

доточиваются самые тяжелые контингенты больных. Принудительное лечение является гуманной мерой, направленной на восстановление у больных алкоголизмом здоровья, трудоспособности, семейных и социальных связей, на предупреждение преступлений и других антисоциальных поступков. При совершении того или иного правонарушения принудительное лечение от алкоголизма осуществляется в соответствии со ст. 62 УК РСФСР в местах лишения свободы. Следует отметить и ограничение дееспособности (ст. 16 ГК РСФСР), устанавливаемое над лицами, злоупотребляющими алкоголем, и наркоманами, ставящими свою семью в тяжелое материальное положение.

В плане реабилитации хронического алкоголизма необходимо иметь в виду и врачебно-трудовую экспертизу этого контингента больных, проводимую относительно редко, дифференцированно и с учетом особенностей каждого случая.

Поступила 05.03.86.

УДК 616.314.17—008.1—084.3

ОПЫТ РАБОТЫ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ф. Г. Гасимов, Г. В. Нигматуллина

Кафедра терапевтической стоматологии (зав.— доц. Ф. Г. Гасимов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, стоматологическая поликлиника № 5 г. Казани

Большая распространенность и прогрессирующее течение болезней пародонта диктуют необходимость диспансерного наблюдения за такими больными. Мы располагаем более чем 10-летним опытом специализированного лечения этой категории пациентов. Работа в пародонтологическом кабинете осуществляется двумя специально подготовленными врачами и медицинской сестрой. В этом кабинете больные проходят лабораторное и рентгенологическое обследование, получают лечение; здесь же находится картотека диспансерного учета.

В зависимости от диагноза и характера течения процесса в пародонте больные разделяются на 3 диспансерные группы: 1-ю группу составляют больные с генерализованным пародонтизом I и II степени с частыми диффузными обострениями. Обычно это лица, отягощенные хроническими заболеваниями пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Такие больные получают противорецидивное лечение 3 раза и более в году. Страдающие хронической сопутствующей патологией лечатся у соответствующих специалистов. Срок очередного курса лечения отмечается в диспансерной карте (Ф-30). Во 2-ю группу входят больные, страдающие генерализованным пародонтизом I—II степени с относительно благоприятным течением процесса, редкими обострениями локализованного характера. Больные получают противорецидивную терапию 2 раза в год, затем направляются для дальнейшего наблюдения к участковому стоматологу.

В 3-ю группу включены больные с хроническим катаральным и гипертрофическим гингивитом, а также переведенные из 1 и 2-й групп, у которых лечение вызывает полную ремиссию. Эти больные находятся под наблюдением участковых стоматологов в течение года. Лечебную помощь, включая ортопедическую, они получают по показаниям.

Больным, страдающим пародонтозом и генерализованным пародонтизом III степени, лечение в полном объеме проводится в пародонтологическом кабинете.

Таким образом, врач-пародонтолог оказывает диагностическую и лечебную помощь первичным больным, а также дифференцирует их по группам. Под диспансерное наблюдение и на лечение сроком до 2 лет он берет только часть больных I и II группы и по мере достижения ремиссии направляет их к участковому стоматологу. Вопросы перевода больных из одной группы в другую решаются с учетом склонности пародонтита к обострениям, а также состояния десны и альвеолярного отростка, глубины пародонтальных карманов, состояния прикуса и зубных протезов.

Работа врача-пародонтолога при такой организации труда складывается из ежедневного приема не более 3 больных, обратившихся первично, и 10—12 продолжающих лечение. Один день в месяц выделяется для приема диспансерных больных, находящихся на учете у пародонтолога. На курс лечения одного больного, без учета

физиотерапии, в зависимости от диагноза, приходится от 3 до 10 посещений (табл. 1). При такой нагрузке в течение года один врач-пародонтолог в состоянии охватить лечебной помощью примерно 600 человек. Из этого числа 10—12% составляют больные с воспалительными процессами слизистой оболочки рта (табл. 2).

Т а б л и ц а 1

Некоторые показатели объема работы врача-пародонтолога

Годы	Число посещений в смену		Число посещений на курс лечения		
	всего	первичных	с генерализованным пародонтитом	с гингивитом	с острыми стоматитами
1984	14,5	2,8	6,1	4,4	2,9
1985	14,4	3,1	5,8	4,2	2,2

Т а б л и ц а 2

Удельный вес различных заболеваний пародонта (в %)

Годы	Пародонтоз	Генерализованный пародонтит	Гингивиты	Острые и хронические стоматиты
1984	7,3	48,7	30,9	13,1
1985	10,2	53,6	27,7	12,5

Такая структура больных с пародонтальной патологией и ограниченность врача-пародонтолога во времени по обеспечению их лечебной помощью диктуют необходимость направления большей части больных для дальнейшего наблюдения к участковому стоматологу. Таким образом, при той большой распространенности болезни пародонта, которая отмечается повсеместно, и преобладании больных с генерализованным пародонтитом, требующих значительного объема лечебной помощи, врач-пародонтолог может оказать ее немногим более 500 больных в год. Из них 100—120 пациентов, относящиеся главным образом к 1-й диспансерной группе, должны находиться под его наблюдением. Все остальные больные состоят на учете у участкового стоматолога и в обязательном порядке проходят обследование 1 раз в год.

Эффективность лечебных мероприятий во многом зависит от надежности устранения пародонтальных карманов и своевременного протезирования зубов.

Все больные обучаются гигиеническому уходу за полостью рта, пальцевому массажу и гидропроцедурам. Непременным компонентом лечения пародонтита является кюретаж, снятие зубных отложений с полировкой шеек зубов. При пародонтите II и III степени и гипертрофическом гингивите производится раскрытие очага деструкции путем иссечения десны с последующим выскабливанием пародонтальных карманов и склерозированием тканей десны. Своевременное удаление подвижных и смещенных зубов, лишенных костного ложа, создает благоприятные условия для сохранения смежных зубов. В период обострения пародонтита наряду с местной терапией больные назначают антибиотики (олеандомицин, эритромицин, ампициллин и др.) внутрь в течение 2 нед в сочетании с витамином С.

По данным обследования через год стабилизация процесса в пародонте была достигнута у 72 больных, получивших 2—3 курса лечения, причем при хроническом гингивите и пародонтите легкой степени — у 91,3%, при пародонтите средней тяжести — у 80,6%, при прогрессирующем генерализованном пародонтите тяжелой степени — у 42,3%.

Опыт показывает, что пародонтологический кабинет при соответствующем оснащении и обеспечении специально подготовленными врачами и вспомогательным персоналом должен стать районным центром по организации и оказанию лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта. При проведении этой работы на основе диспансеризации требуется активное участие участковых стоматологов.

Поступила 03.02.85.