

УДК 616. 314 – 002 – 06 - 08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ КАРИЕСОМ ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ

**Бондаренко А.Н., Новикова Н.П., Нижник В.Г., Аксенова Т.В.,
Мафагел Ф.А.**

ГБОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, e-mail: stomatologia.fpk@gip.ru

В процессе лечения 194 больных глубоким кариесом (65 человек), пульпитом (66 человек) и периодонтитом (63 человека) была исследована клиническая эффективность проведения диспансеризации и регулярного восстановительного лечения. Доказана более высокая эффективность этого метода, которая была в $1,83 \pm 0,08$ раза ($p < 0,05$) выше, чем при традиционной терапии.

Ключевые слова: кариес зубов, пульпит, периодонтит, диспансеризация, восстановительное лечение, отдаленные результаты

THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION TREATMENT AND CLINICAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH DENTAL CARIES AND IT'S COMPLICATIONS

**Bondarenko A.N., Novikova N.P., Nizhnik V.G., Aksenova T.V.,
Mafagel F.A.**

Kuban State Medical University, Krasnodar, e-mail: stomatologia.fpk@gip.ru

Clinical efficiency of the prophylactic medical examination and regular rehabilitation treatment was explored in the course of treatment of 194 patients with deep dental caries (65 persons), pulpitis (66 persons) and periodontitis (63 persons). It has been proved higher efficiency of this method which was $1,83 \pm 0,08$ times ($p < 0,05$) higher than by traditional therapy.

Key words: dental caries, pulpitis, periodontitis, prophylactic medical examination, rehabilitation treatment, remote results

Больные кариесом зубов и его осложнениями составляют до 68% лиц, обращающихся за стоматологической помощью. Однако, проводимое лечение сопровождается значительным количеством разнообразных осложнений [3,4,5,6,7], причина которых, по нашему мнению, заложена в отсутствии надлежащего контроля за течением данной патологии после завершения активной фазы лечения и недостаточно эффективным восстановительном лечении [2,6,10].

Эти обстоятельства потребовали разработки концепции проведенного диспансерного наблюдения за такими больными и индивидуализированного

восстановительного лечения, содержание которого индивидуализировано для каждого пациента с учетом характера течения заболевания и наличием различных факторов риска осложнений [1,2,5].

Цель исследования – оценить клиническую эффективность проведения диспансеризации и восстановительного лечения больных кариесом и его осложнениями в отдаленные сроки наблюдения.

Материалы и методы исследования

Материалом для получения сведений явились данные, полученные в процессе ретроспективного анализа 194 медицинских карт стоматологических больных (учетная форма 0-43у) и результаты

социологических исследования эффективности проведенных диспансерных и реабилитационных мероприятий.

Для исследования подряд отбирались больные глубоким кариесом зубов, пульпитом и периодонтитом до достижения 70 (всего 210 человек) пациентов в каждой группе наблюдения. К окончанию периода наблюдения была утрачена связь с 16 пациентами, сведения о которых исключены из итоговых протоколов. Все методы лечения и исследования назначались строго на основании информированного добровольного согласия пациентов.

Все больные (194 человека) были распределены на 3 группы наблюдения, в зависимости от нозологической формы патологии зубов, затем каждая группа делилась на 2 подгруппы (основная и сравнения) с учетом проводимых диспансерных мероприятий и восстановительного лечения: в основных подгруппах в течение месяца проводилось диспансерное наблюдение и индивидуализированное восстановительное лечение пациентов; в подгруппах сравнения диспансеризация не проводилась и восстановительное лечение осуществлялось фрагментарно или не проводилось совсем, а дополнительное стоматологическое пособие, при необходимости, оказывалось пациентам при их самостоятельном обращении на прием к лечащему врачу.

Клиническая эффективность определялась путем оценки исходов диспансеризации и восстановительного лечения. При проведении данного раздела исследования у каждого пациента определялись следующие варианты исходов:

- проведено дополнительное лечение;
- ухудшение;
- без изменений;
- улучшение;
- стойкая стабилизация.

Для проведения анализа результатов рассчитывалась структура исходов в % в каждой группе наблюдения.

