

2. Адада Ф. Способствование рубцеванию в пародонтологии // *Стоматология*. – 2003. – №6. – С. 4-26.
3. Боровский Е.В., Копейкин В.Н., Колесов А.А., Шаргородский А.Г. Комплексная оценка состояния органов полости рта. – М.: Медицина, 1987. – С. 62-64.
4. Вортингтон Ф., Ланг Б., Лавеле В. Остеоинтеграция в стоматологии. – Берлин: Квинтэссенция, 1994. – С. 15-38.
5. Кудрявцева Т.В., Нейзберг Д.М., Тачалов В.В. Опыт применения аутокрови при реконструктивных операциях // *Пародонтология*. – 2005. – №1. – С. 18-20.
6. Кулаков А.А., Архипов А.В. Особенности дентальной имплантации при низкой плотности кости // *Стоматология*. – 2012. – №5. – С. 31-36.
7. Куцевляк В.И., Гречко Н.Б., Алтунина С.В., Старикова С.Л. Дентальная имплантология. Вводный курс: Учеб. пособие. – Харьков: ХГМУ, 2005. – 183 с.
8. Морозов М.Б. Реабилитация больных после сложного удаления зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 23 с.
9. Николенко В.Н., Медведев Ю.А. Применение клеточных технологий в челюстно-лицевой хирургии // *Стоматология*. – 2013. – №4. – С. 82-84.
10. Радаева И.Ф., Костина Г.А., Змиевский А.В. Гиалуроновая кислота: биологическая роль, строение, синтез, выделение, очистка и применение (обзор) // *Прикл. биохим. микробиол.* – 1997. – Т. 33, №2. – С. 133-137.
11. Федяев И.М., Никольский В.Ю. Направленная тканевая регенерация кости при ранней дентальной имплантации // *Рос. вестн. дентальной имплантол.* – 2005. – №3/4 (11/12). – С. 58-63.
12. Anderson I. The Properties of hyaluronan and its role in wound healing // *Prof. Nurse*. – 2001. – Vol. 4, №17. – P. 232-235.
13. Ballini A., Piloni A. Low molecular weight hyaluronic acid increases osteogenesis in vitro // *J. Dent. Res.* – 2015. – Vol. 71. – Abstract 471.
14. Horton M.R., Shapiro S., Bao C. et al. Induction and regulation of macrophage metalloelastase by hyaluronan fragments in mouse macrophages // *J. Immunol.* – 2003. – Vol. 162. – P. 4171-4176.
15. Laurent T. Structure of hyaluronic acid // *Chem. Mol. Biol. Intercell. Matrix*. – 1970. – Vol. 2. – P. 703-732.
16. Lee J.Y., Spicer A.P. Hyaluronan: a multifunctional, megaDalton, stealth molecule // *Curr. Opin. Cell Biol.* – 2000. – Vol. 12. – P. 581-586.
17. Marchini G., Marraffa M., Brunelli. C. et al. Ultrasound biomicroscopy and intraocular-pressure-lowering mechanisms of deep sclerectomy with reticulated hyaluronic acid implant // *J. Cataract. Refract. Surg.* – 2001. – Vol. 27. – P. 507-517.
18. Wang Y., Hall S. et al. Osteoarthritis in theory and in practice // *Musculoskelet. Dis.* – 2011. – №12. – P. 195.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-4-22>

УДК: 616.31:614.254.1

ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Мукимов О.А., Исанова Д.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Реформирование системы здравоохранения и переход к новым экономическим условиям не снизило, а напротив, обострило проблему организации стоматологической помощи во многих странах. Об этом свидетельствуют результаты социологических исследований и рост стоматологической заболеваемости. Стоматологические заболевания в структуре общей заболеваемости составляют 20-25%, поэтому стоматологическая помощь к наиболее массовым видам медицинской помощи [1, 2].

