

На основании проведенного анализа нами сделаны следующие **выводы**: 1) Завоз малярии на территорию Восточной Сибири в большинстве случаев отмечается из Таджикистана и Азербайджана, в единичных случаях — из стран Африки и Юго-Восточной Азии. 2) Среди завозных случаев преобладает трехдневная малярия. 3) Заболевание характеризуется

в большинстве случаев среднетяжелым течением и отсутствием осложнений. 4) Приведенные нами данные по завозу малярии в Восточную Сибирь говорят о необходимости совершенствования системы эпиднадзора по данной инфекции в зависимости от изменения социально-экономических и экологических условий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айдинов Г.Т., Швагер М.М., Рыжков В.Ю. и др. Профилактика последствий завоза малярии в Ростовской области // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. — М., 2001. — № 4. — С. 49-50.
2. Габарец Е.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика завозной малярии в Молдавской ССР // Здоровоохранение. — Кишинев, 1989. — С. 39-40.
3. Громашевский Л.В. Общая эпидемиология: Рук-во для врачей и студентов. — Изд. 4-е, перераб. — М.: Медицина, 1965. — 290 с.
4. Елкин И.И., Жданов В.М., Алымов А.А. и др. Эпидемиология. / Под ред. И.И. Елкина. — Изд. 2-е, перераб. — М.: Медицина, 1968. — 432 с.
5. Журина Т.А., Чумаченко И.Г., Шихарбаев Б.В. и др. Малярия в Иркутской области // Журнал инфекционной патологии. — Иркутск, 1999. — Т.6. — №1. — С. 32-34.
6. Иванова Т.Н. Малярия в условиях мегаполиса: Авторефер. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 25 с.
7. Постановление от 30 мая 2003 года №105 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПин 3.2». — М., 2003.
8. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина, А.П. Казанцева. — СПб.: Комета, 1996. — 720 с.
9. Руководство по клинике, диагностике и лечению опасных инфекционных болезней / Под ред. В. И. Покровского, К.С. Иванова. — М.: Медикас, 1994. — 220 с.
10. Срымбетов М.С., Войтешинок Л.В., Жуманбаев К.А., Медведев В.И. Клиника рецидива завозной трехдневной малярии // Здоровоохранение Казахстана. — Алма-Ата, 1986. — № 5 (481). — С. 61-63.
11. Тарасов В.В. Эпидемиология трансмиссивных болезней. — М.: Изд-во МГУ, 2002. — 334 с.
12. Шувалова Е.П. О диагностике завозной малярии // Российский медицинский журнал. — 1998. — № 1. — С. 12-13.
13. Шурыгина И.А., Боброва Н.К. Малярия: Учебно-методическое пособие. — Иркутск, 2003. — 24 с.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: aitov@mail.ru
Савилов Евгений Дмитриевич — д.м.н., профессор, заведующий отделом.
Борисов Виктор Александрович — д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней.
Тарбеев Анатолий Кириллович — к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней.
Аитов Курбан Аитович — д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней.
Абашов Аннамырат Таджимович — заочный аспирант кафедры инфекционных болезней.

© АРУТЮНОВ С.Д., ДИХАНОВА В.Г., КИЦУЛ И.С. — 2011

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОЗИЦИИ ВЫБОРА И СОБЛЮДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Сергей Дарчоевич Арутюнов¹, Василиса Григорьевна Диханова¹, Игорь Сергеевич Кицул²
(¹Московский государственный медико-стоматологический университет, ректор — д.м.н., проф. О.О. Янушевич;
²Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. В статье представлены роль и место адекватного выбора и соблюдения медицинских технологий при лечении корневых каналов зубов. Выделены экспертным путем основные факторы, снижающие качество эндодонтического лечения. Разработан экспертный протокол качества эндодонтического лечения.

Ключевые слова: качество лечения, оценка качества, медицинская технология, корневые каналы зубов.

