

М. М. ЦАРИНСКИЙ, А. В. ПРУСАЧЕНКО

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Кубанский медицинский институт,

ГУЗ «Клиническая стоматологическая поликлиника департамента здравоохранения Краснодарского края»

Стоматологическая заболеваемость занимает одну из ведущих позиций в общей системе заболеваемости населения России, её удельный вес составляет свыше 20% от общего числа обращающихся за стоматологической помощью. Увеличение её показателей на современном этапе свидетельствует о неадекватности стоматологической помощи населению потребностям нуждающихся. Распространённость кариеса зубов и его осложнений по стране составляет от 70 до 100%. Заболеваемость пародонта встречается у 65–90%. Нуждаемость в протезировании зубов варьирует от 70 до 90% [2]. Вместе с тем потребность в лечении кариеса и его последствий удовлетворяется лишь на 30%, в лечении заболеваний пародонта – на 5–7%, в протезировании зубов – на 7–8%, в ортодонтическом лечении – на 2–3%, saniруется ежегодно не более 27% населения [7].

Всё это связано с отсутствием чёткой программы потребности населения в кадрах врачей стоматологи-

ческого профиля в различных регионах России [1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10].

Материалы и методы

В целях нивелирования этой важной задачи стоматологической службы мы предприняли настоящее исследование, изучив на протяжении последних 10 лет стоматологическую заболеваемость населения Краснодарского края (по данным их обращаемости за консультативной помощью в краевую стоматологическую поликлинику). Все поступающие больные при наличии показаний брались нами на диспансерный учёт, им проводились необходимые профилактические мероприятия в нашем учреждении.

Всего за период с 1995 по 2005 г. к нам обратилось 5353 жителя края, Республики Адыгея и Ростовской области, республик Северного Кавказа по направлениям лечебных учреждений на консультацию и лечение. Сведения о них представлены в таблице.

Общие сведения о диспансерном наблюдении контингента за 10 лет (1995–2005 гг.)

Всего наблюдений	Выздоровление	Улучшение	Без изменений	Ухудшение	Утрата зуба
Пульпит – 2116	85,73±0,82%	4,42±0,89%	7,08±1,13%	–	2,77±1,09%
Периодонтит – 1034	75,51±1,05%	11,97±1,19%	4,33±1,72%	–	8,19±1,76%
Заболевания пародонта – 1527	Гингивит: 79,24±0,85%, пародонтит: 53,71±0,77%, пародонтоз: 12,06±1,12%	20,09±0,81% 39,07±1,09% 10,79±0,72%	2,31±1,48% 5,17±1,19% 0,69±1,24%	1,72±1,16%	–
Воспалительные заболевания слизистой – 60	90,00±1,74%	6,68±2,14%	3,34±2,19%	–	–
Гиперкератозы – 89	76,38±1,32%	11,65±1,29%	5,23±1,63%	6,74±1,57%	–
Грибковые – 58	81,03±1,07%	10,34±1,29%	5,17±1,78%	3,47±1,92%	–
Аллергические – 42	80,95±1,29%	16,66±1,43%	2,39±1,78%	–	–
Парестетические – 224	60,64±0,38%	26,78±0,43%	9,37±0,51%	3,21±0,59%	–
ХРАС – 183	29,47±0,40%	54,60±0,41%	12,45±0,44%	3,48±0,42%	–
Прочие – 20	40,0 ± 2,16%	40,0 ± 2,16%	15,0 ± 2,32%	5,0 ± 3,38%	–
Всего: 5353					

Результаты исследования

Анализ таблицы показывает, что практически половина больных были с осложнённым кариесом (2116 больных пульпитом и 1034 – периодонтитом). В эту группу мы включали лишь пациентов с осложнениями пульпита и периодонтита, с которыми не удавалось справиться в лечебных учреждениях, а также группу больных с множественным кариесом зубов (211 человек).

С заболеваниями пародонта проконсультировано 1527 человек, в том числе 72,24% с гингивитом, 53,71% с пародонтитом, 12,06% с пародонтозом. У части из этих лиц к началу диспансеризации имел место гингивит, а в последующие годы он переходил в пародонтоз или пародонтит. С идиопатическими заболеваниями пародонта выявлено всего 6 пациентов, которых мы включили в группу лиц с пародонтитом из-за малочисленности этой группы.

Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта обнаружены у 60 пациентов, преимущественно с острым герпетическим и язвенно-некротическим стоматитом. Проявления гиперкератозов обнаружены у 89 больных. Парестетический синдром мы выявили у 224 человек, главным образом в виде глоссалгии (164 пациента). Хронический рецидивирующий афтозный стоматит обнаружен у 183 больных. Грибковые стоматиты имели место у 58 пациентов. Аллергические стоматиты обнаружены у 42 человек. Прочие заболевания выявлены у 20 человек, преимущественно различного рода синдромы (Папильон–Лефевра, Трофедема Мейжа, синдром Съегрена и прочие). Мы не включили в число выявленных заболеваний предраковые поражения полости рта из-за малочисленности отдельных из них. Все они вошли в другие нозологические единицы (гиперкератозы, аллергические, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, парестетический синдром, прочие).