Рост стоматологической заболеваемости в первую очередь является социальной проблемой. Для ее успешного решения и предупреждения болезней необходимы совместные усилия государства и медицинского сообщества. По нашим данным, с 2000-го по 2015 гг. структура региональной стоматологии существенно изменилась. Сократилось количество стоматологических отделений и кабинетов в государственных медицинских организациях, что сопровождалось опережающим ростом количества частных стоматологических организаций. И, хотя производство стоматологических услуг является одним из самых массовых и затратных в современной медицине, именно стоматологические организации всех форм собственности и их персонал, как показало время, оказались наиболее мотивированными к работе в условиях рынка и предпринимательства структурами [3].

Развитие национальных программ здравоохранения и медицинского страхования в различных странах связано с политическими социально-экономическими условиями, сложившимися в этих странах. Программы различаются по основным источникам финансирования и формам собственности (государственные, общественные, частные), условиям страхования, содержанию оказываемых в рамках данной программы услуг,

организационным формам их предоставления и другим параметрам.

Программы медицинского страхования в 28 странах мира (Германия, Франция, Англия, Бельгия, США, Финляндия и др.) включают в различных объемах и стоматологическую помощь, в основном профилактические мероприятия и лечение неосложненного кариеса. В Германии действует две системы медицинского страхования: обязательное и частное, поэтому имеется два вида стоматологических манипуляций и видов стоматологических услуг. Перечень для обязательного медицинского страхования содержится в Тарифном соглашении. Общий перечень манипуляций оплачивается за счет средств пациента или частного страхования. В настоящее время в Германии по программе обязательного медицинского страхования оплачивается полный спектр ортопедического лечения. Перечень включает 31 манипуляцию по протезированию, перечень частного страхования предоставляет еще больший спектр стоматологических услуг, включая все виды протезирования, протезирование на имплантатах, ортодонтические аппараты. Система стоматологического обслуживания в Канаде отнесена к платным видам услуг. Однако в Канаде 75% населения старше 15 лет регулярно посещают стоматолога, хотя этот показатель зависит от дохода семьи. По сравнению с Германией и Швейцарией в Чехии объем оказываемых услуг значительно меньше. Во многих странах стоматологические услуги государством не оплачиваются в связи с их высокой стоимостью. Профилактические осмотры и санация полости рта и лечение ограничены по финансовым причинам [4, 5].

Сложившаяся в сельских районах Омской области ситуация с распространенностью основных стоматологических заболеваний свидетельствует о том, что в современных условиях меры по оказанию ортопедической помощи населению недостаточны или неэффективны. В связи с этим чрезвычайно актуально изучение потребности сельских жителей Омского региона в протезировании и, как следствие, — изучение потребности в квалифицированных специалистах стоматологического профиля и материально-технического обеспечения медицинских организаций. Кроме того, полученные в ходе исследования данные показали, что вопросы кадрового обеспечения в сельских районах не могут быть решены лишь путем привлечения врачей-стоматологов общей практики, у которых снижен уровень профессиональной компетенции в области оказания стоматологической ортопедической помощи. Итак, население сельских районов Омской области нуждается в комплексной программе совершенствования организации стоматологической ортопедической помощи [6].

Проблема обеспеченности врачами кадрами стоматологов не теряет своей актуальности. Поиск ее решения в разных странах зависит от разных аспектов: социально-экономических, географических, региональных.

Китайские учёные (Fanwei Q.U., Yanling J., 2017) провели сравнительный анализ состояния здоровья населения города Хатъяй провинции Сонгкхла в Таиланде и уезда Юлонг провинции Юньнань и сельских жителей. Важный момент в организации здравоохранения в сельской местности — квалификация врачебных кадров, оказывающих стоматологическую помощь в провинциях. Ежегодно врачебные кадры проходят обучение за счет финансирования муниципальных органов.