Статистическую обработку клинического материала проводили в соответствии с методами, принятыми в вариационной статистике [9]. За достоверные различия в сравнении средних величин в парных сравнениях брали t-критерий Стьюдента при $p < 0,05$. Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием программ: "STATISTIKA 6.0 for Windows" фирмы "Stat Soft, Inc." и "Microsoft Office Excel 2003".

Результаты исследования и их обсуждение

В результате сравнительного анализа структуры исходов диспансеризации и

восстановительного лечения больных глубоким кариесом и его осложнениями (табл.1) установлено, что при лечении глубокого кариеса, показатели в основной подгруппе были во все сроки наблюдения значительно лучше, чем в подгруппе сравнения.

Это определялось тем, что в основной подгруппе отрицательные результаты отсутствовали во все периоды, тогда как в подгруппе сравнения они через 12 месяцев имели существенную величину в $18,8 \pm 0,4\%$ ($p < 0,05$), которая в последующие сроки постепенно возрастала. Состояние стагнации показателей уменьшалось в обеих подгруппах, однако, темпы снижения и величина показателя в заключительный период наблюдения у пациентов основной группы был в 1,4 раза выше.

Еще более существенные различия отмечены в темпах роста положительных результатов ("улучшение" и "стойкая ремиссия"), которые в основной подгруппе были выше в 1,7 раза.

В результате происходивших изменений, в заключительном периоде наблюдения показатели пациентов основной подгруппы были существенно лучше, чем у пациентов подгруппы сравнения и, особенно, контрольной подгруппы. В частности, у пациентов основной подгруппы отрицательные результаты исходов отсутствовали, тогда как в подгруппе сравнения они составили $25,1 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$), а в контрольной подгруппе - $40,0 \pm 1,9\%$ ($p < 0,05$).

Показатели "без изменения" в основной подгруппе были ниже в 2,6 раза, чем в подгруппе сравнения, и в 2,8 раза ниже, чем в контрольной подгруппе.

Положительные результаты, наоборот, были выше в основной подгруппе в 2,0 раза, чем в подгруппе сравнения, и в 3,3 раза – чем в контрольной подгруппе.

Сведения о структурной характеристике исходов диспансеризации и восстановительного лечения больных пульпитом представлены в таблице 1.

Таблица 1

Структура исходов диспансеризации и восстановительного лечения больных кариесом зубов и его осложнениями (n=194), %, M±m, p.

Группы наблюдения	Варианты исхода	Сроки исследования					
		Через 12 месяцев		Через 24 месяца		Через 36 месяцев	
		Подгруппы наблюдения					
		основная	сравнения	основная	сравнения	основная	сравнения
1. n=65	Проведено дополнительное лечение	0 p<0,05	6,3±	0 p<0,05	18,8±1,1	0 p<0,05	6,3±0,3
	Ухудшение	0 p<0,05	12,5±0,4	0 p<0,05	12,5±0,3	0 p<0,05	18,8±0,8
	Без изменений	15,1±0,9 p<0,05	34,4±1,6	12,1±0,3 p<0,05	28,1±1,9	12,1±0,4 p<0,05	31,3±2,3
	Улучшение	60,6±4,1 p<0,05	43,7±5,1	42,4±2,7 p<0,05	31,3±1,4	33,3±1,2 p<0,05	28,1±1,3
	Стойкая стабилизация	42,2±1,3 p<0,05	3,1±0,1	45,5±1,7 p<0,05	9,3±0,4	54,6±2,2 p<0,05	15,5±0,6
2. n=66	Проведено дополнительное лечение	6,1±0,2 p<0,05	18,2±0,4	6,1±0,1 p<0,05	12,1±0,2	0 p<0,05	6,1±0,2
	Ухудшение	9,1±0,2 p<0,05	18,2±0,4	6,1±0,2 p<0,05	18,2±0,3	6,1±0,1 p<0,05	12,1±0,2
	Без изменений	12,1±0,3 p<0,05	30,3±1,1	15,2±0,8 p<0,05	30,0±2,1	18,2±0,7 p<0,05	36,4±1,4
	Улучшение	72,7±3,1 p<0,05	33,3±1,5	60,5±2,4 p<0,05	33,3±1,8	27,2±1,1 p<0,05	24,2±1,1
	Стойкая стабилизация	0 p>0,05	0	12,1±0,3 p<0,05	6,1±0,2	48,5±2,6 p<0,05	21,2±0,9
3. n=63	Проведено дополнительное лечение	9,7±0,9 p<0,05	25,0±1,3	6,5±0,2 p<0,05	18,8±0,7	0 p<0,05	9,4±0,4
	Ухудшение	9,7±0,2 p<0,05	21,9±1,1	6,5±0,1 p<0,05	18,8±1,6	9,7±0,3 p<0,05	15,6±0,8
	Без изменений	16,1±0,9 p<0,05	31,2±1,4	16,0±0,7 p<0,05	28,0±1,2	22,6±1,0 p<0,05	28,1±1,7
	Улучшение	64,5±2,7 p<0,05	21,9±1,1	64,5±3,6 p<0,05	34,4±1,8	32,3±1,2 p>0,05	31,3±2,1
	Стойкая стабилизация	0 p>0,05	0	6,5±0,3 p<0,05	0	35,4±2,3 p<0,05	15,6±0,6

Примечание: уровень статистической достоверности "p" для пациентов основной группы рассчитан по отношению и показателям группы сравнения.

Проведенный анализ показал, что во все сроки наблюдения положительные результаты исходов были выше в основной подгруппе в среднем на $21,6 \pm 0,7\%$ ($p < 0,05$).

Через 12 месяцев наблюдения уровень отрицательных результатов и показателя "без изменения" у пациентов основной подгруппы был ниже, чем у пациентов подгруппы сравнения соответственно в $2,4 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) и $2,5 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) раза.

Через 24 месяца структурная характеристика показателей изменилась статистически не существенно. Так, при общем сохранении положительного преимущества показателей в основной подгруппе, они, в части отрицательных показателей и "без изменений" были соответственно ниже в $2,5 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) и $2,0 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) раза, а положительных показателей в $1,8 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) раза.

В заключительном периоде наблюдения через 36 месяцев этот разрыв в пользу показателей, полученных у пациентов основной подгруппы, еще больше увеличился. Так, отрицательные результаты у этой группы были ниже, чем у пациентов подгруппы сравнения в $3,0 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) раза и контрольной подгруппы – в $7,5 \pm 0,4$ ($p < 0,05$) раза уровень показателя "без изменения" был так же соответственно ниже в $2,0 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) и $3,5 \pm 0,9$ ($p < 0,05$) раза, а положительные показатели были наоборот, существенно выше, соответственно, в $1,7 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) и $2,5 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) раза.

Следует так же отметить, что в итоговой структуре показателей у пациентов основной подгруппы значительно преобладали положительные результаты проведенного лечения ($75,5 \pm 4,7\%$ при $p < 0,05$), тогда как в подгруппе сравнения эта величина была существенно ниже ($45,4 \pm 1,9\%$ при $p < 0,05$), а в контрольной подгруппе она составила $30,3 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$); причем в контрольной подгруппе у большей части пациентов ($45,5 \pm 2,1\%$ при $p < 0,05$) выявлены отрицательные результаты.

Структура исходов диспансеризации и восстановительного лечения, проведенного у пациентов 3-й группы после завершения лечения периодонтита, представлена в таблице, раздел 3.

Анализ полученных сведений показал, что через 12 месяцев у пациентов основной подгруппы основным вариантом исхода было "улучшение", а отрицательные исходы в сумме занимали $19,4 \pm 0,7\%$ ($p < 0,05$); тогда как в подгруппе сравнения отрицательных исходов и "без изменения" было соответственно в $2,4 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$) и $1,9 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$) раза больше, положительных исходов в $2,9 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$) раза меньше. Следует отметить, что случаев стойкой ремиссии в обеих подгруппах в этот период не выявлено.

Через 24 месяца ситуация в подгруппах наблюдения продолжала развиваться различными темпами. В основной подгруппе количество отрицательных исходов сократилось в $1,5 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$) раза, а в структуре положительных исходов добавилось $6,5 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$) случаев стойкой ремиссии. В подгруппе сравнения количество отрицательных исходов и случаев "без изменения" сократилось в $1,2 \pm 0,4\%$ ($p < 0,05$) раза и на $10,3 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$) соответственно, а количество случаев улучшения выросло в $1,6 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$) раза, однако, случаи стойкой ремиссии отсутствовали.

Через 36 месяцев продолжалось улучшение показателей исходов с наиболее благоприятным развитием в основной подгруппе, в которой количество случаев отрицательных исходов сократилось в $1,3 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$) раза, хотя в таком же объеме увеличилось и количество случаев "без изменения". Число случаев положительных исходов сохранилось практически на прежнем уровне, однако произошло изменение их структуры за счет роста количества случаев стойкой ремиссии.

В подгруппе сравнения в этот период отмечено снижение отрицательных результатов в $1,5 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$) раза и увеличение количества положительных исходов в $1,4 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$) раза в основном за счет появления пациентов со стойкой ремиссией, которых, однако, было в $2,3 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$) раза меньше, чем в основной подгруппе.

Показатели в контрольной подгруппе выглядели гораздо хуже. В том числе

количество отрицательных исходов было больше, чем в основной подгруппе и подгруппе сравнения соответственно в $5,2 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$) и $2,0 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$) раза, хотя, при этом количество случаев "без изменения" было меньше соответственно в $1,7 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$) и $2,1 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$) раза. Количество случаев положительных исходов так же значительно уступало показателем остальных подгрупп: в $1,8 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$) и $1,3 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$) раза соответственно.

Заключение

Полученные результаты доказали высокую эффективность проведения диспансеризации и восстановительного лечения больных кариесом и его осложнениями, которая в среднем превосходила результаты лечения пациентов из подгрупп сравнения в $1,83 \pm 0,08$ раза ($p < 0,05$). Все это доказывает целесообразность после завершения лечения зуба проведения диспансеризации и восстановительного лечения больных кариесом зубов и его осложнениями.

Список литературы

1. Аксенова Т. В. Основы планирования лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с осложнениями кариеса зубов / Т. В. Аксенова, А. Н. Бондаренко // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – №3. – С. 33-35.
2. Аксенова Т. В. Реабилитация периапикальных тканей при хроническом верхушечном периодонтите: основные направления и методы / Т. В. Аксенова, Л.В. Напольников, В. В. Гречишников // Кубанский научный медицинский вестник. – 2002. – №4. – С. 4-6.
3. Ахмедова Э. А., Расулова К. М. К вопросу о мониторинге осложнений лечения кариеса, пульпита и периодонтита // Новые технологии и техника в медицине, биологии и экологии. Выпуск 2. ДГТУ. – Махачкала, 2010. – С. 98-99.
4. Брагин Е.А., Аксенова Т.В., Бондаренко А.Н., Бондаренко М.А., Мартиросян Н.А. Влияние диспансеризации пациентов на показатели стоматологического здоровья и качества жизни после протезирования зубов с различным состоянием пульпы / Медицинский вестник Северного Кавказа, - Ставрополь, 2013. –Том 8, № 3. – С. 39-41.
5. Гиниятуллин И. И., Шайхутдинова А. И., Гиляева В. В. К вопросу о стоматологической реабилитации при кариесе зубов и его осложнениях // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань, 2011. – № 4. – С. 47-51.
6. Гутман Дж. Л., Думша Т. С., Ловдэл П. Э. Решение проблем в эндодонтии: Профилактика, диагностика и лечение: Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 592с.
7. Иванов В. С., Винниченко Ю. А., Иванова Е. В. Воспаление пульпы зуба. – М.: Медицинское информационное агенство, 2003. – 264с.
8. Модели медицинских услуг Краснодарского края по специальности "Стоматология. Стоматология ортопедическая. Челюстно-лицевая хирургия" (поликлиника: лечение взрослых) / Под технической редакцией В.И. Калининченко. – Краснодар: КМИВЦ, 2006. – С.104.
9. Петрин А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. Перевод с англ. Леонова В.П. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 168с.
10. Рекомендации по эндодонтическому лечению. Общее положение // Эндодонтия today. – 2004. – № 1-2. – С. 9-15.