічна інформація, але відсутні дані анкетування (чи навпаки) не були включені до досліджуваної групи для визначення чинників ризику розвитку генералізованого пародонтиту.

Проте, всі хворі з повними клінічними даними були включені в аналіз на етапі визначення місцевих факторів ризику. Контрольною групою були особи без генералізованих форм патології пародонта. Дана група сформована за принципом копії-пара, що дозволило сформувати співставимі ($p > 0,05$) за чисельністю (450 осіб) та статево-віковими характеристиками групи.

Отримані результати свідчать, що фактор статі є статистично значимим для прогностичної оцінки генералізованих форм патології пародонта ($\chi^2 = 16,0$ $p = 0,0001$). Чоловіки мають в 1,7 рази вищі шанси розвитку генералізованого ураження пародонта, ніж жінки (OR=1,7 (1,3-2,2)), що обумовлено вищою частотою шкідливих звичок та інших несприятливих факторів.

Незважаючи на молодий вік досліджуваної групи, фактор віку також є значимим для розвитку генералізованого ураження пародонта, частота якого зростає в старших вікових групах $r = 0,404$ (0,29-0,52). В осіб віком від 30 до 33 років виявлений значимий - у 2,4 (1,8-3,1; $p = 0,0001$), рази 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 виявляє 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 ($p=0,0001$). Дещо меншу роль відіграють стресові фактори, підвищуючи ризик в 2,1 рази ($p=0,0001$). Вплив екологічних факторів в даному випадку оцінити неможливо в силу відсутності індивідуального моніторингу складу та тривалості дії факторів навколишнього середовища. Проте, наявність професійних шкідливих чинників на виробництві, які є більш сталою компонентою і зустрічаються переважно серед обстежених робітничих професій, 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, ризус-фактор є 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 рази 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 проявляється не для всіх обстежених з даною шкідливою звичкою, а визначається інтенсивністю тютюнопаління – коефіцієнт кореляції $r=0,41$ (0,34-0,46). Зважаючи на це, був проведений аналіз для визначення порогового прогностично несприятливого рівня (кількості сигарет на день) для 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 даної мети була використана методика ROC – аналізу з поетапним визначенням чутливості та специфічності для окремих

рівнів інтенсивності паління для прогнозування вірогідності 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 є інтенсивність паління 10-15 сигарет на день. Менша інтенсивність паління не має достатнього прогностичного рівня оцінки.

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

Визначення переліку прогностично значимих медико-соціальних та загально-клінічних факторів ризику виникнення генералізованих захворювань пародонта послужило основою розробки скринінгової моделі, побудованої на основі логістичної регресії.

Нами проведена оцінка між фактично виявленими і прогнозованими випадками розвитку генералізованого пародонтиту, що відображає характеристику прогностичної потужності моделі. Встановлено, що у 89% випадків прогнозований ризик розвитку патологічного процесу співпав з фактичною клінічною оцінкою (конкордантна оцінка). Відповідно,

дискордантна оцінка (відсутність співпадіння) притаманна тільки 11% випадків.

Ці результати свідчать про високу скринінгову адекватність моделі та її параметрів, а високий рівень коефіцієнта асоціації Сомера ($D=0,83$) свідчить про значимий прямий кореляційний зв'язок параметрів моделі з результатами оцінки ймовірності розвитку генералізованого патологічного процесу в тканинах пародонта.

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

Наступним кроком було дослідження 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 прогноз; відношення до здоров'я; мотивацію до оздоровлення; зацікавленість пацієнта в отриманні профілактичної допомоги з боку медичних працівників; готовність виконувати рекомендації стоматологів; реальне дотримання цих рекомендацій. Опитування респондентів, яке також проводили під час профілактичних оглядів і консультацій в комплексі епідеміологічних досліджень в різних областях країни та мало за мету вивчення їх інформованості про зв'язок рівнів загального здоров'я та хвороб пародонта, показало в цілому відсутність розуміння взаємозв'язку цих показників. Так, виявлено, 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 (отриманні консультацій стоматолога, інформаційних матеріалів, відвідувань лікаря з метою

профілактичних обстежень і професійної гігієни порожнини рота) за умови, що вони будуть запропоновані та організовані у поліклініці за місцем проживання. Разом з тим, співставлення цих результатів з результатами соціологічного опитування щодо частоти відвідувань стоматолога, звертань з метою профілактичного огляду, дотримання й обізнаності щодо гігієнічних навичок, яке проводили в рамках епідеміологічних досліджень, свідчить про недостатній рівень інформованості й вмотивованості населення щодо необхідності в цілому та конкретних методів профілактики захворювань пародонта, з одного боку, й відсутність належної 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, хоча за індексним оцінюванням частка таких осіб з числа респондентів мала б складати 61,1%. Водночас оцінюють гігієну порожнини рота як задовільну 78,6% пацієнтів, лікарі-стоматологи – лише у 34,6% респондентів.

Визначення рівня знань лікарів з профілактики стоматологічних захворювань проводили на підставі результатів їх анкетування щодо засобів і методів індивідуальної та професійної гігієни порожнини рота. Проаналізовано 3740 анкет лікарів з 380 стоматологічних закладів різних форм власності, з 20 міст різних областей України.

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 контакту та спілкування з пацієнтами для детального і повного профілактичного консультування. Результати анкетування респондентів-

пацієнтів (всього – 1261 анкета, вік – 19-33 р.) виявили, що понад 80% (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,%).

Отримані дані стали науковою основою для проведення подальших досліджень щодо розробки стратегії профілактики генералізованого пародонтиту на популяційному рівні та розробки системи первинного скринінгу даної патології.

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 кореляцій зв'язок між станом гігієни ротової порожнини та ступенем тяжкості запалення пародонта (оцінка за індексом РМА) із середнім та тяжким ступенем гінгівіту та зворотній – із легким ступенем запалення. Запровадження гігієнічної програми в рамках даного дослідження продемонструвало достатньо високу ефективність її патогенетичної спрямованості. 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 та 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 й 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 потенціалу удосконалення діючої в Україні системи надання медичної стоматологічної допомоги особам з захворюваннями пародонта нами було досліджено особливості системи організації та нормативно-правового забезпечення, кадрового потенціалу та ефективності стоматологічної допомоги та профілактики при захворюваннях пародонта в умовах стоматологічних закладів різних організаційних рівнів.

Дослідження структури та 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 обстеження при початкових формах генералізованого пародонтиту показало, що лікувальні підрозділи різного рівня 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 щодо хвороб пародонта 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 розвитку практичної охорони

здоров'я немає лікарів-пародонтологів, які б могли забезпечити необхідний обсяг спеціалізованої пародонтологічної допомоги населенню, отже лікувально-консультативна допомога 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.

Незадовільний стан диспансерного спостереження хворих із захворюваннями пародонта у ЛПСЗ різного рівня погіршується ще й тим, що частка охоплення хворих із генералізованим пародонтитом у пародонтологічному відділенні ЛПСЗ II-III рівнів становить лише 36,2%, у первинній ланці - 59,4% ($p < 0,001$). Виявлені розбіжності зумовлені, на нашу думку: 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, 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: у віці 19-28 рр. -31,3%, 29-34 рр. 23,5% та 35-44 рр. -32,6%; у пародонтологічному кабінеті обласного стоматологічного об'єднання до групи диспансерного спостереження були включені 32,0% осіб у віці 45-49 рр. з розвинутими формами генералізованого пародонтиту I-II та III ступенів, осіб же з початковими формами генералізованого пародонтиту та генералізованим гінгівітом у віці 19-28 років на диспансерному обліку зареєстровано лише в межах 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 всіх 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. Відмічаються значні коливання у

показниках обсягів охопту хірургічними видами лікування. Тільки у СМЦ, де введено посаду хірурга-стоматолога до шатного 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 надання пародонтологічної допомоги в структурі 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 (стандарти історій хвороби пародонтологічного хворого, у тому числі

комп'ютеризація усіх видів обліку – щоденник відвідувань, лікування, моніторинг обстеження під час диспансерного спостереження, контроль обсягу та ефективності лікувально-профілактичних заходів, оцінка економічної складової, створення електронного реєстру хворих).

Для поглибленого аналізу стану спеціалізованої медичної допомоги хворим на генералізований пародонтит був проведений факторний дисперсійний аналіз тривалості курсового лікування хворих, досліджене 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 (медичного закладу) (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 на генералізований пародонтит 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 координована 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 ефективної 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).

Розроблена організаційна система забезпечення реалізації в Україні стратегії профілактики захворювань пародонта, яка базується на розроблених В.Ф.Москаленко (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 та 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. Важлива роль належить також профільним асоціаціям: Асоціації стоматологів України, Асоціації лікарів-пародонтологів, Асоціації профілактичної та дитячої стоматології, Асоціації зубних гігієністів України та інш.

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 крупних 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 організують та проводять інформаційні кампанії в засобах масової інформації, формують на регіональному рівні статистичні бази хворих на ураження пародонта. Так, 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 до 39 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. Так, при зниженні рівня захворюваності на генералізовані ураження пародонта в осіб молодого віку лише на 1% від рівня захворюваності 2008 року економічний ефект складатиме 14,3 млн. грн. на рік, а при зниженні на 5,0% – 134,5 млн. грн.

Отримані результати вказують на значну медичну, соціальну та економічну ефективність розробленої 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 (ІДП); визначення індивідуальної чи групової потреби у необхідних лікувально-профілактичних заходах при лікуванні генералізованого пародонтиту початкового – І 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, методик 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 ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абаев З. М. Анализ финансово–экономической эффективности ортопедического стоматологического отделения городской поликлиники / З. М. Абаев // Экономика здравоохранения. – 2005, – №5–6, – С. 66–68.
2. Абаев З. М. Разработка планово–нормативных показателей нагрузки стоматологов–ортопедов / Абаев З. М. : материалы науч.–практ. конф. ["Здоровье населения, политика и технологии развития здравоохранения"], (Москва, 16–17 апреля 2003) / Бюллетень НИИ им.Н.А.Семашко. 2003, выпуск 8 – С. 106–108.
3. Авраамова О. Г. Возможности реализации профилактического направления стоматологии России в современных условиях / О. Г.Авраамова // Маэстро стоматологии. – 2008. – № 4. – С. 80–82.
4. Авраамова О. Г. Перспективы разработки профилактических стоматологических программ в России (исторический и ситуационный анализ) / О. Г. Авраамова, В. К. Леонтьев //Стоматология. – 1998, – № 2.– С. 11–18.
5. Агарков В. И. Закономерности и особенности морфофункциональных показателей здоровья подростков, постоянно проживающих в социально–экологических условиях Донбасса /В. И.Агарков, Н. В.Бугашева, И. В. Коктышев [и др.] // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2007 . – Т.11, № 1. – С. 3–7.
6. Адыширин–Заде А. Мнение пациентов о качестве стоматологической помощи в условиях новых экономических отношений в здравоохранении / Адыширин–Заде А., Адыширин–Заде Ф., Сиротко М. Л. // Бюллетень НИИ им. Н.А.Семашко. – 1996. – выпуск 3. – С. 201–203.

7. Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали наук. – практ. конф., 30 черв. – 1 лип. 2010 р., Херсон / ред. Г. О. Слабкий; Ю. О. Ромаскевич / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України, Херсон. обл. центр здоров'я та спорт. медицини. – Херсон : Херсон. міськдрук., 2010. – 118 с.
8. Алимский А. В. Качественные показатели в стоматологии: действительно ли они отражают качество / А. В. Алимский // Новое в стоматологии. – 1998. – № 7. – С. 3–5.
9. Алимский А. В. Принципиальные подходы к организации бюджетной и внебюджетной стоматологической помощи населению / А. В. Алимский // Медицинская помощь. – 1995, – № 6, – С. 4–5.
10. Алимский А. В. Принципиальные подходы к организации профилактики стоматологических заболеваний в условиях рыночной экономики / А. В. Алимский // Новое в стоматологии. – 1997, – № 5, – С. 7–9.
11. Алимский А. Р. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде / А. Р. Алимский, Р. К. Алиева // Стоматология. – 2000. – № 2. – С. 40–42.
12. Алпатова Л. М. Сравнительный анализ стоматологической помощи в двух городских поликлиниках / Алпатова Л. М. // Новое в стоматологии. – 1998, – № 7, – С. 6–7.
13. Амиров А. Н. Преимущества существующей системы диспансеризации региональный опыт / А. Н. Амиров // Глаукома: теории, тенденции, технологии. НРТ Клуб Россия – 2009. : сб. науч. статей 7 Междунар. конф., 4 дек. 2009 г. – М., 2009. – С. 42–45.
14. Антипенко А. Э. О подходах к управлению качеством стоматологической медико–санитарной помощи / Антипенко А. Э., Антипенко Э. С. : материалы ежегодной 4–ой Российской научно–практической конференции НПО "МедСоцЭкономИнформ", (Москва, 29–30 мая 1997г.) / Сборник

- "Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации", 1997. – 270–271 с.
15. Антипенко А. Э. Об оценке показателей организационной деятельности стоматологических поликлиник Москвы / Антипенко А. Э., Антипенко Э. С // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1995, – № 6, – С. 50–55.
 16. Антипенко А. Э., Об оценке качества первичной медико–санитарной помощи в городских стоматологических поликлиниках / Антипенко А.Э., Антипенко Э.С. // Сборник "Проблемы городского здравоохранения", Санкт–Петербург, 1997, выпуск 2, – С. 249–251.
 17. Антипкін Ю. Г. Стан здоров'я дітей в умовах дії різних екологічних чинників / Ю. Г. Антипкін // Мистецтво лікування.– 2005. – № 2. – С. 16–23.
 18. Балин В. Н., Практическая периодонтология / В. Н. Балин, А. К. Иорданишвили, А. М. Ковалевский – СПб : Питер, 1995. – 272 с.
 19. Барановський В. А. Екологічний атлас України / В. А. Барановський. – К., 2003. – 220 с. Бардов В. Г. Гігієна та екологія людини / В. Г. Бардов. – К., 2005. – 79 с.
 20. Бармз Д. На пути к улучшению стоматологии. Статья подготовлена стоматологическим отделом ВОЗ ко всемирному дню Здоровья и по случаю празднования года стоматологии. //Новое в стоматологии, 1994, N 1, С.6–21.
 21. Батурин В. А. Применение метода математического моделирования при оценке влияния загрязнения атмосферного воздуха на здоровье детского населения / В. А. Батурин, Н. И. Майорова, Н. В. Ефимова, Д. Е. Урбанович // Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – № 3. – С. 42–45.
 22. Башкірова Л. Біологічна роль деяких есенційних макро– та мікроелементів (огляд) / Л. Башкірова, А. Руденко // Ліки України. – 2004. – № 10. – С. 59–65.

23. Безвушко Е. В. Вплив забруднення довкілля на стоматологічну захворюваність / Е. В. Безвушко, М. А. Климчук // Довкілля та здоров'я. – 2008. – № 1. – С. 65–69.
24. Безвушко Е. В. Математичне моделювання значимості впливу чинників довкілля на рівень стоматологічного здоров'я (на прикладі 12–річних дітей Львівської області) / Е. В. Безвушко, Т. Г. Гутор // Український стоматологічний альманах. – 2008. – № 4. – С. 56–60.
25. Безруков В. М. Концепция информатизации стоматологической службы России / Безруков В. М., Прохончуков А. А., Жижина Н. А // Новое в стоматологии. – 1997, – № 5, – С. 42–45.
26. Безруков В. М. Основные направления развития научных исследований по эпидемиологии стоматологических заболеваний. Некоторые итоги и перспективы / Безруков В. М., Алимский А. В., Азрельян Б. А. // Новое в стоматологии : спец. вып. – 1995. – № 4. – С. 18–21.
27. Безрукова И. В. Агрессивные формы пародонтита / И. В. Безрукова, А. И. Грудянов. – М. : Медицинское информационное агенство, 2002. – 128 с.
28. Безрукова И. В. Быстро прогрессирующий пародонтит. – М. : Медицинская книга, 2004. – 144 с.
29. Беленчук Т. А. Клиническая и цитологическая характеристика эпителия слизистой оболочки полости рта при прорезывании зубов и формировании прикуса : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / Т. А. Беленчук. – К., 1985. – 24 с.
30. Белоклицкая Г. Ф. Современный взгляд на классификации болезней пародонта / Г. Ф. Белоклицкая // Современная стоматология. – 2007. – № 3. – С. 59–64.
31. Бердник О. В. Прогнозування імовірності формування порушень здоров'я у дітей, що проживають у різних екологічних умовах : метод.

- рекомендації / О. В. Бердник, В. Ю. Зайковська, Н. С. Полька [та ін.] – К.: Знання України, 2007. – 22 с.
32. Белоклицька Г. Ф. Клініко–патогенетичне обґрунтування диференційної фармакотерапії генералізованого пародонтиту : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / Г. Ф. Белоклицька. – К, 1996. – 43 с.
33. Биомаркеры и оценка риска: концепции принципы // Совместное издание Программы ООН по окружающей среде, Международной организации труда и Всемирной организации здравоохранения. – ВОЗ.– Женева, 1996. – 120 с.
34. Білоклицька Г. Ф. Поширеність та інтенсивність гіперестезії дентину в пацієнтів із захворюваннями пародонта / Білоклицька Г. Ф., Ковпач О. В. // Матеріали ІІ (ІХ) з'їзду Асоціації стоматологів України, 1–3 грудня 2004 р. – С. 192–194.
35. Білоклицька, Г. Ф. Чи потрібна в Україні спеціальність «лікар–пародонтолог»? / Г. Ф. Білоклицька, Т. О. Солнцева. // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. – 2011. – № 3. – С. 76–80
36. Бондаренко Н. Н. Гражданско–правовые аспекты деонтологической ответственности врача–стоматолога / Бондаренко Н. Н // Здравоохранение. 2001, – № 8, – С. 165–169.
37. Борисенко А.В. Нарушения белкового обмена в тканях пародонта при патологии и их коррекция в комплексном лечении : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / А.В. Борисенко. – К., 1992. – 28 с.
38. Боровский Е. В. Биология полости рта / Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. – М. : Медицинская книга – Н. Новгород : Изд–во НГМА, 2001. – 304 с.
39. Борьба с основными юлезнями в Европе – актуальные проблемы и пути решения / Факты и цифры ЕРБ ВОЗ / 03/06. – Копенгаген, 2006. – 7 с.

40. Бреусов Р. А. Организация стоматологической помощи больным в многопрофильном лечебном учреждении / Бреусов Р. А. // сб. науч. тр. "Проблемы городского здравоохранения" / под ред. проф. Вишнякова Н. И., вып. 8. – СПб. : Медицинская пресса, 2003, – С. 181–184.
41. Быков В. Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека / В. Л. Быков – СПб : Специальная литература, 1996. – 248 с.
42. Вараксин А. Н. Статистические модели регрессионного типа в экологии и медицине / Вараксин А. Н. ; под ред. В. Н. Чуканова. – Екатеринбург, 2006. – 58 с.
43. Варес Э. Я. Пародонтоз: морфогенетическое объяснение. Эффективное устранение воспалительных процессов / Варес Э. Я., Онищук Р. Д. – Дрогобыч, 1999. – 76 с
44. Виконання комплексної медичної програми "Здоров`я киян" – К., 2001. – 87 с.
45. Вишняк Г. Н. Генерализованные заболевания пародонта (пародонтоз, пародонтит) / Г. Н. Вишняк– К., : Медицина. – 1999. – 216 с.
46. Вишняк Г.Н. Патогенез и клиника пародонтоза при патологии полового созревания (клинико–экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... д–ра мед. наук. – К., 1974. – 30 с.
47. Вишняк Т. Н. Генерализированные заболевания пародонта (пародонтит, пародонтоз). / Вишняк Т.Н – К., 1999. – 216 с.
48. Вишняков Н. И. К разработке перспективной модели стоматологического обслуживания в системе городского здравоохранения / Вишняков Н. И., Данилов Е. О. // Сборник "Проблемы городского здравоохранения"./ под ред. проф. Вишнякова Н. И. [выпуск 2] – Санкт–Петербург, 1997. – С. 238–240.
49. Вишняков Н. И. О некоторых первоначальных шагах по организации адекватной высококачественной стоматологической помощи населению мегаполиса в современных социально–экономических условиях / Вишняков Н. И., Лосев В. Р. : материалы 5–ой научно–практ. конф.[" Развитие системы

- обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения"]], – М.: НИИ им.Н.А.Семашко, 2000. – С. 79–83.
50. Власов В. В. Эпидемиология : учебн. пособие для вузов / В. В. Власов. – М. : Гэотар–Мед, 2004. – 464 с.
51. ВОЗ за 60 лет: хронология основных событий в области общественного здравоохранения. – ВОЗ, 2008. – 5 с.
52. Волкова А. С. Организационно–правовые основы частной стоматологической деятельности / Волкова А. С., Аношкина В. В., Камчатный Г. И. – Курсор, 2003. – 400 с.
53. Воляк М. Н. Роль санітарно–освітньої роботи в профілактиці запальних захворювань зубощелепної ділянки / Воляк М. Н., Кольцов В. С., Кольцова Н. І. // Новини стоматології. – 1999.– №3 (20). – С. 56–57.
54. Воронин В. Ф. Основные направления системных исследований на современном этапе развития отечественной стоматологии / Воронин В. Ф., Шестаков В. Т. // Стоматология. 2000. – №6, – С. 55–58.
55. Вялков А. И. Общественное здоровье и методы его оценки / А.И.Вялков, А.Е.Сырцова /Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006.;4. – С.10 – 14.
56. Гайдай Л.І. Історія України в особах, термінах, назвах і поняттях. – Луцьк: Вежа, 2000. – 437 с.
57. Гайдаров Г. М. Организация работы стоматологической службы в современных экономических условиях / Гайдаров Г. М. – Иркутск : Магис, 1999. – 191 с.
58. Галацан О. В. Організаційно–економічний механізм управління охороною здоров'я : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. управ. : спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / О. В. Галацан. – Х., 2004. – 17 с.