Диспансеризация всех этих лиц включала полное клиническое обследование у стоматологов различных специальностей, общих терапевтов, дерматовенерологов, гинекологов, аллергологов, невропатологов, онкологов, эндокринологов и других специалистов. Практически всем больным проводили разнообразные клинико-лабораторные, электрофизиологические, иммунологические, рентгенологические и прочие исследования.

После постановки диагноза значительная часть больных наблюдалась нами, меньшая передавалась специалистам другого профиля. Наше участие состояло лишь в периодических консультациях. Мы проводили расширенный первичный курс лечения и регулярные контрольные наблюдения и курсы поддерживающей терапии. В зависимости от диагноза и эффективности проводимого лечения повторные наблюдения и курсы лечения осуществляли через 3, 4 и 6 месяцев от начала диспансеризации. Назначенный первичный курс лечения мы согласовывали с другими специалистами и осуществляли его строго индивидуализированно, с учётом возможных этиологических и патогенетических факторов, адекватности рекомендованного комплекса. В последующем обязательно вносили коррективы в назначенный ранее курс.

Каждому пациенту рекомендовали индивидуализированные профилактические мероприятия, обращая особое внимание на вопросы диеты и гигиенического ухода за полостью рта. В процессе диспансерного наблюдения часть больных с различными заболеваниями полости рта мы вынуждены были исключить из дис-

пансерных групп, особенно жителей других регионов из-за нарушения ими сроков наблюдения. Таких лиц оказалось 1894 человека. Мы их исключили из общего числа наблюдаемых лиц. В основном это были пациенты с осложнённым кариесом и заболеваниями пародонта.

На основании 10-летних наблюдений мы имеем возможность доложить о результатах.

При патологии пульпы выздоровление наступило у 85,73%, улучшение – у 4,42%, изменений не наступило у 7,08%, зубы были удалены у 2,77%. При периодонтите выздоровление выявлено – у 75,51%, улучшение – у 11,97%, без изменений – у 4,33%, зубы удалены у 8,19%.

Под улучшением мы подразумевали периодическое появление неприятных ощущений при накусывании на зуб, а также сохранение или некоторое увеличение периапикального очага. При трактовке процесса без изменений мы подразумевали полное отсутствие жалоб, но очаг деструкции оставался в прежних размерах.

При остальных формах заболеваний основным критерием считали субъективные ощущения и объективные состояния слизистой оболочки.

Обсуждение результатов

Таким образом, результаты диспансеризации показывают, что в подавляющем большинстве случаев они дают вполне удовлетворительные результаты, вследствие чего должны быть использованы на практике при различной патологии полости рта. Дальнейшие усилия в этом направлении следует направить на изыскание новых активных средств и методов устранения этиологических факторов и патологических механизмов заболеваний полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурье Т. М. Врачебно-трудовая экспертиза в стоматологии. М.: Медицина, 1984. 143 с.
2. Новгородцев Г. А., Демьянкова Г. З., Полонский М. Л. Диспансеризация населения в СССР. М.: Медицина, 1984. 335 с.
3. Цинкер Н. Н. Диспансеризация стоматологических больных // Основы организации стоматологической помощи населению. М., 1983. С. 94–126.
4. Машкилейсон А. Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта. М.: Медицина, 1980. 212 с.
5. Базили Г. В., Новгородцев Г. В. Основы научного планирования стоматологической помощи. М.: Медицина, 1968. 236 с.
6. Леонтьев В. К. Стоматологическая служба России и перспективы её развития в новых условиях хозяйствования // Стоматология. 1997. № 2. С. 4–8.
7. Пахомов Г. Н. Основы организации стоматологической помощи населению. Ленинград: Медицина, 1983. 207 с.
8. Рогачёв Г. И., Антипенко Э. С., Гушина И. П. Организация стоматологической помощи городскому населению: Учебное пособие, Москва, 1991. 130 с.
9. Хромцова И. В. Эпидемиология заболеваний полости рта у взрослого городского населения и определение потребности в кадрах для их лечения и реабилитации: Автореф. дис. к. м. н. Волгоград, 2002. 21 с.
10. Царинская Н. М. Распространённость стоматологических заболеваний у детей и определение потребности в кадрах для их лечения и реабилитации: Автореф. дис. к. м. н. Краснодар, 1995. 17 с.

M. M. TSARINSKY, A. V. PRUSACHENKO

THE RESULT OF CLINICAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH MOUTH PATHOLOGY

State health institution the Clinical stomatologic polyclinic of public health services Department of Krasnodar

territory region – the Krasnodar regional stomatologic center.

In presents data on stomathological diseases of the population in the region as based on the visits to dentists for consultancy during 1995–2005. Total number of patient who were seeking dentists' help is 5363.

The result of the group patient breaks down as follows:

patient with caries in complicated form – 3150, parodontia pathology – 1527, parestetic syndrome – 224, relapsing aphthrose stomatitis – 183, allergic – 42.

All patient have been clinically examined. 85,7% completely recovered.

Key words: mouth, disease, clinical examination

М. М. ЦАРИНСКИЙ, Н. М. ЦАРИНСКАЯ

ОПЫТ ДИСПАНСЕРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С КАНДИДОЗАМИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

Кафедра стоматологии Кубанского медицинского института,

*кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний
Кубанского государственного медицинского университета*

Грибковые поражения полости рта вызывают грибы рода *Candida*, они встречаются в практике работы врача стоматологического профиля в 1,5–5% случаев от общего числа больных с патологией слизистой оболочки полости рта [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8]. Возбудителем заболевания чаще всего являются грибы рода *Candida*, реже грибы рода *Tropicalis*. В ротовой полости обычно имеют место проявления очагового хронического кандидоза. Иногда процесс носит более распространённый характер в виде висцерального кандидоза. Подобных больных лечат врачи-инфекционисты или микологи в условиях стационара.

Материалы и методы

Грибы крайне неприхотливы к условиям среды обитания, свободно располагаются на кожном покрове и слизистых оболочках, имея вид клеток округлой почкующейся формы, размножаются путём простого деления. Они образуют ветвистый псевдомицелий, с помощью которого внедряются в ткань эпителия. Субъективно при этом больной ощущает жжение, чувство напряжения кожного покрова и слизистых, эти участки чешутся. Объективно поражённый участок отечный, на нём появляются небольшие эрозии, трещины. Вскоре очаг поражения покрывается белым налётом, обычно трудно снимаемым. В соскобе из этого участка под микроскопом обнаруживаются много почкующихся дрожжевых клеток и нити псевдомицелия на фоне слущивающихся эпителиальных клеток.

Результаты исследования

Клинически выявляются три формы хронического кандидоза слизистых оболочек: простая, атрофическая и гиперпластическая. При простой форме на слизистой образуется плотный белый налёт, интимно спаянный с подлежащими тканями. Окружающая слизистая в состоянии умеренного отёка. При попытке снять налёт он удаляется с трудом, при этом обнажается кровоточащая поверхность. При атрофической форме слизистая становится истончённой, ярко-красного цвета, на ней встречаются островки налёта белого цвета. При гиперпластической форме на поверхности слизистой, находящейся в состоянии отёка, видны участки плотного толстого налёта белого или бело-серого цвета.

При всех формах хронического кандидоза болезненность выражена мало, пациент ощущает лишь жжение в области очага поражения. Общее состояние организма страдает мало. Диагноз ставится на основании клинической картины и подтверждается микроскопическим исследованием соскоба с поражённого участка слизистой. При подозрении на висцеральный кандидоз ставятся аллергологические и серологические реакции с кандидаантигеном. При подозрении на сепсис проводится посев мочи и крови на выявление гриба.

Дифференциальный диагноз проводят с эритематозом, лейкоплакией, медикаментозным стоматитом, вторичным сифилисом, СПИДом.

На протяжении последних лет под нашим наблюдением находилось 58 больных с грибковыми поражениями слизистой оболочки полости рта. Из них мужчин было 18, женщин – 40 в возрасте от 19 до 63 лет. С простой формой заболевания был 41 человек, с атрофической – 8, с гиперпластической – 9. Продолжительность заболевания – от 4 месяцев до 7 лет. Все эти лица находились на диспансерном учёте.

Были получены следующие результаты лечения. Полное выздоровление наступило у $81,03 \pm 1,07\%$, улучшение имело место у $10,34 \pm 1,23\%$ пациентов, существенных изменений в течении заболевания не наступило у $5,17 \pm 1,78\%$, ухудшение наблюдалось у $3,47 \pm 1,92\%$.

Мы пытались проанализировать причины неудач при лечении наблюдаемых больных. У части из них, по нашему представлению, причина заключалась в несоблюдении рекомендаций, которые должны были выполнять пациенты после назначенного лечения. У другой части имели место какие-либо отягчающие обстоятельства: травмирование области поражения зубами, травмы при широком открывании рта, когда очаги поражения располагались в углах рта, прикусывание во время еды и прочее. У 4 больных во рту находились съёмные протезы, уход за которыми отсутствовал. У трёх больных выявлены тяжёлые формы диабета. У остальных 4 больных никакой причины отсутствия лечебного эффекта мы обнаружить не смогли. Не обнаружена также связь между неудачами в лечении и формой кандидоза.