

# СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.31:362.174

## ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Г. Д. Овруцкий

*Кафедра терапевтической стоматологии (зав. — проф. Г. Д. Овруцкий) Казанского  
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Традиционная для советского здравоохранения диспансеризация как комплекс своевременно проводимых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, их осложнений и нежелательных последствий, занимает достойное место в борьбе за здоровье населения нашей страны. Стоматологами, как и другими специалистами, накоплен солидный опыт диспансеризации различных контингентов населения. В первые годы образования СССР диспансеризация осуществлялась в системе единого диспансера и охватывала лишь относительно небольшой круг больных [1]. По мере развития и укрепления стоматологической службы в послевоенный период стало возможным широкое проведение стоматологами диспансеризации определенных групп населения. Уже в 1962 г. на IV Всесоюзном съезде стоматологов было принято и узаконено понятие «стоматологическая диспансеризация» как комплекс планомерно проводимых мер по оздоровлению полости рта различных контингентов населения.

В настоящее время стоматологическая диспансеризация, заключающаяся в систематическом выявлении заболеваний полости рта, их обязательном лечении и профилактике, распространяется на три большие категории населения. К первой из них относятся здоровые лица, объединенные по возрастному либо профессиональному признаку — школьники и воспитанники дошкольных учреждений, учащиеся профтехучилищ, беременные, а также рабочие цехов и профессий с особыми условиями труда, подростки от 14 до 18 лет, занятые на промышленных предприятиях, на селе — механизаторы, животноводы и др. Вторая категория — это лица, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, диабетом, туберкулезом, злокачественными заболеваниями и третья — это больные с острыми формами кариеса зубов, хроническими и рецидивирующими заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта, с опухолевыми и предопухолевыми процессами, с хроническими очагами инфекции в полости рта, а также с зубочелюстными аномалиями и др.

Определенный опыт обследования и диспансеризации накоплен врачами стоматологического профиля Татарской АССР. В 1982 г. профилактически осмотрено около 1 млн. человек. Численность обследованных врачами-стоматологами вместе с обратившимися впервые за этот год достигла 2618074 человек, что составляет 75,3% населения республики. Диспансерное лечение проведено более 100 тыс. рабочих с особыми условиями труда и лицам, страдающим хроническими заболеваниями. В меньшей мере охвачены диспансеризацией больные хроническими, рецидивирующими и собственно стоматологическими заболеваниями. В истекшем году таких больных оказалось лишь 10565 человек.

В настоящее время при проведении диспансеризации используются различные организационные формы. В связи с исключительно широкой распространенностью кариеса зубов и болезней пародонта особое значение имеет участие специалистов стоматологического профиля в реализации постановления июньского (1983 г.) Пленума ЦК КПСС о всеобщей ежегодной диспансеризации населения. Ее успешное проведение зависит прежде всего от организационной определенности. Рациональной представляется организация диспансеризации у врача-стоматолога в рамках врачебного участка, поскольку такая форма работы всецело соответствует принципам советского здравоохранения и проверена многолетней практикой.

Для проведения всеобщей стоматологической диспансеризации согласно штатным нормативам предусматривается 4 должности врача-стоматолога на 10 тыс. городского населения. Бесспорно, при таком уровне обеспеченности стоматологической помощью необходима мобилизация всех возможностей врачей и всего персонала стоматологических учреждений и подразделений, поскольку при всеобщей диспансеризации тре-

буется выявление всех нуждающихся в стоматологической помощи, индикация преморбидных состояний органов и тканей полости рта, рациональное лечение в сочетании с мерами индивидуальной и общественной профилактики. Лечебно-профилактические мероприятия в процессе этой работы необходимо проводить совместно с врачами других специальностей, а не только стоматологического профиля.

Непременным условием диспансеризации должно быть обследование полости рта населения территориального участка. Эта задача, казалось бы, облегчена тем, что значительная часть городского населения (52—58% в Казани, до 75% в Зеленодольске) ежегодно обращается к врачу-стоматологу. При этом на одного жителя города приходится около 2 посещений к врачу. Однако следует считаться и с тем, что привлечение необратившейся части жителей территориального участка может быть связано с определенными трудностями. Нередко даже нуждающиеся в помощи не посещают стоматолога, а иногда не откликаются и на активный вызов врача. В таких случаях можно прибегнуть к беседе по домашнему или служебному телефону, а также воспользоваться услугами санитарного актива. Работу на участке можно начинать с письменных приглашений на обследование и лечение, которые отправляются по месту жительства семьи. В сельской местности с этой целью могут быть использованы также местное радиовещание и печать.

Совершенно необходимо, чтобы непосредственно после обследования, желательно в это же посещение, были запломбированы зубы, пораженные несложным кариесом, и удалены зубные отложения. Если лечение болезней зубов и пародонта требует повторных посещений, больного следует ознакомить с планом лечения. При необходимости его нужно направить к стоматологам других специальностей — хирургу, ортопеду, ортодонту. После завершения специализированного стоматологического лечения участковый врач-стоматолог повторно обследует больного, оценивает состояние полости рта, предпринимает меры первичной стоматологической профилактики, затем составляет эпикриз и намечает время очередной встречи с диспансеризуемым (обычно через 12 мес.).

У лиц, состоящих на диспансерном учете у других специалистов, врач-стоматолог saniрует полость рта по списку врача-терапевта, курирующего население соответствующего территориального участка. У таких больных следует применять дополнительные методы исследования с целью выявления преморбидных изменений и ранних стадий поражения зубов и пародонта. При санации полости рта особое внимание нужно уделять имеющимся очагам хронической инфекции в полости рта, поскольку их устранение является существенным фактором лечения и профилактики рецидивов широкого круга хронических заболеваний внутренних органов. Постоянное сотрудничество с участковым терапевтом должно стать важным условием диспансеризации населения как у стоматолога, так и у терапевта.

Особенно тщательному обследованию при диспансеризации подлежат больные, нуждающиеся в курсовом лечении по поводу стоматологических заболеваний. При острых (быстротекущих) формах кариеса, которые в ряде районов Татарской АССР (Казань, Зеленодольск и их пригороды) встречаются довольно часто, проводится комплексное лечение. Наряду с восстановлением анатомической формы зубов пломбами и вкладками, оно предусматривает осуществление мер патогенетического воздействия местного (обработка фторидами и другими реминерализующими средствами) и общего (фториды, препараты кальция и фосфора, витамины, иммуностимулирующие средства, ультрафиолетовое облучение и др.) характера. Кроме того, больные получают рекомендации по рациональному питанию и обучаются гигиеническому уходу за зубами.

В процессе реабилитации уделяется внимание борьбе с образованием новых кариозных очагов, развитием вторичного кариеса и осложнениями со стороны пульпы. По мере проведения патогенетического лечения его эффективность контролируется постановкой прогностических проб. Такие больные проходят курсовое лечение, после которого посещают врача не реже одного раза в два месяца. С учета их снимают в том случае, если в течение года у больных с острыми формами кариеса не появилось ни одного нового кариозного дефекта и в запломбированных зубах не развивается вторичный кариес.

При болезнях пародонта в диспансерном лечении нуждается весьма представительная часть больных, которую, по мнению В. С. Иванова (1981), можно распределить на четыре группы. 1-я должна объединять лиц в возрасте до 20 лет, predisposed к болезням пародонта. Проводимые у них профилактические мероприятия заключаются в нормализации соотношения зубных рядов, пластики преддверия полости рта, пришлифовывании пломб и зубных протезов, в устранении дефектов зубов и зубных рядов, в удалении зубных отложений. Больных этой группы обследуют один раз в год.

Во 2-ю группу следует включать лиц преимущественно с воспалительными поражениями пародонта. У таких пациентов курс лечения обеспечивает клиническое благополучие, которое, по наблюдениям В. С. Иванова (1981), длится 12—15 мес. Эта наиболее многочисленная группа больных с заболеваниями пародонта должна посещать врача-стоматолога один раз в 6 мес, затем один раз в год.

3-я группа объединит больных с выраженной деструкцией тканей пародонта. Клиническое благополучие, достигнутое у них в результате терапии, обычно сохраняется на протяжении полугодия. На стабилизацию процесса можно рассчитывать лишь спустя 2—3 года при периодическом повторении курсового лечения. Для предотвращения рецидивов осложнений воспалительного характера особенно важно устранять патологические зубодесневые карманы. Больных этой группы обследуют не реже одного раза в полугодие.

4-ю группу составят лица с поражением пародонта, характеризующимся тяжелым течением процесса, отягощенным общесоматическими заболеваниями (диабет, болезни системы крови и др.). Лечение таких больных проводится комплексно с участием соответствующих специалистов. После курсовой терапии их следует осматривать не реже одного раза в 3—4 мес.

Исключительно важно к диспансерному лечению больных этих групп привлекать хирургов, ортопедов и ортодонт. Важной составной частью лечения больных с патологией пародонта должно явиться обучение гигиене полости рта и систематический контроль за ее соблюдением.

Больные с рецидивирующими заболеваниями слизистой оболочки полости рта (хронически рецидивирующий афтозный стоматит и др.) после лечения, главным образом противорецидивного, посещают врача 3—4 раза в год. Их предупреждают о необходимости обращения к врачу при появлении ранних (по возможности в продромальный период) признаков рецидива, при которых проводится интенсивная медикаментозная терапия, направленная на купирование воспалительного процесса и ускорение эпителизации.

У больных с предраковыми заболеваниями и изменениями слизистой оболочки полости рта и красной каймы устраняются местные раздражающие факторы (острые края пломб, протезов, кариозных полостей и др.), даются рекомендации по искоренению вредных привычек (курение, употребление алкоголя, пряной пищи и др.). Используются средства, способствующие нормализации участков ороговевающего эпителия. Таких больных обследуют 3—4 раза в течение года. При этом наряду с клинической оценкой состояния слизистой оболочки полости рта проводятся цитоморфологические и цитохимические исследования, а также, если нужно, биопсия.

В диспансерном наблюдении нуждается весьма многочисленный контингент больных, прошедших эндодонтическое лечение. Если в течение года после лечения пульпита не проявляются остаточные воспалительные явления со стороны пульпы, отсутствуют клинические признаки воспаления верхушечного периодонта и рентгенографические признаки его поражения, больного можно снять с учета. При околоверхушечных заболеваниях непосредственно после завершения лечения зуба следует убедиться, что корневой канал (каналы) запломбирован на всем протяжении. При клиническом благополучии повторное рентгенографическое обследование с интервалом 6—12 мес показывает признаки восстановления костной ткани либо полное заращивание околоверхушечного дефекта. Обычно после эндодонтического лечения наблюдение ограничивается двумя годами.

Диспансерному лечению и наблюдению подлежат также больные с прогрессирующими некариозными поражениями зубов (эрозия эмали, патологическая стираемость, кислотный некроз и др.). При этих заболеваниях показана интенсивная реминерализующая терапия, а при патологической стираемости — нередко и ортопедическое лечение. У таких больных большое значение имеют щадящий уход за зубами и рациональное питание.

Диспансерное лечение больных с зубочелюстными аномалиями проводит ортодонт, а с остеомиелитами челюстей и их травмой — хирург-стоматолог.

Стоматологическая диспансеризация обязательна для лиц, работающих в особых условиях, прежде всего рабочих некоторых химических предприятий. Профилактические мероприятия в отношении этого контингента заключаются в устранении специфических патогенных воздействий на зубы.

Работа по диспансеризации, которая должна охватить все население, требует организационной определенности. Круг мероприятий по индивидуальному лечению и выполнению элементов первичной профилактики заболеваний зубов и пародонта необходимо четко регламентировать. Иными словами, каждый врач-стоматолог должен иметь ясное представление о том, что ему предстоит сделать. Успешное про-

ведение диспансеризации выполнимо только при участковой системе стоматологического обеспечения, которую необходимо укрепить врачами-стоматологами.

Как уже упоминалось, существующие штатные нормативы предусматривают такой уровень обеспеченности населения стоматологической помощью (один врач на 2500 человек), который позволяет проводить плановую работу в рамках врачебного участка. Однако даже в реальных условиях Казани и других городов Татарской АССР, в которых уровень обеспеченности врачами стоматологического профиля достигает нормативного либо приближается к нему, собственно участок остается совершенно недостаточно укомплектованным. Это происходит вследствие того, что игнорируются научно-обоснованные принципы советского здравоохранения, а организационная работа подменяется администрированием. Анализ структуры стоматологической сети в районах города показал следующее. На 100 тыс. жителей города предусмотрены 53 врача-стоматолога, из этого числа 3 штатные единицы — для руководящего состава и 10 — для оказания ортопедической помощи. 40 штатных должностей предназначены для работы на участках, из них 2 выделяются для хирургического кабинета, по 2 — для пародонтологического и для так называемого смотрового кабинета, 2 — для оказания неотложной помощи, по одной — для физиотерапевтического и рентгенологического кабинета. 1 — 2 должности используются для работы в женской консультации и столько же — для обследования полости рта призывников. Нередко 1—2 штатные единицы идут на укрепление руководящего звена районной стоматологической службы. Наконец, появилась тенденция направлять часть специалистов в так называемые профилактические отделения. Работа врачей таких отделений, фактически оторванных от оснащенной стоматологической поликлиники, как правило, ведется в приспособленных кабинетах, что сказывается на объеме и качестве лечебной работы. Нельзя не заметить, что собственно профилактической работой врачи таких отделений занимаются далеко не всегда. Немаловажно, что выделение профилактических отделений приводит к тому, что на определенную часть населения стоматологическая помощь планируется дважды — по месту жительства и по месту работы (учебы).

В этой связи существенное значение приобретает изучение участковым врачом-стоматологом своего участка. Проведенный силами клинических ординаторов и аспирантов анализ структуры территориального участка в Вахитовском районе г. Казани показал, что из 1000 жителей, прикрепленных к территориальному участку, около 300 человек получают стоматологическую помощь в ведомственных лечебных учреждениях. Таким образом, для собственно лечебно-профилактической работы среди населения района остается менее 20 врачей, то есть на одного участкового врача-стоматолога приходится более 5 тыс. жителей. В этих условиях проведение всеобщей диспансеризации оказывается под угрозой срыва. Поэтому неотложной задачей сегодняшнего дня следует считать укрепление территориального врачебного участка. Совершенно недопустимо отвлечение врачей-стоматологов с территориальных участков, поскольку их должности официальными нормативными документами закреплены для лечебно-профилактической работы на них. Все виды так называемой специализации, за исключением хирургической стоматологии, должны оказываться нештатными специалистами. Выделение штатных должностей для специализации по пародонтологии и другим разделам стоматологии возможно лишь при сверхнормативной укомплектованности районной стоматологической сети врачами. Только при этих условиях может быть обеспечена всеобщая стоматологическая диспансеризация.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дауче П. Г. Социальные основы советского здравоохранения. М., Госмедиздат. 1933.— 2. Иванов В. С. Заболевания пародонта. М., Медицина, 1981.

Поступила 30 января 1984 г.