Американские исследователи (Flaer P.J., Younis M.Z., Benjamin P.L., 2011) изучили методы медицинского страхования зубов, доступные жителям в провинции Квебек (Канада). Для сравнения, Соединенные Штаты и Британская Канада устанавливают для бедных сельских жителей медицинское стоматологическое страхование, обеспечиваемое правительством. Различия в предоставлении стоматологической помощи между этими регионами — это вопрос культуры, точнее, различий в социально-политических культурах и точках зрения на важность стоматологической помощи. Законодатели в Соединенных Штатах могут извлечь уроки из этой политики государственного стоматологического страхования, которая хорошо налажена в Квебеке.

Польские авторы (Kemicer-Chmielewska E., Rotter I., 2014) сообщают о системе финансирования медицинского обслуживания стоматологической заболеваемости сельских жителей. Было проведено диагностирование 384 жителей Западно-Поморской провинции и анкетный опрос о медицинских услугах. Авторами установлено, что большинство респондентов чаще всего пользовались платными услугами стоматологической помощи. Недофинансирование системы здравоохранения Польши заставляет пациентов нести часть расходов на стоматологическое лечение.

О проблемах и организации стоматологической помощи в провинциях Афганистана, которую организовали в 2007 году Вооруженные силы Сингапура, рассматривается в статье Tan P.H., Chew B., Wee W.C.A. (2011). В провинции Бамиан впервые был организован стоматологический центр. Первичная стоматологическая помощь была оказана 60 тыс. человек. Кроме того, сингапурцы обучили и подготовили команду афганских стоматологов и ассистентов, после чего команда сингапурцев отправилась домой.

Планирование и организация профилактики стоматологических заболеваний на территориальном уровне — дело не только специалистов стоматологического профиля. Важна организация эффективных рабочих отношений между различными структурами — специалистами стоматологического профиля, врачами других специальностей, представителями дошкольных и школьных детских учреждений, сотрудниками санитарно-эпидемиологической службы, средствами массовой информации, административными службами [7].

В период становления рыночной экономики управление системой здравоохранения, в том числе организацией стоматологической помощи, происходит в услови-

ях риска и неопределенности. Поэтому принципиально новым в организации и планировании здравоохранения, его экономики является переход к дифференцированным нормативам, учитывающим особенности социально-экономического развития региона, экологическое состояние, демографический состав и специфику заболеваемости, обеспеченность кадрами, материально-техническую оснащенность поликлиник, обеспеченность транспортом, связью.

Большинство публикаций, посвященных вопросам реформирования стоматологической службы, экономико-организационным подходам к решению ряда задач в стоматологии, нацелено на рассмотрение узких прикладных экономических и управленческих аспектов, вопросов рыночных отношений в стоматологии, развитию негосударственных стоматологических структур [8].

Организационно-экономические проблемы, наиболее острые для современного периода развития стоматологической службы, исследуются явно недостаточно. Актуальность проводимого исследования подтверждается публикациями ряда авторов [9,10]. При этом особенности планирования и оказания стоматологической помощи освещены недостаточно. Остро стоит вопрос об обеспеченности кадрами стоматологических учреждений. Среди различных вопросов кадрового обеспечения стоматологической службы важным является вопрос о привлечении средних медицинских специалистов к более активному участию в стоматологическом обслуживании, к выполнению вспомогательных функций на амбулаторном стоматологическом приеме.

На протяжении последних десятилетий отечественная стоматология претерпела существенные изменения, связанные в основном с развитием и внедрением новых медицинских технологий, хотя по этому критерию Россия в значительной степени отставала от развитых стран. Требовали своего изменения и условия организации, экономико-правовые механизмы деятельности стоматологической службы [10, 11].

Невзирая на значительные успехи по отдельным направлениям, путь развития здравоохранения бывшего СССР, и стоматологии, в частности, не обеспечивал удовлетворения все возрастающих потребностей населения в этом виде помощи. Снижение бюджетного финансирования, как справедливо отмечают многие авторы, во многом стало причиной отставания отечественной стоматологической практики от уровня развития в зарубежных странах [12, 13].

Имеющиеся стоматологические ортопедические отделения во многих районных и городских поликлиниках общего профиля подчиняются администрации поликлиники, вследствие чего их особенности и интересы не учитывались, а отношение к ним определялось часто на основе необъективных факторов [14].

Принцип остаточного финансирования здравоохранения, по мнению В.К. Леонтьева, в России создал предпосылки для постоянного сокращения объема бес-

платной стоматологической помощи. Определяя пути стоматологии, можно выделить три этапа: работа в условиях бюджетной медицины; переходный период от бюджетной медицины к страховой; обязательное медицинское страхование [15].

Медицинская общественность и наука в последние годы все больше отмечают насущную необходимость в реформировании стоматологической службы. Обусловлено это, прежде всего, отсутствием баланса между сложившимися условиями функционирования стоматологии как подотрасли здравоохранения и социально-экономическими преобразованиями в отрасли. Дефицит бюджетного финансирования стоматологических учреждений, развитие альтернативного сектора в стоматологии, либерализация цен на товары и услуги и их удорожание диктуют необходимость пересмотра основных позиций по деятельности стоматологической службы и определению роли и места стоматологии в существующей системе охраны здоровья населения [16].

Авторы из Санкт-Петербурга [16] рассматривают особенности ценностного формирования стоматологических услуг через концепцию маркетингового восприятия пациентами качества медицинского обслуживания. На основе схемы расширенного маркетинг-микс стоматологической услуги выделены основные ее компоненты и дана оценка их роли в создании ценности услуги. Представленная авторами концепция маркетинг-микс стоматологической услуги является статичной. С ее помощью можно выделить и структурировать состав основных компонентов и оценить ее общие и специфические свойства, имеющие значение как для производителя медицинских услуг (клиники), так и для пациента. Однако чтобы выстроить управление тотальным качеством в стоматологической организации, необходима разработка бизнес-модели на основе процессного подхода с последующим "проецированием" на ее элементы (подпроцессы) содержания маркетинговой концепции стоматологической услуги и оценки ее качества.

По мнению ряда авторов, состояние стоматологической помощи сегодня характеризуется высокими и не имеющими тенденции к снижению показателями стоматологической заболеваемости, сокращением объемов профилактической работы, низким уровнем санитарной культуры населения, снижением большинства объемных показателей лечебно-профилактической помощи [17, 18].

В условиях рыночных отношений требуется пересмотр ранее существующих планово-нормативных и качественных показателей деятельности врачей стоматологов-ортопедов. Это связано, в первую очередь, с тем, что в последние годы значительно возросли требования пациентов к качеству оказываемой им стоматологической помощи, во-вторых, с тем, что в настоящее время необходимо иметь объективные данные об объеме и качестве выполненной работы.

Анализ отечественной и зарубежной литературы, а также официальных источников свидетельствует о

том внимании, которое специалисты и исследователи проявляют к различным аспектам функционирования стоматологической службы. Широко обсуждаются и дискутируются особенности, роль и место проводимых реформ и происходящих в стоматологическом обслуживании населения изменений.

Литература

1. Субанова А.А. Особенности эпидемиологии и патогенеза заболеваний пародонта // *Вестн. КРСУ*. – 2015. – Т. 15, №7. – С. 152-155.
2. Тамазян Н.Г. Обзор проблем в оказании стоматологической помощи и пути их решения // *Международ. студ. науч. вестн.* – 2016. – №2.
3. Умарова К.В. Анализ качества стоматологической помощи населению России с заболеваниями пародонта // *Стоматология для всех*. – 2012. – №2. – С. 42-45.
4. Умарова К.В. Анализ качества лечебно-профилактической помощи, оказываемой населению с заболеваниями тканей пародонта в соответствии с программой обязательного медицинского страхования: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013.
5. Урясьева Э.В., Чвалун Е.К., Григоренко П.А. Потребность и пути улучшения стоматологической помощи сельскому населению Изобильненского района Ставропольского края // *Сборник научных трудов Всероссийского научно-исследовательского института овцеводства и козоводства*. – М., 2014.
6. Фарниева О.А. Распространенность стоматологических заболеваний в различных экологических зонах Северной Осетии и потребность в ортопедическом лечении взрослого населения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 25 с.
7. Федчишин Н.О., Кицун Н.С. Социологическая характеристика современного состояния лабораторного этапа оказания стоматологической ортопедической помощи населению (на примере Иркутской области) // *Acta Biomedica Scientifica*. – 2016. – №2 (108). – С. 45-48.
8. Харитонова М.П., Русакова И.В. Усиление профилактической направленности работы стоматологической службы свердловской области с учетом факторов риска развития основных стоматологических заболеваний // *Уральский мед. журн.* – 2013. – №5. – С. 84-86.
9. Ходжазян А.Б. Уровень организации материально-технического обеспечения стоматологических кабинетов в медицинских организациях Ставропольского края различных форм собственности // *Фундамент. исследования*. – 2013. – №9-3. – С. 501-504.
10. Черников А.А. Обоснование приоритетных организационных мероприятий по совершенствованию ортопедической стоматологической помощи населению, проживающему в отдаленной сельской местности // *Вестн. Рос. воен.-мед. акад.* – 2016. – №4 (56). – С. 170-174.
11. Черников А.А. Организационно-клинические особенности оказания ортопедической стоматологической помощи сельским жителям // *Вестн. Рос. воен.-мед. акад.* – 2016. – №4 (56). – С. 158-163.
12. Шульган С.В., Калинина Т.В., Матвеев А.М. Новые подходы к управлению качеством оказания стоматологической помощи населению // *Стоматолог.* – 2018. – №4. – С. 52-57.
13. Янушевич О.О., Гринин В.М. Современные организационные подходы к обеспечению качества стоматологической помощи // *Рос. стоматол.* – 2009. – №1. – С. 5-8.
14. Янушевич О.О., Бутова В.Г. Умарова К.В. Анализ динамики, видов, структуры и объемов стоматологической помощи, оказываемой в соответствии с классификатором медицинских услуг по программе ОМС взрослому населению при лечении пародонтита // *Институт стоматологии*. – 2012. – №4. – С. 22-27.
15. Янушевич О.О., Гринин В.М. Современные организационные подходы к обеспечению качества стоматологической помощи // *Рос. стоматол.* – 2009. – Т. 2, №1. – С. 5-8.
16. Янченко В.М., Касумова М.К., Шпилев Д.И., Батюков Н.М. Маркетинговые аспекты качества стоматологических услуг // *Пародонтология*. – 2018. – №2. – С. 8-12.
17. Ярошенко Е.Л., Соколова И.И. Анализ гигиены полости рта и питания в грудном возрасте у детей с ранним детским кариесом // *Украинский стоматологический альманах*. – 2013. – №6. – С. 84-88.
18. Rizayev, J. A. "Ecological pollutants in industrial areas of Uzbekistan: Their influence on the development of dental diseases." *Eurasian Journal of BioMedicine*. 4.5 (2011): 12.

Реформирование системы здравоохранения и переход к новым экономическим условиям не снизило, а напротив, обострило проблему организации стоматологической помощи во многих странах. Об этом свидетельствуют результаты социологических исследований и рост стоматологической заболеваемости. Анализ отечественной и зарубежной литературы, а также официальных источников свидетельствует о большом внимании, которое специалисты и исследователи проявляют к различным аспектам функционирования стоматологической службы. Широко обсуждаются и дискутируются особенности, роль и место проводимых реформ и происходящих в стоматологическом обслуживании населения изменений.

Ключевые слова: реформирование здравоохранения, стоматологические услуги, страховая медицина.

The article presents an analysis of domestic and foreign publications, analyzing the organization of providing periodontal care to rural residents in various regions. The data on the quality and availability of dental care, risk factors for oral diseases are considered.

Key words: dental care, accessibility, periodontal disease, quality of life Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish jarayonida stomatologik yordam.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-4-20>

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ



Хайдаров А.М., Олимов А.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

В статье приведены данные о факторах риска после операционных осложнений дентальной имплантации. Выявлено, что для эффективности зубного протезирования зависит не только от функциональных механических нагрузок, приходящихся на имплантаты, но и биологических факторов, связанных с развивающимися процессами в тканях полости рта и на поверхности имплантата.

Аннотация

Маколада денталь имплантациядан кейинги келиб чикувчи операциядан кейинги асосратлар тўғрисида маълумотлар келтирилган. Тиш протезларини қўллаш самараси нафақат имплантга тушувчи функционал зўриқишларга, балки оғиз бўшлиғи тўқималаридаги ҳамда дентал имплантат юзасидаги ривожланувчи жараёнларкаби биологик омилларга ҳам боғлиқлиги аниқланган.

Article

The article presents data on risk factors after surgical complications of dental implantation. It was found that for the effectiveness of dental prosthetics depends not only on the functional mechanical stresses on the implants, but also on biological factors associated with the developing processes in the tissues of the oral cavity and on the surface of the implant.

За последние десятилетие дентальная имплантология получила стремительное развитие как отдельная дисциплина, благодаря чему открылись новые возможности восстановительной стоматологии, в частности

расширились границы в повышение качества устранения дефектов зубных рядов [5, 7, 11].

При этом основной задачей любой системы имплантатов является восстановление отсутствующих зубов при максимальном сохранении окружающих собственных тканей [1, 9, 11].

Несмотря на то, что в абсолютном большинстве случаев имплантация зубных протезов происходит успешно, в ряде случаев развиваются осложнения. Так, по данным авторов частота успешных имплантаций составила 91,6% случаев, однако в дальнейшем 10-летнее наблюдение показало, что у 7% пациентов развивается периимплантит и другой авторы сообщают, что частота осложнений колеблется от 10 до 15% [12, 15, 16].

С.Ю. Иванов (2004) разделил осложнения, возникающие при проведении имплантации и функционирования протезов, на осложнения хирургического и ортопедического этапов. По мнению автора, хирургические осложнения следует классифицировать как ранние, развивающиеся в течение 1-го месяца после операции, так и поздние, возникающие более чем через 1 месяц, до второго этапа имплантации (3–6 месяцев).

Несостоятельности имплантата способствуют такие факторы, как особенности костной ткани, неадекватный дизайн протеза, нарушения и ошибки выполнении операции, в том числе травмы, несбалансированность окклюзионной силы, курение, несоблюдение правил гигиены полости рта, наличие сопутствующих заболеваний, в частности, сахарного диабета, и другие [8, 10].

Важнейшим фактором несостоятельности протеза является бактериальная инфекция, при этом в состав микробиоты входят *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*, *Prevotellana nigrescens*, *Peptostreptococcus micros*, *Fusobacterium nucleatum* и ряд других микроорганизмов [14].

Осложнения бактериальной этиологии подразделяют на два типа: периимплантатный мукозит и периимплантит. Периимплантатный мукозит представляет собой обратимый воспалительный процесс в мягких тканях, окружающих имплантат, который характеризуется гиперемией, отёком и кровоточивостью при зондировании [12].

При периимплантите происходит вовлечение в воспалительный процесс мягких и твёрдых тканей, что приводит к утрате костной ткани и образованию кармана вокруг функционирующего внутрикостного имплантата [14]. В зависимости от глубины кармана и степени утраты костной ткани выделяют три степени тяжести периимплантита [3, 11]. Это состояние в конечном итоге приводит к резорбции альвеолярной костной ткани [15]. В течение 1-го года после имплантации причиной несостоятельности зубных протезов в 10–50 % случаев является периимплантит [10, 13].

Наиболее вероятной причиной развития периимплантита может быть проникновение инфекции полости рта в зону контакта имплантата с костью [4, 9]. Ми-