

5. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Болезнь и здоровье: две стороны приспособления. — М.: Медицина, 1998. — 255 с. [Volozhin A.I., Subbotin Yu.K. *Bolezn' i zdorov'e: dve storony prisposobleniya*. (Disease and well-being: two sides of adaptation.) Moscow: Meditsina. 1998: 255 p. (In Russ.)]

6. Лифляндский В.Г. Витамины и минералы. От А до Я. — СПб.: ИД «Нева», 2006. — 640 с. [Liflyandskiy V.G. *Vitaminy i mineraly. Ot A do Ya*. (Vitamins and minerals. From A to Z.) Saint Petersburg: «Neva» Publishing House. 2006: 640 p. (In Russ.)]

7. Мальцева Е.Л., Пальмина Н.П., Буракова Е.Б. Природный (альфа-токоферол) и синтетический (калиевая соль фенозана) антиоксиданты как регуляторы активности протеинкиназы С в широком диапазоне концентраций (10^{-4} - 10^{-20} М) // Биол. мембраны: Ж. мембранн. и кл. биол. — 1998. — Т. 15, №2. — С. 210-212. [Maltseva E.L., Palmina N.P., Burlakova E.B. Natural (α -tocopherol) and synthetic (phenosan potassium salt) antioxidants regulate the protein kinase C activity in a broad concentration range (10^{-4} - 10^{-20} M). *Biologicheskije membrany: Zhurnal membranny i kletchnoy biologii*. 1998; 15 (2): 210-212. (In Russ.)]

8. Марри Р., Греннер Д., Мейес П., Родуэлл В. Биохимия человека. Пер. с англ. — Т. 1. — М.: Мир, 1993. — 384 с. [Murray R.K., Granner D.K., Mayes P.A., Rodwell V.W. *Harper's Illustrated Biochemistry*. 26th edition. The McGraw-Hill Companies, Inc. 2003: 693 p. Russ Ed.: Murray R.K., Granner D.K., Mayes P.A., Rodwell V.W. *Biokhimiya cheloveka*. Moscow: Mir. 1993: 384 p.]

9. Машковский М.Д. Лекарственные средства. 14-е изд., перераб., испр. и доп. — М.: Новая волна, 2002. — Т. 2. — 608 с. [Mashkovskiy M.D. *Lekarstvennyye sredstva. 14-e izdaniye, pererabotannoye, ispravlennoye i dopolnennoye*. (Medications. 14th ed., revised, corrected and enlarged.) Moscow: Novaya volna. 2002; 2: 608 p. (In Russ.)]

10. Одонтогенные воспалительные заболевания / Под ред. Т.Г. Робустовой. — М.: Медицина, 2006. — 664 с. [Odontogennyye vospalitel'nyye zabolevaniya. (Odontogenic

inflammatory diseases.) Ed. by T.G. Robustova. Moscow: Meditsina. 2006: 664 p. (In Russ.)]

11. Пальмина Н.П., Пынзарь Е.И., Курнакова Н.В., Буракова Е.Б. Фарболовый эфир в концентрациях 10^{-18} - 10^{-7} М ингибирует перекисное окисление липидов в биологических мембранах мозга. Действие через протеинкиназу С // Биол. мембраны. Ж. мембранн. и кл. биол. — 1997. — Т. 14, №4. — С. 383-384. [Palmina N.P., Pynzar E.I., Kurnakova N.V., Burlakova E.B. Phorbol ester in concentrations 10^{-18} - 10^{-7} M inhibits lipid peroxidation in the rat brain plasma membranes: effect via protein kinase C activation. *Biologicheskije membrany: Zhurnal membranny i kletchnoy biologii*. 1998; 14 (4): 383-384. (In Russ.)]