59. Гафуров Б.С. Контроль качества медицинской помощи – основа в системе защиты прав пациента / Гафуров Б. С // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – № 3. – С. 22–25.
60. Герелюк В. І. Роль ліпідних медіаторів у перебігу генералізованого пародонтиту та ефективність їх корекції в комплексному лікуванні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / В. І. Герелюк – Івано–Франківськ, 2001. – 36 с.
61. Гигиена полости рта – первичная профилактика стоматологический заболеваний // Новое в стоматологии. Спец. выпуск. – 1999. – №7. – 144 с.
62. Гигиена полости рта / [Р.В. Казакова, Н.В. Билыщук, М.А. Лучинский и др.] – Івано–Франковск, 1998. – 36 с.
63. Гігієнічні проблеми півдня України : матеріали наук.–практ. конф., присв. 100–річчю каф. загальної гігієни ОДМУ – Одес, – 2003. – 312 с.
64. Главацька В. І. Комплексна гігієнічна оцінка регіональних особливостей забруднення навколишнього середовища свинцем і його впливу на показники здоров'я дітей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В. І. Главацька. – Дніпропетровськ, 2006. – 18 с.
65. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья (WHO/NPR/NEP/98.1) // Всемирная организация здравоохранения, Женева.–1998. – 48 с.
66. Гнатейко О. З. Екогенетичні аспекти патології людини, спричиненої впливом шкідливих факторів зовнішнього середовища / О. З. Гнатейко, Н. С. Лук'яненко // Здоровье ребенка. –2007. –№ 6(9). – С. 82–87.
67. Головинов В. Г. Проблеми епідеміології стоматологічних захворювань / Головинов В. Г., Авдоніна Л. І., Дурагіна Л. Х. // Матеріали І (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. – К., 1999. – С. 31–32

68. Голубчиков М. В. Стратегія регіоналізації системи охорони здоров'я / Голубчиков М. В., Орлова Н. М. // Медичний всесвіт. – 2002. – №1–2. – С. 96–99.
69. Гончаренко М. С. Екологія людини / М. С. Гончаренко, Ю. Д. Бойчук. – Суми : ВТД “Університетська книга”, 2005. – 394 с.
70. Гончарук Е.И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения / Е.И. Гончарук, Ю.В. Вороненко, Н.И. Марценюк. – К.: КМИ, 1989. – 204 с.
71. Горленко О. М. Епідеміологія та соматичні ефекти екологічно залежних захворювань : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О. М. Горленко. – Київ, 1999. – 35 с.
72. Григорьян А. С. Морфогенез ранних стадий воспаления пародонта / А. С. Григорьян, О. А. Фролова, Е. В. Иванова // Стоматология. – 2002. – № 1. – С. 19–25.
73. Гришин В. В. Регулирование процессов становления страховой медицины / Гришин В. В. – М. : Наука, 1997. – 352 с.
74. Грищенко С. В. Гигиеническая оценка состояния окружающей среды Донецкой области и степени ее опасности для здоровья населения / Грищенко С. В., Грищенко И. И., Абакумова А. В. [и др.] // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2007. – Т.11. № 1. – С. 8–12.
75. Грохольский А. П. Назубные отложения: их влияние на зубы, околозубные ткани и организм / Грохольский А. П., Кодола Н. А., Центилю Т. Д. – К.: Здоров'я, 2000. – 160 с.
76. Грудянов А. И. Методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта / А. И. Грудянов, О. А. Зорина. – М. : МИА, 2009. – 112 с.
77. Грузева Т.С. Влияние социально-экономических детерминант на популяционное здоровье / Т.С. Грузева // Главный врач. – 2007. – №9 (77). – С.40 – 50.

78. Грузева Т.С. Концептуальные подходы к формированию стратегий дослытежня стправедливости и равенства в обране здоровья / Т.С.Грузева // Сб. «Проблемы городского здравоохранения» - СПб, 2009. – Вып. 14. – С. 23 – 26.
79. Грузева О.В. Європейська стратегія з охорони довкілля і здоров'я дітей / О. В. Грузева // Науковий вісник НМУ імені О.О. Богомольця. – 2006. – № 4. – С. 95–100.
80. Грузева Т. С. Екологічні аспекти популяційного здоров'я / Т. С. Грузева // Науковий вісник НМУ імені О.О. Богомольця. – 2007. – Спецвипуск. – С. 64–67.
81. Грузева Т. С. Обгрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я населення в сучасних умовах стратифікації суспільства : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / Т. С. Грузева. – К., 2004. – 39 с.
82. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В.Гублер. – Л, 1978. – 320 с.
83. Гусейнова С. Т. Стоматологическая заболеваемость населения, проживающего на территории вблизи объектов нефтедобычи / С. Т. Гусейнова // Вісник стоматології. – 2009. – № 4. – С. 13.
84. Гуцуляк В. М. Медична географія (екологічний аспект) / В. М. Гуцуляк. – Чернівці : “Червона рута”, 1997. – 71 с.
85. Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта / Н. Ф.Данилевский, А. В.Борисенко. – Киев : “Здоров'я”, 2000. – 461 с.
86. Данилевский Н. Ф. Систематика болезней пародонта // Вісник стоматології. – 1994. – № 1. – С. 17–21.
87. Данилевський М. Ф. До питання про класифікацію та термінологію пародонта / Данилевський М. Ф., Борисенко А. В. // Новини стоматології. – 2001.– №1 (26). – С. 31–34.

88. Данилевський М. Ф., Мохорт М. А., Мохорт В. В. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонту. – К.: Здоров'я, 1991. – 264 с.
89. Даутов Ф. Ф. Факторы риска и стоматологическая заболеваемость детей в крупном промышленном городе / Ф. Ф. Даутов, Г. Н. Лысенко, А. И. Лысенко // Гигиена и санитария. – 2005. – № 5. – С. 16–17.
90. Декларация тысячеления ООН в области развития. – Нью-Йорк, 2000. – 23 с.
91. Делендик А. И. Изучение потребности населения в различных видах стоматологической помощи по данным анкетирования / Делендик А.И. // Стоматология, 2000, – № 6, – С. 58–60.
92. Деньга О. В. Адаптогенні профілактика та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.01.22 “Стоматологія” / О. В. Деньга. – Київ, 2001. – 32 с.
93. Дельцова О.І., Чайковський Ю.Б., Геращенко С.Б. Гістологія та ембріогенез органів ротової порожнини. – Івано–Франківськ: Вік, 1994. – 94 с.
94. Дземан Н.А. Корекція порушень загальноадаптивних реакцій організму у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук. : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / Н.А. Дземан – К., 2005. – 20 с.
95. Дикова И.Г. Оценка пародонтопротекторных возможностей зубной пасты Aquafresh в комплексной профилактике и лечении воспалительных заболеваний пародонта/ И. Г. Дикова, Б. А. Ревенок, М. Б. Лукашевич // Совр. стоматология. – 2002. – №2. – С. 36–38.
96. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – ВОЗ, 2000. – 232 с.

97. Дунязіна Т.М. Клініко–патогенетичне обґрунтування лікування хворих різних вікових груп з дистрофічно–запальними процесами у пародонті: Автореф. дис. ... д–ра мед. наук. – К., 1994. – 43 с.
98. Европейская база данных „Здоровье для всех”/
<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>
99. Европейская база данных «Здоровье для всех» / <http://www/euro.who.int/hfadb?language=Russian>.
100. Егорышева И.В. Управление здравоохранением в России в первой половине XIX века / И. В. Егорышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 6. – С. 46-49.
101. Ефективність зубних паст, що містять триклозан і співполімер PVM/МА, у профілактиці гінгівіту та запобіганні утворенню зубної бляшки // Новини стоматології. – 1998. – №4. – С. 29–30.
102. Жиленко О. Г. Стоматологическое здоровье детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах Алтайского края: дис ... кандидата медицинских наук : 14.00.21 / О. Г. Жиленко – Омск, 2006. – 158 с.
103. Журавель В.В. Медико–організаційне забезпечення міського населення амбулаторною стоматологічною допомогою з позицій стандарту серії ISO / Журавель В.В. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2005. – №1. – С. 54–59.
104. Заболевания пародонта / [Данилевский Н. Ф., Магид Е. А., Мухин Н. А. и др.] – М. : Медицина, 1998. – 328 с.
105. Заболотный Т.Д. Особенности клинического течения, комплексное лечение и профилактика заболеваний пародонта при сердечно–сосудистой патологии: Автореф. дис...д–ра мед. наук. – К., 1992.– 17 с.
106. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки / Комітет з економічних реформ при Президентіві України. [Електронний ресурс] –

Режим доступу :http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf.