TECHNICAL APPROACHES TO ESTIMATION OF QUALITY OF TREATMENT OF ROOT CHANNELS OF TEETH FROM A POSITION OF CHOICE AND OBSERVANCE OF MEDICAL TECHNOLOGIES

S.D. Arutyunov¹, V.G. Dihanova¹, I.S. Kitsul²
(¹Moscow State Medical-Stomatological University, ²Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Studies)

Summary. In the paper the role and place of adequate choice and observance of medical technologies in the treatment of root channels of teeth have been presented. The main factors reducing quality of endodontic treatment have been defined by an expert way. The expert report of quality of treatment has been developed.

Key words: quality of treatment, quality estimation, medical technology, root channels of teeth.

Лечение корневых каналов зубов является одним из самых распространенных видов деятельности в современной стоматологии. Несмотря на несомненные успехи, достигнутые отечественной терапевтической стоматологией, одна из важнейших проблем — качество эндодонтического лечения, до сегодняшнего дня остается во многом нерешенной.

В последние годы отмечается увеличение числа больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, причиной которых в большинстве случаев являются нелеченные или плохо леченные периодонтиты. Отсюда проблема со-

вершенствования качества лечебно-профилактической помощи больным, страдающим хроническим верхушечным периодонтитом, остается одной из важных задач в стоматологии. Многие авторы в своих работах отмечают огромный масштаб «эндодонтических проблем» у населения нашей страны. Установлено, что у 77,2% обследованных ранее леченных больных выявляются деструктивные изменения у верхушки корня. В среднем на одного пациента приходится 2,85 «эндодонтических» зуба. Только у 37,0% обследованных пациентов все каналы obturированы полностью. При этом потребность в перелечивании каналов зубов в 3 раза

Таблица 1

Экспертная оценка общих причин, снижающих качество эндодонтического лечения (%)

Причины	% ответивших экспертов
Недостаточность освещения в учебной литературе вопросов практической эндодонтии	95,6
Противоречивость предлагаемых в литературе методик	100,0
Слабая материально-техническая база эндодонтии некоммерческих структур	100,0
Отсутствие унифицированных требований к качеству эндодонтических вмешательств	96,7
Отсутствие профессиональных стандартов и унифицированных требований к качеству обработки и пломбированию корневых каналов	94,2
Недостаточное использование и некорректная интерпретация рентгенологических исследований на разных этапах эндодонтического лечения	86,7

превышает потребность в их первичном лечении [1,2,3].

В этой связи крайне актуальным является поиск механизмов оценки качества эндодонтического лечения с тем, чтобы сформировать адекватные направления по его улучшению. Важнейшими составляющими обеспечения качества лечения корневых каналов зубов являются правильный выбор и соблюдение технологий диагностики и лечения. Это одна из сложных практических задач, так как этот выбор определяется влиянием большого количества факторов, прежде всего многообразием самих технологий, предпочтениями врачей, влиянием фирм-производителей материалов и оборудования, наличием множества клинических школ с разными теоретическими и научными взглядами и ряд других.

В основе оценки качества любого вида медицинской помощи лежит три традиционных подхода: структурный, процессуальный и результативный. С технологической точки зрения при разработке систем наиболее применимым является процессуальный подход, который основывается на предположении, что рациональный процесс гарантирует хорошие результаты [5]. Он предусматривает изучение и оценку выбранных технологий оказания медицинской помощи. Достоинством процессуального подхода является возможность оценки деятельности медицинских работников. Благодаря данному подходу они имеют возможность больше узнавать о своей собственной практике и вырабатывать критическое отношение к ней. Адекватный выбор используемых технологий и их правильное применение в значительной степени определяют исход лечения. Вместе с тем доказано, что одинаковые подходы и методы и подходы, применяемые в различных организациях, могут приводить к неравнозначным результатам, в то время как различные способы ведения пациентов обеспечивают одинаковый исход лечения. Эндодонтическая практика в данном случае очень показательна, так как использование различных технологий obturации корневых каналов и «авторских методик», которыми сейчас насыщен рынок стоматологических услуг, в конечном итоге могут давать одинаковый клинический результат. С одной стороны, это лишний раз подтверждает творческую компоненту процессуального подхода к совершенствованию качества медицинской помощи, а с другой — подчеркивает важность оценки результатов, отражающих эффективность лечебно-диагностического процесса.