12. Петрович Ю.А., Подорожная Р.П. Гемато-саливарный барьер // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: сборник тезисов. — М.: Авиаиздат, 2001. — С. 97-98. [Petrovich Yu.A., Podorozhnaya R.P. Hematosalivary barrier, in *Stomatologiya na poroge tret'ego tysyacheletiya: sbornik tezisov*. (Stomatology on the frontline of 3rd millennium. Abstract book.) Moscow: Aviaizdat. 2001: 97-98. (In Russ.)]

13. Тер-Асатуров Г.П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон // Стоматология. — 2005. — Т. 84, №1. — С. 20-27. [Ter-Asaturov G.P. Some questions of odontogenic phlegmons. *Stomatologiya*. 2005; 84 (1): 20-27. (In Russ.)]

14. Удальцова Н.А., Фаизов Т.Т., Ермолаева Л.И., Заславская И.С. Сравнительное исследование иммунных реакций у больных с гнойными заболеваниями челюстно-лицевой области при применении иммуномодулирующих препаратов тимуса // Стоматология для всех. — 2006. — №1. — С. 20-24. [Udal'tsova N.A., Faizov T.T., Ermolaeva L.I., Zaslavskaya I.S. Comparative study of immune reactions in patients with purulent diseases of mandibulofacial area using thymus immunomodulatory drugs. *Stomatologiya dlya vseh*. 2006; 1: 20-24. (In Russ.)]

15. Barceloux D.G. Zinc // J. Toxicol. Clin. Toxicol. — 1999. — Vol. 37, N 2. — P. 279-292.

УДК 616.314.163-002-085.37-089.87-089.23-76:616-053.8-053.9

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У МАЛОИМУЩИХ ЛИЦ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

Рустам Мухаметьянович Дюмеев¹, Альбина Ирековна Булгакова^{2*},
Динара Мадритовна Исламова¹

¹Стоматологическая поликлиника №6, г. Уфа, Россия;

²Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-549

Цель. Разработать алгоритм диагностики и комплексного лечения малоимущих лиц Республики Башкортостан с учётом возможности использования программ государственной поддержки.

Методы. Были обследованы 296 малоимущих пациентов (женщины старше 58 лет, мужчины старше 63 лет), получающих социальную доплату к пенсии. Для сравнения были отобраны 300 пациентов пенсионного возраста, оплативших ортопедическое лечение из собственных средств.

Результаты. Из 296 пациентов 211 (71,28%) ранее проходили ортопедическое лечение, остальные 85 (28,72%) никогда не получали ортопедического лечения. Все малоимущие пациенты получили полное комплексное лечение по программе льготного зубопротезирования. Ортопедическое лечение проведено у 39 (13,17%) пациентов методом несъёмного протезирования, у 27 (9,12%) — методом съёмного зубопротезирования, у 230 (77,70%) — методом комбинированного протезирования. Из 300 пациентов, оплативших ортопедическое лечение из собственных средств, 133 (44,33%) пациентам было проведено съёмное протезирование, 70 (23,33%) пациентам были изготовлены несъёмные протезы, остальным 97 (32,33%) было проведено комбинированное протезирование. Нами разработан алгоритм лечебно-профилактических мероприятий для малоимущих граждан в целях повышения уровня стоматологического здоровья и качества жизни, а также оптимизации использования финансовых средств, состоящий из пяти этапов: I — исследование анамнеза жизни и заболевания; II — диагностика и лечение сопутствующей

патологии; III — полная санация полости рта; IV — выбор ортопедической конструкции и рациональное протезирование, применение лекарственных средств; V — контрольные осмотры через 1 и 6 мес. Интегральный показатель качества жизни после проведённого комплексного лечения улучшился на 15,11 балла (27,0%). Некоторые критерии качества жизни улучшились более чем на 2 балла (3,51%): «Физический дискомфорт» — на 2,133, «Физические нарушения» — на 2,916, «Психологические расстройства» — на 2,855 балла.

Вывод. Программа льготного зубопротезирования позволяет расширить возможности выбора метода лечения с использованием новых технологий; внедрение данной программы не является прямым источником оздоровления населения, а служит вспомогательным рычагом социальной поддержки населения и помогает минимизировать тяжёлые медицинские последствия для данной категории населения.

Ключевые слова: вторичная адентия, малоимущие лица, сопутствующие заболевания, алгоритм лечения, целевая программа.

OPTIMIZING THE TREATMENT AND PREVENTIVE MEASURES IN POOR PATIENTS WITH SECONDARY EDENTULISM

R.M. Dyumeev¹, A.I. Bulgakova², D.M. Islamova¹

¹Out-patient Dental Clinic №6, Ufa, Russia;

²Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Aim. To develop an algorithm for diagnosis and integrated treatment of the poor people of the Republic of Bashkortostan, taking into account the possibility of using state support programs.

Methods. The study sample included 296 low-income patients (women over 58 years, men over 63 years) receiving social pension supplements. As a comparison group, 300 patients of retirement age, who had paid for orthodontic treatment by themselves, were recruited.

Results. Out of 296 patients, 211 (71.28%) had previous orthopedic treatment, the remaining 85 (28.72%) had never received orthopedic treatment. All poor patients received treatment according to the full comprehensive program of preferential dentures. Orthopedic treatment using the non-removable prosthesis was performed in 39 (13.17%) patients, removable dentures — in 27 (9.12%), combined prosthetics — in 230 (77.70%). In 300 patients who paid for orthopedic treatment from their own funds, 133 (44.33%) patients got removable prosthesis, 70 (23.33%) patients — non-removable dentures, combined prosthetics was used in the remaining 97 (32.33%). An algorithm of therapeutic and preventive measures for low-income citizens in order to improve oral health and quality of life, as well as to optimize the use of financial resources, was developed. It consists of five stages: I — examination of the anamnesis vitae and the history of the disease; II — Diagnosis and treatment of comorbidities; III — full mouth debridement; IV — selection and rational prosthetics, medical treatment; V — follow-up examination in 1 and 6 months. An integral indicator of quality of life after the conducted complex treatment has improved by 15.11 points (27.0%). Some criteria for the quality of life has improved by more than 2 points (3.51%): «Physical discomfort» — by 2.133, «physical disorders» — by 2.916, «psychological disorders» — by 2.855 points.

Conclusion. The program of preferential dentures allows to expand the range of the treatment options with the use of new technologies; implementation of this program is not a direct source of health improvement, but serves as an auxiliary arm of social support and helps to minimize the severe health consequences for the examined population.

Keywords: secondary edentulism, poor people, comorbidities, treatment algorithm, the target program.

Адентия — заболевание, при котором частично или полностью отсутствуют зубы. Основными причинами удаления зубов до сих пор остаются заболевания пародонта и осложнённые формы кариеса, не поддающиеся терапевтическому лечению [1]. Распространённость кариеса у взрослого населения в возрасте от 35 лет и старше составляет 98–99% [7]. Потребность в протезировании дефектов зубных рядов съёмными протезами у пациентов после 50 лет достигает 56%, у лиц в возрасте от 40 до 50 лет — 15–20% [2, 5]. Наличие сопутствующей патологии усугубляет течение основного заболевания [8].

Ограниченность в выборе ортопедической конструкции при планировании стоматологического лечения у лиц пожилого возраста часто продиктована финансовыми проблемами [3, 4]. Стоматологическое ортопедическое лечение лиц, ограниченных в финансовых средствах, проводят по стандартной схеме. Один из основных критериев при выборе метода лечения — стоимость изготавливаемого зубного протеза.

На сегодняшний день отсутствует чёткий алгоритм стоматологического ортопедического лечения малоимущих лиц. Это стало основанием для данного исследования. При выявлении определённых проблем или тенденций, требующих решения, совершенствования и развития, необходимо обеспечить ряд комплексных быстрых (в параметрах развития системы) воздействий, способных изменить текущую ситуацию в системе здравоохранения Российской Федерации [6]. Именно на достижение быстрых результатов по льготному зубопротезированию и была направлена Республиканская целевая программа от 18 июля 2011 г. №241 «Предоставление мер социальной поддержки по зубопротезированию отдельным категориям граждан в Республике Башкортостан» на 2012–2014 гг.

Цель данного исследования — разработать алгоритм диагностики и комплексного лечения малоимущих лиц Республики Башкортостан с учётом возможности использования программ государственной поддержки.

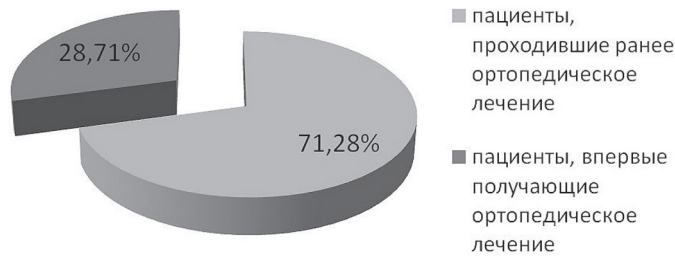


Рис. 1. Доля малоимущих пациентов, получающих ортопедическое лечение впервые

Исследование проведено на базе стоматологических поликлиник г. Уфы. Нами были обследованы 296 малоимущих пациентов (женщины старше 58 лет, мужчины старше 63 лет), получающих социальную доплату к пенсии, предусмотренную Федеральным законом «О государственной социальной помощи». Для сравнения были отобраны 300 пациентов пенсионного возраста, оплативших ортопедическое лечение из собственных средств.

Клинический блок исследования включил классическую схему обследования: сбор анамнеза, опрос, клинический осмотр. При сборе анамнеза мы использовали разработанную нами анкету. Одним из критериев при отборе пациентов для протезирования была полная санация полости рта [7]. Для оценки эффективности проведённых лечебно-профилактических мероприятий был использован опросник ОНIP-14, для статистической обработки полученных результатов – пакеты прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.0 в среде MS Windows.

Из 296 пациентов 211 (71,28%) ранее проходили ортопедическое лечение, остальные 85 (28,72%) человек никогда не получали ортопедического лечения (рис. 1). Из 211 человек, ранее протезировавшихся, 201 пациент носил протезы, остальные 10 человек по тем или иным причинам не пользовались

изготовленным протезом. Средняя продолжительность пользования предыдущим протезом составила 6,428 года.

Все малоимущие пациенты получили полное комплексное лечение по программе льготного зубопротезирования. Проведено санирование полости рта: лечение кариеса – 35,60%, осложнённых форм кариеса – 87,85%, заболеваний пародонта – 75,44%. Ортопедическое лечение проведено у 39 (13,17%) пациентов методом несъёмного протезирования, у 27 (9,12%) – методом съёмного зубопротезирования, у 230 (77,70%) – методом комбинированного протезирования. При этом из 300 пациентов, проходивших ортопедическое лечение на собственные средства, 133 (44,33%) пациентам было проведено съёмное протезирование, 70 (23,33%) были изготовлены несъёмные протезы, остальным 97 (32,33%) было проведено комбинированное протезирование (рис. 2). Нами были разработаны алгоритмы лечебно-профилактических мероприятий для малоимущих граждан в целях повышения уровня стоматологического здоровья и качества жизни, а также оптимизации использования финансовых средств. Все пациенты направлены для получения лечебно-консультативной помощи у врача смежной специальности.

Алгоритм лечения пациентов с частичной и полной вторичной адентией включил комплекс лечебно-профилактических меро-



Рис. 2. Распределение методов зубопротезирования у лиц с льготным зубопротезированием и протезированием за собственные средства

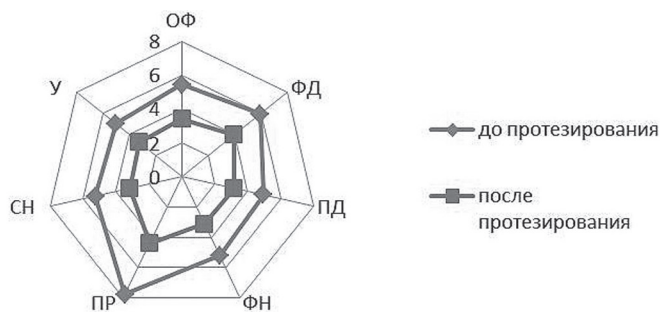


Рис. 3. Внутрискруктурный (пошкаловый) анализ показателей качества жизни у малоимущих пациентов до и после лечения

приятый, состоящий из пяти этапов.

I этап — сбор анамнеза жизни и заболевания с использованием опросника факторов риска. Мероприятия на данном этапе направлены на повышение информированности о состоянии здоровья полости рта и формирование мотивации на получение полного комплекса лечения.

II этап — диагностика и лечение сопутствующей патологии. Мероприятия II этапа связаны с индивидуализацией пациента.

На III этапе проводили санацию полости рта и гигиенические мероприятия. При необходимости рекомендовали диспансерное наблюдение у врача соответствующего профиля.

На IV этапе для пациентов с частичной адентией врачом-стоматологом-пародонтологом рекомендовано для поддержания тканей пародонта в стадии длительной ремиссии применение средства «Стоматофит®» и «Стоматофит А®» для ополаскивания полости рта. Целесообразность применения этого препарата обусловлена вяжущим, смягчающим, противовоспалительным и антисептическим действием. При вечернем уходе за полостью рта рекомендовали применение зубной пасты «Пародонтаск». Одним из ключевых моментов при планировании лечения является выбор ортопедической конструкции. Несмотря на пожилой возраст пациентов, мы выяснили, что 70% желали иметь ортопедическое лечение с использованием имплантатов, 50% из них готовы были частично оплатить данный вид современного ортопедического лечения. Для пациентов с вторичной полной адентией мы использовали мини-импланты «Конмет» эконом класса. Пациентам, получившим ортопедическое лечение с применением съёмных конструкций, мы рекомендовали использование лечебно-адгезивного средства «Корега» для более надёжной фиксации протеза на протезном ложе.

Завершающим V этапом в лечении является проведение контрольных осмотров в отдалённые сроки.

Таким образом, при стоматологической ортопедической реабилитации пациентов пожилого возраста мы рекомендуем применять следующий алгоритм лечебно-профилактических мероприятий:

- I этап — исследование анамнеза жизни и заболевания;
- II этап — диагностика и лечение сопутствующей патологии;
- III этап — полная санация полости рта;
- IV этап — выбор ортопедической конструкции и рациональное протезирование, применение лекарственных средств;
- V этап — контрольные осмотры через 1 и 6 мес.

Результаты оценки эффективности лечения с использованием опросника ОНП-14 (от англ. Oral Health Impact Profile — профиль влияния стоматологического здоровья) показал, что интегральный показатель качества жизни после проведённого комплексного лечения улучшился на 15,11 балла (27,0%). Некоторые критерии качества жизни повысились более чем на 2 балла (3,51%): «Физический дискомфорт» — на 2,133, «Физические нарушения» — на 2,916, «Психологические расстройства» — на 2,855 балла (рис. 3).

Таким образом, клинико-социологические исследования с учётом факторов риска стоматологического здоровья малоимущих пациентов в Республике Башкортостан обосновывают представленную схему «Алгоритм лечебно-профилактических мероприятий для малоимущих пациентов».

ВЫВОДЫ

1. Выбор конструкции у малоимущих лиц при прохождении ортопедического лечения резко ограничен из-за высокой стои-

мости лечения. Нами предложен алгоритм диагностики и лечения при стоматологической ортопедической реабилитации пациентов данной категории.

2. Наличие действующей программы льготного зубопротезирования позволяет расширить возможности выбора метода лечения с использованием новых технологий, в частности с использованием дентальных имплантатов.

3. Внедрение программы не является прямым источником оздоровления населения, а служит вспомогательным рычагом (мерой) социальной поддержки населения и помогает минимизировать неблагоприятные медицинские последствия для данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балуева Е.С. Сравнительный анализ стоматологического здоровья пожилых жителей Самарской области, находящихся в разных социальных условиях // Аспирантский вестник Поволжья. — 2012. — №5-6. — С. 208-210. [Balueva E.S. The analysis of dental prosthetics possibility providing to elderly persons in the Samara region. *Aspirantskiy vestnik Povolzh'ya*. 2012; 5-6: 67-69. (In Russ.)]
2. Булакова А.И., Шафеев И.Р., Галеев Р.М. Клиническая характеристика пациентов с дефектами твёрдых тканей зубов и зубных рядов с различными ортопедическими конструкциями // Мед. вестн. Башкортостана. — 2014. — Т. 9, №6. — С. 44-47. [Bulgakova A.I., Shafeev I.R., Galeev R.M. Clinical characteristics of orthopedic patients with defects of dentition and hard dental tissues. *Meditsinskiy vestnik Bashkortostana*. 2014; 9 (6): 44-47. (In Russ.)]
3. Дженсон Н.Дж.А. Частичные съёмные протезы / Под ред. В.Н. Трезубова. — М., Медпресс-информ, 2006. — 168 с. [Jepson N.J.A. Removable partial dentures. London: Quintessence. 2004: 140 p. Russ Ed.: Jepson N.J.A. *Chastichnye s'emynye protezy*. Ed. by V.N. Trezubov. Moscow: Medpress-inform. 2006: 168 p.]
4. Захарова Н.О., Трунин Д.А., Балуева Е.С. Отношение пожилого населения Самары к организационным формам в геронтостоматологии (по материалам медико-социологического исследования) // Успехи геронтол. — 2012. — Т. 25, №1. — С. 171-174. [Zakharova N.O., Trunin D.A., Baluyeva E.S. The attitude of elderly people living in samara to organizational forms in gerontostomatology (based on materials of medical and sociological research). *Uspekhi gerontologii*. 2012; 25 (1): 171-174. (In Russ.)]
5. Миргазизов М.З. Критерии эффективности в дентальной имплантологии // Рос. стоматол. ж. — 2000. — №2. — С. 4-7. [Mirgazizov M.Z. Effectiveness criteria in dental implantology. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*. 2000; 2: 4-7. (In Russ.)]
6. Салеев Р.А., Киреев М.Ю. Маркетинговые исследования в стоматологии // Рос. стоматол. ж. — 2010. — №6. — С. 46-48. [Saleev R.A., Kireev M.Yu. Marketing research in stomatology. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*. 2010; 6: 46-48. (In Russ.)]
7. Филатова Е.В., Козырева И.И. Результаты обследования лиц пожилого возраста с полной потерей зубов, обратившихся для повторного протезирования // Кубан. науч. мед. вестн. — 1998. — №5/6. — С. 57-58. [Filatova E.V., Kozyreva I.I. Results of the examination of elderly patients with complete teeth loss, who applied for repeated prosthesis. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 1998; 5/6: 57-58. (In Russ.)]
8. Christensen G.J. Providing oral care for the aging patient // J. Amer. Dent. Ass. — 2007. — Vol. 138, N 2. — P. 239-242.
9. Maupome G., Gullion C.M., White B.A. et al. Oral disorders and chronic systemic diseases in very old adults living in institutions // Spec. Care Dentist. — 2003. — Vol. 23, N 6. — P. 199-208.

На состоявшемся в Москве IX Всероссийском конгрессе лучевых диагностов «Радиология-2015» 28 мая 2015 г. заведующий кафедрой лучевой диагностики Казанской государственной медицинской академии профессор М.К. Михайлов награждён дипломом Лауреата Почётного знака им. профессора Ю.Н. Соколова за выдающиеся научные достижения и многолетнюю научно-педагогическую деятельность.