

Полученные данные не противоречат данным зарубежной литературы. Необходимо отметить, что в проведенном клиническом исследовании, учитывая специфику многопрофильного стационара (отсутствие онкологического отделения), стоматологическая реабилитация проводилась пациентам с приобретенной частичной или полной адентией челюстей. Пациентов, которым была необходима стоматологическая реабилитация после резекции альвеолярного отростка (части) челюсти по поводу новообразований, в исследовании не было. Именно этим фактом, на наш взгляд, обусловлена высокая выживаемость скуловых имплантатов.

Метод стоматологической реабилитации пациентов с использованием зубопротезных конструкций с опорой на скуловые имплантаты в России достаточно молод, хотя активно набирает популярность. Несмотря на тот факт, что по истечении 3 лет получены достаточно хорошие результаты, необходимы дальнейшее наблюдение за пациентами и изучение этой хотя сложной, но в ряде клинических случаев абсолютно оправданной методики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Безшапочный С. Б.* Топографо-анатомические особенности внутренней структуры, кровоснабжения и иннервации скуловой кости и её надкостницы // *Стоматология*. – 1975. – № 3. – С. 47–51.
2. *Иорданишвили А. К.* Строение скуловой кости: особенности внутренней структуры в связи с возрастом, полом и утратой зубов / А. К. Иорданишвили, М. И. Музыкин // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2015. – № 5 (154). – С. 75–82.
3. *Митрошенко П. Н.* Клинико-рентгенологическое обоснование применения зигоматических имплантатов на этапах медицинской реабилитации пациентов с дефектами средней зоны лица // *Дентальная имплантация и хирургия*. – 2013. – № 1 (10). – С. 16–22.
4. *Музыкин М. И.* Методы костной пластики в амбулаторных стоматологических учреждениях / М. И. Музыкин, А. К. Иорданишвили, Д. В. Поплавский // *Институт стоматологии*. – 2015. – № 4 (69). – С. 32–34.

5. *Параскевич В. Л.* Дентальная имплантология. Основы теории и практики. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 400.

6. *Путь В. А.* Протоколы ангулярной и трансскуловой имплантации при экстремальной атрофии, травматических повреждениях и онкологических заболеваниях верхней челюсти, организационные аспекты челюстно-лицевой реабилитации / В. А. Путь, И. В. Решетов, Д. В. Балин // *Материалы VII международной научно-практической конференции «Челюстно-лицевая реабилитация»*. – Красноярск, 2016. – С. 46.

7. *Aparicio C.* Reconstruction of the premaxilla with autogenous iliac bone in combination with osseointegrated / С. Aparicio, P. I. Branemark, E. E. Keller // *Int. j. oral. maxillofac. implants*. – 1993. – № 8. – P. 61–67.

8. *Branemark P. I.* Surgery and fixture installation. Zygomaticus fixture clinical procedures // Goteborg, Sweden: Nobel Biocare AB, 1998. – P. 1.

9. *Chrcanovic B. R., Abreu H. G.* Survival and complications of zygomatic implants: a systematic review // *Oral. and maxillofac. surgery*. – 2013. – № 17. – P. 81–93.

10. *Davo R.* Immediate function in the atrophic maxilla using zygoma implants: a preliminary study / R. Davo, C. Malevez, J. Rojas // *J. prosthet. dent*. – 2007. – № 97 (6). – P. 44–51.

11. *Davó R.* Sinus reactions to immediately loaded zygomatic implants: a clinical and radiological study / R. Davó, C. Malevez, C. López-Orellana // *Eur. j. oral. implantol*. – 2008. – № 1. – P. 53–60.

12. *Maló P.* A new approach to rehabilitate the severely atrophic maxilla using extramaxillary anchored implants in immediate function: a pilot study / P. Maló, A. Nobre Mde, I. Lopes // *J. prosthet. dent*. – 2008. – № 100 (5). – P. 354–366.

13. *Parel S. M.* Remote implant anchorage for rehabilitation of maxillary defects / S. M. Parel, P. I. Branemark, L. O. Ohnrell // *J. prosthet. dent*. – 2001. – № 86. – P. 377–381.

14. *Weischer T.* Titanium implants in the zygoma as retaining elements after hemimaxillectomy / T. Weischer, D. Schettler, C. Mohr // *Int. j. oral. maxillofac. implants*. – 1997. – № 12. – P. 211–214.

Поступила 25.05.2016

**В. Н. ОЛЕСОВА, Т. Н. НОВОЗЕМЦЕВА, А. Я. ЛЕРНЕР,  
Е. Е. ОЛЕСОВ, А. А. РЕМИЗОВА**

## ПРЕИМУЩЕСТВА ДИСПАНСЕРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕКРЕТИРОВАННЫХ ГРУПП РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России»,  
Россия, 125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, 91. E-mail: info@medprofedu.ru

В статье проанализированы результаты стоматологического обследования работников с опасными условиями труда на предприятии Атомэнергомаша в зависимости от предшествующей организации стоматологического об-

служивания; получены убедительные доказательства эффективности диспансерного обслуживания работников в части снижения потребности в стоматологическом лечении. Установлено, что диспансерный метод стоматологического обслуживания с ежегодным лечением заболеваний зубов и пародонта обеспечивает значительное снижение интенсивности стоматологических заболеваний и потребности в стоматологическом лечении у работников с опасными условиями труда. При диспансеризации превалирует лечебно-профилактическое воздействие на пародонт. Потребность в замещении дефектов твердых тканей зубов и эндодонтическом лечении меньше в 2 раза, в замене пломб и ревизии корневых каналов – в 4 раза.

*Ключевые слова:* опасные условия труда, обследование, диспансеризация, потребность в лечении.

**V. N. OLESOVA, T. N. NOVOZEMTSEVA, A. Y. LERNER, E. E. OLESOV, A. A. REMIZOVA**

**ADVANTAGES OF DENTAL DISPENSARY SERVICE GROUP DECREED INDUSTRIAL WORKERS**

*FGBOU DPO «Institute for advanced studies of FMBA of Russia»,  
Russia, 125371, Moscow, Volokolamskoe highway 91. E-mail: info@medprofedu.ru*

The article analyzes the results of dental examination of employees to hazardous and normal working conditions at the company Atomenergomash based on the previous organization of dental care; provided clear evidence of the effectiveness of outpatient care workers in terms of reduction in the dental treatment needs. It was found that the dispensary method of dental care with an annual treatment of dental and periodontal provides a significant reduction in the intensity of dental diseases and the need for dental treatment of patients with hazardous working conditions of workers. At clinical examination prevails therapeutic and preventive effects on periodontium. The need for replacement of dental hard tissue defects and endodontic treatment 2 times less, replacing the seals and audit root canal – 4 times.

*Key words:* dangerous working conditions, examination, clinical examination, the need for treatment.

Наиболее эффективной системой организации стоматологической помощи является диспансеризация, однако ее возможности не реализуются в полной мере при стоматологическом обслуживании работников промышленных предприятий, в том числе с вредными и опасными условиями труда (ОУТ) [1–7]. Этому способствуют ограничения регламента периодических медицинских осмотров работников с опасными условиями труда (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 302н, 2011 г.), в котором не предусматриваются стоматологическое обследование и лечение работников большинства профессий.

В Клиническом центре стоматологии ФМБА России (КЦС ФМБА России) проведено сравнительное исследование клинической эффективности диспансерного метода стоматологического обслуживания работников с ОУТ и стоматологического обслуживания по обращаемости, а также рассчитана потребность в необходимом стоматологическом лечении работников с ОУТ в зависимости от предшествующей организации их стоматологического обслуживания.

### **Материалы и методы исследования**

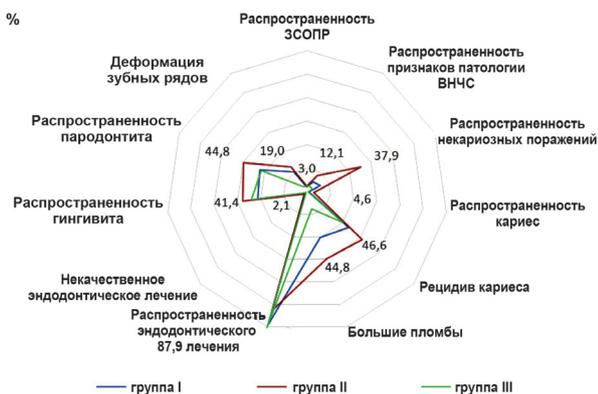
Обследованы три группы работников с ОУТ предприятия Атомэнергомаша, прикрепленных для стоматологического обслуживания к КЦС ФМБА России: I – работники, которым по инициативе цехового врача-стоматолога каждый год

проводилось лечение кариеса и его осложнений, заболеваний пародонта, 66 человек; II – работники, уклоняющиеся от лечения и диспансеризации, получая стоматологическую помощь по обращаемости, 58 человек; III – работники, систематически наблюдающиеся у цехового стоматолога и завершившие ортопедическое лечение, 53 человека. Все обследованные были мужского пола, средний возраст  $49,2 \pm 1,3$  года. Схема обследования включала разделы Карты оценки стоматологического статуса ВОЗ и данные ортопантомографии, что позволило рассчитать в каждой группе распространенность основных стоматологических заболеваний и их интенсивность по показателям ИГР-У, КПУ, СРІ, а также показатели качества лечения кариеса и его осложнений.

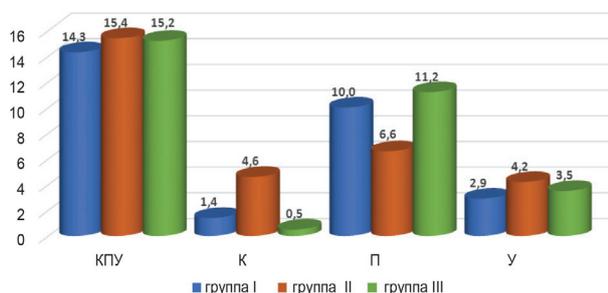
С учетом Клинических рекомендаций (протоколов лечения) СТАР в расчете на 1 работника с ОУТ определена потребность в стоматологическом лечении; при этом взята периодичность два раза в год профессиональной гигиены рта, курсов лечения пародонтита и заболеваний слизистой оболочки рта, некариозных поражений.

### **Результаты исследования и обсуждение**

Установлено, что распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний имеют существенные различия в группах работников с разной организацией стоматологического обслуживания (диспансерной или по обращаемости) (рис. 1–3).

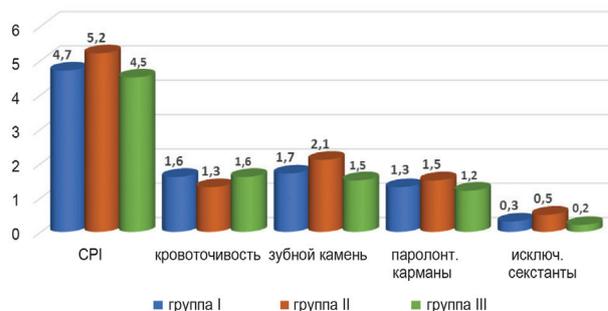


**Рис. 1.** Распространенность стоматологических заболеваний у работников с ОУТ при разной организации стоматологического обслуживания



**Рис. 2.** Интенсивность кариеса (КПУ) у работников с ОУТ в зависимости от организации стоматологического обслуживания

У работников, получающих стоматологическую помощь по обращаемости, выше распространенность некариозных поражений (I – 9,1%, II – 37,9%); заболеваний пародонта (I – 65,1%, II – 86,2%); незамещенных дефектов зубных рядов (I – 57,6%, II – 62,1%); вторичных деформаций зубных рядов (I – 15,2%, II – 19,0%); признаков патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) (I – 7,6%, II – 12,1%); заболеваний слизистой оболочки рта (I – 3,0%, II – 3,5%). При обслуживании по обращаемости в сравнении с диспансерным обслуживанием неблагоприятны интенсивность кариеса и структура индекса КПУ за счет превалирования удаленных или пораженных кариесом зубов: КПУ в группах I –  $14,3 \pm 1,6$ , II –  $15,4 \pm 2,3$ ; «К» соответственно  $1,4 \pm 0,1$ ,  $4,6 \pm 0,1$ ; «П» –  $10,0 \pm 1,2$ ,  $6,6 \pm 0,9$ ; «У» –  $2,9 \pm 0,3$ ,  $4,2 \pm 0,8$ . Большие пломбы часто встречаются во всех группах обследованных, особенно в группах работников «по обращаемости» (I – 30,3%, II – 44,8%); в компоненте «П» они составляют примерно 10,0%. Значительна распространенность эндодонтического лечения среди обследованных работников, в меньшей степени у самостоятельно обращающихся за стоматологической помощью (I – 87,9%, II – 79,3%); на зубах, пораженных кариесом и запломбированных, эндодонтическое лечение достигает 50,0%. Неадекватное качество эндодонтического лечения чаще встречается у работ-



**Рис. 3.** Интенсивность заболеваний пародонта (CPI) у работников с ОУТ в зависимости от организации стоматологического обслуживания

ников, устранившихся от диспансерного обслуживания (I – 32,7%, II – 48,8% от эндодонтически леченных зубов).

В структуре заболеваний пародонта во всех группах пародонтит занимает примерно половину. Интенсивность заболеваний пародонта по показателю CPI превышает 4,5 сегмента у всех обследованных, но более значим у работников, получающих помощь по обращаемости (I –  $4,7 \pm 0,8$ , II –  $5,2 \pm 0,9$ ). Структура CPI более благоприятна при диспансерном обслуживании работников за счет меньшего количества исключенных секстантов и с зубным камнем, пародонтальными карманами: секстанты с кровоточивостью в группах I –  $1,6 \pm 0,1$ , II –  $1,3 \pm 0,1$ ; с зубным камнем соответственно  $1,7 \pm 0,3$ ,  $2,1 \pm 0,3$ ; с пародонтальными карманами –  $1,3 \pm 0,3$ ,  $1,5 \pm 0,3$ ; исключенные секстанты –  $0,3 \pm 0,1$ ,  $0,5 \pm 0,2$ . Гигиеническое состояние рта также лучше при ежегодной стоматологической диспансеризации (ИГР-У, I –  $3,0 \pm 0,3$ , II –  $3,6 \pm 0,3$ ).

В группе III (с ортопедической реабилитацией) все показатели существенно лучше в сравнении с группами I и II.

При определении потребности в стоматологическом лечении установлено, что на 1 работника с ОУТ в группах I, II и III требуется в год 0,06; 0,08 и 0,08 курса лечения заболеваний СОПР; от 0,16; 0,24 и 0,08 курса лечения патологии ВНЧС (с использованием лечебных кап и пришлифовывания зубов); 0,64; 0,82 и 0,72 курса профессиональной гигиены при гингивите и 0,33; 0,45 и 0,32 курса лечения пародонтита (таблица).

Лечение некариозных поражений требуется в количестве 0,09; 0,38 и 0,04 в группах I, II и III, в том числе 0,05; 0,34 и 0,02 композитных пломб. При лечении кариеса на одного работника в группах I, II и III требуется 0,64; 1,45 и 0,26 композитные пломбы; 0,30; 0,96 и 0,06 коронковые керамические вкладки и 0,18; 1,26 и 0,02 искусственные коронки на штифтовой опоре. При замене не адекватных по качеству пломб на 1 работника с ОУТ в вышеуказанных группах необходимо наложение 0,08; 0,11 и 0,04 пломбы, изготовление 0,15; 0,08 и 0,06 коронковые вкладки и 0,09; 0,09 и

**Потребность в лечении и протезировании у работников с ОУТ  
в зависимости от организации стоматологического обслуживания  
(на 1 обследованного)**

Показатели	I, n=66	II, n=58	III, n=53
Лечение ЗСОПР (курсов)*	0,06	0,08	0,08
Лечение патологии ВНЧС (курсов)*	0,16	0,24	0,08
в т. ч. пришлифовывание зубов (курсов)*	0,16	0,24	0,08
в т. ч. лечебная каппа*	0,16	0,24	0,08
Лечение заболеваний пародонта	0,97	1,27	1,04
в т. ч. профгигиена*	0,64	0,82	0,72
в т. ч. лечение пародонтита (кюретаж, курс местной медикамент. терапии, профгигиена через полгода)	0,33	0,45	0,32
Лечение некариозных поражений	0,09	0,38	0,04
в т. ч. фторпрофилактика (курсов)*	0,18	0,76	0,08
в т. ч. пломбирование клиновидных дефектов (пломб)	0,05	0,34	0,02
Лечение кариеса (потребность)	0,42	0,91	0,34
в т. ч. пломбы (потребность/пломбы)	0,26/0,64	0,36/1,45	0,26/0,26
в т. ч. коронковые вкладки (потребность/вкладки)	0,10/0,30	0,26/0,96	0,06/0,06
в т. ч. искусств. коронки на штифтовой опоре (потребность/коронки)	0,06/0,18	0,29/1,26	0,02/0,02
Замена пломб (потребность)	0,11	0,19	0,06
в т. ч. пломбы (потребность/пломбы)	0,03/0,08	0,07/0,11	0,02/0,04
в т. ч. коронковые вкладки (потребность/вкладки)	0,05/0,15	0,04/0,08	0,02/0,06
в т. ч. искусств. коронки на штифтовой опоре (потребность/коронки)	0,03/0,09	0,08/0,09	0,02/0,06
Эндодонтическое лечение (потребность/зубов)	0,10/0,10	0,24/0,68	0,06/0,06
Ревизия корневых каналов (потребность/зубов)	0,17/1,70	0,29/1,32	0,04/0,76
Удаление зубов (потребность/зубов)	0,05/0,10	0,26/0,78	0,02/0,04
Зубное протезирование (потребность)	0,58	0,62	0,06
в т. ч. мостовидные протезы (потребность/протезов)	0,50/1,00	0,52/1,04	0,06/0,06
в т. ч. съемное протезирование (потребность/протезов)	0,08/0,08	0,10/0,10	0
Дентальная имплантация (потребность/имплантаты)	0,49/1,96	0,59/2,40	0,04/0,08
Костная пластика (потребность)	0,32	0,29	0,02

**Примечание:**\* – при расчете дважды в год.

0,06 искусственные коронки на штифтовой опоре. На 1 работника с ОУТ требуется эндодонтическое лечение в 0,10; 0,68 и 0,06 зуба в группах I, II и III, а также ревизия ранее запломбированных корневых каналов в 0,70; 1,32 и 0,76 зуба; необходимо удаление 0,10; 0,78 и 0,04 зуба.

Таким образом, диспансерный метод стоматологического обслуживания с ежегодным лечением заболеваний зубов и пародонта обеспечивает значительное снижение интенсивности стоматологических заболеваний и потребности в стоматологическом лечении у работников с ОУТ. Последующее ортопедическое лечение максимально улучшает показатели стома-

тологического статуса, за исключением потребности в лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта. При диспансерной организации стоматологического обслуживания работников с ОУТ в структуре потребности в лечении превалирует лечебно-профилактическое воздействие на пародонт; потребность в замещении дефектов твердых тканей зубов и эндодонтическом лечении меньше в 2 раза, в замене пломб и ревизии корневых каналов – в 4 раза. Стоматологическая помощь по обращаемости резко увеличивает потребность в удалении зубов, лечении кариеса и некариозных поражений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бежина Л. Н., Хавкина Е. Ю. Перспективы развития ведомственного стоматологического обслуживания работников особо опасных производств // Проблемы управления здравоохранением. – 2007. – № 5 (36). – С. 41–42.
2. Олесов Е. Е., Лукьянова Е. Г., Шмаков А. Н., Чуянова Е. Ю., Юффа Е. П. Уровень стоматологической заболеваемости на промышленных предприятиях закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО) // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 1 (150). – С. 12–16.
3. Олесов Е. Е., Шаймиева Н. И., Берсанов Р. У., Хавкина Е. Ю., Гришкова Н. О., Олесов А. Е. Клинико-экономическое обоснование профессиональной гигиены рта у молодых работников предприятий с опасными условиями труда // Российский стоматологический журнал. – 2013. – № 6. – С. 39–41.
4. Олесов Е. Е., Уйба В. В., Хавкина Е. Ю., Шмаков А. Н., Чуянова Е. Ю. Стоматологическая заболеваемость молодых работников градообразующих предприятий с опасными ус-

ловиями труда // Российский стоматологический журнал. – 2014. – № 6. – С. 54–56.

5. Олесов Е. Е. Экспериментально-клиническое и экономическое обоснование профилактики стоматологических заболеваний у молодых работников градообразующих предприятий с опасными условиями труда: Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 2015. Доступно по: <http://vak.ed.gov.ru/details?xPARAM=180779>.

6. Сорокоумов Г. Л. Особенности стоматологического статуса работников при воздействии радиационного профессионального фактора и меры по совершенствованию их диспансерного обслуживания: Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 2009. Доступно по: <http://vak1.ed.gov.ru/rul/dissertation/subscription/index.php?id54=9513>.

7. Ярликкина С. П. Медико-экономическая эффективность профессиональной гигиены полости рта: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2013. Доступно по: <http://vak.ed.gov.ru/details?xPARAM=127399>.

Поступила 01.06.2016

А. Н. РЕДЬКО, А. В. ЗОБЕНКО, В. Я. ЗОБЕНКО, И. Т. РУБЦОВА

## ОЦЕНКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины  
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. +7 (918) 4515118. E-mail: alexzobenko@mail.ru*

Изучена госпитализированная заболеваемость нозологическими формами патологии челюстно-лицевой области среди взрослого населения Краснодарского края за 2015 год в гендерном и возрастном распределении. В структуре патологии преобладают воспалительные (65,2%), онкологические (18,8%) заболевания и травмы (15,1%). Госпитализированная заболеваемость различными формами патологии челюстно-лицевой области мужского населения достоверно выше, чем женского (331,6 на 100 тыс. населения против 212,3 на 100 тыс. населения). В возрастной группе 18–29 лет наблюдается наибольшее значение данного показателя: 338,6 на 100 тыс. населения.

*Ключевые слова:* госпитализированная заболеваемость, патология челюстно-лицевой области, воспалительные заболевания, новообразования, травмы.

**A. N. REDKO, A. V. ZOBENKO, V. Ya. ZOBENKO, I. T. RUBCOVA**

THE RATE OF HOSPITAL MORBIDITY IN THE ADULT POPULATION WITH MAXILLOFACIAL  
PATHOLOGY IN THE KRASNODAR REGION

*Department of public health and medical history, federal state budget institution of higher education  
«Kuban state medical university» of the Ministry of health care of Russian Federation,  
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4; tel. +7 (918) 4515118. E-mail: alexzobenko@mail.ru*

The authors present the results of the study of hospital morbidity of different nosological forms of maxillofacial pathology in the adult population of the Krasnodar region in 2015 in the sex and age distribution. In the structure of pathology inflammatory diseases (65.2%), neoplasms (18.8%) and injuries (15.1%) predominate. Hospital incidence of various forms of maxillofacial pathology in male population was significantly higher than that of women's (331,6 and 212,3