При разработке системы оценки качества чрезвычайно важным является определить, что выбирается для измерения, то есть какие критерии будут использоваться. От правильности выбора последних во многом зависит степень достижения цели функционирования системы и возможность разработки мероприятий по улучшению качества.

Используя метод экспертных оценок на основании распределения и отбора основных дефектов и ошибок,

возникающих при эндодонтическом лечении и высказанных экспертами, нами был разработан классификатор дефектов и выделены основные причины, снижающие качество (табл.1).

Как видно из данных таблицы 1, все перечисленные экспертами причины имеет достаточно весомое значение. Снижение качества эндодонтического лечения, по мнению экспертов, в первую очередь происходит за счет недостаточной методической проработки и противоречивости предлагаемых методов лечения. Большое значение имеет материально-техническая база и наличие стандартов эндодонтического лечения.

Вместе с тем, на фактическом материале представилось целесообразным оценить качество ранее проведенного консервативного эндодонтического лечения. Для этой цели экспертной оценке было подвергнуто 367 случаев эндодонтического лечения в различных стоматологических организациях. Материалы экспертизы заносились в специально разработанный экспертный протокол, а данные после обработки были представлены в числовом выражении (табл.2).

Таблица 2

Экспертная оценка дефектов при ранее проведенном эндодонтическом лечении (%)

Дефект	% случаев
Блокада просвета канала дентинными опилками или мягкими тканями	49,8
Образование апикального расширения или уступа	51,2
Апикальная перфорация стенки корневого канала	21,7
Избыточное продольное расширение канала в средней трети на внутренней кривизне корня	26,3
Продольная перфорация стенки корневого канала	18,4
Чрезмерное расширение апикального отверстия	46,7
Отлом инструмента в канале	16,8
Дефект в выборе метода медикаментозной обработки корневого канала	38,6
Дефект пломбирования корневого канала	55,6

Все перечисленные факторы напрямую связаны с адекватностью выбора и соблюдения технологий лечения корневых каналов зубов. В целом, объединяя ряд дефектов в группы, экспертами было выявлено, что в 72,3% случаев имелись дефекты формирования эндодонтического доступа, в 65,4% — дефекты формирования корневого канала и в 55,6% случаев — дефекты пломбирования корневых каналов.

Детализируя данные дефекты было выявлено, что чаще всего имело место образование апикального расширения или уступа — 51,2%. Причиной возникновения данного дефекта эксперты объясняли использованием при работе в искривленном канале толстого, негибкого файла, не изогнутого предварительно по форме канала. Блокада просвета канала дентинными опилками или мягкими тканями выявлялась в 49,8% случаев из-за неполного удаления пульпы, недостаточной ирригации канала в процессе инструментальной обработки и преждевременного использования инструмента большого размера.

Одним из дефектов эндодонтического лечения являлось чрезмерное расширение апикального отверстия (46,7%). Причиной возникновения данного дефекта являются: неправильное определение рабочей длины, «потеря рабочей длины» неверная тактика обработки апикальной части канала. Также достаточно часто (38,6% случаев) эксперты отмечали дефекты в выборе метода медикаментозной обработки корневого канала.

Практическим инструментом измерения качества эндодонтического лечения является разработанный нами экспертный протокол, который может быть рекомендован к использованию в любых стоматологических организациях, занимающихся вопросами улучшения