107. Захворювання пародонта / [Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Мохорт В.В. та ін.] Ч. 1. – К., Медицина. – 1998. – 126 с.
108. Захворювання пародонта / [Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Мохорт В.В. та ін.] Ч. 2. – К., Медицина. – 1999. – 128 с.
109. Здоров'я населення та діяльність галузи охорони здоров'я України в 2001–2005 роках. // Статистично–аналітичний довідник. – К., – 2006. – С. 205.
110. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1999–2002 роках (статистично–аналітичний довідник). – К., – 2003. – 252 с.
111. Здоровье – 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Европейская серия „Здоровье для всех”, №6. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
112. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України у 1990-1999 роках (статистично-аналітичний довідник) / [За ред. В.Ф.Москаленка]. – К.: ЦМС, 2000. – 208 с.
113. Здоровье населения и приоритеты здравоохранения [Сб. под ред. В. А. Медика]. – М., 2005. – 192 с.
114. Зербіно Д. Д. Екологічні хвороби: постановка проблеми / Д. Д. Зербіно // Мистецтво лікування. – 2009. – № 1(57). – С. 65–68.
115. Зіменковський А. Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні / Зіменковський А.Б. // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2003. – С. 42–45.
116. Зубачик В.М. Мембранні механізми патогенезу та терапії запальних процесів пародонта : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / В.М. Зубачик– Львів, 2005.– 36 с.

117. Иванов А. В. Неинвазивные методы исследований в системе социально–гигиенического мониторинга детского населения / А. В. Иванов, Н. В. Рылова // Гигиена и санитария. – 2004. – № 6.– С. 56–58.
118. Иванов В. С. Заболевания пародонта / В. С. Иванов – М. : Медицинское информационное агенство, 1998. – 296 с.
119. Иванова Г. Г. Разработка и научное обоснование новых способов прогнозирования и повышения резистентности эмали зубов к кариесу / Г. Г. Иванова, В. К. Леонтьев, А. Н. Пятаева, Т. Н. Жорова // Стоматолог. – 2002. – № 0. – С. 16–19.
120. Ильченко И. Н. Стратегия построения программ по укреплению здоровья и профилактике эколого–зависимых состояний для жителей промышленных городов России (на примере г.Подольска) / И. Н. Ильченко, П. Ю. Горобец, М. А. Шпак [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2006. – №1. – С. 7–11.
121. Исаков А. Ж. Оценка риска для здоровья населения факторов окружающей среды / А. Ж. Исаков, В. М. Боев, Б. В.Засорин // Гигиена и санитария – 2009. – № 1. – С. 4–9.
122. Исполнительный комитет, сто двадцать четвертая сессия / Резолюции и решения. – ВОЗ, Женева, 2009. – 30 с.
123. Історія охорони здоров'я України. – [Електронний ресурс] – Шлях доступу: <http://moz.gov.ua/ua/portal/historyofbranch.html>.
124. Казакова Р. В. Наукове обґрунтування регіональної програми профілактики стоматологічних захворювань у дітей Прикарпаття : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Р. В. Казакова. – К., 1996. – 35 с.
125. Казакова Р. В. Научное обоснование региональной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей Прикарпаття : автореф. дис. на соискание ученой степени докт. мед. наук / Р. В. Казакова – Ивано–Франковск, 1996. – 40 с.

126. Канкян А. П. Болезни пародонта. Новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечении / А. П. Канкян, В. К. Леонтьев – Ереван : Тигран Мен, 1998. – 360 с.
127. Каплан З. М. Медико–социальные основы формирования стоматологического здоровья молодежи: дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.21 / З. М. Каплан – М., 2007. – 171 с.
128. Качество медицинской помощи // Глоссарий. – Россия–США, 2000. – 107 с.
129. Качинський А.Б. Екологічна безпека України. Системний аналіз перспектив покращення / А. Б. Качинський. – Київ : Національний інститут стратегічних досліджень. – 2001. – 310 с.
130. Керимов Э. Э. Патогенез болезней пародонта при патологии щитовидной железы и особенности их профилактики в очагах зубной эндемии Азербайджанской ССР: Автореф. дис.... д–ра мед. наук. – К., 1989. – 46 с.
131. Кицул И. С. Научный анализ потребления населением стоматологических услуг в зависимости от стоматологической заболеваемости / Кицул И. С. //Бюллетень НИИ им.Н.А.Семашко. Тематический выпуск. Ч. I. – 2002. – С. 86–87.
132. Климовецкий В. Г. Применение математической статистики в медико–биологических исследованиях / В. Г. Климовецкий. – Донецк, 2004. – 215 с.
133. Клиническая гистохимия барьерной функции слизистой оболочки десны при пародонтите /Кунин А. А., Быков Э. Г. и др. // Стоматология. – 2001. – Т.80. – №.1.– С. 13–16.
134. Клітинська О. В. Особливості стану та корекції стоматологічного здоров'я дітей з хронічними формами захворювань верхніх відділів травного каналу: дис. ...кандидата медичних наук : 14.01.22 / О. В. Клітинська – К., 2008. –24 с.

135. Кнаппвост А. О. О роли системного и локального фторирования в профилактике кариеса. Метод глубокого фторирования / Кнаппвост А. О. // Новое в стоматологии. – 2004. – № 1. – С. 39–42.
136. Ковальский В. Л. Сравнительный анализ обеспечения качества стоматологической помощи в медицинских организациях различных форм собственности / Ковальский В. Л., Ананьева Н. Г., Гераскин В. Ю. : материалы 5–ой научно–практ. конф.[" Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения"], – Москва, НИИ им. Н. А.Семашко, 2000, – 141–144с.
137. Коломієць С. П. Стоматологічна допомога дорослому населенню / Коломієць С. П. //Підсумки роботи лікувально–профілактичних установ міста в 2002 році Київ, 2003, – С 178–187.
138. Комаров Ю.М. Концептуальные подходы к управлению качеством медицинской помощи / Комаров Ю. М., Короткова А. В., Галанова Г. И. // Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации : Материалы ежегодн. 4–й Рос. науч.–практ. конф. НПО “Медсоцэкономинформ”. – М., – 1997. – С. 28–55.
139. Концепция развития стоматологической помощи в рамках частного сектора / Вишняков Н. И., Гусев О. А., Мчедлидзе Т. Ш. [и др.]// Бюллетень НИИ им. Н.А. Семашко. Тематический выпуск "Медико–социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения России". Ч. I, – М., 1997. – С. 202–206.
140. Копейкин В. Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта / В. Н. Копейкин – М. : Триада–Х, 1998. – 176 с.
141. Корнієнко Л. В. Стан стоматологічного здоров'я у дітей з хронічними вірусними гепатитами та шляхи корекції: дис. ... кандидата медичних наук : 14.01.22 / Л. В. Корнієнко – К., 2009. – 22с.

142. Косенко К. Н. Профилактическая гигиена полости рта / К. Н. Косенко., Т. П. Терешина – Одесса : КП ОГТ, 2003. – 288 с.
143. Косенко К. Н. Стратегия профилактики основных стоматологических заболеваний с учетом их эпидемиологии и биогеохимических особенностей Украины / К. Н. Косенко, О. В. Деньга // Вісник стоматології. – 2009. – № 4. – С. 24.
144. Косенко К.М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи їх профілактики: Автореф. дис....д-ра мед. наук. – Київ, 1994. – 45 с.
145. Косоверов Ю. Е. Уровень стоматологической заболеваемости и структура заболеваний пародонта у лиц молодого возраста / Ю. Е. Косоверов, Н. Н. Запорожец // Вісник стоматології. – 2002. – № 3. – С. 4–5.
146. Коэн Э. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии / Э. Коэн – М. : Московские учебники, 2003. – 416 с.
147. Кузьмина Э. М. Профилактика стоматологических заболеваний : учебное пособие / Э. М. Кузьмина. – М. : Медицина, 2003. – 167 с.
148. Кузьмина Э. М. Распространенность стоматологических заболеваний среди населения различных регионов России / Кузьмина Э. М. // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1998, – № 1, – С. 68–69.
149. Кузьмина Э. М. Ситуационный анализ заболеваемости как основа планирования программ профилактики : автореф. дис. на соискание ученой степени докт. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматология» / Э. М. Кузьмина. – М., 1995. – 46 с.
150. Кузьмина Э. М. Типовая модель для разработки регионально ориентированных программ профилактики стоматологических заболеваний, предназначенных для детского населения /Э. М. Кузьмина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2003. – № 3. – С. 23–27.

151. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2006. – 62 с.
152. Кутепов Е. Н. Методические основы оценки состояния здоровья населения при воздействии факторов окружающей среды : автореф. дис. на соискание ученой степени докт. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматология» / Е. Н. Кутепов. – М., 1995. – 40 с.
153. Куцевляк В. Ф. Стоматологические аспекты последствий Чернобыльской аварии / В. Ф. Куцевляк. – Харьков, 2005. – 271 с.
154. Лабунец В. А. Распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний среди городского и сельского населения Кировоградской области / Лабунец В. А., Фоменко М. Д., Диева Т. В. // Матеріали ІІ (ІХ) з'їзду Асоціації стоматологів України (1–3 грудня 2004 р) – с. 62–63.
155. Лабунец В. А. Розробка наукових основ планування стоматологічної ортопедичної допомоги на сучасному етапі її розвитку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. : спец. 14.00.22, 14.02.03 «Стоматологія», «Соціальна медицина» / В. А. Лабунець. – К., 2000. – 36 с.
156. Лаверак Г. Укрепление здоровья и расширение возможностей / Пер. с англ. – Бишкек, 2011. – 204 с.
157. Лапач С. Н. Статистические методы в медико–биологических исследованиях с использованием Excel: Эксперим. исслед. Клини. испытания. Анализ фармац. рынка / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – 2–е изд., перераб. и доп. – К. : Морион, 2001. – 407 с.
158. Леонтьев В. К. Статистика стоматологии: состояние, проблемы, пути их решения / Леонтьев В. К., Алимский А. В., Шиленко Ю. В. // Стоматология. – 1999. – № 4. – С. 4–13.
159. Леонтьев В. К. Стоматология XXI века. Попытка прогноза / Леонтьев В. К., Безруков В. М. // Стоматология. – 2000. – № 6. – С. 4–5.

160. Леонтьев В.К. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля / В.К. Леонтьев, Р.П. Макарова, Л.И. Кузнецова // Стоматология. 2001. — Вып. 6. — С. 63-64.
161. Леонтьев В. К. О состоянии стоматологии в России и перспективах ее развития / Леонтьев В. К. //Стоматология. — 2002. — № 1. — С. 75–83.
162. Леонтьев В. К. Оценка основных направлений развития стоматологии / Леонтьев В. К., Шестаков В. Т., Воронин В. Ф. — Москва : Медицинская книга, 2003. — 279 с.
163. Лепорский Д. В. Оценка состояния стоматологического здоровья с помощью количественных индексов / Д. В. Лепорский // Современная стоматология. — 2004. — № 4. — С. 11– 14.
164. Леус П. А. Организация коммунальных программ профилактики кариеса зубов и болезней пародонта на основе доказательной медицины / П. А. Леус // Вісник стоматології. — 2009. — № 4. — С. 33.
165. Леус П. А. Профилактическая коммунальная стоматология / П. А. Леус. — М. : Медицинская книга, 2008. — 444 с.
166. Леус П.А. Значение некоторых индексов в эпидемиологических исследованиях болезней пародонта // Стоматология. — 1990. — № 1. — С. 80–83.
167. Леус П.А. Профилактика стоматологических заболеваний. — Ереван: ГИДУВ, 1989. — 120 с.
168. Леус П.А. Эффективность профессиональной гигиены полости рта в профилактике болезней пародонта / Леус П. А., Любко С. С. // Клин. стоматология. — 1997. — №3. — С.70–73.
169. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. — К., 2009. — С. 17.
170. Лисицин Ю.П. Теории медицины XX века. — М.:Медицина, 1999.—176с.
171. Мазур І. П. Клініко–патогенетичні особливості перебігу захворювань пародонта при порушенні системного кісткового метаболізму та їх

- корекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / І. П. Мазур – Одеса, 2006. – 32 с.
172. Майбородин И. В. Возрастно–половые особенности тканей десны в норме и при хроническом верхушечном периодонтите / И. В. Майбородин, В. В. Гаврилова, И. А. Колмакова [и др.] // Стоматология. – 2009. – № 2. С. 29–33.
173. Максимов Г.К. Статистическое моделирование многомерных систем в медицине / Г.К.Максимов, А.Н.Синицын. – Л.: Медицина, 1983 – 144 с.
174. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективы оценки здоров'я населения. – М.: ПЕРСЭ, 2002. – 192 с.
175. Маркарян М. М. Мониторинг стоматологической заболеваемости и его роль в разработке программ профилактики для населения Республики Армения : автореф. дис. на соискание научн. степени докт. мед. наук : спец. 14.00.12 «Стоматология» / М. М. Маркарян. – Ереван, 2004. – 38 с.
176. Математическая статистика в экспериментальной и клинической фармакологии / Р. Х. Хафизьянова, И. М. Бурькин, Г. Н. Алексеева. – Казань : «Медицина», 2006. – 374 с.
177. Мащенко И. С. Заболевания пародонта / И. С. Мащенко – Днепропетровск : КОЛО, 2003. – 272 с.
178. Мельничук Г. М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування / Г. М. Мельничук, М. М. Рожко, Н. В. Нейко – Івано–Франківськ, 2004. – 284 с.
179. Методика комплексной оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста. Метод. пособие / Ю.В.Чижов, А.В.Цымбалистов, О.М.Новиков. - Красноярск, 2005. - 53 с.
180. Мнение пациентов о рекламе стоматологических услуг / Вишняков Н. И., Гусев О. А., Мчедлидзе Т. Ш. [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1999, – № 2, – С. 33–35.

181. Модернізація України – наш стратегічний вибір : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К., 2011. – С. 33.
182. Москаленко В. Ф. Громадське здоров'я в умовах урбанізації / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Наук. вісн. Нац. мед. ун-ту ім. О. О. Богомольця. – 2010. – № 1. – С. 13–23.
183. Москаленко В. Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної / В. Ф. Москаленко. – К. : Авіцена, 2009. – 238 с.
184. Москаленко В. Ф. Методичні підходи до визначення сучасних реальних потреб населення у медичній допомозі як основи для розрахунку гарантованого обсягу її надання / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Охорона здоров'я України. – 2004. – № 4. – С. 50–57.
185. Москаленко В. Ф. Організаційно–методичні аспекти підвищення якості медичної допомоги в Україні / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко // Глав. врач. – 2010. – № 6. – С. 72–73.
186. Москаленко В. Ф. Принципы построения оптимальной системы здравоохранения: украинский контекст / В.Ф.Москаленко. – К.: Книга плюс, 2008. – 320 с.
187. Москаленко В. Ф. Пріоритетний розвиток ПМСД – стратегія, перевірена життям (до 30–річчя від дня проведення Міжнародної конференції з первинної медико–санітарної допомоги в м. Алма–Ати, 1978 р.) / В. Ф. Москаленко, Л. І. Галієнко // Східноєвропейський журн. громад. здоров'я. – 2008. – № 1. – С. 34–36.
188. Москаленко В. Ф. Стратегічні напрями зміцнення систем охорони здоров'я, визначені Європейською міністерською конференцією ВООЗ / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Глав. врач. – 2008. – № 9. – С. 14–16.
189. Москаленко В. Ф. Сучасні пріоритети реформ систем охорони здоров'я в країнах Європейського регіону: перспективи для України / В. Ф. Москаленко, Л. І. Галієнко // Глав. врач. – 2010. – № 4. – С. 31.

190. Москаленко В. Ф. Трансофрмация парадигмы здоровья в культурно-историческом аспекте / В. Ф. Москлаенко // Восточно-европейский дурнал общественног здоровья. – 2008. - №4(4). – С.45 – 52.
191. Москаленко В. Ф. Формування глобальної комплексної інтегральної міжсекторальної системи профілактики – інноваційний підхід до вирішення сучасних проблем громадського здоров'я (огляд літератури та власних досліджень) / В. Ф. Москаленко // Журн. Акад. мед. наук України. – 2009. – № 3. – С. 516–542.
192. Москаленко В.Ф. Всесвітня організація охорони здоров'я: 60 років на сторожі громадського здоров'я / В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2008. – №1 (16). – С.13-21.
193. Москаленко В.Ф. Глобальные угрозы общественному здоровью и современные стратегии борьбы с ними / В.Ф. Москаленко, Т.С.Грузева // Науковий вісник національного медичного університету імені О.О.Богомольця. – 2007. - №1. – С.12-24.
194. Москаленко В.Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы. – К.:ИД «Авиценна». – 2011. - 256 с.
195. Москаленко В.Ф. Концептуальные основы фрмирования современной профилактической стратегии в здравоохранении: от профілактики медицинской к профилактике социальной [В. Ф. Москаленко]– К.: Авиценна, 2009. – 240 с.
196. Москаленко В.Ф. Профилактика как стратегическое направление в здравоохранении / В.Ф.москаленко // Сб. «Пролемы городского здравоохранения. – СПб, 2009. – Вып 14. – С.209 – 216.
197. Москаленко В.Ф. Формирование глобальной комплексной интегральной межсекторальной системы профилактики – инновационный подход к решению современных проблем общественного здоровья (аналитический обзор литературы и собственных исследований) / В. Ф.

- Москаленко // Журнал Академии медицинских наук Украины. – 2009. – Т.15, №3. – С. 516 – 542.
198. Москаленко В.Ф. Целевые программы как механизмы реализации государственной политики в сфере здравоохранения / В. Ф. Москаленко // Международный медицинский журнал. – 2002. - №4. – Т.8. – С.6. – 13.
199. Мюллер Х. П. Пародонтология / Х. П. Мюллер – Львов : ГалДент, 2004. – 256 с.
200. На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні / О. М. Ціборовський. — К.: Факт, 2010. — 430 с.
201. Назарян Р. С. Патогенетичне обґрунтування корекції аліментарного фактора у комплексному лікуванні хвороб пародонта : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / Р. С. Назарян – К., 2006. – 36 с.
202. Наказ МОЗ України та АМН України № 272/58 від 18.07.2002 Про затвердження Плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки
203. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15.08.2011 N 512 Про затвердження методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>
204. Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454 Про затвердження концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>
205. Наказ МОЗ України 15.07.2011 № 419 Про затвердження методичних рекомендацій щодо формування регіонального Плану–графіку проведення

- експерименту з реформування системи охорони здоров'я [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>
206. Наказ МОЗ України 15.07.2011 № 420 Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/>
207. Наукові засади міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації”: зб. наук. праць / наук. ред. А.М.Сердюк. – К. : “Деркул”, Вип.1, 2007. – 288 с.
208. Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Україні у 2006 році / Міністерство охорони навколишнього природного середовища України. – К. : Видавництво Раєвського, 2006. – 548 с.
209. Національна доповідь України про гармонізацію життєдіяльності суспільства у навколишньому природному середовищі : спеціальне видання до У Всесвітньої конференції міністрів навколишнього середовища “Довкілля для Європи”. – К., 2003. – 127 с.
210. Національна екологічна політика України: оцінка і стратегія розвитку. – К. : Тов. Компанія “ВАІТЕ”, 2007. – 184 с.
211. Національний план дій з гігієни довкілля на 2000–2005 роки «Довкілля і здоров'я» / Міністерство екології та природних ресурсів України, МОЗ. – Київ, 2001. – 44 с.
212. Нетрадиционные методы лечения в стоматологии / [Грохольский А. П., Кодола Н. А., Бургонский В. Г., Чайковский Ю. Б.] – К. : Здоров'я, 1995. – 376 с.
213. Новая пародонтологическая паста для лечения воспалительных заболеваний пародонта / Ч. А. Пашаев, С. А. Мамедова, С. Ю. Юсифов, А. Ч. Пашаев // Новое в стоматологии. – 2003. – №7. – С. 49–50.
214. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 313 с. – (Медицина XXI века).

215. Нормативно правові акти з питань охорони здоров'я: 2002 рік. – К. – 2003. – 90 с.
216. Образцов Ю. Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки / Образцов Ю. Л. // Стоматология. – 2006. – №4. – С. 89-93
217. Опанасюк Ю. В. Подальші завдання покращення та можливі варіанти реформування стоматологічної служби в Україні / Опанасюк Ю. В. // Матеріали ІІ (ІХ) з'їзду Асоціації стоматологів України (1–3 грудня 2004 р). – С. 46–47.
218. Организация и экономика стоматологической службы / Гайдаров Г. М., Кицул И. С., Васюкова В. С., Степанов В. В – Москва : "Грантъ", 2001, – 199 с.
219. Основные документы. Сорок пятое издание. – ВОЗ, Женева, 2005. – 26 с.
220. Основные показатели физиологической нормы у человека / под ред. акад. АМН Украины И. М. Трахтенберга. – К. : Авиценна, 2001. – 372 с.
221. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. – ВОЗ, Копенгаген, 2006. – 30 с.
222. Особливості первинної стоматологічної профілактики в умовах промислового Придніпров'я / Є. Н. Дичко, І. В. Ковач [та ін.] // Український стоматологічний альманах. – 2002. – № 2. – С. 12–13.
223. Оспанова Д. С. Научное обоснование организационно–экономических механизмов реорганизации стоматологической помощи населению в условиях госзаказа : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.33 «Стоматология» / Д. С. Оспанова. – Алматы, 2004. – 28 с.
224. Отчет о проведении международной научно–практической конференции «Эпидемиология основных стоматологических заболеваний» // Стоматология. – 2004. – №5. – С. 68–70.

225. Павліш І. В. Прогнозування та профілактика запальних захворювань пародонта у сучасних умовах / Павліш І. В. // Український медичний альманах. – Луганськ, – 2002. – Т. 5. – № 2. – С 82–84.
226. Парпалей Е. А. Профессиональная и персональная гигиена ротовой полости как метод профилактики стоматологических заболеваний / Парпалей Е. А., Лепорская Л. Б., Савичук Н. О // Совр. стоматология. – 1999. – №4. – С. 63–67.
227. Парпалей Е. А. Стоматологическое здоровье юношей и девушек на пороге третьего тысячелетия / Парпалей Е. А., Бойченко Т. Е., Сирук А. Н., Василенко В. В // Современная стоматология. – Киев, – 2000, – №4. – С. 11–14.
228. Педченко Т. В. Державне управління системою охорони здоров'я на засадах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. управління : спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / Т. В. Педченко. – К., 2004. – 20 с.
229. Первичная стоматологическая профилактика у детей / В. Г. Сунцов, К. К. Леонтьев, В. А. Дистель, В. Д. Вагнер. – Омск, 1997.– 315 с.
230. Передерий В. Г. Витамины и минералы в жизни человека вообще и среднестатистического жителя Украины в частности / В.Г. Передерий // Здоровье и питание. – 1998. – № 1. – С. 3–7.
231. Перова М. Д. Ткани пародонта: патология, пути восстановления/ М. Д. Перова. – М. : Триада Лтд. – 2005. – 312 с.
232. Петрушанко, Т. О. Зв'язок стоматологічної захворюваності лікарів з їх психологічним статусом / Т.О. Петрушанко, Н.В. Гавриш. - С.17-23.
233. Петрушанко Т. О. Вікові зміни ротової рідини підлітків / Т. О. Петрушанко // Український стоматологічний альманах. – 2000. – № 1. – С. 44–46.

234. Петрушанко Т. О. Епідеміологія захворювань пародонту у осіб молодого віку / Т. О. Петрушанко // Укр. мед. альм. – 2000. – Т. 3, № 2. – С. 204–207.
235. Петрушанко Т. О. Інтегральний індивідуальний підхід у профілактиці захворювань пародонта : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / Т. О. Петрушанко. – Київ, 2001. – 39 с.
236. Пивоваров Ю. П. Современное воззрение на роль экологических факторов в формировании общесоматических, инфекционных и стоматологических заболеваний у населения / Ю. П. Пивоваров // матеріали наук.–практ. конф., присв. 100–річчю каф. загальної гігієни ОДМУ [“ Гігієнічні проблеми півдня України”], (Одеса, 2003р.) – Одеса, 2003. – 312 с.
237. Підсумки роботи лікувально–профілактичних закладів міста в 2002 році – Київ, 2003. – 303 с.
238. Підсумки роботи лікувально–профілактичних закладів міста в 2004 році – Київ, 2005. – 303 с.
239. Підсумки роботи лікувально–профілактичних закладів міста в 2005 році – Київ, 2006. – 303 с.
240. Пліш Б. А. Державне управління охороною здоров'я в країнах Східної Європи: досвід та можливість використання в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. : спец. 25.00.02 «Механізми державного управління»/ Б. А. Пліш. – К., 2005. – 20 с.
241. Побел А. Н. Действие химических токсикогенов на костную и хрящевую ткани /А. Н. Побел // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1998. – № 2. – С. 143–147.
242. Поворознюк В. В. Костная система и заболевания пародонта / Поворознюк В.В., Мазур И.П. – К.: ВПЦ «ЕКСПРЕС», 2004. – 445 с.
243. Поворознюк В. В. Постменопаузальний остеопороз: механізми розвитку, фактори ризику, клініка, діагностика, профілактика та лікування

- / В. В. Поворознюк // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – № 1. – С. 98–111.
244. Політун А. М. Епідеміологія, особливості розвитку хвороб пародонта та їх профілактика в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / А. М. Політун – К., 1996. – 49 с.
245. Политун А. М. Распространенность основных стоматологических заболеваний и состояние гигиены полости рта у населения различных регионов Украины (по обращаемости) / А. М. Политун, А. В. Левченко, В. Ф. Токарский // Современная стоматология. – 2003. – № 3. – С. 8–14.
246. Пономаренко В. М. Комплексне програмно-цільове планування в охороні здоров'я на державному і регіональному рівнях (на прикладі Луганської області) / В. М. Пономаренко, Т. С. Грузева, Ю. А. Хунов, Н. О. Кульчицька. – Київ–Луганськ, 2003. – 240 с.
247. Пономаренко В. М. Стан стандартизації в охороні здоров'я України та шляхи її подальшого розвитку / Пономаренко В. М., Зіменковський А. Б. // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2004. – № 2. – С. 43–47.
248. Послання Президента України до Верховної Ради України: “Європейський вибір. Конституціональні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки” // Урядовий кур'єр. – 2002. – 4 червня. – № 100. – С. 5–12.
249. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня / [В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева, Г.В. Іншакова]– Х.:Контраст, 2006. – 296 с.
250. Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств / Доклад ВОЗ. – Канада:Агенция общественного здоров'я, 2005. – 33 с.
251. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії : Доручення Кабінету Міністрів України від 1 листоп. 2000 р. № 18249/1 до

- Закону України від 5 жовт. 2000 р. № 32017; Доручення Президента України від 6 березня 2003 р. № 31–1/25.
252. Проблемы здравоохранения: каковы наши позиции? / Вступительная речь Маргарет Чен на Международной конференции «Аспен для Группы вльсьми» Глобальный форум по вопросам здравоохранения. Рим. Италия, 13 февраля 2009 г. ([http:// www.who.int/dg/speeches/2009/aspens-20090213/ru/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2009/aspens-20090213/ru/index.html))
253. Програма надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лип. 2002 р. № 955 // Офіц. вісн. України. – 2002. – № 28. – С. 1324.
254. Профилактика в рпервичных структурах здравоохранения. Пособие для улучшения качества работы. – К.: Ин-т кардиологии АМН Украины, 1999. – 165 с.
255. Профилактика основных стоматологических заболеваний /Т. В. Попруженко, Т. Н. Терехова. – М. : МЕДпресс–информ, 2009. – 464 с.
256. Профілактична медицина: стратегія зміцнення здоров'я в Україні / А. М. Сердюк, О. І. Тимченко, Н. Г. Гойда, В. О. Галаган, Т. М. Поканевич, Л. М. Піотрович, В.В. Єлагін, С. С. Карташова, Е. М. Омельченко, О. В. Линчак, О. І. Турос // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – № 2. – С. 89–93.
257. Разумов А. Н. Восстановительная медицина: научные основы и пути интеграции первичной и вторичной профилактики / А. Н. Разумов // Здравоохранение. – 2004. – №9. – С. 29–31.
258. Рамочная конвенція ВОЗ по боротьбе против абака. – ВОЗ, Женева, 2005. – 40 с.
259. Рахманин Ю. А. Донозологическая диагностика в проблеме окружающая среда – здоровье населения / Ю. А.Рахманин, Ю. А. Ревазова // Гигиена и санитария. – 2004. – № 5. – С. 58–62.

260. Рахманин Ю. А. Методологические проблемы диагностики и профилактики заболеваний, связанных с воздействием факторов окружающей среды / Ю. А. Рахманин, Г. И. Румянцев, С. М. Новиков // Гигиена и санитария. – 2001. – № 5. – С. 3–7.
261. Рахманин Ю. А. Пути совершенствования методологии оценки риска здоровью от воздействия факторов окружающей среды / Ю. А. Рахманин, С. М. Новиков, Г. И. Румянцев // Гигиена и санитария. 2006.– № 2.– С. 3–5.
262. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных: применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – 3-е изд. – М. : МедиаСфера, 2006. – 312 с.
263. Резниченко Н. Ю. Охорона здоров'я дітей і жінок в Україні : Законодавство, стан здоров'я, шляхи вдосконалення / Н. Ю. Резніченко, Ю. Г.Резніченко, Г. І. Резніченко. – Запоріжжя : Просвіта, 2007. – 186 с.
264. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно–правове та фінансово–економічне забезпечення [Електронний ресурс] // НІСД, –.2011.– С.41 – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/news.asp>
265. Рожко М. М. Ортопедична стоматологія / Рожко М. М., Неспрядько В. П. – К. : Книга плюс, 2003. – 584 с.
266. Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р.Г.Оганова. – М. : ГЭОТАР–Медиа, 2007. – 464 с.
267. Руководство по управлению качеством. – Россия–США, 2000. – 88 с.
268. Савичук Н. О. Стоматологічне здоров'я дітей, методологічні підходи та критерії його оцінки / Савичук Н. О., Клітинська О. В. // Современная стоматология. – 2008. – №1. –С.94-98.
269. Сагина О. В. Последипломная подготовка врача–стоматолога общей практики / Сагина О. В. //Здравоохранение Российской Федерации. – 2006, – №4, – С. 54–55.

270. Свинець в умовах промислових міст: зовнішня експозиція, біомоніторинг, маркери дії та ефекту, профілактика / І. М. Трахтенберг, Е. М. Білецька, В. Ф. Демченко [та ін..] // Довкілля та здоров'я. – 2002. – № 3. – С. 10–12.
271. Свириденко О. А. Структура стоматологической помощи и подготовка врачей–стоматологов в Германии / Свириденко О. А., Юрчук Е. Н. // Стоматологический журнал. 2001, № 3, – С.46–48.
272. Сергиенко В. И. Математическая статистика в клинических исследованиях / В. И. Сергиенко, И. Б. Бондарева. – М. : ГЭОТАР–МЕД, 2001. – 256 с.
273. Сердюк А. М. Методологія оцінки впливу чинників довкілля на здоров'я населення: вибір типу дослідження і показників (огляд літератури) / А. М. Сердюк, О. І. Тимченко, О. І. Турос, Є. М. Омельченко // Журн. АМН України. – 2000. – № 3. – С. 566–574.
274. Середюк І. Н. Клініко–патогенетичні особливості застосування протизапальних засобів та ангіопротекторів в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / І. Н. Середюк – К., 2005. – 20 с.
275. Сивовол С .И. Диагностика заболеваний пародонта / С. И.Сивовол // Стоматолог. – 2004. – № 9. – С. 24–26.
276. Сидельникова Л. Ф. Зубная паста Blend–a–Med Complete+Herbal – новые возможности в профилактике и лечении воспалительных заболеваний пародонта / Сидельникова Л. Ф., Ткаченко А. Г., Захарова А. Е. // Совр. стоматология. – 2003. – №2. – С. 41–43.
277. Сидельникова Л. Ф. Клиническая оценка эффективности зубных паст "SILCA" в комплексной профилактике и лечении заболеваний пародонта / Сидельникова Л. Ф., Дикова И. Г., Захарова С. М. // Совр. стоматология. – 2003. – №2. – С. 47–48.

278. Синявский В. М. Современные информационно–аналитические технологии управления, организации и контроля за рациональным использованием ресурсов в стоматологии / Синявский В. М., Филиппова Е. Н., Шишкин М. Н. //Здравоохранение, 2000, №11, – С. 165–171.
279. Системы здравоохранения на переходном этапе. Соединенное Королевство. – Европейский центр координации систем здравоохранения, 1999. – 117 с.
280. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / J. Figueras, M. McKee, S. Lessof, A. Duran, N. Menabde / Справочный документ. – ВОЗ, 2008. – 75 с.
281. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Доклад Секретариата / Пятьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Док. А53/. – ВОЗ, 2000. – 16.с.
282. Смоляр Н. І. Проблеми організації гігієнічного виховання в комплексі первинної профілактики стоматологічних захворювань / Н. І. Смоляр, Е. В. Безвушко, Н. Л. Чухрай // Новини стоматології. – № 4(49). – С. 61–85.
283. Современные аспекты эндодонтического лечения зубов / А. А. Кунин, М. Зойбельман, Т. А. Попова, А. В. Кожухов // Клин. стоматология. – 2003. – №1.– С. 22–27.
284. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта / [Хоменко Л. А., Биденко Н. В., Остапко Е. И., Шматко В. И.] – К. : Книга плюс, 2001. – 208 с.
285. Современные технологии статистической обработки медицинской информации в научных исследованиях / под ред. В. П. Осипова, Е. М. Лукьяновой и др. – К. : «Интерлинк», 2003. – 103 с.
286. Сорокина Т.С. История медицины: Учебник для вузов Изд. 7-е, испр. – М:ИЦ Академия, 2008. – 650 с.

287. Стан здоров'я населення України та результати діяльності галузі охорони здоров'я. 2002 р. – К., 2003. – 489 с.
288. Степаненко А. Сучасні принципи стандартизації в медицині / Степаненко А. // Ліки України. – 2003. – № 4. – С. 57–58.
289. Степанова И .А. Ситуационный анализ при планировании коммунальных региональных программ профилактики кариеса с использованием фторирования воды / И. А. Степанова, О. Г. Авраимова // Стоматология. – 2007.– № 5. – С. 73–75.
290. Сулим Ю. В. Застосування метиметіонінсульфонію хлориду (вітаміну U) в комплексному лікуванні запальних захворювань пародонта : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / Ю. В. Сулим – Львів, 1998. – 16 с.
291. Сунцов В .Г. Стоматологическая профилактика у детей / В. Г.Сунцов, В. К.Леонтьев. – М. : Медицинская книга, 2001. – 343 с.
292. Сунцов В. Г. Стоматологическая профилактика у детей / Сунцов В. Г., Леонтьев В. К., Дистель В. А., Вагнер В. Д. – М. : Мсд. Книга; Н. Новгород : НГМД, 2001. – 344 с.
293. Таллинская хартия:Системы здравоохранения для здоров'я и благосостояния / [http:// www.euro.who.int/document/E91438r.pdf](http://www.euro.who.int/document/E91438r.pdf).
294. Таралло В. Л. До системного виміру станів здоров'я людини і населення у середовищі існування / В. Л. Таралло, І. С. Білик // Довкілля та здоров'я. –2008. – № 3. – С. 23–25.
295. Тарасенко Л. М. Стресс и пародонт / Л. М. Тарасенко, Т. А. Петрушанко – Полтава, 1999. – 192 с.
296. Терапевтическая стоматология детского возраста / [Хоменко Л. А., Чайковский Ю. Б., Савичук А. В. та інш.] – К. : Книга плюс, 2007. – 816 с.
297. Термінологічний глосарій з питань соціальної медицини і організації охорони здоров'я. – Л., 2003. – С. 95.

298. Тобес Б. Право на здоровье: Теория и практика / Б.Тобес – М.:Устойчивый мир, 2001. – 370 с.
299. Томилін С.А. Два нариси про фундаторів профілактичної медицини/ С.А.Томілін //Український історико-медичний журнал “Агапіт”. – 2000. – №12. – С.30-34.
300. Тульчинский Т.Г. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку / [Т.Г Тульчинский., Е.А. Варавикова] – Иерусалим.: Amutah for education and Health. 1999. – 1028 с.
301. Турос О .І. Стан здоров'я населення: народжуваність і смертність в промислових містах України з різним забрудненням атмосферного повітря : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / О. І. Турос. – Київ, 1998. – 19 с.
302. Уваренко А.Р. Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації та галузевої інноваційної політики : Монографія. – Житомир : Полісся, 2005. – 188 с.
303. Укрепление здоровья в глобализированном мире. Доклад секретариата /Пятьдесят девятая сессия Всемирной ассмблеи здравоохранения. Док. А59/21. – ВОЗ,2006. – 5 с.
304. Улитовский С. Б. Гигиена полости рта – проблемы и перспективы / Улитовский С. Б. // Вопр. стоматологии. – Рязань, – 1998. – С. 69–71.
305. Улитовский С. Б. Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний / Улитовский С. Б. – М. : Медицинская книга, 2003. – 292 с.
306. Улитовский С. Б. Новое в мире зубных щеток / Улитовский С. Б. // Пародонтология. – 1997. – № 2. – С. 42 – 43.
307. Улитовский С. Б. Энциклопедия профилактической стоматологии / Улитовский С. Б. – СПб : Человек, 2004. – 184 с.
308. Ускорение работы по достижению согласованных на международном уровне целей в области развития, связанных со здоровьем,

- включая цели, соержащиеся в Декларации тысячелетия / Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассмбьели здравоохранения. Док. А58/5.– ВОЗ, 2005 – 27с.
309. Феди П. Пародонтологическая азбука / Феди П., Бернино А., Грей Д. – М. : Азбука, 2003. – 288 с.
310. Ферментные системы при воспалении пародонта человека : тезисы докладов I Российского конгресса по патофизиологии. / [Петрович Ю. А., Вавилова Т. П. и др.] – М., 1996. – С. 270–271.
311. Фетисов Н. Н. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака /Н. Н. Фетисов, М. В. Мусихин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. - №2. – С.3 – 9.
312. Філіпчик Й. С. Первинна профілактика, планово–профілактична допомога, результати і перспективи у дітей Херсонської області /Й. С. Філіпчик, А. П.Сендецька // Науковий вісник НМУ імені О.О.Богомольця. – 2007. – Спецвипуск. – С. 239–241.
313. Хейль В. Референтные пределы у взрослых и детей / В. Хейль, Р. Коберштейн, Б. Цавта. – М., 2001. – 176 с.
314. Хижняк Н. І. Здоров'я людини та екологія / Н. І. Хижняк, А. М. Нагорна. – К., 1995. – 230 с.
315. Хоменко Л .О. Стоматологічне здоров'я дітей України: реальність та перспектива / Л. О. Хоменко // Науковий вісник НМУ імені О.О.Богомольця. – 2007. – Спецвипуск. – С. 11–14.
316. Хоменко Л. А. Влияние витаминно–минерального комплекса «Кальцинова» на кальций–фосфорный обмен в ротовой жидкости /Л. А. Хоменко // Современная стоматология. – 2008. – № 2 (42). – С. 95 – 96.
317. Хоменко Л. А. Клинико–рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков / Хоменко Л. А., Остапко Е. И., Биденко Н. В. – М.: Книга плюс, 2004. – 200 с.

318. Хоменко Л. А. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта / Л. А. Хоменко, Н. В. Биденко, Е. И. Остапко, В. И. Шматко : [практ.руководство]. – К. : Книга плюс, 2001. – 208 с.
319. Хоменко Л. О. Епідеміологія карієсу постійних зубів у дітей в районах з низьким вмістом фтору у питній воді /Л. О. Хоменко, В. І. Левицька // Вісник стоматології. – 2009. – № 4. – С. 52.
320. Хоменко Л. О. Стоматологічне здоров'я дітей, що проживають в умовах низького рівня забруднення довкілля / Хоменко Л. О., Остапко О. І., Тимофєєва О. О. // Новини стоматології. – 2006. – №4. – С. 71–74.
321. Хоменко Л. О. Теоретичні основи профілактики карієсу зубів / Хоменко Л. О. // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. – 2004. – №1–2. – С. 74–79.
322. Царев В. Н. Антимикробная терапия в стоматологии / Царев В. Н., Ушаков Р. В. – М. : Медицинское информационное агенство, 2004. – 144 с.
323. Цвих Л. О., Кисіль А. Р. Фармакотерапія запалення пародонта із застосуванням пасти на основі диклофенаку натрію / Цвих Л. О., Кисіль А. Р. // Укр. стоматол. альманах. – 2002. – №4. – С. 35–37.
324. Цимбалистов А. В. Инструментальное обеспечение профессиональной гигиены полости рта / А.В. Цимбалистов, Г.В. Шторина, Е. С.Михайлова – СПб : ООО «МЕДИ издательство», 2004 –80 с.
325. Четвертая конференция на уровне министров о окружающей среде и охране здоровья. Декларация / Будапешт, Венгрия, 23- 25 июня 2004 г. Жилищные условия и здоровье. EUR/04/5046267/6. ВОЗ, 2004. – 16.с.
326. Чижевський І. В. Клінічне та гігієнічне обґрунтування профілактики карієсу зубів у дітей в промислово розвиненому регіоні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. : спец. 14.00.22 «Стоматологія» / І. В. Чижевський. – К., 2004. – 32 с.
327. Чумакова Ю. Г. Патогенетичне обґрунтування методів комплексного лікування генералізованого пародонтиту (клініко–експериментальне

- дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. Мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Ю. Г. Чумакова. – Одеса, 2007. – 37 с.
328. Щербинина Н. В. Обоснование комплекса коррекции донозологических форм экологически обусловленных состояний / Н. В. Щербинина // Гигиена и санитария, 2001. – С. 46–49.
329. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2009 рік / Укр. ін-т стратег. досліджень МОЗ України; редкол.: З. М. Митник (голов. ред.) [та ін.]. – К., 2010. – 446 с.
330. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію / Ю. В. Поляченко, В. Л. Весельський, В.М.Пономаренко та ін.. – К.: 2006. – 226 с.
331. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію / Ю.А.Гайдаєв, О.М.Орда, В.М.Пономаренко та ін.. – К.: 2007. – 398 с.
332. Экология города /под ред. Стольберга Ф. В. – К. : Либра, 2000. – 464 с.
333. Эффективность профилактических мероприятий в сравнительном аспекте / Г. Г. Иванова, О. Б. Коноваленко, С. В. Храмова, И. В. Польщикова // Ин-т стоматологии. – 1999. – №3. – С. 42–44.
334. Юдина Н .А. Контроль биопленки в современной стратегии профилактики и лечения стоматологических заболеваний / Н. А. Юдина, А. Ю. Курочкина // Стоматология. – 2009. – № 3. – С. 77–80.
335. Ярош Н. Теоретико-методологічні підходи до формування державних соціальних нормативів надання медичної допомоги / Ярош Н. // Вісн. НАДУ. – 2004. – № 3. – С. 246.
336. Adams R.A., Nystrom G.P. A periodontitis severity index // J. Periodontol. – 1986. – V. 57. – P. 176–180.
337. Agarwal S. Altered neutrophil function in localized juvenile periodontitis : intrinsic or induced? / Agarwal S., Huang J., Piesco N.P. and et/ //J. Periodontol. – 1996. – V. 67. – P. 337–344.

338. Albandar J. M. Gingival recession, gingival bleeding and dental calculus in adults 30 years and older in the United States, 1988–1994 / Albandar J. M., Kingman A // *J. Periodontol.* – 1999. – V. 70. – P. 30–43.
339. Albandar J.M. Destructive periodontal disease in adults 30 years and older in the United States, 1988–1994 / Albandar J.M., Brunelle J.A., Kingman A // *J. Periodontol.* – 1999. – V. 70. – P. 13–29.
340. An Environment for better health // Ed. by R. Croes. – Copenhagen: WHO, 1999. – 78 p.
341. Baelum V. Defining a periodontitis case: analysis of a never-treated adult population. /Baelum V, López R.// *Dent Update.* 2008 Apr;35(3):150-2, 154-6.
342. Brunekreef B. Air pollution and health / B. Brunekreef, S. T. Holgate // *Lancet.* – 2002. – Vol. 360. – P. 1223–1242.
343. Buchmann R Aggressive periodontitis: 5-year follow-up of treatment / Buchmann R, Nunn ME, Van Dyke TE, Lange DE // *J Periodontol.* 2007 Jul;78(7 Suppl):1387-99.
344. Burger J. On developing bioindicators for human and ecological health / J. Burger, M. Gochfeld // *Environ. Monit. And Assess.* – 2001. – Vol.66, №1. – P. 23–46.
345. Carranza F. A. *Clinical Periodontology* / Carranza F. A., Newman M. G. // W.G.Saunders Company. – 1996. – 782 p.
346. Cataldo W. Physical and Chemical Aspects of Saliva as Indicators of Risk for Dental Caries in Humans / W. Leone Cataldo, G. Frank // *Journal of Dental Education.* – 2001. – Vol. 65, No. 10. – P. 111–116.
347. Caton J. Associations between bleeding and visual signs of interdental inflammation / J. Caton, A. Polson, O. Bouwsma [et.al.] // *J.Periodontol.* – 1998– Vol.59, No.11. – P. 722–727.
348. Chen Hong Effects of toothpaste with fluoride on enamel remineralization of extracted teeth / Hong Chen, Xi Ding, Xiu–hua Zhang, Wu Zhang, Yi–Ming Li, S.Lee Sean // *Stomatology.* – 2008.– №10. – P.6–10.

349. Clarkson J. J. Role of fluoride in oral health promotion / J. J. Clarkson, J. McLonghlin // *Int.Dent.J.* – 2000. – Vol. 50, No. 3. – P. 119–128.
350. Costa FO, Guimarães AN, Cota LO, Pataro AL, Segundo TK, Cortelli SC, Costa JE. Impact of different periodontitis case definitions on periodontal research // *J Clin Periodontol.* 2012 Jan;39(1):10-9. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01812.x. Epub 2011 Nov 10.
351. Crowby S. J. An economic evaluation of publicly founded dental prevention program in regional and rural Victoria: an extrapolated analysis / S. J. Crowby, A. C. Campaign, M. V. Morgan // *Community Dent. Health.* – 2000. – Vol.17, No 3. – P. 145–151.
352. Environmental medicine | Brooks S. M., Gochfeld M., Herzstein J. et al. // Mosby Co. – St. Louis. – 1995. – 780 p.
353. Fluorides and Oral Health / World Health Organization, STR 846. Geneva. – 1994. – 55p.
354. Genco R.J. Models to evaluate the role of stressing periodontal disease / [Genco R.J., Ho A.W., Kopman J. et al.] // *Annals of Periodontology.* – 1998. – V. 3. – P. 288–302.
355. Global oral health data bank. Geneva: World Health Organization; 2004.
356. Greenwell H. Пародонтология в общей стоматологической практике / Greenwell H., Bissada N.R., Wittwet J.W. // *Стоматолог.* – 1999. – № 11. – С. 18–20.
357. Haffajee A.D., Socransky S.S. Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases // *Periodontol.* – 1994. – V. 5. – P. 78–111.
358. Hancock E.B. Periodontal diseases: prevention / Hancock E.B. // *Ann. Periodontol.* – 1996. – V. 1. – P. 223–249.
359. Hugoson A. Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behaviour on plaque and gingivitis / Hugoson A,

- Lundgren D, Asklöw B, Borgklint G. // *J Clin Periodontol.* 2007 May;34(5):407-15.
360. Jafarzadeh A. Salivary IgA and IgE levels in healthy subjects: relation to age and gender / Abdollah Jafarzadeh, Mostafa Sadeghi, Gholamreza Asadi Karam, Vazirinejad Reza // *Braz. Oral Res. (São Paulo)* – 2010. – Vol.24, No.1. – P. 231–236.
361. Kaufman E. Analysis of saliva for periodontal diagnosis—a review / E. Kaufman, I. B. Lamster // *J. Clin. Periodontol.* – 2000. – Vol.27. – P. 453–465.
362. Kleinfelder J. W. Some effects of non-surgical therapy on gingival inflammatory cell subsets in patients with adult-onset periodontitis / Kleinfelder J. W., Lange D. E., Bocher W. // *J. Periodontol.*– 2000.– Vol. 71, N10.– P. 1561–1566.
363. Kohman K. S. The role local factors in the etiology of periodontal disease (review) / K. S. Kohman, H. Loe // *Periodontology* 2000. – 1999. – No 2. – P. 83–97.
364. Kowash M. V. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers and young children / M. V. Kowash, A. Pinfield, J. Smith, M. E. Curson // *Br. Dent. J.* – 2000. – Vol. 4. – P. 201–205.
365. Lindhe S. Textbook of clinical periodontology and implant dentistry / Lindhe S., Karring T., Lang N.P. – 3-rd ed. – Copenhagen: Munksgaard, 1997. – 840 p.
366. Luís HS Dental hygiene work in a clinical trial / Luís HS, Morgado I, Assunção V, Bernardo MF, Leroux B, Martin MD, DeRouen TA, Leitão J. // *J Evid Based Dent Pract.* 2006 Mar;6(1):25-32.
367. Modeer T. Periodontal diseases in children and adolescents / T. Modeer, B. Wondsmu // *Dent. Clin. North America.* – Vol. 44. – P. 633–658.
368. Novak M.J. Early onset periodontitis / Novak M.J., Novak K.F. // *Curr. Opinion.* – 1996. – V. 3. – P. 45–51.

369. Oliveira Costa F. Periodontal disease progression among young subjects with no preventive dental care: a 52-month follow-up study / Oliveira Costa F, Cota LO, Costa JE, Pordeus IA. // *J Periodontol.* 2002 Jun;73(6):675-83.
370. Page RC. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis / Page RC, Eke PI. // *J Oral Sci.* 2009 Jun;51(2):199-206.
371. Papapanou P.N. Periodontal diseases: epidemiology / Papapanou P.N. // *Ann. Periodontol.* – 1996. – V. 1. – P. 1–6.
372. Pastagia J, Nicoara P, Robertson PB. The effect of patient-centered plaque control and periodontal maintenance therapy on adverse outcomes of periodontitis // *Dent Update.* 2011 Mar;38(2):94-6, 99-100.
373. Periodontal disease and cardiovascular disease / Beck J., Carcia R., Heiss G. et al. // *J. Periodontol.* – 1996. – V. 10. – P. 1123–1127.
374. Petersen P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme / Petersen P. E // *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2003; 31 Suppl 1:3–24.
375. Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems – towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83:686–93.
376. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease – the approach of WHO. Geneva: World Health Organization, Global Oral Health Programme; 2005
377. Silverstain L. An acellular dermal matrix allograft substitute for palatal donor matrix / Silverstain L., Callan D. / *Post-Graduate Dent.* – 1996. – V. 3(4). – P. 14–19.
378. Standards of practice for dental public health .Tennessee Department of Health Bureau of Health Services Oral Health Services Section Revised June 2008 Ninth Edition // *J Periodontol.* 2007 Feb;78(2):198-203.

379. The History of Medicine: A Very Short Introduction / By William Bynum. – Oxford University Press, USA. – 2008. 16 p.
380. WHO oral health country/area profile. Geneva: World Health Organization; Available at: URL: <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>
381. World Health Organization. Epidemiology, etiology and prevention of periodontal diseases. Geneva: WHO Technical Report Series, No.621.