Экспертный протокол качества эндодонтического лечения

Критерии оценки	Баллы			
ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ ДОСТУП				
1.Правильная форма (+1 балл)				
2.Правильный размер (+1 балл)				
3.Правильная локализация (+1 балл)				
4.Полное удаление крыши (+1 балл)				
5.Дивергирующие стенки доступа (+1 балл)				
6.Гладкие стенки доступа (+1 балл)				
7.Восстановлены апроксимальные дефекты (+1 балл)				
8.Дно пульпарной камеры не повреждено (+1 балл)				
ДЕФЕКТЫ				
Перфорация дна пульпарной камеры (-2 балла)				
ИЗМЕРЕНИЕ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ (по снимку с инструментом)	1 канал	2 канал	3 канал	4 канал
1.Положение инструмента на 0,5-1 мм короче рентгенологической верхушки (+1 балл)				
2.Ограничители в контакте с анатомическими ориентирами (+1 балл)				
ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА (по снимкам с припасованным штифтом и контрольному)				
1.Конусная форма в апикальной части (+1 балл)				
2.Конусная форма в устьевой части (+1 балл)				
3.Нет апикальной деформации (+1 балл)				
4.Нет чрезмерного устьевого расширения				
ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА (по контрольному снимку)				
1.Каналы запломбированы до верхушки (+1 балл)				
2.Каналы запломбированы гомогенно (+1 балл)				
3.Гуттаперча ниже уровня устьев (+1 балл)				
ДЕФЕКТЫ				
Апикальная перфорация (-1 балл)				
Апикальная транспортиция (— 1 балл)				
Боковая перфорация корня (-2 балла)				
Боковое протирание корня (-2 балла)				
Сломанный инструмент в канале (-2 балла)				

качества лечения. Данный протокол представляет собой набор формализованных критериев, анализ которых проводится на каждый законченный случай лече-

ния. При разработке протокола нами использованы методические подходы, предложенные А.М. Соловьевой [4] и дополненные собственными разработками.

Результаты экспертизы качества с использованными в протоколах критериями оценки в конечном итоге позволяют рассчитать коэффициент качества эндодонтического лечения по каждому врачу и отделению в целом. В ряде случаев, при сложном анатомическом строении и объективных трудностях, возникающих при прохождении и обработке каналов, экспертами в расчеты вводятся поправочные коэффициенты. При сложном анатомическом строении каналов (малый радиус кривизны, большой угол кривизны, S-образный изгиб, C-образный канал, облитерация каналов) вводится коэффициент 1,5. При распломбировке корневого канала также вводится коэффициент 1,5.

В результате заполнения экспертного протокола рассчитывается коэффициент качества по следующей формуле:

Число набранных врачом баллов

$(18+9 \times \text{число леченных каналов}) - \text{число баллов по дефектам}$

Пределы колебания коэффициента составляют от 0 до 1, при этом оценке «отлично» соответствует значение от 0,90-1, оценке «хорошо» — 0,86-0,89, оценке «удовлетворительно» — 0,80-0,85.

Таким образом, предложенные методические подходы, а также результаты экспертных оценок современного состояния качества эндодонтического лечения указывают на необходимость нормативно-технического регулирования данного вопроса путем разработки соответствующих стандартов, протоколов и регламентов, доступных для практической деятельности и также дальнейшего развития процесса государственной регистрации новых медицинских технологий при лечении корневых каналов зубов. Наши исследования показали доминирующее влияние факторов выбора и соблюдения технологий на качество эндодонтического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бажанов Н.Н., Козлов В.А., Максимовский Ю.М., Робустова Т.Г. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Стоматология. Спец. выпуск. Материалы III съезда Стоматологической Ассоциации (Общероссийской). — 1996. — С.38.
2. Корчевский Н.П., Демьяненко В.И. Анализ причин удаления зубов в хирургическом отделении поликлиник // Стоматология. — 1998. — №6. — С.76.
3. Пак А.Н. Стоматологический статус у лиц пожилого и старческого возраста. Автореф. дис. ...канд. мед. наук., М., 1991. — 22с.
4. Соловьева А.М. Разработка документации для проведения экспертной оценки качества эндодонтического лечения // Эндодонтия today. — 2002. — №3-4. — С.8-10.
5. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. — М.: Медицина, 2002. — 176 с.

Информация об авторах: Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ, тел. (3952) 46-40-44, zdravirk@mail.ru

Кицул Игорь Сергеевич — д.м.н., профессор,

Диханова Василиса Григорьевна — аспирант,

Арутюнов Сергей Дарчоевич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой